



Una Institución Adventista

Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de
reposo, Lurigancho Chosica, 2016

Shirley Paulet Ramírez Mercado

Graciela Maria Borja Anglas

Lima, febrero 2017

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional Enfermería



Una Institución Adventista

Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016

Por:

Shirley Paulet Ramírez Mercado

Graciela Maria Borja Anglas

Asesora:

Mg. Nitzzy Ramos Flores

Lima, febrero 2017

Como citar:

Estilo APA

Astiasarán, A. I., Martínez, A., y Muñoz, H. (2013). Claves para una alimentación óptima. España: D. Santos.

Estilo Vancouver

Astiasarán, Al., Martínez A., Muñoz, H. Claves para una alimentación óptima. España: D. Santos., 2013.

Artículos publicados

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

**TEF
2
R22
2017** Ramírez Mercado, Shirley Paulet
Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016 / Shirley Paulet Ramírez Mercado y Graciela María Borja Anglas; Asesor: Mg. Nitzzy Ramos Flores. -- Lima, 2017.
105 páginas: anexos, tablas

Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Hábitos alimentarios. 2. Calidad de vida. 3. Adulto mayor. 4. Casas hogares.
I. Borja Anglas, Graciela Maria, autora.

CDD 361.05

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

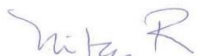
Mg. Nitzy Ramos Flores de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***"Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016"*** constituye la memoria que presenta la **Bachiller Shirley Paulet Ramírez Mercado** para aspirar al título de Profesional de Enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Ñaña, a los 1, Marzo del año 2017



Mg. Nitzy Ramos Flores

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

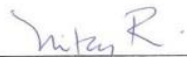
Mg. Nitzzy Ramos Flores de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: *"Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016"* constituye la memoria que presenta la **Bachiller Graciela María Borja Anglas** para aspirar al título de Profesional de Enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Ñaña, a los 1, Marzo del año 2017



Mg. Nitzzy Ramos Flores

"Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas
de reposo, Lurigancho, Chosica, 2016"

TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR


Dra. Flor Lucila Contreras Castro
Presidente


Mg. Rut Mamani Limachi
Secretaria


Dra. María Ángela Paredes Aguirre
Vocal


Lic. Nira Cutipa Gonzales
Vocal


Mg. Nitzy Ramos Flores
Asesora

UPeU, 13 de febrero de 2017

Dedicatoria

A mis padres David y Lily, quienes estuvieron siempre a mi lado brindándome su apoyo incondicional, por su soporte en los momentos más difíciles a lo largo de mi carrera, y por sus valiosos consejos animándome a lograr la meta propuesta.

Paulet

A mis padres Sabina y Alberto por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad para alcanzar mi sueño, brindándome cariño, comprensión y amor.

A mi hermana y cuñado por su apoyo constante día a día durante mi carrera profesional, a Joel y Jairo, mis sobrinos que en mi ven un ejemplo a seguir.

Graciela

Agradecimientos

Agradecemos a Dios quien nos guió y dió la fortaleza para seguir adelante pese a los obstáculos, y permitirnos cumplir nuestra meta.

A la Mg. Nitzy Ramos Flores, nuestra asesora por su apoyo constante en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Mg. Janett Chávez Sosa y al Mg. David Javier Aliaga docentes del curso de tesis de la Escuela Profesional de Enfermería, por su asesoría permanente para culminar este trabajo de investigación.

Índice

Dedicatoria.....	vii
Agradecimientos	viii
Índice	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de anexos.....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Capítulo I:El Problema	15
1.Planteamiento del problema.....	15
2.Formulación del problema.....	18
3.Objetivos de la investigación	18
3.1.Objetivo General	18
3.2.Objetivos Específicos	18
4.Justificación	19
5.Presuposición Filosófica.....	19
Capítulo II:Marco teórico	21
1.Antecedentes	21
2.Marco Teórico	25
2.1El adulto mayor:	25
2.2.Calidad de vida	28
2.3.Hábitos Alimentarios	32
2.3.2.Definición	32
2.3.3.Dimensiones:	33
2.4.Modelo de teoría en enfermería	35
3.Definición de términos.....	36
4.Hipótesis de la investigación	37
4.1.General	37

4.2.Específicas.....	37
5.Operacionalización.....	39
Capítulo III: Materiales y métodos	42
1.Diseño y tipo de investigación.....	42
2.Descripción de lugar de ejecución.....	42
3.Participantes	43
3.1 Población	43
3.2 Muestra	43
3.3. Criterios de inclusión y de exclusión.....	43
4.Características de la muestra.....	44
5.Técnicas e instrumento de recolección de datos	46
6.Proceso de recolección de datos.....	47
7.Procesamiento y análisis de datos	47
8.Consideraciones éticas	47
Capítulo IV: Resultados y discusión	49
1. Resultados	49
2. Discusión	57
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	62
1. Conclusiones.....	62
2.Recomendaciones	63
Referencias bibliográficas	64

Índice de tablas

Tabla 2 Hábitos alimentarios de adultos mayores en dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica, 2016	49
Tabla 3 Calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica, 2016	50
Tabla 4 Calidad de vida en la dimensión Social en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	50
Tabla 5 Calidad de vida en la dimensión física en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	51
Tabla 6 Calidad de vida en la dimensión ambiente en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	51
Tabla 7 Calidad de vida en la dimensión Psicológico en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	52
Tabla 8 Hábitos alimentarios y Calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	52
Tabla 9 Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión social en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.	53
Tabla 10 Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión física en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.	54
Tabla 11 Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión ambiente en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	55
Tabla 12 Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión psicológica en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.....	56

Índice de anexos

Anexos 1. Instrumento de recolección de datos	70
Anexo 2. Validación de instrumento	80
Anexo 3. Consentimiento informado.....	92
Anexo 3.Tablas descriptivas.....	98
Anexo. Tabla 2: Validez de Confiabilidad V de Aiken. Hábitos Alimentarios.....	104
Anexo. Tabla 3: Validez de Confiabilidad V de Aiken. Calidad de vida.....	105
Anexo. Tabla 4: Confiabilidad.....	106

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo. Métodos: diseño correlacional de corte transversal. La muestra fue no probabilística y de carácter censal, conformada por 150 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron: cuestionario de hábitos alimentarios de National Institutes of Health ($\alpha = 0,639$) y calidad de vida de WHOQOL – BREF ($\alpha = 0,869$). Resultados: A través de la prueba chi cuadrado se encontró que no existe relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en adultos mayores con un p-valor de 0,207. Conclusión: A pesar de no haber encontrado relación entre ambas variables, es innegable la importancia de la promoción y prevención de la salud en adultos mayores pertenecientes a casas hogares.

Palabras claves: hábitos alimentarios, calidad de vida, adulto mayor y casas hogares.

Abstract

Objective: Determine the relationship between eating habits and the quality of life in the seniors of two houses of rest. Methods: cross-sectional correlational design. The sample was non-probabilistic and of census type, conformed by 150 seniors. The instruments used were: eating habits of National Institutes of Health questionnaire ($\alpha = 0,639$) and quality of life of WHOQOL - BREF ($\alpha = 0,869$). Results: Through the square Chi test it was found that there is not relationship between eating habits and the quality of life in seniors with a p-value of 0,207. Conclusion: despite not having found relationship between both variables, is undeniable the importance of the promotion and prevention of the health of seniors belonging to homes shelters.

Key words: eating habits, quality of life, seniors and home shelters.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

Según Vera (2007), la adultez es un proceso normal y natural, caracterizado por el deterioro físico, mental y con pérdida de vigor; etapa también de la cosecha de todo lo vivido. De igual modo, Medellín sostuvo que “el envejecimiento es la resultante de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él”. Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido cómo los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano (citado por Vera, 2007).

La vejez, como cualquier otro periodo vital, se caracteriza por determinar su propio grado de funcionalidad y origina una reducción en la capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria. Son embargo estas limitaciones, siempre que se produzca cierto grado de aceptación y adaptación, no imposibilitan el desarrollo de una vida normal en sociedad (Fernández, 2009)

Así mismo, la vejez se va construyendo día a día desde la juventud. La preparación para la edad avanzada involucra a todos los adultos, en valores y actitudes, conductas y hábitos creativos. Cada persona se encuentra frente a su propia tarea de crear su propia vejez, nadie envejece tan solo por vivir un número de años, las personas envejecen cuando abandonan sus ideales (Osorio, 2007).

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas, además, de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Así mismo, la salud mental influye en la salud del cuerpo y a la inversa. Por ejemplo los adultos mayores con enfermedades presentan tasas más altas de depresión que quienes no padecen ninguna enfermedad (OMS 2016).

De igual manera a Rejeski y Shannon (2010) realizaron un estudio en Carolina del Norte, EE. UU donde se menciona que en los últimos 15 años, ha habido un aumento dramático en la investigación sobre calidad de vida en adultos mayores, ya que muchos de ellos se convierten en afligidos con una enfermedad crónica.

Corugedo et al. (2014), en un estudio elaborado en Cuba “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio de Cruces”, encontraron que de 28 ancianos encuestados, 27 poseen una percepción baja de calidad de vida, uno percibe una calidad de vida en nivel medio y ninguno a nivel alto, por lo tanto no se encuentra una asociación ni a la edad ni al sexo de manera significativa, sino al cuidado que se presta en la casa hogar para el adulto mayor, en la que recurren muchos ya que necesitan de cuidados básicos que en casa no se lo pueden brindar por diferentes motivos.

Por otro lado, Söderström (2013), en un estudio realizado en el país de Suecia, refirió que la conciencia pública de la desnutrición ha aumentado en los últimos años, y la mejora de atención nutricional para las personas mayores está en la agenda tanto a nivel internacional como nacional. En el 2003, el Consejo de Europa publicó una resolución sobre la alimentación y el cuidado nutricional donde se establece que el nivel de nutrición debe evaluarse diariamente en los hospitales.

También Melguizo, Acosta y Catellano (2012), en los resultados obtenidos en un estudio realizado en el Pueblo Joven Florida Baja (Chimbote), muestran que la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable, posiblemente se deba a diversos factores, tales como el grado de instrucción primaria o analfabetismo, un nivel económico regular que no llegan a satisfacer las necesidades básicas, adoptando

conductas inadecuadas, como la falta de actividad física (sedentarismo) y una inadecuada alimentación.

De igual manera Elcorrobarrutia y Flores (2010) mencionaron que uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta durante el envejecimiento es el estado nutricional del adulto mayor que se ve afectado por los malos hábitos sanitarios mantenidos durante toda la vida, además, de los trastornos que surgen del proceso de envejecimiento como la disminución del apetito, disminución de la ingesta de agua y otros nutrientes esenciales; todo ello puede llevar a que estas personas se desnutran, haciéndose más vulnerables a las infecciones y a sufrir accidentes. Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en patologías agudas. En los adultos mayores existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo, se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Se ha reportado una elevada prevalencia de las alteraciones del estado de nutrición en los adultos mayores (desnutrición y obesidad) y una mayor morbilidad y mortalidad asociadas a dichas alteraciones.

Por otro lado, Sánchez, De la Cruz, Cereceda y Espinoza (2014) realizaron un estudio en Lima, mencionando que los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida.

Osorio (2007), mencionó que el adulto mayor enfrenta una diversidad de situaciones en una casa de reposo, a nivel social, económico, emocional entre otros, ocasionándose por la pérdida de familiares y amigos. El anciano se siente como miembro secundario sin autoridad ya que sus consejos, opiniones y participaciones parecen ser de poca utilidad e importancia, tal situación suele ubicar al adulto mayor en una condición minusválida tanto social, laboral, familiar y sobre todo como ser humano.

Finalmente, Aguilar (2014) expresó que en los últimos años la población de nuestro país ha experimentado un aumento de la expectativa de vida y un envejecimiento progresivo. Los adultos mayores representan el 9,2% (INEI) de los habitantes, grupo que presenta una alta prevalencia de hipertensión, sobrepeso, osteoporosis, problemas articulares, cáncer y trastornos cardiovasculares. Estas enfermedades no transmisibles se relacionan, entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la existencia de estilos de vida no saludables.

En un periódico nacional, El comercio (2016), publicaron un estudio donde se encontró que el 70% de los adultos mayores evaluados a nivel nacional, presentaron problemas de anemia y mal nutrición.

Por otro lado, durante el transcurso de la carrera al realizar las practicas comunitarias, se pudo identificar el desinterés de la población hacia el adulto mayor.

Es allí donde surge el interés por las investigadoras para realizar un trabajo de investigación en esta población vulnerable a cualquier enfermedad, con la finalidad de observar los hábitos alimentarios y la calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación:

2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica, 2016?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los hábitos alimentarios en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.
- Identificar la calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.
- Identificar la relación entre hábitos alimentarios y la dimensión “social” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.
- Identificar la relación entre hábitos alimentarios y dimensión “física” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.
- Identificar la relación entre hábitos alimentarios y dimensión “ambiente” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

- Identificar la relación entre hábitos alimentarios y dimensión “psicológica” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

4. Justificación

El trabajo, en su aporte teórico, contribuye al conocimiento científico por la información actualizada y sistematizada sobre los hábitos alimenticios y la calidad de vida en los adultos mayores de la casa de reposo. También sirve de referente bibliográfico para próximas investigaciones y amplía los conocimientos del profesional de enfermería sobre la importancia del cuidado en el adulto mayor.

Su aporte metodológico recae en la recolección de una base de datos actualizada sobre calidad de vida y hábitos alimentarios en el adulto mayor. Además, desde un aporte práctico, los datos obtenidos motivarán a las casas de reposo la implementación de estrategias preventivas y de promoción de la salud en los adultos mayores. Por otro lado fomenta en el estudiante de enfermería la realización de mayores prácticas en el campo de la geriatría, considerando el gran impacto epidemiológico que este grupo etario representa en la población.

La connotación social del trabajo permite que la sociedad tome conciencia de la problemática actual del adulto mayor ya sea en materia de calidad de vida o hábitos alimentarios. De igual manera incentiva al personal de los centros de salud aledaños a realizar mayores visitas domiciliarias a estas instituciones para educar al personal que labora en las casas de reposo y asegurar la calidad de vida del adulto mayor.

