

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DE 25
A 35 AÑOS DE EDAD DEL AA. HH TORRES DE
MELGAR DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-
OCTUBRE DEL 2016**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
AIXA MONICA MARIA HUAMAN TRILLO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESORA

DRA. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mis padres y hermana por su continuo apoyo, así como a mi asesora de tesis por guiarme con paciencia para la elaboración de este estudio.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a familia en general por su apoyo incondicional durante esta carrera, y a los pobladores de asentamiento humano Torres de Melgar.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 y 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar, Villa María del Triunfo, durante el período junio a octubre del 2016.

Material y métodos: La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El asentamiento cuenta con una población de 714 personas. El criterio de inclusión fue tener de 25 a 35 años de edad. La muestra estuvo constituida por 66 pobladores que ingresaron al estudio de forma probabilística simple, luego del cálculo muestral. Estos fueron pesados y tallados según protocolo. Posteriormente desarrollaron una encuesta donde se incluían datos relacionados al estado nutricional. Los datos recolectados fueron analizados mediante pruebas univariadas y bivariadas. En esta última se calculó la prevalencia según características buscando diferencias mediante el chi cuadrado y la f de fisher para un p valor menor de 0.05.

Resultados: La prevalencia de desnutrición en la población de entre 25 a 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar fue de 24.2%. La prevalencia de desnutrición varía de forma significativa con respecto al ingreso salarial y el número de ingesta de comidas al día.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición en este grupo estudiado es alta en comparación a los informes proporcionados a nivel nacional. Existe incremento de la prevalencia en aquellos grupos que perciben bajo ingreso salarial y menor número de ingesta de alimentos al día. Se sugiere intervenir en estos dos últimos factores que son modificables y realizar estudios que profundicen la asociación.

Palabras claves: Desnutrición, adultos

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of malnutrition in adults between 25 and 35 years of age of the human settlement Torres de Melgar, Villa María del Triunfo, during the period June to October 2016.

Material and methods: The research was quantitative, descriptive, observational and transversal. The settlement has a population of 714 people. The inclusion criteria was to be between 25 and 35 years of age. The sample consisted of 66 settlers who entered the study in a simple probabilistic manner, after the sample calculation. These were weighed and carved according to protocol. Later, they developed a survey that included data related to nutritional status. The data collected were analyzed by univariate and bivariate tests. In the latter, the prevalence according to characteristics was calculated by looking for differences using the chi square and Fisher's F for a p value less than 0.05.

Results: The prevalence of malnutrition in the population between 25 and 35 years of age of the human settlement Torres de Melgar was 24.2%. The prevalence of malnutrition varies significantly with respect to wage income and the number of meals eaten per day.

Conclusions: The prevalence of malnutrition in this group studied is high compared to the reports provided at the national level. There is an increase in prevalence in those groups that receive low wage income and a lower number of food intake per day. It is suggested to intervene in these last two factors that are modifiable and carry out studies that deepen the association.

Key words: Malnutrition, adults

PRESENTACIÓN

Según la OMS “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”¹. Es bien sabido en nuestra sociedad que la calidad de vida de las personas depende mucho de las posibilidades con las que cuentan para lograr satisfacer sus necesidades nutricionales básicas, y hoy en día en el Perú los problemas de la alimentación y nutrición están muy difundidos en la población y constituyen uno de los problemas de salud más serios. Es por ello que se decide realizar este estudio en el asentamiento humano Torres de Melgar (V.M.T), ya que al encontrarse en un lugar alejado de la zona urbana y dentro de los distritos con alto índice de pobreza en nuestro país, es el lugar apropiado para encontrar varios casos de desnutrición y así poder ayudar a la población con este problema².

En el primer capítulo, se abarcará el problema de la investigación, en el cual se plantea a la desnutrición como una situación que va a afectar la salud de la persona haciéndolo más propenso a distintos padecimientos, impidiendo que pueda desarrollarse tanto en el ámbito personal como laboral ya que no contará con la energía suficiente.

En el segundo capítulo, se avoca a conocer las bases teóricas y los antecedentes de la investigación tanto nacional como internacional. Se realiza una revisión de la literatura sobre la desnutrición en el mundo donde sorprende que a pesar de que en la última década el porcentaje de personas afectadas por desnutrición han ido en constante descenso, desde el 2015 viene

presentando un aumento progresivo asociado con la aparición de nuevos conflictos y el estancamiento económico que presentan distintos países, impidiendo de esta forma la adquisición de alimentos y el acceso a establecimientos de salud.

En el tercer capítulo, se describe el tipo de estudio de esta investigación, así como la delimitación de la población, la muestra que se necesita para ejecutar el estudio y se entrará en detalle sobre los materiales que se utilizarán para la recolección de datos.

En el cuarto capítulo, se dará a conocer los resultados de esta investigación que serán presentados en tablas y gráficos para una mejor comprensión, con una posterior discusión sobre los resultados donde se toma como punto de referencia las investigaciones previas plasmadas en el segundo capítulo.

En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones y recomendaciones que se obtienen al finalizar el presente estudio, que pretenden contribuir a la mejora de la salud de la población del asentamiento humano Torres de Melgar.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESORA	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS.....	XV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA	15
2.3. HIPÓTESIS.....	29
2.4. VARIABLES.....	29
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	31
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
4.1. RESULTADOS	35
4.2. DISCUSIÓN.....	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1. CONCLUSIONES	46
5.2. RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS	54

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°01 Estado nutricional de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	35
TABLA N°02 Prevalencia de desnutrición según el sexo de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	36
TABLA N°03 Prevalencia de desnutrición según el grado de instrucción académico de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	37
TABLA N°04 Prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	38
TABLA N°05 Prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	39
TABLA N°06 Prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	40
TABLA N°07 Prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	41

TABLA N°08 Prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016. 42

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01 Estado nutricional de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	35
GRÁFICO N°02 Prevalencia de desnutrición según el sexo de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	36
GRÁFICO N°03 Prevalencia de desnutrición según el grado de instrucción académico de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	37
GRÁFICO N°04 Prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	38
GRÁFICO N°05 Prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	39
GRÁFICO N°06 Prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	40
GRÁFICO N°07 Prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.	41

GRÁFICO N°08 Prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

42

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO N°01 Operacionalización de variables.	55
ANEXO N°02 Instrumentos.	57
ANEXO N°03 Validez de instrumentos - consulta de expertos.	58
ANEXO N°04 Confiabilidad de instrumentos - estudio piloto.	63
ANEXO N°05 Autorización del líder comunal del AA.HH. "Torres de Melgar".	65
ANEXO N°06 Matriz de consistencia	66

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente existen aproximadamente unos 815 millones de personas en el mundo que se encuentran dentro de los parámetro de desnutrición, si bien es cierto es un número elevado, pero son unos 167 millones menos que hace un decenio. Este descenso ha sido mucho más notorio en las regiones en desarrollo, a pesar del considerable crecimiento demográfico, pero en los últimos años todos los progresos se han ido ralentizando debido a un lento crecimiento económico y menos inclusivo, así como también debido a la inestabilidad política en los países en desarrollo y el incremento de conflictos³.

En los últimos 10 años la producción latinoamericana de alimentos ha aumentado a un ritmo sin precedentes y superior a la tasa de crecimiento de la población mundial. Sin embargo, aún existen alrededor de 26 millones de personas en Latinoamérica que no tienen suficientes alimentos para llevar una vida saludable y activa³.

Aun cuando Perú cuenta con suficientes alimentos para su población, la falta de recursos económicos, la disponibilidad y acceso a estos hace que 7.9% de peruanos (2.5 millones) padezcan de hambre y desnutrición crónica³. Sin la alimentación adecuada nuestra población no va a poder desarrollarse personalmente ya que se van a encontrar más propensos a enfermedades y sin la energía suficiente para desenvolverse adecuadamente en el ámbito laboral.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el sexo de los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el nivel de instrucción de los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día de los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición en relación a la realización de actividad física de los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?
- ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria los adultos entre 25 y 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación es urgente puesto que la desnutrición es un problema social y de salud pública que el estado peruano tiene el deber de atender, además que afecta a los sectores más pobres de nuestro país. Ante esta realidad es que ha surgido un deseo de poder determinar la prevalencia de desnutrición en mencionada población y a su vez determinar si tiene relación alguna con determinados factores para así poder aportar al control de esta situación.

Relevancia teórica

Este estudio tiene relevancia teórica porque se desconoce la prevalencia de desnutrición en este asentamiento y los factores relacionados a la variación de esta.

Relevancia práctica

Además, tiene relevancia práctica porque los resultados serán entregados al centro de salud de su jurisdicción para que el personal de salud pueda intervenir basada en evidencias propias de su población.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante los meses de junio a octubre del 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de desnutrición según el sexo de los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.

- Identificar la prevalencia de desnutrición según el nivel de instrucción académico de los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.
- Conocer la prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.
- Conocer la prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.
- Determinar la prevalencia de desnutrición según el número de comidas que consumen al día los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.
- Identificar la prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.
- Conocer la prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria los adultos de 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante el período junio a octubre del 2016.