5. Presuposición Filosófica

En el mundo, hay un grupo de personas que se alimenta de modo insuficiente y otros que tiene una alimentación de comidas inadecuadas. El propósito de Dios es mostrar una alimentación adecuada para mantener buena calidad de vida en el ser humano. La alimentación normada por Dios es temperante según lo menciona Proverbios 23:2 “Pon cuchillo a tu garganta, si tienes gran apetito”. En la alimentación la temperancia es importante, aún demasiado de una comida buena puede ser perjudicial para la salud. Así

mismo la alimentación debe ser cuidadosa según como lo menciona 1 Corintios 10:31: “si pues, coméis o bebéis, o hacéis otra cosa, hacedlo todo para la gloria de Dios”.

Los cristianos deben aprender a elegir comidas y bebidas que no dañen el cuerpo si no que promuevan la salud mental y física. Según White (1975), el régimen alimentario no es un asunto que ha de tratarse con indiferencia, es erróneo comer tan solo para gratificar el gusto pervertido, no debe sacarse la conclusión de que hemos de ser indiferentes con respecto a nuestra alimentación. Es un asunto mayor importancia. Nadie debe adoptar un régimen empobrecido. Muchos están debilitados por la enfermedad, y necesitan alimentos nutritivos y bien preparados. Los reformadores de la salud, por encima de todos los demás, deben tener cuidado de evitar los extremos. El cuerpo debe tener suficiente nutrición. El Dios que concede el sueño a sus amados los ha provisto también de alimentos adecuados para sostener el sistema físico en una condición saludable.

El Señor se propone que su pueblo vuelva a vivir a base de frutas, hortalizas “Hortalizas” incluye verduras de hojas, legumbres (alverjas, frijoles, etc.).Y cereales sencillos. Dios les proveyó a nuestros primeros padres los frutos en su estado natural. Dios está obrando en favor de su pueblo. No desea que esté sin recursos. Lo está haciendo volver al régimen alimenticio originalmente dado al hombre. Este régimen debe consistir en alimentos hechos con las materias primas que él proveyó, que son principalmente las frutas, los cereales y las oleaginosas, aunque también se usarán diversos tubérculos. Se ha mostrado reiteradamente que Dios está trayendo a su pueblo de regreso al plan original, esto es, el de no subsistir a base de carne de animales muertos. Él quiere que enseñemos a la gente un método mejor. Si se descarta la carne, si el gusto no es educado en esa dirección, y si se estimula el apetito por las frutas y los cereales, pronto ocurrirá lo que Dios quiso que fuera en el principio. Su pueblo no usará nada de carne.

En conclusión las frutas, verduras, oleaginosas, granos preparados integralmente y consumidos moderadamente ayudarán a promover la salud proporcionando calidad de vida en el ser humano.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes

Arriaga (2014) realizó un trabajo de investigación en México con el objetivo fue evaluar el nivel de inseguridad alimentaria de hogares rurales donde vive personas adultas mayores y la relación con la calidad de su dieta. El estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo de corte transversal. El instrumento utilizado fue el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) y la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria aplicado a 106 adultos mayores. Los resultados revelaron que el 78% de los hogares con población adulta mayor (PAM) padecieron de inseguridad alimentaria (IA). Se observó un inadecuado consumo de proteínas y más del 75% de los PAM presentaron dietas deficientes en calcio, vitamina D y E. Los hogares con IA severa presentaron 5 veces mayor riesgo de padecer una ingesta inadecuada de nutrientes, en comparación con los hogares catalogados con seguridad alimentaria. Las conclusiones indicaron que un alto porcentaje de PAM padecieron algún grado de IA y déficit en el consumo de nutrientes.

Sánchez et al. (2014) realizaron un trabajo de investigación en Lima con el objetivo de determinar la asociación de los hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo, de corte transversal. El instrumento utilizado fue el cuestionario sobre frecuencia de consumo diario y semanal de los grupos de alimentos por porciones recomendadas; para el nivel socioeconómico se aplicó una encuesta basada en la escala de Graffar aplicada a 115 personas adultas mayores. Como resultados se encontró una prevalencia de sobrepeso (42,6%) y obesidad (19,1%). Más de 60% presentó

hábitos alimentario inadecuados respecto al consumo de carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%). Los adultos mayores se ubicaron principalmente en el nivel socio- económico (NSE) medio bajo (37%) y en el NSE medio (33%). El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE ($p=0,629$), mientras que para los hábitos alimentarios, se observó asociación con el NSE respecto al consumo de carnes ($p=0,003$), cereales y tubérculos ($p=0,038$) y de frutas y verduras ($p=0,001$). Las conclusiones indicaron que existe asociación entre los hábitos alimentarios con el NSE, pero no así para con el estado nutricional.

Por otro lado, Corugedo et al. (2014) realizaron un trabajo de investigación en Cuba titulado: “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces”. El objetivo de este trabajo fue caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces. Resultados: de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. Casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares.

También Aguilar (2014) en su estudio realizado en Lima, cuyo título es: “Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013”, tuvo como objetivo determinar el estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. El estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo de corte transversal. El instrumento utilizado fue un cuestionario modificado de preguntas en Escala Likert aplicado en 50 adultos mayores. Los resultados obtenidos muestran que el 27(54%) tienen un estilo de vida saludable y 23(46%) estilo de vida no saludable. Al analizarlo por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica 26 (52%) tienen un estilo de vida saludable y 24 (48%) tienen un estilo de vida no saludable; en la dimensión social 36(72%) tienen un estilo de vida saludable y 14(28%) tienen un estilo de vida no saludable; en la dimensión psicológica 31(62%) tienen un estilo de vida no saludable y 19(38%) tienen un estilo de vida saludable. Finalmente, las conclusiones fueron: La mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual es beneficioso para su salud, evidenciándose en los adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen

descanso y sueño, las buenas relaciones interpersonales, evitando los hábitos nocivos y el buen control de las emociones.

Del mismo modo Pardo y Rodríguez (2014) realizaron un estudio en Chimbote, cuyo objetivo fue determinar el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del Pueblo Joven La Unión, sector 7, Chimbote, 2012. El trabajo de investigación, es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo, para la recolección de datos se aplicó tres instrumentos: la escala de estilo de vida, la ficha de valoración nutricional del adulto mayor y la tabla de valoración nutricional según índice de masa corporal (IMC) para adultos mayores (> 60 años), aplicado a 171 adultos mayores de ambos sexos. Los resultados muestran que del 100% (171) de los adultos mayores que participaron en el estudio, el 3,5% (6) tiene un estilo de vida saludable y un 96,5% (165), no saludable. Por lo tanto, la mayoría de los adultos mayores tiene estilo de vida no saludable, prevaleciendo el estado nutricional normal (37,4%) del total, siendo mayor respecto al estado nutricional alterado el sobrepeso (26,9%); inmediatamente se encuentra la delgadez (24%) y, en última instancia, la obesidad (8,2%) del total. Por último, las conclusiones determinan que la mayoría de adultos mayores del P.J. La Unión, sector 7, presenta un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje tiene un estilo de vida saludable. En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores, se tiene que, cerca de la mitad presenta un estado nutricional normal; casi la cuarta parte presenta sobrepeso; un porcentaje menor presenta delgadez y una mínima parte, obesidad. Los adultos mayores del P.J. La Unión, sector 7, con estilo de vida no saludable presentan en mayor porcentaje estado nutricional normal, sobrepeso, delgadez y obesidad, respectivamente; y los adultos con estilo de vida saludable presentan en mínimo porcentaje obesidad, sobrepeso normal y delgadez, respectivamente.

Anne (2016), en un estudio realizado en Estados Unidos titulado “Nutrición y calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores el 2009-2012”, cuyo objetivo fue examinar la asociación entre los factores relacionados con la nutrición (especialmente la calidad de la dieta) y la calidad de vida en Adultos mayores de 60 años. En esta investigación se utilizó datos de la Encuesta Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición (NHANES) y se realizó una comparación con los adultos mayores en el cuartil más bajo para Healthy Eating Índice (HEI), los adultos mayores en el cuartil más alto para las puntuaciones de HEI tenían 2,4 veces más probabilidades de buena o mejor calidad de vida.

Aghanuri, Salehi, Mahmoudi, Faraji y Djafarian (2015), en su trabajo de investigación realizado en Irán, tuvo como objetivo determinar si existe relación entre calidad de vida (QOL) e índice de alimentación saludable (IES) en ancianos sanos que viven en zonas urbanas de la provincia de Markazi, Irán. Fue un estudio cuantitativo de diseño correlacional

de corte transversal, se hizo un muestreo estratificado en dos etapas. El instrumento utilizado fue el cuestionario SF- 36 para evaluar la calidad de vida. El peso corporal y la altura de los sujetos fueron medidos y se calculó el índice de masa corporal. Los resultados evidenciaron que los hombres tuvieron una calidad de vida significativamente mayor en todas las dimensiones y componentes en comparación a las mujeres con $P < 0.01$, mientras que no hay diferencia de sexo en las puntuaciones de las personas adultas mayores. Las puntuaciones de la IES se correlacionaron positivamente con la puntuación total de la Calidad de Vida con $P < 0,05$ y en la dimensión de salud física con $P < 0,01$); la correlación significativa fue eliminada después de ajustar los datos para la edad y el género. Las conclusiones muestran que en los resultados de este estudio no se observa relación significativa entre la calidad de la dieta evaluada por el índice de alimentación saludable y la calidad de vida en adultos mayores.

2. Marco Teórico

2.1 El adulto mayor:

2.1.1. Definición:

Según Silvestri (2011) refirió que a nivel mundial, la población adulta mayor está experimentando un crecimiento acelerado, por lo tanto representa un verdadero desafío de análisis al campo de la demografía, sociología moderna; si no también a las disciplinas vinculadas a la salud.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), mencionó que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de la tercera edad.

Molina (2008) sostuvo que la vejez es el resultado del sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y a su sistema de valores. Por otro lado, la vejez no puede estar estrictamente asociada a la edad cronológica y a sus pérdidas como si fuera solamente un proceso biológico. La vejez se origina en el individuo y presenta un significado más amplio, que abarca un bienestar global: bio-psicológico, económico y social. A su vez, es un proceso continuo de construcción a lo largo de la vida y de la experiencia biográfica que debería

generar acumulación y desarrollo de cambios, creatividad y calidad de vida a través de las relaciones.

Según Huerta, la vejez humana es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que varía de una persona a otra según las acciones u omisiones realizadas durante cada etapa de este caminar (Bastos, 2010).

2.1.2. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento consiste en el deterioro progresivo de órganos y sistemas del cuerpo, a los cambios degenerativos que alteran el funcionamiento de órganos vitales y terminan causando la muerte.

Lo que afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico y social

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (Publica, 2010).

Aldana, Fonseca y García (2013) mencionaron que los ancianos que tienen un sentido de la vida de envejecimiento activo, comentan que en el transcurso de los años han notado diversos cambios físicos que les han significado el comienzo de reconocerse como parte de las personas de la tercera edad. Por lo cual se hacen un análisis a retrospectiva que su vida, la comparación de actividades en su etapa de adultez madura con las actividades que se realizan actualmente. Es evidente que hacen añoranza de otros momentos de su vida en donde se tenía mayor fuerza, rapidez y energía, lo cual les permitía realizar una gran cantidad de actividades diarias con rapidez, sin embargo, reconocen que se han dejado de hacer por que perciben que su cuerpo ha cambiado. Es entonces que continúan realizando las acciones, pero con otra fuerza, con una administración energética diferente, con otro ritmo. Por consiguiente, es obvio el reconocimiento de los cambios físicos.

El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios biológicos, cambios sociales y cambios psicológicos.

Cambios Biológicos: El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

Problemas de irrigación sanguínea: La caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.

Cambios Sociales: Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

2.1.3. La sociedad y el adulto mayor

Hay una gran tendencia en ver a los adultos mayores como una carga para la sociedad y a mirarlos como minusválidos. Además, en todo el mundo se ha gastado mucho por utilizar paradigmas equivocados que consideran al adulto mayor como generador de pasividad, enfermedad, deterioro y ruptura social (Bastos, 2010).

Para Berrío (2012), en el ámbito de la salud, es indispensable poner énfasis en la atención primaria de los pacientes con enfermedades crónicas, seguidamente del manejo multidisciplinario del adulto mayor así también crear centros de salud mental para aquellos casos de maltrato que se puedan registrar; por otro lado, para disminuir esta problemática, es de vital importancia el diagnosticarlos y reportarlos de manera inmediata, así mismo crear modelos del cuidado constante de calidad y efectivo del paciente en casa y hospitalizado, para ellos se necesitara contar con sociedades científicas y capacitación del personal de geriatría desde pre grado. Para lograr esto se requiere la intervención del sector tanto político como económico y para ello se necesita entender la importancia de una atención especializada y cuáles son las implicancias positivas en la salud y calidad de vida de este grupo etario.

Magna (2006) mencionó que una de las causas principales del envejecimiento es la disminución de la fecundidad, de ello se puede mencionar que será minoritaria la población económicamente activa que pueda proveer el sustento para los adultos mayores que

presenta en dependencia económica. Esto junto a la crisis pensional, se tendrá como resultado más adultos jubilados los cuales por un periodo de tiempo más largo cobrarán, en muchos países este tema crea bastante polémica sobre las edades de jubilación. Debido a los cambios en la cantidad y en la estructura de la sociedad que se generan los que afectan en el funcionamiento global, es necesario promover cambios en la política de salud global y en el modelo de atención con enfoque en el paciente geriátrico y su vulnerabilidad que no afecten su independencia.

2.1.4. La casas de reposo

Según Recio (2013), en nuestro país, las casas de reposo se consideran como centros donde el adulto mayor recibe cuidado proporcionado por un grupo de personas especializadas, la mayor parte de estas casas cuentan con planes para cuidados del adulto mayor ya sea por medio día o por residencia permanente, la principal idea que se pretende presentar se aproxima a un centro recreacional donde el adulto mayor pueda compartir junto a sus familiares donde cuente con todas las comodidades y así se convierta en un lugar de preferencia para el usuario.

Los centros de reposo ofrecen a los adultos mayores la oportunidad de gozar de la compañía de otros adultos mayores mientras reciben servicios sociales, ofrecen actividades sociales y recreativas destinadas a fomentar la autonomía, la formación, el entretenimiento y la relación con su entorno social (Martínez, 2007).

Calle, Guillen, y Ortega (2010) mencionaron que generalmente los familiares directos de los ancianos son quienes frecuentemente asumen las obligaciones que supone el cuidado constante de los ancianos, pero son muchos los que no pueden ser atendidos por sus parientes o cuando lo son, no reciben la atención que ellos esperan, o requieren puesto que quienes lo cuidan deben repartir el tiempo entre el anciano y las labores del hogar. En estos casos, las residencias de ancianos o casas hogares constituyen la mejor opción.

2.2. Calidad de vida

2.2.2. Definición

Herrera, Martínez y Navarrete (2013) definió la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida, lo cual se ve influida en la personalidad,

entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Así mismo, la OMS mencionó que la calidad de vida es aquella percepción que posee el individuo de su lugar de existencia dentro del contexto de la cultura, sistema de valores, su relación con sus expectativas sus normas e inquietudes.

Lujan 2014, mencionó que la calidad de vida se entiende como una combinación de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Así también, expresa que son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir condiciones de vida que reflejan la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos

Se puede referir que al mencionar calidad de vida se trata de un concepto extenso donde influye el grado de dependencia, estado psicológico, salud física que presenta el adulto mayor.

2.2.3. Importancia

Según Maya (2013), la calidad de vida es importante en el adulto mayor ya que el envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. De allí las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

2.2.4. Factores que influyen

Del mismo modo, Coelho y Amante (2011) manifestaron que la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano relacionada al modo de vivir en sociedad dentro de los límites establecidos.

Por otro lado, Vinaccia (2011) dijo que la calidad de vida esta subjetivamente relacionada con la salud, hace referencia al concepto de cada individuo sobre su estado físico, emocional y social.

Así mismo, Giraldo y Franco (2011) refirió que el concepto de calidad de vida está influenciado según las circunstancias que experimenta la persona los cuales están determinados por factores como: posibilidades educativas, aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales que cambian con el tiempo, lo que implica que una misma persona puede tener diferentes conceptos de calidad de vida.

2.2.5. Dimensiones

Dimensión física

Con el incremento de la edad, en la población adulta mayor disminuye la frecuencia de realizar actividad física, por lo cual se incrementa el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, mucho más en este grupo etareo (Cabrera, 2008).

Santos y Cando (2015) expresaron que en la etapa adulta mayor es necesario adquirir hábitos adecuados, que permitan vivir de una forma adecuada, realizando actividad física y recreativa que permita mejorar la calidad de vida.

Según Osorio, Torrejon, Meersohn y Anigstein (2011) mencionaron a la percepción del estado físico o la salud, como ausencia de enfermedad. Del mismo modo, Durán (2013) refirió que es la capacidad para realizar actividades de la vida diaria que incluye el autocuidado, la atención y cuidado de la propia persona.

Por otro lado, en la Teoría de la Actividad o Envejecimiento Exitoso se menciona que para vivir una jubilación y un envejecimiento exitoso existe una condición fundamental que es el mantenerse activo, señala que es fundamental que los adultos se puedan dedicar a otras actividades, pero ello dependerá del estilo de vida practicado anteriormente, la mayoría de los adultos mantiene una necesidades de aumentar os diferentes niveles de actividad en lo físico, mental y social (Pérez, 2014).

Dimensión psicológica

Cabrera(2008) comentó que en el aspecto psicológico del adulto mayor, se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, atención y agilidad mental. Sin embargo la experiencia adquirida a lo largo de la vida, la cultura constituye una base para el reentrenar y reaprender las habilidades que fueron desapareciendo con la edad.

Osorio, Torrejon, Meersohn y Anigstein (2011) definieron la percepción psicológica de la persona en el estado cognitivo y afectivo como, miedo, ansiedad, falta de comunicación,

pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro, estos forman parte de las creencias personales, espirituales y religiosas de la persona así como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Igualmente, Durán (2013) mencionó que en esta faceta se examina como la persona percibe sus sentimientos de contención, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y placer para disfrutar las cosas buenas de la vida y del futuro. Así mismo, explora al adulto mayor con respecto a su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones, además la rapidez y claridad de pensar.

Contreras menciona que existe un alto porcentaje de adultos mayores que padecen de depresión, de leve a moderada, ocasionado principalmente por factores de tipo socioeconómico, debido a ello, el envejecimiento debe ser comprendido como un proceso individual de adaptación a las condiciones desencadenantes del propio organismo, del medio ambiente o de ambos, cuyo carácter depende de cómo se encaren y resuelvan los problemas en esta etapa de vida (Citado por Rodríguez, 2007).

Dimensión social

Durán (2013) dijo que a medida que una persona adulta mayor siente compañía, amor, apoyo familiar y social, permite que pueda compartir con los demás, momentos de felicidad, mejorando su calidad de vida.

Cardeño (2012) mencionó que en el adulto mayor, mientras cuente con más cuidado y más personas alrededor de él, su vida será más enriquecida, la edad adulta posee características especiales y es por ello la importancia de contar con la familia ya que son la principal fuente de apoyo emocional.

Por otro lado, Del Valle y Colli (2011) refirieron que en el adulto mayor se presentan enfermedades como la depresión, la demencia y otros síndromes geriátricos los cuales traen consecuencias en su vida y en el modo de relacionarse. Generalmente a los adultos mayores les encanta agradecer el cuidado que le puedan prestar mediante algún obsequio, es importante fortalecer la reciprocidad entre el dar y recibir ya que permitirá que ellos se sientan útiles para la sociedad.

Finalmente, Santos y Cando, 2015 expresaron que las actividades recreativas, son favorables para la vida cotidiana de los adultos mayores, porque les permite emplear el tiempo libre para la mejora del aspecto social, que facilita la elevación de la calidad de vida, permitiendo desarrollar estilos de vida más saludables.

Dimensión ambiente

La salud frágil del adulto mayor es afectada por el entorno social donde se desenvuelve. El entorno, más que los cambios por el envejecimiento, es el que tiene mayor influencia en la calidad de vida. A ello obedece la necesidad de identificar los factores de riesgo en el ambiente comunitario dentro o fuera de la vivienda. Los hogares generalmente están adecuados para las personas con capacidades integrales y funcionales. (López, 2010)

Según Osorio et al. (2011) la calidad de vida alude a un estado de bienestar total, en el cual un alto nivel de vida se torna insuficiente, una persona que presenta estrés por el ambiente que le rodea tiene un nivel de vida alto pero una baja calidad de vida.

Morales (2014) refirió que es importante mantener un lugar adecuado sin limitaciones, sin barreras arquitectónicas como desniveles, gradas innecesarias, superficies resbalosas que impidan la movilidad o la independencia, de este modo mejoraremos la calidad de vida de la persona adulta mayor.

2.3. Hábitos Alimentarios

2.3.2. Definición

Según Hernaez (2010), los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos. Los factores que los condicionan son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático. Las tradiciones y los mitos son determinantes de estos hábitos, e intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos.

Así mismo, Sánchez y De la Cruz (2011) citan que los hábitos alimentarios son influenciados por diversos factores que determinan la cantidad y calidad de los alimentos que se compran, se preparan y se consumen. Del mismo modo, estudios realizados en América Latina reportaron que un ingreso económico bajo de manera permanente, tiene un efecto adverso sobre la salud, ya que se ve relacionado con el nivel de educación y con la toma de mejores decisiones.

De igual manera, Alba y Mantilla (2014) señalaron que la forma de selección, preparación y consumo de diversos alimentos; definen los “hábitos alimentarios”. Lo cuales son complejos, en los que intervienen factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte; así mismo, influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo.

También, Silvestri (2011) refirió que los hábitos alimentarios influyen de gran manera en el estado nutricional y en la salud de los adultos mayores. Según señaló la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre los diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, está relacionada con la alimentación y el ejercicio físico.

Consideramos de esta manera que los hábitos alimentarios con enfoque de mantener un estado de salud adecuado y prevenir enfermedades, deben ser difundidos principalmente por el equipo de salud que tenga contacto directo con los adultos mayores.

2.3.3. Dimensiones:

Según Téllez (2014), la alimentación en todas las etapas de la vida debe cumplir características recomendables:

El número de comidas: Téllez (2014) adicionó que en el adulto mayor también se debe considerar de 3 a 5 comidas al día, que incluyan todos los grupos de alimentos, evitando las grasas saturadas y el colesterol, a su vez mantener una textura adecuada que facilite la masticación y deglución.

La frecuencia de consumo de comidas principales: según Ferro y Maguiña (2012) refirió que lo adecuado es el consumo diario de las comidas principales, considerando el desayuno, almuerzo y cena en el adulto mayor.

El lugar donde consume sus alimentos: Gottau (2010) manifestó que lo más adecuado es comer en la mesa, sentados y, de ser posible, junto al resto de la familia o integrantes del hogar, sin distracciones como pueden ser el televisor, la radio o el ordenador portátil frente a nosotros. Con este lugar y la comida delante de nuestros ojos, todo será mejor para la salud.

Comer en compañía: Téllez (2014) consideró como un evento social el consumo de alimentos, el cual consumirlos sin compañía puede tener como principal consecuencia la depresión. Así mismo, Palau (2012) mencionó que el menú solitario se caracteriza por ser una ingesta muy inferior en cantidad, en calidad y en variedad, al de una persona que come en compañía. De la igual manera, Carpena (2010) consideró que el consumir los alimentos con otras personas, brinda un buen soporte que permite mantener la nutrición de los mayores. Así mismo, está demostrado que las personas que consumen sus alimentos solos

tienden a descuidarse, lo que genera serios problemas de salud y se considera un factor de riesgo.

Tipos de comidas: León, Rojas y Campos (2011) citó que la alimentación de un adulto mayor debe ser balanceada, variada y adecuada; dado que se necesita la energía necesaria para compensar el gasto del metabolismo basal.

Por otro lado, Astiasarán, Martínez y Muñoz (2015) expresaron que en los adultos mayores de debe prestar gran atención ya que son frecuentes los problemas nutricionales con repercusiones graves en esta etapa de la vida, por lo cual recomienda consumir una dieta diversificada en alimentos, evitar la monotonía, dietas muy restrictivas, disminuir el consumo de sodio, aumentar paulatinamente el consumo de fibra, e incluir algún suplemento polimérico.

Tipo de preparación de las comidas principales: Ferro y Maguiña (2012) expresaron que los alimentos adecuados debería ser guisos, sancochados, a la plancha o al horno, del mismo modo considera como inadecuado las frituras; ya que el consumo de alimentos en alto valor calórico puede agravar las enfermedades crónicas no transmisibles.

El refrigerio, según Medline (2014), debe contener vitaminas, un aporte bajo en calorías y grasas como son las frutas y verduras.

Consumo de bebidas: Hernandez, Bonvecchio y Shama (2016) sostuvieron que un consumo excesivo de bebidas industrializadas como jugos, refrescos, té, café y gaseosas, genera sobrepeso y obesidad, además conlleva a desarrollar diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares.

Por ello, recomienda el consumo de agua pura, siendo la bebida más saludable que satisface necesidades de hidratación; por otro lado, también el consumo de leche semidescremada y descremada sin azúcar adicionada, porque es una fuente importante de calcio y vitamina D.

Finalmente, el consumo de suplemento vitamínico: Association (2010) declaró que los adultos mayores necesitan estos nutrientes en especial el Calcio y la vitamina D, Vitamina B12, Fibra, Potasio. Así mismo Quintas (2015) añade que el consumo de suplementos vitamínicos ayudan a compensar las pérdidas que se producen en los nutrientes debido a la variabilidad individual en los procesos de digestión, absorción y metabolismo.

2.4. Modelo de teoría en enfermería

La idea de profesión de enfermería tiene como base el cuidado de la persona el cual se basa en teorías y prácticas, siendo lo fundamental la calidad humana de cada profesional, sus principios, el deseo de realizar una buena práctica de enfermería, empatía, conocimientos. (Portales médicos 2015)

La teoría del cuidado de Watson cita que el cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interpersonal, así mismo está conformado de factores que satisfacen las necesidades humanas, el cuidado efectivo tiene como finalidad la salud del individuo y la familia (Mocarro, 2013).

Por otro lado, García, Torres y Ballesteros refirieron que el cuidado enfocado en el modelo de Roper-Logan -Tierney se basa en la educación de las actividades de la vida diaria donde incluye el entorno familiar, con la finalidad de ayudar al adulto mayor y a la familia a identificar las potencialidades para fortalecerlas y las limitaciones para superarlas, asimismo mejora la autonomía, ayuda en la toma de decisiones y respetar sus valores (citado por López, 2010).

Raile y Marriener (2011) adicionan que durante la década de 1970, realizaron investigaciones para descubrir el núcleo de la enfermería basado en un modelo de vida. Este modelo surgió como respuesta a la utilización de calificativos para denominar la práctica de acuerdo con las ideas de la práctica médica. Tres décadas de estudio sobre los elementos de la enfermería por Roper evolucionaron hacia un modelo de enfermería con cinco factores principales que incluían las actividades de la vida diaria.

Así también añaden que este modelo de enfermería dentro de las actividades de la vida diaria incluye el mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, aseo personal y vestimenta, control de la temperatura corporal, movilización, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte. La duración de la vida va desde el nacimiento hasta la muerte, y en un continuo de dependencia total y una independencia total. Los cinco grupos de factores que influyen en las actividades de la vida diaria son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político – económico.

Finalmente en el modelo de enfermería los cinco componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir la enfermedad, afrontar periodos de enfermedad y rehabilitación, afrontar positivamente los periodos de enfermedad crónica y afrontar la muerte.

Anhueza, Castro y Merino mencionaron que el propósito del cuidado de la salud que brinda el profesional de enfermería, es evitar que las limitaciones del adulto mayor se conviertan en impedimentos para realizar las actividades de vida en el hogar, y así disminuir el riesgo de hospitalización, los adultos mayores requiere atención y cuidados más allá de lo que ofrece el paradigma biomédico (López, 2010).

La capacidad para realizar las actividades de vida es un indicador de la funcionalidad, que el adulto mayor puede lograr a pesar de que requiera más tiempo y apoyos para realizarlas. El adulto mayor puede ser funcional aunque tenga problemas de salud, una vez desarrollada la habilidad para ajustarse a sus limitaciones, lo cual le permite lograr un sentimiento de independencia en sus actividades de vida, aun cuando para otros no las lleve a cabo adecuadamente (Fagerström, Persson, Holst y Hallberg (2008).

Reed, Richardson, Marais y Moyle (2008) citan que el adulto mayor con actitud positiva se asume con sentido de integridad y sabiduría que motiva a quienes lo rodean a beneficiarse de sus aportaciones. El sentido de utilidad conlleva fortaleza interna y permite al adulto mayor responder positivamente y enfrentar el inevitable proceso de envejecimiento.