1.5. PROPÓSITO

Lo que se busca obtener de esta investigación es determinar la prevalencia de desnutrición y si esta varía según ciertas características de los pobladores del asentamiento humano Torres de Melgar con el propósito de tener evidencias para intervenciones posteriores. Además, esta tesis servirá al investigador para optar el título de médico cirujano e iniciar estudios en este ámbito.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. INTERNACIONALES

En el estudio titulado *“Prevalencia de desnutrición en Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia – Doctor Peset”* publicado en el 2015 por Juana Cantero Llorca, parte desde el punto de que la desnutrición es un estado que a menudo se encuentra infradiagnosticado y por lo tanto escasamente tratado en la atención primaria, conllevando al incremento de la morbimortalidad de la población y el gasto sanitario asociado. Se incluyeron a la muestra unas 455 personas entre 30 a 101 años de edad que fueron captados en consultorio de atención primaria, consultas domiciliarias y residencias de personas mayores, obteniendo como resultado que la prevalencia de desnutrición en atención primaria del Departamento Valencia- Dr Peset es de un 25,7% siendo la prevalencia de desnutrición leve (la más frecuente) de 15,6% y de desnutrición grave en un 2,4 % de los sujetos de la muestra. También se concluyó que conforme aumenta la edad, se incrementa la prevalencia de desnutrición, encontrando el mayor valor en los mayores de 85 años con un 33,6% de desnutridos. Con respecto a las características de la población estudiada, no se encontró relación entre el sexo y el estado nutricional. Finalmente concluye que, tras la valoración del registro en la historia clínica, queda de manifiesto el infraregistro y falta de concienciación en el diagnóstico de desnutrición entre los profesionales sanitarios⁵.

En el trabajo titulado *“Evaluación nutricional mediante la aplicación de la escala de valoración subjetiva global del estado nutricional (vsg) en pacientes de 18 a 64 años”* realizado en el hospital general de macas, Ecuador, durante el período enero-junio 2017, recalcan que la desnutrición

se encuentra estrechamente relacionada con la enfermedad, siendo muchas veces resultado de la misma, con el agravante actual de que puede actuar perpetuando la patología inicial y llegar a empeorar drásticamente el pronóstico evolutivo del paciente. Partiendo de esto, se realiza un estudio descriptivo donde se tomó como muestra al azar a 153 pacientes entre 18 a 64 años que fueron hospitalizados en las áreas de Cirugía, Traumatología, Medicina Interna y Ginecología del mencionado hospital (excluyendo a las pacientes gestantes, postparto y postrados). Como base de datos, se recolectó información mediante el llenado de un formulario con los resultados que se obtenían de la aplicación de la escala de valoración subjetiva global nutricional (VSG, valora el riesgo nutricional del paciente hospitalizado) y de la historia clínica. Entre los resultados se obtuvo que aproximadamente un 75,2% de los pacientes estudiados se encontraban bien nutridos que vendría a ser categoría A según la escala VSG, el 21.6 % de los participantes encajaron en la categoría B (riesgo de desnutrición) y el 3,3% fueron catalogados como pacientes con desnutrición severa (categoría C). Se concluye que la prevalencia de malnutrición en el Hospital General de Macas fue del 24,9%, que vendría a ser prácticamente un cuarto de la población estudiada. En cuanto a las características socio demográficas se obtuvo que el sexo femenino presenta mayor porcentaje de desnutrición, también aquellos pacientes provenientes de zonas rurales presentan mayor porcentaje de malnutrición a diferencia de aquellos de zonas urbanas. La desnutrición severa predominó en pacientes que cursaban edades entre 37 a 64 años, siendo las tres cuartas partes del total de este grupo⁶.

En el estudio que se encuentra bajo el nombre “Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 18 años con el método de la valoración global subjetiva” realizada en el hospital Vicente Corral

Moscoso – Ecuador, en el 2014, toma como referencia la idea de que la desnutrición viene formando parte de uno de los problemas más graves de los sistemas de salud alrededor del mundo ya que su presencia, sobretodo en pacientes hospitalizados, incrementa la mortalidad. Continúan haciendo referencia a un estudio realizado en 13 países latinoamericanos por la Federación Latinoamericana de Nutrientes Enteral y Parenteral en el 2003 cuyos resultados obtenidos demostraron que el 50.2% de pacientes hospitalizados presentan malnutrición y de ellos, 11.2% se encontraban dentro de los rangos de desnutrición severa. Con todos estos datos es que inician la investigación tomando como muestra a 94 pacientes mayores de 19 años de edad hospitalizados entre junio y julio del 2014 en el servicio de medicina interna, excluyendo a aquellos pacientes que presentaban trastornos de conciencia. Los datos se obtuvieron mediante la valoración nutricional que se les hizo al momento del ingreso mediante el uso del cuestionario de valoración global subjetiva, así como también se hizo una revisión de las historias clínicas. Se obtuvo como resultado que el 59.6% de pacientes presentaron desnutrición, de los cuales el 16% llegaron a desnutrición severa. Entre las características de la población con desnutrición, se obtuvo que los pacientes mayores de 65 años fueron los presentaron más casos de desnutrición severa (9.57%). Según el sexo, las mujeres se encontraron más relacionadas a desnutrición, presentando un 8.51%. Con respecto a lugar de residencia, no se halló diferencia significativa entre aquellos que procedían de área urbana o rural⁷.

En la investigación publicada en el 2014 *“La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos”*, resaltan que a pesar de que las tasas de desnutrición en México han ido en descenso en los últimos años, la desnutrición crónica aún está presente sobretodo en 1.5 millones de niños

menores de cinco años. Junto a esto, las cifras de personas con sobrepeso han ido aumentando llegando a afectar a 34.4% de niños, 35.9% de adolescentes y 71.3% de los adultos. El autor del estudio menciona que estos porcentajes de malnutrición se deben a las dificultades de las familias mexicanas para la obtención de alimentos como resultado de la crisis económica que afronta el país. Con esta información es que buscan analizar la distribución de la inseguridad alimentaria y si es que existen factores socioeconómicos que se relacionen al estado nutricional de la población. Los datos para la elaboración del estudio fueron obtenidos del Ensanut 2012 (encuesta nacional de salud y nutrición). Entre los resultados obtenidos encontramos que en México aproximadamente 7 de 10 casas presentan inseguridad alimentaria, es decir, presentan dificultad para la adquisición de alimentos por lo que el número de consumo de alimentos es reducido. Aquellos hogares que presentaron inseguridad alimentaria moderada contaban con mayor prevalencia de desnutrición tanto aguda como crónica. Con todo esto se concluye que la prevalencia de desnutrición, obesidad y enfermedades como la diabetes se encuentran mayormente en aquellas personas que no cuentan con los recursos necesarios para la obtención de alimentos de buena calidad que cumplan con satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. Además se halló que aquellas personas con niveles educativos bajos como las minorías raciales, étnicas y los pobres presentan mayores casos de desnutrición. La población en pobreza satisface sus necesidades de consumo de calorías consumiendo alimentos de bajo costo, altos en energía, pero con un mínimo contenido de micronutrientes, trayendo como consecuencia ganancias importantes en el peso corporal, pero con deficiencia de micronutrientes⁸.

En el artículo publicado en el 2015 “*Malnutrición: impacto de los hábitos, variables constitutivas y condiciones socioeconómicas en la población adulta urbana en la Argentina*”, se menciona que existen zonas en Argentina donde coexisten problemas propios de un país desarrollado (enfermedades cardiovasculares, tumores, drogadicción) como problemas típicos de países en desarrollo (enfermedades transmisibles o infecciosas). En el campo socioeconómico, las diferencias regionales son marcadas, persisten la pobreza y la desigualdad en los ingresos, que se traducen inevitablemente en condiciones socioeconómicas poco satisfactorias y situaciones sanitarias deficitarias. Inevitablemente, estas disparidades llevan también a diferencias en las características nutricionales de la población y los problemas que de esto se derivan. Se observa que la desnutrición depende esencialmente de la edad del sujeto (a medida que aumenta la edad, aumenta el riesgo de desnutrición), del género (las mujeres tienen más probabilidades de padecerla) y factores esencialmente socioeconómicos (como el nivel de ingreso o las variables indicadoras de la región de residencia que captan especificidades del entorno socioeconómico). No hay evidencia de que los hábitos o tipo de hogar sean significativos en la desnutrición⁹.

2.1.2. NACIONALES

En el artículo titulado “*Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano*”, publicado por Carolina Tarqui-Mamani, Doris Alvarez-Dongo y colaboradores en el 2014, parte de la idea de que en América Latina la prevalencia de desnutrición en ancianos se encuentra entre 4,6 y 18%. La delgadez, el sobrepeso y la obesidad en los adultos mayores resultan ser problemas que se relacionan con una mayor tasa de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores

repercutiendo ambos de forma negativa sobre la salud del adulto mayor, conllevando a la pérdida de la capacidad funcional y calidad de vida. En este estudio se incluyó a 7267 adultos mayores con una media de edad de 70,1 cuya prevalencia de desnutrición fue de un 26.8%, 21.7% se encontró dentro de los parámetros indicadores de sobrepeso y 20.6% en obesidad. Como factores asociados a desnutrición se encontró el analfabetismo y educación primaria con un porcentaje de 40.7% y 28.6% respectivamente del total de personas desnutridas. También se obtuvo que la pobreza extrema (61.5% de desnutridos), residir en área rural (51.5%), sierra (42.6%) o selva (36.7) fueron factores asociados a delgadez¹⁰.

En la investigación que se encuentra bajo el título “*Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú*”, presentada por Ana Lucía Contreras, Gualber Vitto Angel Mayo y colaboradores, en el año 2013, menciona que se tiene muy poca información sobre los casos de desnutrición en los pobladores de las zonas rurales alto andinas de nuestro país, pero se tiene conocimiento de que aproximadamente el 50% de los pobladores se encuentran catalogados en el rango de desnutrición crónica. Los adultos mayores son particularmente vulnerables de padecer malnutrición, y sobre todo de malnutrición tipo calórico proteica. Entre los principales factores asociados se encuentra la falta de acceso a alimentos que contengan un alto valor nutritivo; la soledad, ya que comer es una actividad social por lo que simplemente compartir tiempo al desayunar o almorzar aumenta el placer de hacerlo. Con esta base deciden realizar una encuesta, así como evaluación nutricional utilizando el “Mini Nutritional Assesment” a 72 adultos mayores de 60 años de edad del distrito de Masma Chicche. Como resultado se obtuvo una prevalencia de malnutrición del 29,16% y 57,9% de la población estudiada en riesgo de malnutrición, asociándose

mayormente malnutrición al sexo masculino y a la presencia de depresión¹¹.

En el artículo *“Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú”* publicado por Haydee Cárdenas-Quintana y Luis Roldan Arbieto en el 2013, se hizo una selección aleatoria de 300 adultos mayores residentes en Lima Metropolitana quienes pertenecían a distintos estratos socioeconómicos. Con respecto al estado nutricional de los participantes del estudio, se realizó una valoración antropométrica para obtener el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro braquial. Entre los resultados obtenidos del estudio se encuentra que cerca de la mitad de la población evaluada (48%) presentan sobrepeso y obesidad, siendo afectadas mayormente la población femenina. Es en este grupo que los autores reportan que la obesidad se distribuye de manera peculiar por nivel socioeconómico (NSE): aquellas mujeres que presentaban un NSE bajo y medio contaban con una tasa más alta de obesidad que aquellas mujeres que contaban con un NSE alto. Este resultado resulta muy parecido al hallado en estudios de otros países quienes asociaron menores casos de obesidad conforme asciende el NSE de la persona, lo cual de cierta manera se podría atribuir a la exagerada importancia que le dan las mujeres de NSE alto a la adopción de una “figura delgada” debido a la presión cultural. Además, que con mayor NSE, mejor es la educación recibida por lo que adoptan hábitos positivos de alimentación y estilos de vida saludables. También se obtuvo que el estado nutricional de la persona depende mucho de la cultura, sociedad y etnia que presente, por lo que el problema de malnutrición no es un problema meramente biológico. Se encontraron mayores casos de delgadez conforme la edad aumentaba probablemente como consecuencia de los cambios

alimentarios que presentan las personas y también a que conforme aumenta la edad existe una mayor incidencia de padecer enfermedades crónicas. Otro resultado fue la existencia de déficit en el consumo de micronutrientes en los NSE bajos, principalmente de calcio y hierro que presentaron las menores adecuaciones a las recomendaciones oficiales. A diferencia del consumo de vitamina C y calcio que mejora a medida que se eleva el NSE¹².

En el estudio *“Estilos de vida y factores biosocioculturales en el adulto. Asentamiento humano Los Conquistadores, Nuevo Chimbote, 2014”* al hablar de “estilos de vida saludables” se refieren a un campo conformado por la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. Tomaron como muestra a 160 adultos a quienes se le sometió a la realización de un cuestionario de escala de estilos de vida y de factores biosocioculturales del adulto. Este estudio determinó que el 66.7% del total de la población estudiada se encontraban dentro del grupo de aquellos que no cuentan con un estilo de vida saludable. Además, a esto se suma que las personas que viven en zonas rurales tenían hábitos menos saludables que aquellos que residen en las zonas urbanas debido a la limitación para la obtención de alimentos que cumplan con los requerimientos nutricionales básicos. La capacidad para tener lo que se denomina una buena calidad de vida depende de qué tan bien los adultos puedan prevenir las limitaciones funcionales, las cuales aumentan si son asociadas a ello el envejecimiento, la desnutrición y las enfermedades crónicas, para lo cual los estilos de vida juegan un rol importante en la salud de las personas. La población del asentamiento humano estudiado es consciente de los malos hábitos que tienen como la no realización de actividad física, la ingesta de alimentos menos de dos veces al día, la alimentación inadecuada, y saben

del daño que estas costumbres les realizan a sus organismos, pero manifiestan que no cuentan con los medios económicos necesarios para la obtención de alimentos nutritivos¹³.

En el estudio que se encuentra bajo el nombre *“Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013”* se incluyeron como muestra a 208 adultos de 60 años a más pertenecientes a los Centros de Adulto Mayor de EsSalud Lambayeque, excluyendo a aquellos que se encontraban postrados o en silla de ruedas, además de aquellos que se encontraban con demencia y depresión mayor. A todos ellos se les realizó una evaluación nutricional usando el Mini Nutritional Assessment que permite identificar a aquellos adultos mayores que se encuentran malnutridos o en riesgo de padecer de malnutrición a través de la valoración antropométrica, evaluación global, parámetros dietéticos y valoración subjetiva. Además de ello, realizaron una encuesta para determinar las características socio-demográficas de cada uno de ellos. Entre los resultados obtenidos se encontró un IMC promedio de la población de 27.5. Aproximadamente el 29.30% de adultos mayores estudiados presentaron riesgo de malnutrición y 2.4% malnutrición. Con respecto al consumo de alimentos, el 53.3% de la población ingiere menos de 3 comidas diarias, el 24% había presentado disminución del apetito en los tres últimos meses, un 66.8% tenían un consumo agua menor de cinco vasos al día. Según el MNA, se encontró que el nivel socio-económico está estrechamente relacionado con el estado de nutrición del adulto mayor. De los cinco adultos mayores identificados con malnutrición, tres de ellos se encontraron en un NSE C bajo superior y los otros dos se encontraron en un NSE E marginal¹⁴.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. ESTADO NUTRICIONAL

Para empezar debemos de tener en claro dos conceptos básicos: alimentación, se refiere a aquella forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos que le son necesarios para el mantenimiento de sus funciones, se trata de un acto voluntario y consciente, y a su vez influenciado por factores culturales, económicos y sociales; y nutrición, que por otro lado se trata de un proceso totalmente involuntario e inconsciente donde el organismo recibe, transforma y hace uso de las sustancias que se hallan en los alimentos con el fin de obtener energía, así como también para construir, reparar las estructuras orgánicas y regular los procesos metabólicos. Es así que podemos concluir que la nutrición inicia donde acaba la alimentación⁵.

El estado nutricional se define como aquella condición en la cual el ser humano se encuentra relacionado con aquellas interacciones de tipo biológico, psicológico, social y las adaptaciones metabólicas que se dan tras el ingreso de nutrientes²⁴. Se trata en realidad de un equilibrio constante entre aquellos nutrientes que ingerimos y aquellos nutrientes que nuestro organismo realmente requiere, ya que, al consumir los nutrientes adecuados para cubrir las necesidades básicas corporales diarias, la persona se encuentra en un estado nutricional óptimo favoreciendo así su crecimiento y desarrollo, manteniendo la salud general y contribuyendo así a proteger al cuerpo de enfermedades⁷.

Esta situación se ve influenciada por distintos factores, entre los cuales encontramos principalmente la situación económica, la conducta alimentaria que posee la persona, la influencia cultural, la capacidad para consumir y absorber los nutrientes adecuadamente⁷.

Para mantener un estado nutricional óptimo hay que tener en cuenta las ingestas dietéticas recomendadas (RDA, Recommended Daily Allowances), en

las cuales se encuentran establecidas los niveles seguros y adecuados de consumo de nutrientes, así como su biodisponibilidad para mantener los requerimientos nutricionales de toda la población sana. Cabe recalcar que los RDA no son los mismos para toda la población, sino que se encuentran establecidos según sexo, edad y situaciones fisiológicas (embarazo, lactancia, envejecimiento)⁵.

2.2.2. NUTRIENTES

Al hablar de nutrientes nos referimos a aquellas sustancias que se encuentran en distintos alimentos y que no pueden ser creadas por nuestro propio organismo. La finalidad de todo esto es lograr el aporte de energía, aminoácidos o elementos reguladores necesarios por el metabolismo para así poder cubrir sus necesidades⁵. Y es así que los nutrientes se clasifican en tres grupos según la función que cumplen.

Clasificación de nutrientes

Nutrientes plásticos o estructurales

Se trata de sustancias formadoras y restauradoras de tejidos, es decir, aquellos que forman la estructura de nuestro organismo dándole solidez y permitiendo de esta manera su crecimiento.