3. Definición de términos

3.1. Calidad de vida

Según Martínez (2013), la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

3.2. Hábitos alimentarios

Según Hernaez (2010), los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos. Los factores que los condicionan son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático.

3.3. Adulto mayor

Aguilar (2013) refirió que en la vejez se produce una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis,

síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

3.4. Casas de reposo

Una casa de reposo organizada en función de las capacidades físicas y cognitivas permitirá, en mayor medida, que los adultos mayores puedan seguir realizando muchas actividades por ellos mismos. La comodidad del entorno influye de manera positiva en el estado emocional de la persona mayor. Un lugar cómodo y tranquilo, con temperatura agradable, con buena luz, ayuda en gran medida a que la persona se sienta bien (Fundación Eroski, 2014).

4. Hipótesis de la investigación

4.1. General

Ha: Existe relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ho: No existe relación entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

4.2. Específicas

Ha₁: Existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “social” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ho₁: No existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “social” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ha₂: Existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “física” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ho₂: No existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “física” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ha₃: Existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “ambiente” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ho₃: No existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “ambiente” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ha₄: Existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “psicológica” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

Ho₄: No existe relación entre los hábitos alimentarios y la dimensión “psicológica” en los adultos mayores en dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica.

5. Operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Hábitos Alimentarios:	Según Hernaez (2010), los hábitos alimentarios son la expresión de las creencias y tradiciones alimentarias de una población y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad de alimentos. Los factores que los condicionan son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático.	Respuestas obtenidas en los indicadores del cuestionario de National Institutes of Health (NIH). Se puede considerar que los hábitos alimentarios son actitudes aprendidas a lo largo de la vida que son modificables según la cultura, y creencias personales.	Numero de comidas	Adecuado: 3 a 5 comidas al día Inadecuado: menos de 3 comidas al día o más de 5 comidas al día.
			Frecuencia de consumo de comidas principales	Adecuado: consumo diario de comidas principales. Inadecuado: consumo no diario de las comidas no principales.
			Horario de consumo de alimentos	Desayuno: Adecuado: 6 a 8:59 am Inadecuado: antes de las 6am y a partir de las 9am.
				Almuerzo: Adecuado: de 12 a 12.59pm Inadecuado: antes de las 12 o a partir de las 3pm
Compañía	Cena: Adecuado: de 6 a 8:59pm Inadecuado.: antes de las 6pm o a partir de las 9pm	Adecuado: con compañía Inadecuado: solo(a)		

			Tipo de comida	Adecuado: comida de casa, balanceada. Inadecuado: comida no balanceada, chatarra.
			Tipo de preparación de las comidas principales	Adecuado: guisado, sancochado o a la plancha o al horno. Inadecuado: frituras
			Consumo de refrigerios	Adecuado: frutas Inadecuado: alimentos industrializados
			Consumo de bebidas	Adecuado: agua natural, lácteos o derivados; media hora antes o después de cada comida. Inadecuado: bebidas con aporte insuficiente nutricional; tomarlo junto con los alimentos.
			Consumo de suplemento vitamínico	Adecuado: consumo de suplemento de 2.4microgramos al día Inadecuado: consumo de vitaminas en más dosis, mayor de 2.4 microgramos.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Escala de Calidad de vida de OMS	Según Martínez (2013), define la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.	Respuestas obtenidas en la encuesta de WHOQOL – BREF.	Físico Psicológico Social Ambiente	Ítem: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 y 25. Ítem: 5, 6, 7, 11 y 19. Ítem 20 y 21. Ítem 8, 9, 12, 13, 14, 22, 23 y 24.	Muy malo Poco malo Lo normal Bastante bueno Muy bueno

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación.

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo porque emplea datos con medición numérica. Además, es de diseño no experimental ya que no existe manipulación de las variables de estudio (Nieto y Rodríguez, 2009). Asimismo, es de corte transversal debido a que toma información de la muestra en un determinado momento (Varkevisser, Pathmanatam y Brownle (2011). Finalmente, es de tipo correlacional porque busca conocer la relación entre hábitos alimentarios y calidad de vida de los adultos mayores (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2. Descripción de lugar de ejecución

Casa de Reposo “Sagrado Corazón” se encuentra ubicada en Nicolás Ayllón 350, frente al Banco de la Nación las cuales limitan al norte y este con la provincia de Huarochirí, al sur con el distrito de Ate y al oeste con el distrito Lurigancho – Chosica. La casa de reposo cuenta con personal capacitado: un director quien es el médico general, 25 técnicos de enfermería, 10 rehabilitadores físicos. Cinco cocineros y seis personas para realiza la limpieza.

Así mismo, cuenta con áreas verdes donde los 80 adultos mayores realizan actividad física según su capacidad, una sala donde realizan actividades manuales, una cocina amplia para la preparación de alimentos y un comedor con la suficiente capacidad para todos los integrantes.

Finalmente, la Casa de Reposo “El Remanso de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, ubicada en la Av. Jacarandas, Chosica la cual limita al norte y este con la provincia de Huarochirí, al sur con el distrito de Ate y al oeste con el distrito Lurigancho – Chosica, cuenta

con el siguiente personal: Una administradora, 15 técnicos de enfermería, seis rehabilitadores físicos, cinco cocineras, cinco personas para limpieza.

De igual manera, cuentan con áreas verdes, una loza deportiva donde los 70 adultos mayores realizan actividad física según su capacidad, una cocina para la preparación de sus alimentos, una sala comedora donde consumen sus alimentos y así mismo reciben a sus familiares, cuenta con servicios higiénicos

3. Participantes

3.1 Población

La población estuvo compuesta por 150 adultos mayores: 80 de la casa de reposo “Sagrado Corazón de Jesús” y 70 de “El remanso Nuestra Señora del Perpetuo Socorro” del distrito de Lurigancho - Chosica.

3.2 Muestra

La obtención de muestra se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, considerando criterios de inclusión y exclusión.

La muestra fue de carácter censal ya que representa a todo la muestra (Parada, 2013).

3.3. Criterios de inclusión y de exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

Adultos mayores entre 65 – 90 años; de ambos géneros, que sean miembros de las casas de reposo “Sagrado Corazón” y “El remanso Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”, que acepten voluntariamente participar de previo consentimiento informado

3.3.2. Criterios de exclusión

Adultos mayores con problemas auditivos severos que impidan escuchar con facilidad el cuestionario y a la vez el llenado del mismo, aquellos que no firmaron el consentimiento informado y dejaron incompleta la encuesta.

4. Características de la muestra

4.1. Descripción

Los participantes del estudio presentaron las siguientes características: la mayoría fue del sexo femenino así también son casados, procedentes de la costa, presentan una instrucción de secundaria completa, no cuentan con una profesión, llevan una estadía de 4 a 6 meses, profesan una religión católica y presentan antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus

Variable	n	%
Género		
Femenino	79	52,7
Masculino	71	47,3
Estado Civil		
Casado	29	19,3
Divorciado	18	12
Soltero	11	7,3
Viudo	92	61,3
Procedencia		
Costa	76	50,7
Sierra	60	40
Selva	11	7,3
Extranjero	3	2
Instrucción		
Primaria completa	18	12
Primaria incompleta	7	4,7
Secundaria completa	80	53,3
Secundaria incompleta	20	13,3
Superior completa	22	14,7
Superior incompleta	3	2
Ocupación		
Profesional	20	13,4
Sin profesión	108	72,1
Técnico	22	15,3
Estadía		
1-3 meses	22	14,7
4-6 meses	76	50,7
6-12 meses	29	19,3
más de un año	23	15,3
Religión		
Católico	138	92
Adventista	3	2
Evangélico	8	5,3
Testigo de Jehová	1	0,7
Antecedentes		
Hipertensión	92	61,3
Diabetes mellitus	37	24,7
Triglicéridos	4	2,7
Asma	1	0,7
Artritis	16	10,7

5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

5.1. Cuestionario de Hábitos alimenticios

El cuestionario de hábitos alimentarios de National Institutes of Health (NIH) está compuesto por 20 ítems, con 5 opciones de respuestas.

El cuestionario fue realizado por el Instituto Nacional de Salud de México en el año 2007, teniendo como confiabilidad según alfa de Crombach un valor de 0.621 y tiene como objetivo identificar los hábitos alimentarios del adulto en instituciones nacionales.

En este estudio se realizó una prueba piloto con 50 adultos mayores de diferentes casas de reposo de Chaclacayo.

Para la confiabilidad se usó la prueba de alfa de Crombach el cual es un método que permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems, obteniendo un valor de 0,639 demostrando su confiabilidad.

Para la validación de contenido, se utilizó la prueba de V de Aiken que es un coeficiente que permite obtener una suma máxima de la diferencia de los valores posibles, puede ser calculado por la valoración de un juicio de expertos con relación a un ítem o un grupo de ítems, además a cada valoración se le asigna puntuación que pueden ser dicotómicas o politómicas. En el cual se obtuvo una puntuación de 1.

5.2. Cuestionario de calidad de vida

El instrumento que se utilizó para medir la calidad de vida fue el cuestionario WHOQOL – BREF, validado en Barcelona, España (World Health Organization Quality of Life Questionnaire, 1993), teniendo como confiabilidad según alfa de Crombach un valor de 0.90 y tiene como objetivo identificar la calidad de vida de los adultos mayores.

La encuesta fue aplicada a 150 adultos mayores de las casas de reposo, el cual consta de 25 preguntas: dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción del usuario y 23 preguntas divididas en: dimensión social (ítems 20 y 21), físico (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 y 25), psicológico (ítems 5, 6, 7, 11 y 19) y ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 22, 23 y 24).

Para la confiabilidad se usó la prueba de alfa de Crombach obteniendo un valor de 0.869 demostrando su confiabilidad.

Para la validación de contenido se utilizó la prueba de V de Aiken con un valor de uno.

6. Proceso de recolección de datos

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida a cada Director de las respectivas casas hogares de Lurigancho - Chosica, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización de los directores de ambas casas de reposo se procedió a la recolección de datos, en coordinación con la colaboración del personal técnico.

La aplicación del instrumento fue dado por las investigadoras realizándose en los meses de septiembre y octubre del 2016, una vez identificado al adulto mayor se invitó a participar del estudio, informando verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y entregando el consentimiento informado; pidiendo la veracidad en sus repuestas. La encuesta se tomó a los integrantes de ambas casas de reposo, la cual tuvo una duración de 10 minutos por cada participante.

7. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 22) con el propósito de organizar la información en una base de datos, para luego realizar el procesamiento estadístico de los mismos.

Se realizó la descripción de ambas variables mediante tablas de frecuencia y para responder la hipótesis del trabajo se utilizó la prueba de Chi cuadrado que es un procedimiento de elección para el contraste de hipótesis, esta prueba estadística se aplica al análisis de dos o más grupos de variables.

8. Consideraciones éticas

En esta investigación se considera los principios éticos, lo que indica que en toda la información brindada por los participantes se respeta la autonomía.

Según la Ley general de salud N° 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

Respecto al área de investigación, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad, protección de sus derechos, bienestar y privacidad. (Artículo 13 y 16).

Es así como se hizo entrega de un consentimiento informado el cual fue elaborado donde se explica el anonimato en que permanecerá, el propósito del proyecto, liberándolo de cualquier problema, así también se explica los beneficios de ésta investigación y los derechos que poseen como participantes, finalmente se solicita su firma como prueba de aceptación.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2

Hábitos alimentarios de adultos mayores en dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica, 2016

Hábitos alimentarios	n	%
Inadecuado	7	4,7
Adecuado	143	95,3
Total	150	100

En la tabla 2 se observa que del 100% de la muestra, el 95,3% de los adultos mayores tienen hábitos alimentarios adecuados y el 4,7% inadecuados.

Tabla 3

Calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

Calidad de vida	n	%
Regular	5	3,3
Normal	136	90,7
Bastante buena	9	6
Total	150	100

En la tabla 3 se aprecia que del 100% de los adultos mayores, el 90,7% califica su calidad de vida como normal, el 6% bastante bueno y el 3,3 % regular.

Tabla 4

Calidad de vida en la dimensión Social en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

Dimensión Social	n	%
Malo	42	28
Regular	77	51,3
Bueno	31	20,7
Total	150	100

En la tabla 4 se observa que del 100% de la muestra, el 51,3% presentan una dimensión social regular, el 28% malo y el 20,7% bueno.

Tabla 5

Calidad de vida en la dimensión física en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

Dimensión Física	n	%
Malo	44	29,3
Regular	76	50,7
Bueno	30	20
Total	150	100

En la tabla 5 se muestra que del 100% de la muestra, el 50,7% presentan una dimensión física regular, el 29,3% malo y el 20% bueno.

Tabla 6

Calidad de vida en la dimensión ambiente en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

Dimensión Ambiente	n	%
Malo	53	35,3
Regular	65	43,3
Bueno	32	21,3
Total	150	100

En la tabla 6 se aprecia que del 100% de los adultos mayores, el 43,3% obtuvieron una dimensión ambiente regular, el 35,3 malo y el 21,3% bueno.

Tabla 7

Calidad de vida en la dimensión Psicológico en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

Dimensión Psicológico	n	%
Malo	40	26,7
Regular	80	53,3
Bueno	30	20
Total	150	100

En la tabla 7 se aprecia que del 100% de los participantes, el 53,3% obtuvo un dimensión psicológica regular, el 26,7 malo y el 20% bueno.

Tabla 8

Hábitos alimentarios y Calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

		Calidad de vida			
		Bajo	Regular	Bueno	Total
Hábitos alimentarios	Inadecuado	4	3	0	7
		2,7%	2%	0%	4,7%
	Adecuado	41	78	24	143
		27,3%	52%	16,0%	95,3%
	Total	45	81	24	150
		30%	54%	16%	100%

* $\chi^2=3,147$, $gl=2$, $p= 0.207$

En la tabla 8 se observa que del 100% de los encuestados el 52% de los adultos mayores indicaron tener hábitos alimentarios adecuados con una calidad de vida regular y el 2% presentan hábitos alimentarios inadecuados con una calidad de vida regular. Con respecto a la relación entre variables, se muestra mediante la prueba estadística chi cuadrado un coeficiente de correlación de 3,147 y un p valor de 0,207, siendo este mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_0 , quedando demostrado que no existe relación estadísticamente significativa entre el hábitos

alimentarios y calidad de vida en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica.