En este grupo encontramos principalmente a las proteínas.

Nutrientes energéticos

Se encuentra conformada por aquellos nutrientes que en nuestro organismo cumplen un rol energético. Se trata de la “gasolina” del cuerpo ya que consumirlos permite que se pueda llevar a cabo todas nuestras actividades diarias. Pertenecen a este grupo las grasas y los hidratos de carbono. Las

proteínas pueden usarse también como energéticos siempre y cuando el consumo sea más de la cantidad básica necesaria.

Nutrientes reguladores

Conformada por aquellas sustancias que permitirán al organismo utilizar correctamente los dos grupos de nutrientes anteriormente mencionados y así poder desarrollar sus funciones apropiadamente. Dentro de este grupo encontramos a las vitaminas y minerales que si bien son necesarios en pequeñas cantidades, son realmente imprescindibles para el adecuado funcionamiento del metabolismo en general.

Todos estos nutrientes se encuentran presentes en distintos alimentos como en las carnes, huevos, pescados, lácteos, hortalizas, frutas, cereales, entre otros, estando en nuestra mano elegir aquellos que sean los más adecuados para nuestras necesidades. De este modo con una adecuada alimentación los niños sanos aprenden mejor, la gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y hambre, logrando de esta forma desarrollar al máximo su potencial¹⁵.

2.2.3. DESNUTRICIÓN

Según Caldwell, la desnutrición se trata de un estado patológico resultado de un exceso o defecto absoluto o relativo de uno o más nutrientes esenciales que se detecta clínicamente a través de pruebas bioquímicas y antropométricas. Mientras que por otro lado para Broker lo define como un estado patológico que presenta un riesgo elevado de presentar complicaciones y que podría resolverse fácilmente con un tratamiento nutritivo adecuado¹⁶.

En la literatura podemos encontrar muchas definiciones de desnutrición, pero una de las más aceptadas es la del Prof. M Elia en el cual indica que “se trata de un estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros

nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos y órganos y en el resultado clínico”¹⁷.

Se trata de un estado patológico que ocurre como consecuencia de un déficit de nutrientes ya sea por un consumo reducido, una absorción insuficiente de estos o también por exceso de gasto metabólico, lo que va a afectar el normal funcionamiento de diversos órganos y sistemas^{5,15}.

Clasificación de desnutrición

Clasificación etiológica

Desnutrición primaria. Como consecuencia de un déficit en el aporte insuficiente de calorías y nutrientes.

Desnutrición secundaria. Aquella que se presenta como resultado de una enfermedad de fondo.

Clasificación clínica

Desnutrición calórica, tipo marasmo.

Es aquella que se presenta como consecuencia de una pérdida de las reservas corporales de masa muscular y sobre todo de grasa. Es aquella que se observa en los periodos largos de ayuno manifestándose en la persona a través de un aspecto caquéctico. Este tipo de desnutrición se encuentra mayormente en aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas⁵.

Desnutrición proteica, tipo kwashiorkor.

Según la literatura, este tipo de desnutrición es propio de los países subdesarrollados. Se presenta como consecuencia de una alimentación insuficiente y basada fundamentalmente en cereales como fuente de energía con muy escaso aporte proteico⁵.

Desnutrición mixta, proteicocalórica

Como su nombre lo dice, es una combinación de los tipos previamente descritos. Es propio de pacientes que ya presentaban una enfermedad crónica de fondo y de pronto sufren una agresión aguda⁵.

Desnutrición en el mundo

Actualmente el mundo se encuentra frente a una doble carga de malnutrición donde está presente tanto la desnutrición como la obesidad y, en cualquiera de sus formas, se tratan de situaciones delicadas que ponen en riesgo la salud humana. Alrededor del mundo podemos ver como la desnutrición y las enfermedades se encuentran estrechamente vinculadas, contribuyendo a la aparición de ellas como también al empeoramiento y no solo eso, la desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Según el Comité de Coordinación sobre Nutrición de la ONU, se trata del mayor contribuyente a enfermedades en el mundo, que no solo tiene una repercusión negativa sobre la salud, sino que con él también se ve afectada considerablemente el desempeño académico y laboral de la población que a su vez conduce a menos ingresos en la edad adulta impidiendo de esta forma que en muchos casos puedan salir de la pobreza^{15,18}.

Existen regiones distribuidas alrededor del mundo donde la desnutrición se da de manera generalizada debido a factores externos como viene a ser la pobreza, las condiciones de vida y la localización de ciertas poblaciones. Sin embargo, no deja de ser un problema de salud que debe ser tratado de manera global, pero también de manera local mediante programas y acciones tanto públicas como individuales. También la situación mundial actual presenta problemas económicos que dejan como resultado grandes desigualdades sociales, incluso dentro de regiones pequeñas que hacen de las posibilidades de subsistencia disminuyan cuando se trata de poblaciones marginadas¹⁹.

La infancia es considerada una etapa realmente importante en la vida de la persona ya que en ella se dará la adquisición y desarrollo de hábitos y pautas alimentarias apropiadas que condicionarán el estado nutricional que tendrán en las siguientes etapas de su vida es decir, si los hábitos adquiridos de niños son adecuados, contribuirán a garantizar una buena salud en la etapa adulta. El nivel de conocimiento con respecto a la alimentación y nutrición es un indicador importante que revela los hábitos de consumo alimentario de cada persona. Mayormente se tiene la idea de que cuanto mayor sea la formación en nutrición de la persona, mejores van a ser sus hábitos alimentarios. Pero lamentablemente la realidad es otra ya que conforme el individuo adquiere autonomía para decidir qué alimentos consumir y en qué horarios alimentarse, los factores sociales, culturales y económicos, sin olvidar las preferencias alimentarias que presente, van a provocar un cambio de los hábitos iniciales dejando como resultado un nuevo patrón de consumo alimentario. A pesar de que la población está informada y tiene conocimiento sobre lo que vendría a ser una dieta saludable, dichos conocimientos no se reflejan en los consumos reales. Esto quiere decir que no basta con brindar la información correcta, se necesita también que ocurra la modificación y abandono progresivo de los hábitos alimentarios insanos y erróneos, para poder conseguir una dieta sana y equilibrada²⁰.

Los estados miembros de las Naciones Unidas se propusieron dos grandes metas con el fin de hacer frente al problema del hambre que viene sufriendo diversas regiones del mundo. El primero de ellos se dio en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA, Roma en 1996) donde 182 gobiernos se comprometieron a "... erradicar el hambre en todos los países, con el objetivo inmediato de reducir el número de personas desnutridas a la mitad de su nivel actual no más tarde del año 2015". El segundo compromiso se formuló en el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 1), establecido en el año 2000

por los miembros de las Naciones Unidas, que presenta entre sus metas “reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre para el año 2015”³.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su publicación que se encuentra bajo el nombre “El estado de seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo” publicada en el 2017, indican que para el fin del 2016 el número de personas que se encontraron dentro de la subalimentación crónica en el mundo se elevó hasta los 815 millones a diferencia de los 777 millones que se registraron en el 2015, es decir que aún el 11% de personas alrededor del mundo se encuentran desnutridas. Si bien es cierto que existe un aumento considerable, tengamos en cuenta que es una cifra inferior a los cerca de 900 millones que fueron registrados en el año 2000. La situación de la seguridad alimentaria ha alcanzado a un nivel extremo en algunos lugares del mundo como en áreas de Sudán del Sur donde a principios del 2017 fue declarado país en hambruna, mientras que en el noreste de Nigeria, Somalia y Yemen se activaron las alertas de alto riesgo de hambruna. Las regiones que principalmente se ven afectadas son aquellas que atraviesan situaciones de conflicto, agravados por perturbaciones climatológicas como sequías o inundaciones. Pero también se ha evidenciado un aumento en la tasa de desnutrición en regiones “pacíficas”, esto es debido a la presencia de una desaceleración económica que conlleva a una disminución de la disponibilidad de alimentos y dificulta sobre todo a los pobres el acceso a alimentos básicos²¹.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) instan a todos los países y a aquellas organizaciones interesadas a trabajar en conjunto para lograr la erradicación del hambre y también para prevenir cualquier forma de malnutrición en 2030. Esto solo puede lograrse si la agricultura y los sistemas alimentarios se tornan sostenibles, para que de este modo los suministros de

alimentos sean estables y así todas las personas tengan acceso a una nutrición y una sanidad adecuadas²¹.

Desnutrición en América Latina y El Caribe

Si bien es cierto, la prevalencia de desnutrición en América Latina y El Caribe ha venido disminuyendo progresivamente desde los años 1990-1992, donde se encontraba en 13,9 %, hasta el 2015 (6.3%), pero desde el 2016 viene presentando un leve aumento encontrándose en un 6.6 %, sobre todo en América del Sur donde la prevalencia de desnutrición era del 5% en el año 2015 y se elevó a 5,6% en 2016, según informes de la FAO. Se estima que para el año 2016, 42 millones de personas en América Latina y El Caribe no tuvieron el acceso suficiente a energía alimentaria. El país que encabeza entre los más azotados por la desnutrición en esta región del planeta es Haití con el 47% de su población que no cuentan con los medios para cubrir los requerimientos mínimos alimentarios. Otro de los países con mayor prevalencia de desnutrición es Bolivia con 20.2% de su población afectada, que a pesar de continuar en descenso aun presenta una de las tasas más elevadas de desnutrición en Sudamérica. Venezuela presentó un aumento realmente significativo: en el 2010 contaba con el 3.7% de su población afectada, mientras que para el 2016 aumentó hasta un 13%²¹.

Estos resultados son consecuencia de la desaceleración económica debido a la reducción de los precios del petróleo y de los minerales, lo cual ha limitado la capacidad de los distintos gobiernos para llevar a cabo inversiones y gastos públicos. Todo esto perjudica a los países que tienen como ingresos principales aquellos que proceden de las exportaciones de petróleo y otros productos básicos que sirven para financiar sus importaciones y subvenciones alimentarias. Esto deja como resultado una elevación de las tasas de desempleo y, al no haber trabajo, se dará una disminución de los ingresos

familiares impidiendo la posibilidad de adquirir alimentos básicos que cubran sus requerimientos nutricionales diarios²¹.

El crecimiento económico es realmente necesario para continuar con la reducción de la pobreza, el hambre y la desnutrición, pero no es suficiente. Es necesario que se dé un crecimiento inclusivo donde se ofrezcan oportunidades a personas con escasos recursos, así mejorarían considerablemente los ingresos y, de esta forma, el estilo de vida de las personas con menos recursos. En los países en desarrollo, aquellas personas que residen en las zonas rurales presentan un porcentaje elevado de hambre y malnutrición, por lo que las actividades que buscan promover el crecimiento de la agricultura y el sector rural pueden ser un componente importante de una estrategia orientada a fomentar el crecimiento inclusivo y la mejora de la seguridad alimentaria y la nutrición³.

Desnutrición en Perú

Tras realizar las revisiones estadísticas que presenta la FAO en su boletín informativo anual, se obtiene que en Perú, al igual que el resto del mundo, también ha ocurrido un aumento de las personas que se encuentran desnutridas. Hasta el 2015 el porcentaje de desnutrición había ido disminuyendo progresivamente hasta llegar a 7.6 %, es decir, unos 2.4 millones de personas. Pero en el último registro que se tiene del 2016, se evidencia un aumento a 7.9%, que vendrían a ser 2.5 millones de personas, es decir 100000 peruanos más que el año anterior se encuentran desnutridas⁴.

Ante este nuevo revés en la lucha contra la desnutrición en nuestro país, el estado peruano viene implementando un conjunto de políticas que involucran no solo al gobierno sino también a las organizaciones privadas, el poder legislativo, los agricultores y los consumidores para lograr la seguridad

alimentaria, teniendo bien en claro que la desnutrición es un problema grave de salud que se encuentra estrechamente relacionado con la pobreza⁴.

Uno de los proyectos impulsados por el Ministerio del Ambiente es la iniciativa “Frutos amazónicos y granos andinos contra la desnutrición y pobreza” (FAGA) que busca la reducción de la desnutrición y de la pobreza a través de la incorporación en la alimentación de los recursos de la biodiversidad nativa promoviendo de esta forma la seguridad alimentaria, el emprendimiento comunitario en bionegocios y la conservación productiva del ecosistema amazónico⁴.

Otra de las iniciativas adoptadas por parte del estado peruano ha sido la creación de la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria, encargada de priorizar, coordinar, evaluar, las políticas y medidas sectoriales destinadas a garantizar la seguridad alimentaria de la población, especialmente de los grupos vulnerables y aquellos en extrema pobreza^{4,22}.

2.2.4. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación del estado nutricional en adultos se basa en 4 puntos: evaluación antropométrica, evaluación clínica y evaluación bioquímica. Pero la presente investigación se basa sobre todo en la evaluación antropométrica.

Evaluación antropométrica

Los indicadores antropométricos que más se usan actualmente en la práctica clínica en los pacientes entre 16 y 65 años son peso, talla e índice de masa corporal (IMC).

Peso corporal. Debe medirse con una balanza confiable previamente calibrada, en el cual el individuo debe colocarse de pie, erguido, con ambos brazos al lado del cuerpo, con el mínimo de ropa posible o con bata clínica, sin zapatos.

Talla. Es la medida en centímetros entre el vértex y el plano de apoyo del individuo. El individuo debe encontrarse sin zapatos.

Índice de masa corporal (IMC). Se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / (\text{Talla cm})^2$$

Para clasificar el estado nutricional de las personas entre 20 a 59 años, la OMS estableció valores de referencia para la interpretación del IMC:

- Delgadez grado III: < 16
- Delgadez grado II: 16 – 16.9
- Delgadez grado I: 17 – 18.4
- Normal: 18.5 – 24.9
- Sobrepeso: 25 – 29.9
- Obesidad grado I: 30 – 34.9
- Obesidad grado II: 35 – 39.9
- Obesidad grado III: > 40

Evaluación clínica

En este punto es necesaria la revisión de la historia clínica del paciente en busca principalmente de pérdida de peso de forma involuntaria, intervenciones quirúrgicas previas y consumo habitual de fármacos. Además, se debe hacer una revisión de la historia dietética mediante el uso de una encuesta alimentaria que busca conocer los hábitos alimentarios del paciente y de esta forma estimar la ingesta energético-proteica. Por último, se debe revisar la historia social que nos aportará datos como etnia, costumbres, recursos económicos, situaciones de soledad⁵.

Evaluación bioquímica

Los signos clínicos debido al déficit de nutrientes son mayormente inespecíficos por lo cual es necesario corroborarlo con la realización de pruebas de laboratorio que determinarán los niveles de oligoelementos, vitaminas y minerales que presenta nuestro organismo. Así como también es necesario la valoración de los niveles de albúmina, aunque no es un buen indicador para determinar cambios agudos.

2.2.5. FACTORES ASOCIADOS A DESNUTRICIÓN

Como bien se sabe, tras realizar la revisión de la literatura, la desnutrición es un grave problema de salud muchas veces infravalorada en los establecimientos de salud y estrechamente relacionada con factores externos, sobre todo con la pobreza, educación, la situación de empleo, entre otros. No contar con los recursos necesarios para la obtención de los requerimientos alimentarios básicos, además de disminuir las defensas del organismo y provocar que el individuo se encuentre más vulnerable a contraer una serie de enfermedades, conlleva a una limitación en el desarrollo tanto personal como profesional de la persona afectada. La desnutrición asociada a la pobreza y enfermedades conlleva a una pérdida económica realmente importante para el país por lo que combatirla es esencial para mejorar la calidad de vida no solo de los pobres, sino de la población en general.

Situación de pobreza

La pobreza en sus distintas formas, al igual que el hambre, ha sido uno de los ítems más importantes a combatir a nivel mundial. Es por ello que en la última década se han realizado múltiples cumbres donde se han adoptado diversos compromisos para de una vez lograr reducir la miseria que tantas personas padecen²³.

Muchas veces no se llega a comprender del todo la relación que existe con la desnutrición por lo que hay que dejar en claro que este estado afecta de diversas formas la capacidad de los individuos para escapar de la pobreza. Por ejemplo, quienes se encuentran desnutridos van a tener una capacidad reducida para desarrollar una actividad física, provocando una disminución en su potencial productivo en el trabajo, que suele ser su único bien. También al provocar una limitación del desarrollo no solo físico sino también mental, retrasan el crecimiento infantil y reducen la capacidad cognitiva por lo que no presentarán el rendimiento escolar deseado, impidiendo que en un futuro obtengan un puesto de trabajo que le brinde los ingresos mínimos para una alimentación que contenga los requerimientos básicos²³.

Por lo tanto, existe la posibilidad de que aquellas personas que se encuentran con desnutrición crónica se vean atrapados en el círculo vicioso del hambre: productividad baja, pobreza crónica, hambre²³.

En el Perú el índice de pobreza disminuyó considerablemente con respecto a los últimos años, encontrándose en 23.9%. Según el mapa de pobreza del INEI, el porcentaje de pobreza en Lima es de 14.8%, es decir, 1300000 limeños son pobres. Si bien es cierto, los índices de pobreza en nuestro país vienen en descenso, pero la diferencia entre distritos es realmente notoria. Tal es el caso de Santa Rosa y Ancón, con 29.05% y 26.3% respectivamente, mientras que Miraflores y San Isidro cuentan con 0.25% y 0.15% de su población catalogada como pobre. Otros de los distritos más pobres de Lima son: Villa El Salvador con 22.8%, Villa María del Triunfo con 20.7%, Lurín 25.4%²⁴.