Tabla 9

Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión social en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

		Dimensión social			
		Malo	Regular	Bueno	Total
Hábitos alimentarios	Inadecuado	4 2,7%	3 2%	0 %	7 4,7%
	Adecuado	38 25,3%	74 49,3%	31 20,7%	143 95,3%
Total		42 28%	77 51,3%	31 20,7%	150 100%

* $\chi^2=3.847$; $gl=2$; $p=.146$

En la tabla 9 se pudo analizar que del 100% de los adultos mayores el 49,3% obtuvieron hábitos alimentarios adecuados con una dimensión social regular y el 2% obtuvo hábitos alimentarios inadecuados, una dimensión social regular. Por lo cual, en la relación entre variables mediante la estadística chi cuadrado, obtuvo un coeficiente de correlación de 3,847 y un p valor de 0,146 siendo este mayor a 0,05; por lo tanto, se acepta la H_0 y rechaza la H_a , demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión social en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica.

Tabla 10

Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión física en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

		Dimensión Física			
		Malo	Regular	Bueno	Total
Hábitos alimentarios	Inadecuado	3	3	1	7
		2%	2%	0,7%	4,7%
	Adecuado	41	73	29	143
		27,3%	48,7%	19,3%	95,3%
	Total	44	76	30	150
		29,3%	50,7%	20%	100%

* $\chi^2=.666$; $gl=2$; $p=.717$

En la tabla 10 se evidencia que del 100% de los participantes el 48,7% presentan hábitos alimentarios adecuados con la dimensión física regular y el 2% presentan hábitos alimentarios inadecuados con una dimensión física regular y mala. De igual manera la relación entre variables se puede observar estadística chi cuadrado presentando un coeficiente de correlación de 0,666 y un p valor de 0,717, siendo este mayor a 0,05, lo que permite aceptar la H_0 y rechazar la H_a , demostrando así que no existe relación estadísticamente significativa entre el hábitos alimentarios y calidad de vida dimensión física en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

Tabla 11

Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión ambiente en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

		Dominio Ambiente			
		Malo	Regular	Bueno	Total
	Inadecuado	3	2	2	7
		2%	1,3%	1,3%	4,7%
Hábitos Alimentarios	Adecuado	50	63	30	143
		33,3%	42%	20%	95,3%
Total		53	65	32	150
		35,3%	43,3%	21,3%	100%

* $\chi^2=.667$; $gl=2$; $p=.716$.

En la tabla 11 se observa que del 100% de los encuestados el 42% obtuvieron hábitos alimentarios adecuados, una dimensión ambiente regular y el 1,3% obtuvo hábitos alimentarios inadecuados con dimensión ambiente regular y bueno. Por otro lado, la relación entre variables mediante la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,667 y un p valor de 0,716 siendo este mayor a 0,05; por lo tanto, se acepta la H_0 y rechaza la H_a , demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión ambiente en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

Tabla 12

Hábitos alimentarios y calidad de vida en la dimensión psicológica en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

		Dominio Psicológico			
		Malo	Regular	Bueno	Total
	Inadecuado	2	5	0	7
		1,3%	3,3%	0%	4,7%
Hábitos	Adecuado	38	75	30	143
Alimentarios		25,3%	50%	20%	95,3%
	Total	40	80	30	150
		26,7%	53,3%	20%	100%

* $\chi^2=1,929$; $gl=2$; $p=.381$

En la tabla 12 se obtuvo que del 100% de la muestra, el 50% tiene hábitos alimentarios adecuados y una dimensión psicológica regular. El 1,3% tiene hábitos alimentarios inadecuados y presenta una dimensión psicológica mala. Por lo tanto, la relación entre variables se observa mediante la estadística chi cuadrado que obtuvo un coeficiente de correlación de 1,929 y un $p =$ valor de 0,381, siendo este mayor a 0,05, lo que permite aceptar la H_0 y rechazar la H_a , demostrando así que no existe relación estadísticamente significativa entre el hábitos alimentarios y calidad de vida y la dimensión psicológica en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho-Chosica.

2. Discusión

La población adulta mayor ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia, medicina, higiene, nutrición, condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo, se vea compensado con una vida de calidad, en el adulto mayor (Manual de Enfermería gerontológica, 1993).

Para el adulto mayor, la calidad de vida significa ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación y de decisión en todo lo que se le relacione a él (Vera, 2007). Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), definió calidad de vida como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes".

Por otro lado, Ramón y Carlos refirieron que esta población es el grupo de mayor riesgo en padecer problemas nutricionales tanto por exceso como por déficit; ya que aumentan las necesidades de algunos nutrientes, al mismo tiempo de una menor capacidad de regulación de la ingesta de los mismos. Entre otros factores asociados al riesgo nutricional, se encuentran: los físicos, psíquicos, sociales y económicos, que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor, produciendo un incremento en los gastos y servicios que se requiere para su bienestar (citado por Alba y Mantilla, 2014).

Al analizar las variables de estudio se observó que no existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y la calidad de vida en adultos mayores con un p -valor de 0,207 (ver tabla ocho). Además, los datos descriptivos revelaron que el 52% de los adultos mayores que presentaron hábitos alimentarios adecuados indicaron una calidad de vida regular. No obstante, Elcorrobarrutia y Flores (2010), en un trabajo similar realizado en La Libertad-Perú, sí encontró relación entre ambas variables con un p valor de 0,04. Por otro lado, sus datos evidenciaron que un 52,7% de los adultos mayores presentaron un estilo de vida no saludable y solo el 9,6% saludable.

Los diferentes resultados pueden explicarse en que la población elegida por Elcorrobarrutia y Flores fue de una urbanización donde los adultos mayores aún viven en sus hogares y con la familia, con un nivel socioeconómico bajo, además el propósito de dicho trabajo fue dar a conocer al centro de salud las necesidades prioritarias del adulto mayor.

Así mismo, el actual estudio se realizó en adultos mayores que viven en casas de reposo donde cuentan con un personal especializado que está encargado de su salud nutricional, física y emocional las 24 horas del día, los cuales presentan un nivel socioeconómico de nivel medio a alto. Hay que resaltar que el acelerado ritmo de envejecimiento ha traído consigo el incremento en la demanda de hogares de ancianos de larga estadía y en la institucionalización no necesaria de esta población. Si bien el ideal para el adulto mayor es permanecer con los suyos, las principales razones por las que el adulto mayor ingresa a una casa de reposo son: la dificultad de las familias para cuidarlos, razones de salud del propio adulto mayor y soledad (Universidad de Chile, 2006).

Con respecto a la variable hábitos alimentarios Barrón, Mardones, Gallegos, Martínez y Soto, 2007) en su artículo “Análisis de la alimentación de adultos mayores residentes en centros institucionalizados urbanos de la VIII Región en Chile” informaron que el 51,3% de los adultos mayores presentaron un estado nutricional normal, el 32% enflaquecido y solo el 3,9% obeso. De igual manera, Orlandini (2010) en un estudio realizado en Argentina, indicó que el 79,85% de los adultos mayores comieron toda su dieta, el 69% se sintieron satisfechos con el servicio alimentario que ofrece el centro geriátrico y el 29% muy satisfechos. Por último, Ramírez, Molina y Rodas (2009) en su estudio sobre “El aporte nutricional de una dieta elaborada en un Hogar geriátrico de Lima” encontró que más del 90% del requerimiento nutricional del adulto mayor había sido cubierto, lo que explicaría que el 54,5% de la población presentará un estado de salud conservado.

Para Rubio (2002), los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano.

Al analizar las variables de hábitos alimentarios y percepción sobre su calidad de vida se observó que existe relación significativa con un p-valor de 0.034 (ver anexo tabla uno) Así mismo, los datos evidenciaron que el 87,3% de los adultos mayores indicaron hábitos alimentarios adecuados percibiendo su calidad de vida como normal.

Con respecto a esto Beaman, Reyes, García y Cortés (2004) en un estudio realizado en México señaló que los adultos mayores con algún tipo de dependencia para realizar alguna actividad de la vida diaria percibieron un estado de salud menos positivo. De igual manera, Barrientos, Fiedler y Godoy (2011), en su trabajo “Estudio comparativo de percepción de calidad de vida entre adultos mayores de Valdivia que participan y no participan en las actividades de ocio y tiempo libre” encontró que el 60% de los adultos mayores que realizaron alguna actividad de recreación tienen una percepción alta de su calidad de vida mientras que el 50% que no realiza actividad de ocio presenta una percepción moderada de su calidad de vida.

Según Gallegos, García, Duran, Reyes y Durán (2006), el concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente. De igual forma, en la autopercepción de la salud como elemento base en el funcionamiento integral del ser humano se generan transiciones de tipo psicosocial, que afectan el estilo de vida por el incremento de agentes que acompañan esta etapa, como son el contexto, la familia, los factores económicos, los cambios culturales, políticos y todas aquellas acciones que directa o indirectamente aluden a la salud percibida (Citado por Cerquera, Florez y Linares, 2010).

Por otro lado, Alonso et al. (2010) en el estudio “Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla” afirman que la integración de lo psíquico, emocional, espiritual, familiar y las buenas relaciones interpersonales son factores que contribuyen al bienestar del adulto mayor, esto se corrobora en la expresión de una mujer de 69 años: “Cuando me tienen en cuentan mis hijos para las decisiones de la casa me siento feliz”.

Al analizar la variable de estudio hábitos alimentarios y la dimensión física no se encontró relación significativa con un p-valor de 0.717 (tabla 10). Del mismo modo, en los datos descriptivos se observa que el 50,7% de los adultos mayores presentan un dominio físico regular y el 20% bueno. Resultados parecidos manifestaron Sigüenza et al. (2013), en el trabajo “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca” donde la mayoría de los encuestados presentaron un dominio físico normal a bueno con un promedio de 57,91 puntos. Del mismo modo Torres, Quezada, Rioseco y Ducci (2008) en un estudio realizado en Chile concluyó que el 61,3% de los adultos mayores calificó la dimensión física como buena y un 19,4% muy buena.

Aguilar (2014) mencionó que la actividad física es el medio más adecuado para prevenir el inicio de las patologías físicas y psicológicas que afectan a la persona y a la vez disminuye el grado de severidad si la persona se encuentra enferma. Así mismo, Andrade y Pizarro (2007), mencionaron que el ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida del adulto mayor, permite la continuidad de la fuerza y la movilidad, mejora el estado de ánimo, previene algunas enfermedades y genera ambientes recreativos.

Al analizar la variable de estudio hábitos alimentarios y la dimensión psicológica no se encontró relación significativa con un p-valor de 0.381 (tabla 12). Así mismo, los datos descriptivos muestran que el 50% tienen hábitos alimentarios adecuados, así como un dominio psicológico regular y el 1,3% tiene hábitos alimentarios inadecuados y un dominio psicológico malo.

Domínguez (2013) refirió que el resultado de una atención a cargo de personal profesional y especializado, se puede mejorar la calidad de vida y aumentar la longevidad año tras año, así mismo, los adultos mayores son un grupo prioritario, por las condiciones sociales en las que se encuentran, por lo cual es importante la necesidad que existan centros adecuados para su desarrollo integral, que le brinden atención y cuidado (Gutiérrez et al., 2010).

Al analizar la variable de estudio hábitos alimentarios y la Dimensión Social no se observa relación significativa con un p-valor de 0.146 (tabla nueve). Por otro lado, Torres et al. (2008) realizó un estudio titulado: "Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas un estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF", donde menciona que el 35,0% de la muestra alcanzó satisfacción media, y el 47,5% alta. Igualmente (Durán, 2013), presentó que el 51,6% de los encuestados identifican satisfacción en sus relaciones sociales en general, un 29,0% refieren mucha satisfacción y un 19,4% la perciben normales.

En la dimensión social en la pregunta (con quien consume sus alimentos) se observa que el 76% consume sus alimentos con sus amigos de la casa hogar, esto ayuda a fortalecer las relaciones personales mejorando así el área social.

Cardona et al. Mencionó que los adultos mayores con frecuencia experimentan síntomas de depresión y ansiedad lo que conlleva al aislamiento de las personas que los rodean, así mismo, tener una gran red social se asocia con un mejor estado de ánimo en las personas de la tercera edad. La alta frecuencia de contacto con amigos indica un intercambio emocional positivo; el disfrute y el compartir buenos momentos se consideran un mecanismo potencialmente protector frente a la depresión. Igualmente,

tener un número adecuado de amigos cercanos (por lo menos dos), es uno de los mejores métodos para evitar la depresión. En general, las personas sin amigos son las que más presentan sintomatología depresiva, seguidas de quienes solo tienen un buen amigo (Silva, Gonzáles y Vivar, 2015).

Al analizar la variable de estudio hábitos alimentarios y la Dimensión Ambiente no se evidencia relación significativa con un p valor de 0.716 (tabla 11) es así que las tablas descriptivas muestran que el 42% obtuvieron hábitos alimentarios adecuados, un ambiente regular y el 1,3% obtuvo hábitos alimentarios inadecuados con un ambiente regular y bueno.

Por otro lado, una casa de reposo organizada en función de las capacidades físicas y cognitivas permitirá, en mayor medida, que los adultos mayores puedan seguir realizando muchas actividades, por ellos mismos, lo que potenciará su autonomía. Por medio de ciertas modificaciones ambientales, se puede lograr un entorno que redonde en la intimidad y la comodidad de las personas. La comodidad del entorno influye de manera positiva en el estado emocional de la persona mayor. Un lugar cómodo y tranquilo, con temperatura agradable, con buena luz, ayuda en gran medida a que la persona se sienta bien (Eroski, 2014).

Finalmente, Beaman et al. (2004) indicaron que algunos directivos, profesionales de la salud y aun los adultos mayores piensan que la promoción de la salud o la prevención entre los adultos mayores es un asunto poco menos que imposible. Sin embargo, el hecho de que la autopercepción de la salud empeora en forma directa con el incremento del número de problemas crónicos de salud y que la autopercepción negativa de la salud está significativamente asociada con la muerte, debiera hacer pensar en los mecanismos para prevenir la aparición de una segunda, tercera o cuarta enfermedad, si es necesario. El trabajo conjunto de todos los niveles de atención, comenzando por los servicios sociales y hasta los hospitales de alta especialidad, puede ayudar a mejorar el estado de salud, el bienestar y la autopercepción de la salud de los adultos mayores.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación con los objetivos, el estudio contempla las siguientes conclusiones:

El 95,3% de los adultos mayores tienen hábitos alimentarios adecuados y el 4,7% inadecuados.