La incidencia de pobreza en la población infantil y adolescente es alta, ya que la escasez de recursos en los hogares pobres se encuentra relacionada con situaciones de riesgo específicas como la desnutrición, el abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos. Todo este conjunto de situaciones

disminuye las oportunidades de este grupo etáreo de desarrollarse en el futuro, ya que los efectos de la pobreza son difíciles de remontar, e incluso llegan a ser irreversibles. La pobreza en el año 2016 afectó a aproximadamente 29,2% de niñas y niños menores de cinco años de edad, al 30,8% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, al 29,6% de los de 10 a 14 años de edad y al 22,4% de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. En las personas de 25 a 29 años la pobreza afecta a un 16.1%, a los que tienen de 30 a 34 años, 19.1% y nuevamente aumenta el porcentaje entre los adultos de entre 35 a 40 años (22.1%)²⁴.

Situación de empleo e ingreso salarial

De acuerdo al reporte del INEI del 2016, la tasa de desempleo presente en Lima Metropolitana fue de un 6,8%, es decir, hay aproximadamente 346000 limeños que se encuentran buscando empleo de forma activa. De ese total de personas que se encuentran en desempleo, el 51,7% son varones y el 48,3% son mujeres²⁵.

El ingreso promedio mensual que reporta el INEI, manifiesta que sufrió un aumento en 8% en aquellas personas que cuentan con educación superior universitaria, en 4,3% entre los que cuentan con una educación secundaria, en 3,8% en aquellos que tienen educación primaria o menor nivel y en 1,6% entre los que tienen educación superior no universitaria. Como se ve, aquellos que cuentan con educación superior universitaria perciben ingresos más altos, ganando aproximadamente 2,5 veces más que los que tienen educación primaria o menor nivel, 2,1 veces más que el ingreso con el que cuenta una persona con educación secundaria y 1,8 veces más que el ingreso de un trabajador con educación superior no universitaria²⁵.

2.3. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, no se ha planteado una hipótesis.

2.4. VARIABLES

- Desnutrición
- Sexo
- Ingreso familiar
- Grado de instrucción
- Número de hijos
- Comidas al día
- Actividad física
- Ayuda alimentaria

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **DESNUTRICIÓN**

Según la OMS, se considera desnutrición con un IMC <18.5.

- **SEXO**

Se obtendrá por documento de identidad.

Masculino

Femenino

- **INGRESO FAMILIAR**

Se va a medir por el ingreso promedio mensual de los hogares según lo establecido en la canasta familiar por el Ministerio de trabajo.

<650 soles

650-1000 soles

>1000soles

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de instrucción alcanzado según lo establecido por el sistema nacional.

Primaria

Secundaria incompleta / completa

Superior

- **NÚMERO DE HIJOS**

Número de hijos vivos que tiene la persona

No hijos

1 hijo

2 hijos

3 hijos

- **COMIDAS AL DÍA**

Número de comidas que ingiere al día

1 al día

2 al día

3 al día

>4 al día

- **ACTIVIDAD FÍSICA**

Realizar actividad física como mínimo 30 minutos al día

No realiza

Sí realiza

- **AYUDA ALIMENTARIA**

Recibe ayuda alimentaria como vaso de leche y/o comedor popular

No recibe

Vaso de leche

Comedor popular

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

- Según el enfoque es cuantitativo: porque se basa y fundamenta en estadística.
- Según el tipo de estudio es no experimental: porque el investigador se ha limitado a observar mas no a manipular variables.
- Según el alcance es descriptivo: porque que se ha descrito los fenómenos observados en una determinada población. Sin embargo, se han hecho subgrupos comparativos según las características de la población estudiada.
- Según número de medición de variables es transversal: porque se midió las variables en un solo momento.
- Según el momento en que se midió las variables es prospectivo: porque el investigador recolectó los datos luego de concebido el proyecto.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo.

Dicho asentamiento se encuentra dentro del sector Inca Pachacutec, en las laderas y partes altas de los cerros. La población en gran parte se encuentra conformada por población migrante de zonas andinas, agrupadas en algunos casos en núcleos según procedencia. Esta población migrante trae sus creencias y costumbres, así como su propio perfil epidemiológico.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: 714 adultos entre 25 y 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar de Villa María del Triunfo. Cuyos criterios de selección fueron:

Criterio de inclusión:

- Tener de 25 a 35 años de edad.
- Vivir en el AAHH Torres de Melgar.

Criterios de exclusión

- Pobladores que no aceptaron participar del estudio.
- Personas que no se encontraban en su hogar al momento del estudio.

MUESTRA: Estuvo constituida por 66 pobladores que ingresaron al estudio mediante un muestreo probabilístico simple luego del cálculo muestral, la cual fue calculada utilizando la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$
$$n = \frac{714 * 1.96_{\alpha}^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (714 - 1) + 1.96_{\alpha}^2 * 0.05 * 0.95}$$

Obteniendo como resultado un total de 66 adultos entre 25 y 35 años de edad.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas para la recolección de datos fueron la entrevista personal y la medición antropométrica, teniendo como instrumento de recolección

de datos la ficha preparada para el estudio. Para las mediciones antropométricas se utilizó una balanza de piso previamente calibrada para calcular el peso y una cinta métrica para medir la talla. Como requisito para tomar las medidas se solicitó a la persona entrevistada que se retire los zapatos, vestido con ropa ligera, sin accesorios y una vez colocado sobre la balanza debe encontrarse el cuerpo erguido, con ambos brazos al lado del cuerpo, mirando al frente.

La ficha de recolección de datos fue sometida a evaluaciones de expertos, siendo validada por 3 médicos especialistas, la asesora de este estudio y una estadista, para iniciar con el proceso de recolección de datos.

Previo al inicio de la recolección de datos, se presentó una solicitud al presidente de la directiva del asentamiento humano Torres de Melgar solicitando permiso para realizar el estudio en el mencionado asentamiento. Así mismo, se procede a solicitar a los investigados la autorización para ingresar al estudio mediante un consentimiento informado.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se fue casa por casa a entrevistar y evaluar a los individuos seleccionados como parte de la muestra con la ayuda del presidente del asentamiento.

Así mismo, se asistió al comedor popular del asentamiento, en compañía del dirigente, para informar a las familias sobre la actividad que se iba a realizar y puedan colaborar con esta investigación.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos fueron codificados y tabulados para la elaboración de la base de datos, utilizando el paquete estadístico de Excel avanzado y SPSS. En un primer momento se realizó el cálculo de la prevalencia de desnutrición en general y según los objetivos planteados. En el análisis de frecuencias univariadas se utilizó tablas y gráficos para variables cualitativas. En el análisis bivariado se realizó el cálculo de frecuencias de la desnutrición según ingreso salarial, grado de instrucción, sexo, alimentos consumidos al día, número de hijos, ayuda alimentaria y actividad física, para lo cual se utilizó el chi cuadrado y f de Fisher para un p valor menor de 0.05. Todos estos análisis obtenidos fueron presentados mediante gráficos y tablas para una mejor comprensión.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Prevalencia de desnutrición

TABLA N°01

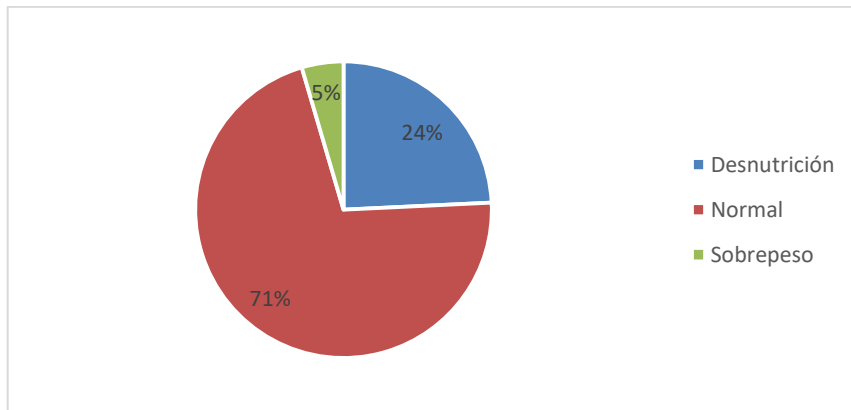
Estado nutricional de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	16	24.2
Normal	47	71.2
Sobrepeso	3	4.5
Total	66	100.0

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación..

GRÁFICO N°01

Estado nutricional de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. En la tabla y gráfico N°01 se observa que la prevalencia de desnutrición en adultos que se encuentran entre 25 a 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar es de 24.2%. También se obtiene que la mayoría de la población estudiada se encuentra con un IMC dentro de los valores normales y un mínimo porcentaje de la población se encuentra con sobrepeso (5%).

Prevalencia según sexo

TABLA N°02

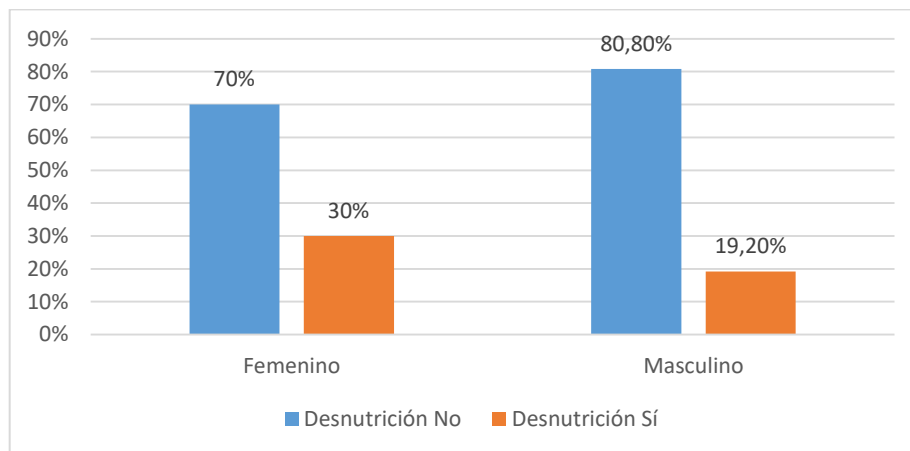
Prevalencia de desnutrición según el sexo de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

Sexo	Desnutrición				P-valor
	No		Sí		
Femenino	28	70%	12	30%	0.328
Masculino	21	80.80%	5	19.20%	
Total	49	74.20%	17	25.80%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

GRÁFICO N°02

Prevalencia de desnutrición según el sexo de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. Según la tabla y gráfico N°02, la prevalencia de la desnutrición no varía de forma significativa con respecto al sexo, pero se evidencia que de las 17 personas desnutridas, 12 de ellas pertenecen al sexo femenino.

Prevalencia según nivel de instrucción

TABLA N°03

Prevalencia de desnutrición según el grado de instrucción académico de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

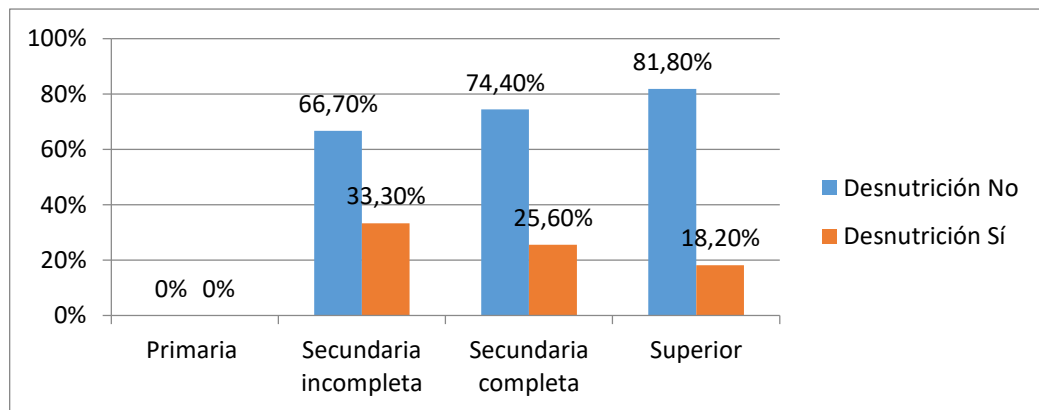
Grado de instrucción	Desnutrición					P- valor
	No		Sí			
Primaria	0	0%	0	0%	-	*0.708
Secundaria incompleta	8	66,70%	4	33,30%	100%	
Secundaria completa	32	74,40%	11	25,60%	100%	
Superior	9	81,80%	2	18,20%	100%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

*F de fisher

GRÁFICO N°03

Prevalencia de desnutrición según el grado de instrucción académico de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. La prevalencia de desnutrición no varía de forma significativa con respecto al grado de instrucción, según lo observado en la tabla N°03. Pero como podemos ver en el gráfico N°03, existen más casos de desnutrición en aquellas personas que cuentan con educación secundaria completa (11 de las personas desnutridas).

Prevalencia según ingreso salarial

TABLA N°04

Prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

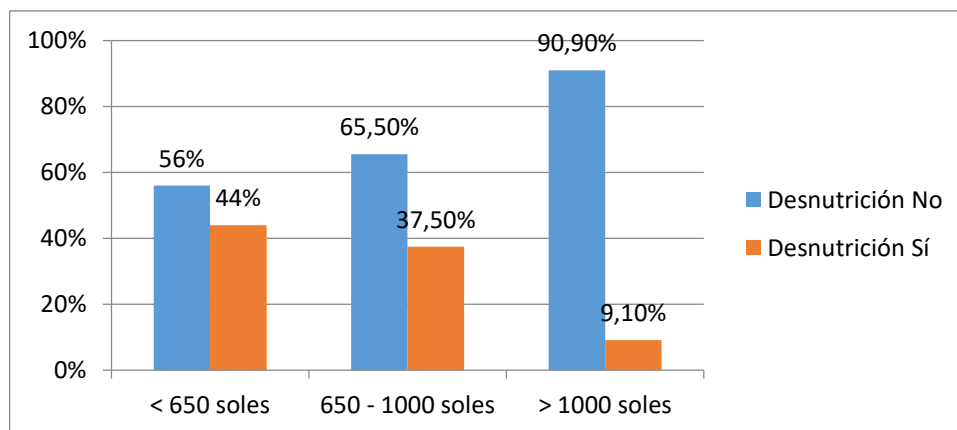
Ingreso salarial	Desnutrición					P-valor
	No		Sí			
< 650 soles	14	56%	11	44%	100%	0.008*
650 - 1000 soles	5	65,50%	3	37,50%	100%	
> 1000 soles	30	90,90%	3	9,10%	100%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	100%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

*F de fisher

GRÁFICO N°04

Prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. La tabla N°04 y gráfico N°04 nos indica que la prevalencia de desnutrición sí varía de manera significativa con respecto al ingreso salarial por contar con un p valor menor de 0,05, encontrándose mayor prevalencia de desnutrición en aquellos que perciben menos de 650 soles mensual (11 de las personas desnutridas).

Prevalencia según número de hijos

TABLA N°05

Prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

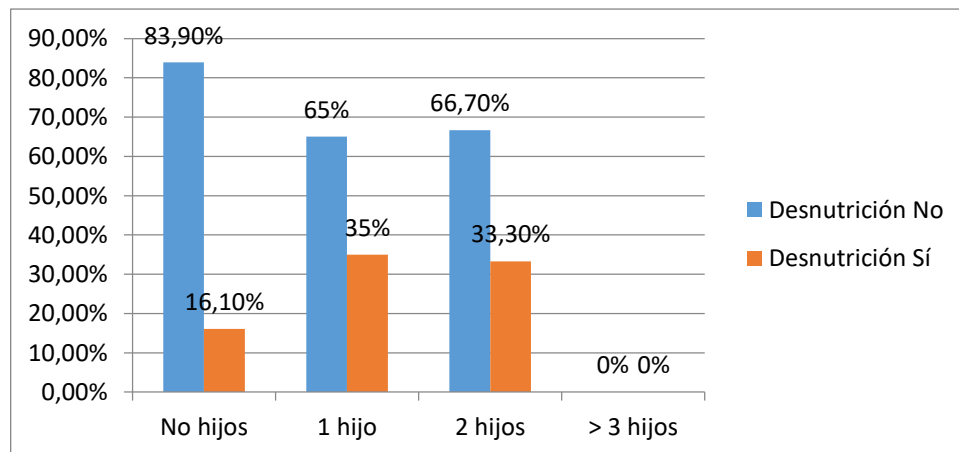
N° hijos	Desnutrición				P-valor
	No		Sí		
No hijos	26	83,90%	5	16,10%	*0.241
1 hijo	13	65%	7	35%	
2 hijos	10	66,70%	5	33,30%	
> 3 hijos	0	0%	0	0%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

*F de fisher

GRÁFICO N°05

Prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos de la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. La prevalencia de desnutrición, no varía de forma significativa con respecto al número de hijos que presenta la población, según lo observado en la tabla N°05. En cambio, se evidencia mayores casos de desnutrición en aquellos pobladores que tienen 1 hijo (gráfico N°05).

Prevalencia según ingesta de comidas al día

TABLA N°06

Prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

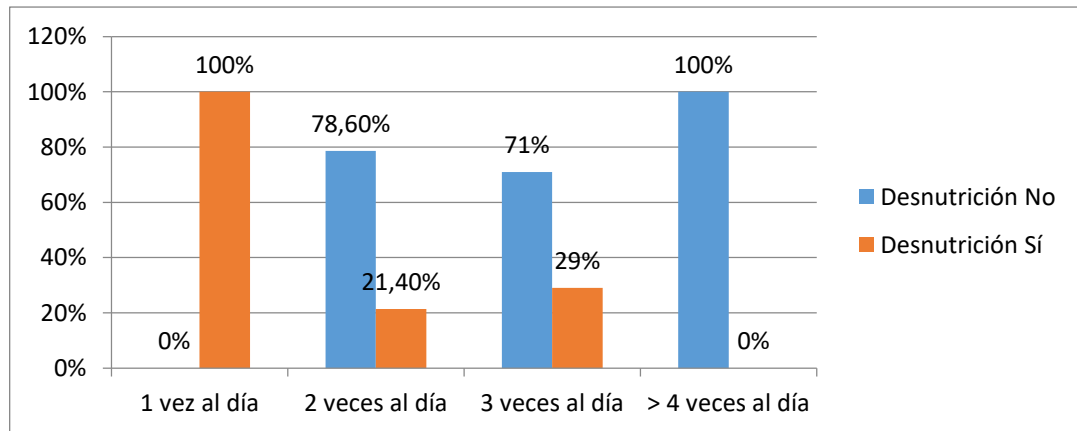
Comidas al día	Desnutrición				P-valor
	No		Sí		
1 vez al día	0	0%	7	100%	*0.047
2 veces al día	22	78,60%	6	21,40%	
3 veces al día	22	71%	4	29%	
> 4 veces al día	5	100%	0	0%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

*F de fisher

GRÁFICO N°06

Prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. La tabla N°06 y gráfico N°06 nos muestra que la prevalencia de desnutrición sí varía de forma significativa con respecto a la ingesta de comidas al día. También vemos que el 100% de la población que ingiere alimentos una vez al día presenta desnutrición, mientras que el 100% que consumen más de 4 comidas al día no presentan desnutrición.