El 90,7% de los adultos mayores califica que su calidad de vida es normal, y el 3,3 % regular.

Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y calidad de vida global en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica con p valor de 0,034.

Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y percepción de salud global de dos casas de hogares de Lurigancho – Chosica con p valor de 0,001.

No existe relación entre el hábitos alimentarios y la dimensión “dominio físico” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica con p valor de 0,717.

No existe relación entre el hábitos alimentarios y calidad de vida “dominio psicológico” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica con p valor de 0,381.

No existe relación entre hábitos alimentarios y calidad de vida “dominio social” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica con p valor de 0,146.

No existe relación entre hábitos alimentarios y calidad de vida “dominio ambiente” en los adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica con p valor de 0,716.

No existe relación significativa entre hábitos alimentarios y la calidad de vida en adultos mayores de dos casas hogares de Lurigancho-Chosica con un p valor de 0,207.

2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería se recomienda:

Realizar trabajos comunitarios que permitan estar más cerca de la población y así crear lazos especialmente con las personas adultas mayores cuya población es más vulnerable, se debería incluir en su programa curricular un curso especificado de geriatría, que permita crear conciencia en los estudiantes sobre la importancia de trabajar con adultos mayores.

Así mismo, ejecutar capacitaciones de conocimientos, orientación, talleres psicoeducativos, lo que brinde recuerdos felices y aporte en la mejora de la calidad de vida.

A los estudiantes de enfermería:

Principalmente, motivarlos a realizar trabajos de investigación en poblaciones vulnerables como los adultos mayores, crear programas educativos en favor de dicha población, recordando que como enfermeros estamos capacitados para programar, supervisar y mantener sistemas de autocuidados en la persona y su familia.

A las casas hogares recomendarles:

Buscar la participación de los adultos mayores de forma activa en la ejecución de programas que se puedan dar en las casas hogares; de la misma manera, permitir el relacionamiento con personas que quieran llevar alegría a los ancianos, así también implementar programas educativos que consideren actividades para mejorar su autoestima, finalmente, integrar a las familias en las actividades recreativas que se puedan realizar, lo que favorezca en el estado emocional y psicológico.

Referencias bibliográficas

Adventistas.org (2013) Declaraciones y documentales. Recuperado de: <http://www.adventistas.org/es/institucional/organizacion/declaraciones-y-documentos-oficiales/estilo-de-vida-y-conducta-cristiana/>

Aldana, Fonseca y García (2013) El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo.

Herrera, Martínez y Navarrete (2013) Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Cuba: La Habana.

Hilerio, L. (2009) Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de Colima mediante la mini valoración nutricional e indicadores séricos. México: Colima

Ministerio de Salud Pública (2010) Normas y protocolos de atención integral en adultos mayores

Murgieri (2009)M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF recuperado: http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621

Xixjuddhe y De la Cruz (2011) Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. Perú: Lima

Pérez, C. (2013) La mejor hora del día para desayunar, comer y cenar. Natursan. Recuperado de www.natursan.net

Aghanuri, A., Salehi, H., Mahmoudi, M., Faraji, K. F., & Djafarian, K. (2015). Quality of Life and its Relationship With Healthy Eating Index Among Elderly People. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 7(1), 1–5. <http://doi.org/10.5812/jjhs.27158>

Aguilar, G. M. (2014). Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa Maria del Triunfo, 1–113.

Alba, D., & Mantilla, S. (2014). Estado Nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012-2013, 1–115. recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1304> \n http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3499/1/06_NUT_145_TESIS.pdf

Alonso, P. L. M., Rios, A. L., Caro, de P. S., Maldonado, A., Campo, L., Quiñonez, D., & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (

- Colombia) Perceptions of aging and wellness of the elderly from San Camilo nursing home at Barranquilla (Colombia), 26(2), 250–259.
- Andrade, & Pizarro. (2007). Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. recuperado de <http://www.medicina.uach.cl/postgrado/diplomados/saludpublica/modulos.php>
- Anne, H. J. (2016). Nutrition and Health- Related quality of life in older adults in the Us, Nhanes 2009-2012, (April).
- Arriaga, G. O. (2014). *No Title No Title. Journal of Chemical Information and Modeling.*
- Association, A. D. (2010). Eating Right. Food and Nutrition Tips from the American. recuperado de <http://blogs.aidb.org/salud/2014/10/27/alimentacion>
- Astiasarán, A. I., Martínez, A. H., & Muñoz, H. M. (2015). *Claves para una alimentación óptima.* (D. de Santos, Ed.). España. recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=1R25BgAAQBAJ&pg=PA162&dq=como+debe+ser+la+preparacion+de+los+alimentos+en+los+adultos+mayores&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi7-fKRicfNAhWMKyYKHdELC0kQ6AEIJTAA#v=onepage&q=como+debe+ser+la+preparacion+de+los+alimentos+en+los+adultos+mayores&f=false>
- Barrientos, C. V., Fiedler, B. T., & Godoy, A. C. (2011). Estudio comparativo de percepcion de calidad de vida entre adultos mayores de Valdivia que participan y no participan en las actividades de ocio y tiempo libre, 9(1).
- Barrón, V., Mardones, M., Gallegos, J., Martínez, M., & Soto, D. (2007). Autopercepción de la salud en el adulto mayor Self-perception of health condition in elderly people Autoperception de la santé chez les personnes âgées.
- Beaman, P., Reyes, S., García, Peña C., & Cortés, A. R. (2004). adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social *. *Medicina*, (10), 117–138.
- Berrío, V. M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 3(S 1), 22–28.
- Calle, V. C., Guillen, C. L., & Ortega, V. X. (2010). Proyecto de inversión empresarial guardería de ancianos "Jardines Años Dorados", 171.
- Cardeno, C. C. A. (2012). Relaciones familiares y sentimentales del adulto mayor. recuperado de http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/cuidados-del-adulto-mayor/relaciones-familiares-y-sentimentales-del-adulto-mayor/

- Carpena, M. (2010). Pule Salud. Sociedad Española de Geriatría. recuperado de http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID_CATEGORIA
- Corugedo, R. M. del C., García, G. D., González, A. I. V., Crespo, L. G. A., Gónzales, G. G., & Calderín, H. M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces Quality of life of the old people living in the home for the elderly located in Cruces municipality, *30*(2), 208–216. recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi06214.pdf>
- Del Valle, G. G., & Colli, P. L. (2011). Relaciones sociales y envejecimiento saludable, 62.
- Durán, J. A. (2013). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores residentes en hogares alemanes de santiago de chile, 76.
- Elcorrobarrutia, J. M., & Flores, L. S. (2010). Estilo de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor La Urb. La Libertad, Chimbote 2010. recuperado de <https://es.scribd.com/doc/166163640/Tesis-Adulto-Mayor>
- Eroski, F. (2014). Adopciones del entorno. recuperado de <http://mayores.consumer.es/documentos/mayores/adaptaciones/intro.php>
- Fagerström, Persson, Holst, & Hallberg. (2008). Determinants of feeling hindered by health problems in daily living at 60 years and above. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00545.x>
- Fernández Garrido, J. J. (2009). *Tesis Doctoral Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales defierentes España y Cuba. Servei de Publicacions*. recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid=78EF479DE6F12B59D8A0732E3773AB83.tdx1?sequence=1>
- Ferro, R., & Maguiña, V. (2012). Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio, 1–60. recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1123/1/ferro_mr.pdf
- Gallegos, C. K., García, P. C., Duran, M. C., Reyes, H., & Durán, A. L. (2006). Autopercepción del estado de salud: Una aproximación al los ancianos en México. *Revista de Saude Publica*, *40*(5), 792–801. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600008>

- Gottau, G. (2010). El lugar adecuado para comer. recuperado de <https://www.vitonica.com/dietas/el-lugar-adecuado-para-comer>
- Gutierrez, R. L., Picardia, M. P. A., Sara, N., Avila, F. J. A., Menendez, J. J., & Perez, L. A. B. (2010). *Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor*. (E. M. Hil, Ed.) (1ª edición). México.
- Hernaez, L. (2010). Estudio del consumo de fibra dietética en Adolescentes de Capital federal, Buenos Aires, 1–74. recuperado de <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/lf-hernaez.pdf>
- Hernandez, Bonvecchio, & Shama. (2016). Las 6 bebidas recomendadas. recuperado de <http://blogs.aidb.org/salud/2014/10/27/alimentacion>
- Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2013). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 30(4), 326–345.
- León, D. A., Rojas, M. G., & Campos, F. T. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*.
- López. (2010). Modelo de enfermería basado en las actividades de vida Roper-Logan-Tierney, (1989), 1–186.
- Magna, V. Á. (2006). Planeamiento Estratégico para Residencias del Adulto Mayor , Análisis de un nuevo Nicho de Mercado en el Perú.
- Martínez, N. C. (2007). Organización de un centro de día para el Adulto Mayor. *Claudia María Martínez Núñez*, 118. recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014881/014881.pdf>
- Maya, L. E. (2013). Componentes de la Calidad de vida en adultos Mayores. recuperado de <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm>
- Medline. (2014). Los refrigerios adecuados. recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency>
- Melguizo, E. H., Acosta, A. L., & Catellano, B. P. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores . Cartagena (Colombia) Factors associated to life quality of older adults . Cartagena (Colombia), 28(2), 251–263.
- Mocarro. (2013). teorías de jean Watson. recuperado de <https://es.scribd.com/doc/184262732/Cuidado-humanizado-al-adulto-mayor-teoria>
- Morales, M. F. (2014). Donde deben de vivir los Adultos Mayores. recuperado de http://www.nacion.com/opinion/foros/deben-vivir-adultos-mayores_0_1442455751.html

- Nieto, S. M., & Rodríguez, M. J. C. (2009). Investigación y Evaluación en la Sociedad del Conocimiento. recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=0OmjkbteDG8C&pg=PA110&dq=definicion+de+trabajos+de+investigacion+no+experimental>
- Orlandini, M. de J. (2010). Ingesta Alimentaria en Adultos Mayores en Residencia Geriátrica, 1–70.
- Osorio, G. C. (2007). Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo. *200.34.44.252*, 1–21. recuperado de [http://200.34.44.252/nuestro_alumnado/icap/licenciatura/documentos/Caracterizacion de la microflora.pdf](http://200.34.44.252/nuestro_alumnado/icap/licenciatura/documentos/Caracterizacion%20de%20la%20microflora.pdf)
- Osorio, P. P., Torrejon, M. J., Meersohn, C., & Anigstein, M. sol. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud Y Sociedad*, *2*(2), 203–217. Rrecuperado de <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/52/77>
- Palau, A. (2012). Los peligros de comer solo. recuperado de www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien
- Pardo, R. Y., & Rodríguez, N. Y. (2014). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor, *3*(1), 267–276.
- Pérez, H. A. M. (2014). La percepción social de la vejez., 74. recuperado de [http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La percepción social de la vejez.pdf?sequence=1](http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La%20percepcion%20social%20de%20la%20vejez.pdf?sequence=1)
- Quintas, S. A. (2015). Desnutrición y Suplementos en la tercera edad en la farmacia comunitaria, 1–21.
- Ramírez, A., Molina, E., & Rodas, N. (2009). Aporte nutricional de una dieta elaborada en un Hogar geriátrico, *3*, 472–480.
- Recio, G. (2013). Casa de Retiro, 304. recuperado de <https://es.scribd.com/doc/159070190/Tesis-Casa-de-Retiro>
- Reed, J., Richardson, E., Marais, S., & Moyle, W. (2008). Older people maintaining well-being: an International Appreciative Inquiry study. <http://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00111.x>
- Rodríguez, H. M. (2007). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual*, *8*(10-11), 31–39. recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/4089>

- Sánchez, F., & De la Cruz, F. (2011). Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana, 2011, 1–47. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3435> \n http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3435/3/cruz_mf.pdf
- Sánchez, R. F., De la Cruz, M. F., Cereceda, B. M., & Espinoza, B. S. (2014). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *Anales de La Facultad de Medicina*, (6), 107–111. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i2.8382>
- Silva, M. M., Gonzáles., & Vivar, V. V. P. (2015). Factores Asociados a La Depresión En El Adulto Mayor Institucionalizado. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Silvestri, C. (2011). Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en Adultos Mayores de más de 70 años., 24–30. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>
- Téllez, V. M. E. (2014). *Nutrición Clínica*. (M. Moderno, Ed.) (2nd ed.). México. recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=Z_EWCQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=tellez+2014&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi-0JrKqfDRAhUQfiYKHVcaAbwQ6AEINzAF#v=onepage&q=tellez 2014&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=Z_EWCQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=tellez+2014&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi-0JrKqfDRAhUQfiYKHVcaAbwQ6AEINzAF#v=onepage&q=tellez%202014&f=false)
- Torres, H. M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Medica de Chile*, 136(3), 325–333. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>
- Varkevisser, C., Pathmanatam, I., & Brownle, A. (2011). *Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud*. (E. S.A, Ed.) (1st ed.). Colombia.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Facultad De Medicina*, 68(3), 284–290.
- White, E. (1975). Consejos Sobre El Regimen Alimenticio, (1). recuperado de http://illinoishispanic.org/uploads/3/4/9/8/34981842/consejos_sobre_el_regimen_alimenticio.pdf

Anexos

Anexos 1. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P ENFERMERÍA



Una Institución Adventista

ENCUESTA

Presentación

A continuación le presentamos un cuestionario de preguntas para poder evaluar la calidad de vida y hábitos alimenticios, por favor marque la respuesta que usted crea que es correcta, no hay malas ni buenas respuestas. Se agradece su colaboración.

I. Datos Generales

Instrucciones: Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted, marque con una aspa (X) y rellene los cuadros en blanco según sea su respuesta.

1.1 código:

1.2 Sexo: Femenino Masculino

1.3 Edad:

1.4 Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Viudo(a)

1.5 Lugar de Procedencia: Costa Sierra Selva Extranjero

1.6 Grado de Instrucción:

a. Primaria: completa incompleta

b. Secundaria: completa incompleta

c. Superior: completa incompleta

1.7 ¿Antes de ingresar a la casa de reposo a que se dedicaba?

.....

1.8 ¿Cuánto tiempo está en la casa de reposo?

a. 1 – 3 meses

b. 4 – 6 meses

c. 6 – 12 meses

d. Más de un año

1.9 Religión: católico adventista Evangélico Testigo de Jehová

Otras:

II. Información Médica

Instrucciones: Marque con un aspa (x) según sea su respuesta.

2.1 ¿Padece de alguna enfermedad?

- a. Hipertensión
- b. Diabetes Mellitus
- c. Triglicéridos
- d. Asma
- e. Artritis
- f. Otros:

III. Hábitos Alimenticios

Instrucciones: Marque con un aspa (x) según sea su respuesta.

3.1 ¿Con quién consume su desayuno?

- a. Con su familia
- b. Con sus amigos
- c. Con sus compañeros de la casa hogar
- d. Solo (a)

3.2 ¿Cuál es la bebida que acostumbra tomar?

- a. Leche y/o Yogurt
- b. Jugos de frutas
- c. Avena-Quinoa -Soya
- d. Infusiones y/o café
- e. Otros, especificar:

3.3 ¿Qué tan seguido toma leche?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.4 ¿Consume pan?

- a. Si (pasar a la pregunta 4a)
- b. No

3.4a ¿Con que acostumbra acompañar su pan?

- a. Queso y/o Pollo
- b. Palta o aceituna
- c. Embutidos
- d. Mantequilla y/o Frituras (Huevo frito, tortilla)
- e. Mermelada

3.5 ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media mañana?

- a. Frutas (Enteras o en preparados)
- b. Papa con huevo, tamal y/o humita
- c. Galletas, biscocho y/o pastel
- d. Nada

3.6 ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media tarde?

- a. Frutas (Enteras o en preparados)
- b. Papa con huevo, tamal y/o humita
- c. Galletas, biscocho y/o pastel
- d. Nada

3.7 ¿Qué bebidas suele consumir durante el día?

- a. Agua Natural
- b. Refrescos (chicha morada, maracuyá)
- c. Infusiones (té, manzanilla, anís)
- d. Gaseosas
- e. Jugos industrializados (néctar)
- f. Otros

3.8 ¿Cuántas veces suele consumir carne de res o cerdo?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.9 ¿Cuántas veces suele consumir pollo?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.10 ¿Cuántas veces suele consumir pescado?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.11 ¿Cuántas veces suele consumir huevo?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.12 ¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumir más?

- a. Sancochado
- b. Frito
- c. Pasado
- d. En preparaciones

3.13 ¿Cuántas veces suele consumir menestras?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.14 ¿Con que bebida suele acompañar su plato de menestra?

- a. Con Bebidas Cítricas (limonada, jugo de papaya o naranja)
- b. Con Infusiones (te, anís, manzanilla)
- c. Con Gaseosas
- d. Con Agua
- e. Otros.....

3.15 ¿Cuántas veces suele consumir ensaladas de verduras?

- a. 1 -2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.16 ¿Suele agregar sal a las comidas preparadas?

- a. 1 -2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Diario
- d. Nunca

3.17 ¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega a un vaso y/o taza?

- a. 1 cucharadita
- b. 2 cucharaditas
- c. 3 cucharaditas
- d. Más de 3 cucharaditas
- e. Ninguna

3.18 ¿Consumía bebidas alcohólicas antes de ingresar a la casa de reposo?

- a. Si (pasar a la pregunta 18 a)
- b. No

3.18a ¿Con que frecuencia solía consumir bebidas alcohólicas?

- a. 1-2 veces al mes
- b. 1 -2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca
- f. Solo en ocasiones especiales

3.19 ¿Consumes algún suplemento vitamínico?

- a. Si (Pase a la pregunta a 19 a)
- b. No

3.19a ¿Qué suplemento vitamínico consumes?

- a. B-6
- b. Hierro
- c. Complejo B
- d. Ácido fólico
- e. Otros Ninguno

IV. Calidad de vida

Instrucciones: Encierre con un círculo la respuesta que mejor lo describa.

4.1 En las siguientes preguntas valore sus sentimientos

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Está satisfecho con su salud?	1	2	3	4	5

4.2 Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de Concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

4.3 Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

4.4 Estas preguntas hacen referencia si se ha sentido satisfecho en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

4.5 Con qué frecuencia ha tenido ciertos sentimientos

		Nunca	Raramente	Moderadamente	frecuentemente	Siempre
25	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 2. Carta de aceptación



Casa de Reposo "Sagrado Corazón"

Lic. Nira Cutipa Gonzales

Directora de Escuela de Enfermería

Universidad Peruana Unión

Presente:

Por medio de la presente hago constar la aceptación de la aplicación del instrumento de tesis titulado: "Hábitos Alimenticios Y Calidad De Vida En Adultos Mayores En Casa De Reposo **Sagrado Corazón** – Nicolas Ayllón 275 Chaclacayo, 2016", Dirigidas por las estudiantes de enfermería de la Universidad Peruana Unión, Paulet Ramírez Mercado – Graciela Borja Anglas, ejecutado durante el mes de noviembre del 2016.

Seguro de haber contribuido en su ayuda, hago llegar muestras de agradecimiento de forma personal y también por parte de la institución.

Lima, 13 de Diciembre del 2016

Atentamente

Edder Sotomayor Roselló

DIRECTOR DE LA CASA DE REPOSO "SAGRADO CORAZÓN"





Casa de Reposo "Nuestra Señora del Perpetuo Socorro"

Lic. Nira Cutipa Gonzales

Directora de Escuela de Enfermería

Universidad Peruana Unión

Presente:

Por medio de la presente hago constar la aceptación de la aplicación del instrumento de tesis titulado: "Hábitos Alimenticios Y Calidad De Vida En Adultos Mayores En Casa De Reposo De Lurigancho –Chosica, 2016", Dirigidas por las estudiantes de enfermería de la Universidad Peruana Unión, Paulet Ramírez Mercado – Graciela Borja Anglas, ejecutado durante el mes de noviembre del 2016.

Seguro de haber contribuido en su ayuda, hago llegar muestras de agradecimiento de forma personal y también por parte de la institución.

Lima, 13 de Diciembre del 2016

Atentamente

CARPAM NOSTRA. SEÑORA DEL
PERPETUO SOCORRO
Milagros Trillo Delfin

ADMINISTRACIÓN

Anexo 3. Validación de instrumento

“CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA” de OMS
(Adaptado por: Paulet Ramírez M. y Graciela Borja A.)

Instrucciones:

Marque con un aspa (x) según sea su respuesta.

1.1 En las siguientes preguntas valore sus sentimientos

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Está satisfecho con su salud?	1	2	3	4	5

1.2 Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de Concentración?	1	2	3	4	5

8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2		4	5

1.3 Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

1.4 Estas preguntas hacen referencia si se ha sentido satisfecho en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

1.5 Con qué frecuencia ha tenido ciertos sentimientos

		Nunca	Rara mente	Moderadamente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

**CRITERIOS GENERALES PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
DEL "CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA" de OMS.
(Adaptado por: Paulet Ramírez M. y Graciela Borja A.)**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) A su parecer ¿la cantidad de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) A su parecer ¿las alternativas de respuesta de los ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha: _____

Grado académico: Magister'

Nombre y firma del juez: Es Ther Valencia Orrillo

Institución donde labora: Universidad Peruana Univer

Años de experiencia profesional o científica: 15

“CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS” de National Institutes of Health (México)

(Adaptado por: Paulet Ramírez M. y Graciela Borja A.)

Instrucciones:

Marque con un aspa (x) según sea su respuesta.

1.1 ^{comidas} ¿Cuántas veces durante el día consume alimentos?

- a. Menos de 3 veces al día
- b. 3 veces al día
- c. 4 veces al día
- d. 5 veces al día
- e. Más de 5 veces al día

según tus dimensiones de 3-5 veces es lo adecuado cual marcan

1.2 ¿Cuántas veces a la semana toma desayuno?

- a. 1-2 veces a la semana
- b. 3-4 veces a la semana
- c. 5-6 veces a la semana
- d. Diario
- e. Nunca

1.3 ¿Durante que horario consume mayormente su desayuno?

- a. 4:00 am – 5:00 am
- b. 5:00 am – 6:00 am
- c. 6:00 am – 7:00 am
- d. 7:00 am – 8:00 am
- e. 8:00 am – 9:00 am

1.4 ¿Con quién consume su desayuno?

- ~~a.~~ Con su familia
- ~~b.~~ Con sus amigos
- c. Con sus compañeros de la casa hogar
- d. Solo (a)

1.5 ¿Cuál es la bebida que acostumbra tomar?

- a. Leche y/o Yogurt
- b. Jugos de frutas
- c. Avena-Quinua -Soya
- d. Infusiones y/o café
- e. Otros, especificar:.....

1.6 ¿Qué tan seguido toma leche?

- a. 1-2 veces al mes
- b. 1-2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario

e. Nunca

1.7 ¿Consumes pan?

- a. Sí (pasar a la pregunta 1.7a)
- b. No (pasar a la pregunta 1.7b)

1.7 a ¿Con que acostumbra acompañar su pan?

- a. Queso y/o Pollo
- b. Palta o aceituna
- c. Embutidos
- d. Mantequilla y/o Frituras (Huevo frito , tortilla)
- e. Mermelada

1.7 b ¿En caso de no consumir pan que consume?.....

1.8 ¿Qué tan seguido consume queso?

- a. 1 -2 veces al mes
- b. 1 -2 Veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca

1.9 ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media mañana?

- a. Frutas (Enteras o en preparados)
- b. Papa con huevo, tamal y/o humita
- c. Galletas, biscocho y/o pastel
- d. Nada

1.10 ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media tarde?

- a. Frutas (Enteras o en preparados)
- b. Papa con huevo, tamal y/o humita
- c. Galletas, biscocho y/o pastel
- d. Nada

1.11 ¿Qué bebidas suele consumir durante el día?

- a. Agua Natural
- b. Refrescos (chicha morada, maracuyá)
- c. Infusiones (té, manzanilla, anís)
- d. Gaseosas
- e. Jugos industrializados (néctar)
- f. Otros.....

1.12 ¿Durante que horario consume mayormente su almuerzo?

- a. 11:00 am-12:00 am
- b. 12:00 pm - 1:00 pm
- c. 1:00 pm - 2:00 pm
- d. 2.00 pm - 3:00 pm
- e. Más de las 3:00 pm

- 1.13 ¿En qué horarios consume su cena?
- 5:00 pm – 6:00 pm
 - 6:00 pm – 7:00 pm
 - 7:00 pm - 8:00 pm
 - 8.00 pm - 9:00 pm
 - Más de las 9:00 pm
- 1.14 ¿Qué tipo de preparación suele consumir en sus comidas principales en la casa de reposo?
- Guisado
 - Sancochado
 - Frituras
 - Al Horno
 - Otros.....
- 1.15 ¿Cuántas veces suele consumir carne de res o cerdo?
- 1 -2 veces al mes
 - 1-2 veces a la semana
 - Interdiario
 - Diario
 - Nunca
- 1.16 ¿Cuántas veces suele consumir pollo?
- 1 -2 veces al mes
 - 1-2 veces a la semana
 - Interdiario
 - Diario
 - Nunca
- 1.17 ¿Cuántas veces suele consumir pescado?
- 1 -2 veces al mes
 - 1-2 veces a la semana
 - Interdiario
 - Diario
 - Nunca
- 1.18 ¿Cuántas veces suele consumir huevo?
- 1 -2 veces al mes
 - 1-2 veces a la semana
 - Interdiario
 - Diario
 - Nunca
- 1.19 ¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumir más?
- Sancochado
 - Frito
 - Pasado

d. En preparaciones

1.20 ¿Cuántas veces suele consumir menestras?

- a. 1 -2 veces al mes
- b. 1-2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca

1.21 ¿Con que bebida suele acompañar su plato de menestra?

- a. Con Bebidas Cítricas (limonada, jugo de papaya o naranja)
- b. Con Infusiones(te, anís, manzanilla)
- c. Con Gaseosas
- d. Con Agua
- e. Otros.....

1.22 ¿Cuántas veces suele consumir ensaladas de verduras?

- a. 1-2 veces al mes
- b. 1 -2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca

1.23 ¿Suele agregar sal a las comidas preparadas?

- a. 1-2 veces al mes
- b. 1 -2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca

1.24 ¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega a un vaso y/o taza?

- a. 1 cucharadita
- b. 2 cucharaditas
- c. 3 cucharaditas
- d. Más de 3 cucharaditas
- e. Ninguna

1.25 ¿Consumía bebidas alcohólicas antes de ingresar a la casa de reposo?

a. Si (pasar a la pregunta 25 a).

b. No

1.25 a ¿Con que frecuencia solía consumir bebidas alcohólicas?

- a. 1-2 veces al mes
- b. 1 -2 veces a la semana
- c. Interdiario
- d. Diario
- e. Nunca
- f. Solo en ocasiones especiales

**CRITERIOS GENERALES PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
DEL "CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS" de National Institute
of Health (México)**

(Adaptado por: Paulet Ramírez M. y Graciela Borja A.)

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) A su parecer ¿la cantidad de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) A su parecer ¿las alternativas de respuesta de los ítems es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

• Pregunta 1-1

Otras observaciones: _____

Fecha: 06 Setiembre 2016Grado académico: MagisterNombre y firma del juez: Esther Valencia EYOInstitución donde labora: Universidad Peruana UniónAños de experiencia profesional o científica: 15

**CRITERIOS ESPECIFICOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
DE "CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS" de Ferro
(Adaptado por: Paulet Ramírez M. y Graciela Borja A.)**

I. FORMATO PARA LA VALIDEZ DE LOS ÍTEMS

#	Ítems	Adecuado		Observación
		SI	NO	
1	<p><i>comidos consume</i></p> ¿Cuántas veces durante el día consume alimentos? a. Menos de 3 veces al día b. 3 veces al día c. 4 veces al día d. 5 veces al día e. Más de 5 veces al día		x	
2	¿Cuántas veces a la semana toma desayuno? a. 1-2 veces a la semana b. 3-4 veces a la semana c. 5-6 veces a la semana d. Diario e. Nunca	✓		
3	¿Durante que horario consume mayormente su desayuno? a. 4:00 am – 5:00 am b. 5:00 am – 6:00 am c. 6:00 am – 7:00 am d. 7:00 am – 8:00 am e. 8:00 am – 9:00 am	✓		
4	¿Con quién consume su desayuno? a. Con su familia			

	<ul style="list-style-type: none"> b. Con sus amigos c. Con sus compañeros de la casa hogar d. Solo (a) 	/		
5	<p>¿Cuál es la bebida que acostumbra tomar?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Leche y/o Yogurt b. Jugos de frutas c. Avena-Quinua -Soya d. Infusiones y/o café e. Otros, especificar:..... 	/		
6	<p>¿Qué tan seguido toma leche?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1-2 veces al mes b. 1-2 veces a la semana c. Interdiario d. Diario e. Nunca 	/		
7	<p>¿Consume pan?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si (pasar a la pregunta 7a) b. No (pasar a la pregunta 7b) 	/		
7a	<p>¿Con que acostumbra acompañar su pan?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Queso y/o Pollo b. Palta o aceituna c. Embutidos d. Mantequilla y/o Frituras (Huevo frito , tortilla) e. Mermelada 	/		
7b	<p>¿En caso de no consumir pan que consume</p> <p>.....</p>	/		
8	<p>¿Qué tan seguido consume queso?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1 -2 veces al mes b. 1 -2 Veces a la semana c. Interdiario d. Diario e. Nunca 	/		
9	<p>¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media mañana?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frutas (Enteras o en preparados) b. Papa con huevo, tamal y/o humita c. Galletas, biscocho y/o pastel d. Nada 	/		

10	<p>¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media tarde?</p> <p>a. Frutas (Enteras o en preparados)</p> <p>b. Papa con huevo, tamal y/o humita</p> <p>c. Galletas, biscocho y/o pastel</p> <p>d. Nada</p>	✓		
11	<p>¿Qué bebidas suele consumir durante el día?</p> <p>a. Agua Natural</p> <p>b. Refrescos (chicha morada, maracuyá)</p> <p>c. Infusiones (té, manzanilla, anís)</p> <p>d. Gaseosas</p> <p>e. Jugos industrializados (néctar)</p> <p>f. Otros.....</p>	✓		
12	<p>¿Durante que horario consume mayormente su almuerzo?</p> <p>a. 11:00 am-12:00 am</p> <p>b. 12:00 m - 1:00 m</p> <p>c. 1:00 pm - 2:00 pm</p> <p>d. 2.00 pm - 3:00 pm</p> <p>e. Más de las 3:00 pm</p>	✓		
13	<p>¿En qué horarios consume su cena?</p> <p>a. 5:00 pm – 6:00 pm</p> <p>b. 6:00 pm – 7:00 pm</p> <p>c. 7:00 pm - 8:00 pm</p> <p>d. 8.00 pm - 9:00 pm</p> <p>e. Más de las 9:00 pm</p>	✓		
14	<p>¿Qué tipo de preparación suele consumir en sus comidas principales en la casa de reposo?</p> <p>a. Guisado</p> <p>b. Sancochado</p> <p>c. Frituras</p> <p>d. Al Horno</p> <p>e. Otros.....</p>	✓		
15	<p>¿Cuántas veces suele consumir carne de res o cerdo?</p> <p>a. 1 -2 veces al mes</p> <p>b. 1-2 veces a la semana</p> <p>c. Interdiario</p> <p>d. Diario</p> <p>e. Nunca</p>	✓		

16	<p>¿Cuántas veces suele consumir pollo?</p> <p>a. 1 -2 veces al mes</p> <p>b. 1-2 veces a la semana</p> <p>c. Interdiario</p> <p>d. Diario</p> <p>e. Nunca</p>	✓		
17	<p>¿Cuántas veces suele consumir pescado?</p> <p>a. 1 -2 veces al mes</p> <p>b. 1-2 veces a la semana</p> <p>c. Interdiario</p> <p>d. Diario</p> <p>e. Nunca</p>	✓		
18	<p>¿Cuántas veces suele consumir huevo?</p> <p>a. 1 -2 veces al mes</p> <p>b. 1-2 veces a la semana</p> <p>c. Interdiario</p> <p>d. Diario</p> <p>e. Nunca</p>	✓		
19	<p>¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumir más?</p> <p>a. Sancochado</p> <p>b. Frito</p> <p>c. Pasado</p> <p>d. En preparaciones</p>	✓		
20	<p>¿Cuántas veces suele consumir menestras?</p> <p>a. 1 -2 veces al mes</p> <p>b. 1-2 veces a la semana</p> <p>c. Interdiario</p> <p>d. Diario</p> <p>e. Nunca</p>	✓		
21	<p>¿Con que bebida suele acompañar su plato de menestra?</p> <p>a. Con Bebidas Cítricas (limonada, jugo de papaya o naranja)</p> <p>b. Con Infusiones(te, anís, manzanilla)</p> <p>c. Con Gaseosas</p> <p>d. Con Agua</p> <p>e. Otros.....</p>	✓		

22	<p>¿Cuántas veces suele consumir ensaladas de verduras?</p> <p>a. 1-2 veces al mes b. 1 -2 veces a la semana c. Interdiario d. Diario e. Nunca</p>	/		
23	<p>¿Suele agregar sal a las comidas preparadas?</p> <p>a. 1-2 veces al mes b. 1 -2 veces a la semana c. Interdiario d. Diario e. Nunca</p>	/	/	
24	<p>¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega a un vaso y/o taza?</p> <p>a. 1 cucharadita b. 2 cucharaditas c. 3 cucharaditas d. Más de 3 cucharaditas e. Ninguna</p>	/		
25	<p>¿Consumía bebidas alcohólicas antes de ingresar a la casa de reposo?</p> <p>a. Si (pasar a la pregunta 25 a) b. No</p>	/		
25a	<p>¿Con que frecuencia solía consumir bebidas alcohólicas?</p> <p>a. 1-2 veces al mes b. 1 -2 veces a la semana c. Interdiario d. Diario e. Nunca f. Solo en ocasiones especiales</p>	/		
26	<p>¿Consume algún suplemento vitamínico?</p> <p>a. Si (Pase a la pregunta a 26 a) b. No</p>	/		
26a	<p>¿Qué suplemento vitamínico consume?</p> <p>a. B-6 b. Hierro c. Complejo B</p>	/		

	d. Ácido fólico			
	e. Otros.....			

A su parecer ¿Qué preguntas o ítems se podría agregar en esta dimensión?

Observaciones y/o sugerencias:

- En la primera pregunta en vez de veces sería: ¿Cuántas comidas consume durante el día?

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: Hábitos alimenticios y calidad de vida en adultos mayores de hogares de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de las alumnas Paulet Ramírez Mercado y Graciela Borja Anglas de la Universidad Peruana Unión. El propósito de este proyecto es determinar la relación entre los hábitos alimenticios y la calidad de vida en los adultos mayores de un hogar de reposo, 2016. Los adultos mayores participaran brindando información en un cuestionario.

Beneficios

Este estudio beneficiará a los adultos mayores porque se sentirán saludables y podrán mejorar la calidad de vida de cada uno.

Derechos del participante y confidencialidad

La participación del adulto mayor en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras. Los datos reportados por el adulto mayor serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Fecha: _____

Anexo 5. Tablas descriptivas

Ítem		Calidad de vida	
		n	%
Calidad de vida Total	Regular	5	3.3
	Bueno	145	96.7
	Malo	0	0
Dimensión Social	Regular	21	14.0
	bueno	129	86.0
	Malo	0	0
Dimensión Ambiente	Regular	8	5.3
	Bueno	142	94.7
	Malo	0	0
Dimensión Físico	Regular	7	4.7
	Bueno	143	95.3
	Malo	0	0
Dimensión Psicológica	Regular	7	4.7
	Bueno	143	95.3
	Malo	0	0

Hábitos alimentarios

Ítem	Con su familia		Con sus amigos		Con sus compañeros		Solo (a)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Con quién consume su desayuno?	5	3.3	114	76.0	30	20.0	1	0.7

Ítem	Frutas (enteras o preparadas)		Papa con huevo, tamal o humita		Galletas, bizcocho o pastel		Nada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué es lo que acostumbre consumir a media mañana?	140	93.3	7	4.7	1	0.7	2	1.3

¿Qué es lo que acostumbre consumir a media tarde?	124	82.7	5	3.3	1	0.7	20	13.3
---------------------------------------------------	-----	------	---	-----	---	-----	----	------

Ítem	1-2 veces a la semana		Interdiario		Diario		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué tan seguido toma leche?	115	76.7	20	13.3	15	10.0	0	0
¿Cuántas veces suele consumir carne de res o cerdo?	8	5.3	19	12.7	1	0.7	122	81.3
¿Cuántas veces suele consumir pollo?	35	23.3	93	62.0	3	2.0	19	12.7
¿Cuántas veces suele consumir pescado?	25	16.7	118	78.7	0	0	7	4.7
¿Cuántas veces suele consumir huevo?	113	75.3	35	23.3	0	0	2	1.3
¿Cuántas veces suele consumir menestras?	30	20.0	115	76.7	3	2.0	2	1.3
¿Cuántas veces suele consumir ensaladas de verduras?	13	8.7	20	13.3	112	74.7	5	3.3
¿Suele agregar sal a las comidas preparadas?	7	4.7	17	11.3	20	13.3	106	70.7

Ítem	Si		No	
	n	%	n	%
¿Consume pan?	143	95.3	7	4.7
¿Consumía bebidas alcohólicas antes de ingresar a la casa de reposo?	121	80.7	29	19.3
¿Consume algún suplemento vitamínico?	126	84.0	24	16.0

Ítem	Queso y/o pollo		Palta o aceituna		Embutidos		Mantequilla o frituras		Mermelada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Con que acostumbra acompañar su pan?	5	3.3	114	76.0	30	20.0	1	0.7	3	2.0

Ítem	Leche		Jugo de frutas		Avena – quinua - soya		Infusiones y/o café	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Cuál es la bebida que acostumbra tomar?	28	18.7	10	6.7	110	73.3	2	1.3

Ítem	Agua natural		Refrescos		Infusiones		Gaseosas		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué bebida suele consumir durante el día?	83	55.3	52	34.7	3	2.0	11	7.3	1	0.7

Ítem	Sancochado		Frito		Pasado		En preparaciones	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumir más?	77	51.3	13	8.7	2	1.3	58	38.7

Ítem	Con bebidas cítricas		Con infusiones		Con gaseosas		Con agua		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Con que bebidas suele acompañar su plato de menestra?	113	75.3	23	15.3	13	8.7	0	0	1	0.7

Ítem	Una cucharadita		Dos cucharaditas		Tres cucharitas		Más de tres cucharitas		Ninguna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Cuántas cucharitas de azúcar le agrega a un vaso y/o taza?	38	25.3	51	34	0	0	7	4.7	54	36

Ítem	1-2 veces al mes		1-2 veces al mes		Interdiario		Diario		Nunca		Solo en ocasiones especiales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Con que frecuencia solía consumir bebidas alcohólicas?	15	10.0	0	0	2	1.3	0	0	30	20.0	103	68.7

Ítem	B6		Hierro		Complejo B		Ácido fólico		Ninguna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué suplemento vitamínico consume?	16	10.7	9	6.0	74	49.3	27	18.0	24	16.0

Anexo. Tabla 1

Percepción de la salud global en adultos mayores de dos casas de reposo de Lurigancho- Chosica, 2016.

Percepción de la salud global							
		Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy insatisfecho	Total	
Inadecuado	N	3	1	3	0	7	
	%	2,0%	0,7%	2,0%	0,0%	4,7%	
Hábitos alimentarios	Adecuado	N	97	38	7	1	143
	%	64,7%	25,3%	4,7%	0,7%	95,3%	
Total	N	100	39	10	1	150	
	%	66,7%	26,0%	6,7%	0,7%	100,0%	

Salud global	n	%
Un poco insatisfecho	100	66,7
Normal	39	26,0
Bastante satisfecho	10	6,7
Muy insatisfecho	1	0,7
Total	150	100,0

Anexo. Tabla 2: Validez de Confiabilidad V de Aiken. Hábitos Alimentarios.

Items	Juez1	Juez2	Juez3	Suma	V(AIKEN)
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	1	3	1
4	1	1	1	3	<u>1</u>
5	1	1	1	3	<u>1</u>
6	1	1	1	3	<u>1</u>
7	1	1	1	3	<u>1</u>
8	1	1	1	3	<u>1</u>
9	1	1	1	3	<u>1</u>
10	1	1	1	3	<u>1</u>
11	1	1	1	3	<u>1</u>
12	1	1	1	3	<u>1</u>
13	1	1	1	3	<u>1</u>
14	1	1	1	3	<u>1</u>
15	1	1	1	3	<u>1</u>
16	1	1	1	3	<u>1</u>
17	1	1	1	3	<u>1</u>
18	1	1	1	3	<u>1</u>
19	1	1	1	3	<u>1</u>
20	1	1	1	3	<u>1</u>

$$V = \frac{3}{(3(2-1))}$$

$$V = \frac{3}{(3(2-1))}$$

$$V (\text{Aiken}) = 1$$

Anexo. Tabla 3: Validez de Confiabilidad V de Aiken. Calidad de vida.

Items	Juez1	Juez2	Juez3	Suma	V(AIKEN)
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	1	3	1
4	1	1	1	3	<u>1</u>
5	1	1	1	3	<u>1</u>
6	1	1	1	3	<u>1</u>
7	1	1	1	3	<u>1</u>
8	1	1	1	3	<u>1</u>
9	1	1	1	3	<u>1</u>
10	1	1	1	3	<u>1</u>
11	1	1	1	3	<u>1</u>
12	1	1	1	3	<u>1</u>
13	1	1	1	3	<u>1</u>
14	1	1	1	3	<u>1</u>
15	1	1	1	3	<u>1</u>
16	1	1	1	3	<u>1</u>
17	1	1	1	3	<u>1</u>
18	1	1	1	3	<u>1</u>
19	1	1	1	3	<u>1</u>
20	1	1	1	3	<u>1</u>
21	1	1	1	3	<u>1</u>
22	1	1	1	3	<u>1</u>
23	1	1	1	3	<u>1</u>
24	1	1	1	3	<u>1</u>
25	1	1	1	3	<u>1</u>

$$V = \frac{3}{(3(2-1))}$$

$$V = \frac{3}{(3(2-1))}$$

$$V \text{ (Aiken)} = 1$$

Anexo. Tabla 4: Confiabilidad

Variable	Alfa de Crombash	Ítem
Hábitos alimenticios	0.639	20

Variable	Alfa de cronbach	Ítem
General	0.869	25
Físico	0.677	7
Psicológico	0.792	6
Social	0.879	2
Ambiente	0.732	8