Prevalencia según realización de actividad física

TABLA N°07

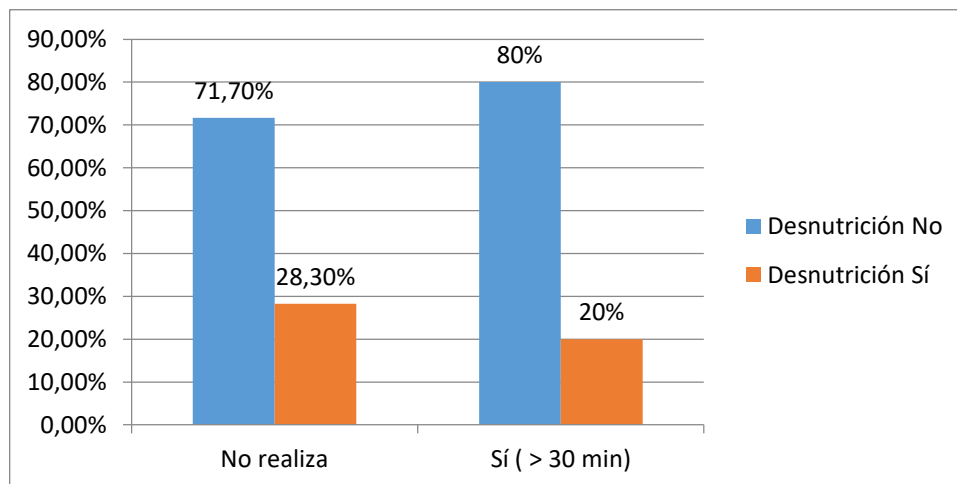
Prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

Actividad física	Desnutrición				P-valor
	No		Sí		
No realiza	33	71,70%	13	28,30%	0.481
Sí (> 30 min)	16	80%	4	20%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

GRÁFICO N°07

Prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. Según la tabla N°07, la prevalencia de desnutrición no varía de forma significativa con respecto a la realización de actividad física, pero existen mayores de casos de desnutrición en aquellos pobladores que no realizan actividad física (gráfico N°07).

Prevalencia según ayuda alimentaria

TABLA N°08

Prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.

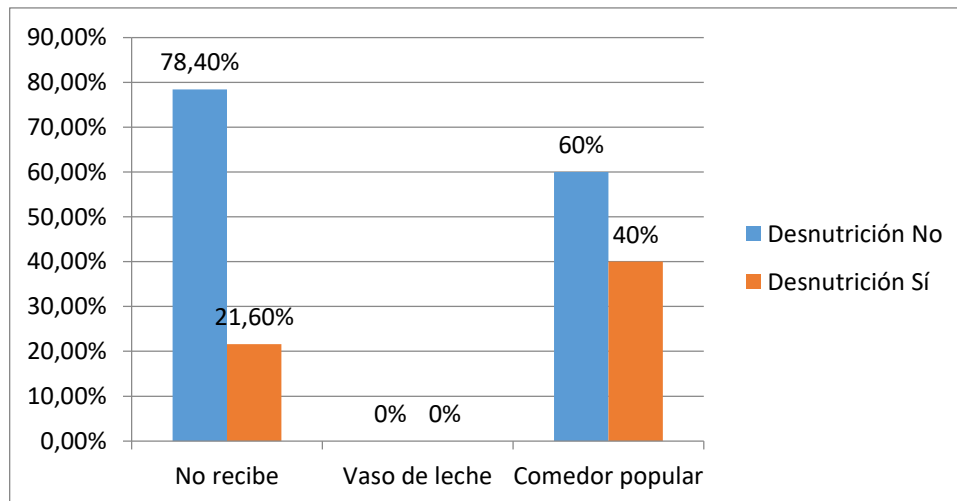
Ayuda alimentaria	Desnutrición				P-valor
	No		Sí		
No recibe	40	78,40%	11	21,60%	*0.151
Vaso de leche	0	0%	0	0%	
Comedor popular	9	60%	6	40%	
Total	49	74.2%	17	25.8%	

Fuente: Encuesta realizada en el AA.HH. Torres de Melgar por la autora de la investigación.

*F de fisher

GRÁFICO N°08

Prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria en la población de 25 a 35 años de edad del AA. HH Torres de Melgar en el periodo junio a octubre del 2016.



INTERPRETACIÓN. Según la tabla y gráfico N°08, la prevalencia de desnutrición no varía de forma significativa con respecto a la ayuda alimentaria que recibe la población estudiada, pero se encuentra que 11 de los catalogados como desnutridos no reciben algún tipo de ayuda alimentaria.

4.2. DISCUSIÓN

La prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante los meses de junio a octubre del 2016 fue de 24.2%. Este resultado es diferente al encontrado en Perú donde, según el informe de la FAO para el 2016, el porcentaje de población desnutrida fue de un 7.9%³⁰. Esta diferencia puede deberse al tipo de muestra ya que la FAO tomó como muestra a todo el Perú donde se encuentran todas las áreas geográficas, mientras que en este estudio solo se tomó en cuenta un área determinada que se encuentra dentro de los distritos con mayor tasa de pobreza de Lima²⁴.

Sin embargo, esta prevalencia varía según determinados subgrupos. Tal es el caso del ingreso salarial donde se encontraron diferencias significativas de la prevalencia de desnutrición según el ingreso salarial con un p valor de 0.008. Aquellas personas que perciben un ingreso salarial menor de 650 soles mensuales presentan mayor prevalencia de desnutrición. Estos datos tienen concordancia con el artículo *“Malnutrición: impacto de los hábitos, variables constitutivas y condiciones socioeconómicas en la población adulta urbana en la Argentina”* donde establecen que la desnutrición además de depender de la edad y el sexo, tiene una estrecha relación con el ingreso salarial⁹.

También se encontró que la prevalencia de desnutrición se encuentra incrementada de forma significativa en aquellos pobladores que tienen un consumo de alimentos menor de dos veces al día (p valor de 0.047). Esto confirma la teoría previamente mencionada, donde se hace referencia a que ingerir alimentos solo una vez al día no cubre los requerimientos nutricionales básicos diarios, debilitando de esta forma nuestro organismo y sistema inmunitario haciéndonos con el paso del tiempo propensos a distintas afecciones. Este resultado tiene similitud con lo obtenido en el estudio *“Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los*

centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013” donde se encontró que el 53.3% de las personas desnutridas, consumían menos de 3 comidas al día¹⁴.

Con este estudio también se pudo observar que existieron otros subgrupos con los cuales no se encontró diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de desnutrición. Según el sexo las diferencias no son significativas, a pesar de que en este estudio se haya encontrado mayores casos de desnutrición en el sexo femenino, el p valor es mayor de 0.05. Un resultado muy similar fue hallado en el estudio mencionado en los antecedentes “*Prevalencia de desnutrición en Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia – Doctor Pese*”, donde concluyeron que la desnutrición no tiene relación alguna con el sexo. Sin embargo, existen estudios donde sí se encuentra relación entre desnutrición y sexo como dos estudios realizados en Ecuador en el año 2014 y 2017 donde se encontró mayor prevalencia de desnutrición en mujeres, y otro estudio realizado en Junín, Perú donde la desnutrición está asociada al sexo masculino^{5,6,7,11}.

Otro subgrupo que no obtuvo resultados significativos con respecto a la prevalencia de desnutrición fue el nivel de instrucción, a diferencia de lo encontrado en el estudio “*Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano*” donde sus resultados demostraron que del total de desnutridos, el 4.7% eran analfabetos, el 28.6% contaban con educación primaria, 16.4% con secundaria y 13.1% con educación superior. Es decir, según la población estudiada en esa investigación, cuanto menor era el grado de instrucción alcanzado, mayor las probabilidades de presentar desnutrición¹⁰.

Además del subgrupo mencionado, el estudio arrojó otros que no presentaban resultados significativos con la desnutrición y además de ello no se encontraron

estudios que avalen la relación de ellas. Tal es el caso del número de hijos, la realización de actividad física y la ayuda alimentaria, con resultados no significativos que lograran relacionarlos con la prevalencia de desnutrición.

La principal fortaleza de este estudio es que, tras realizar la revisión bibliográfica, no se encontró estudios sobre prevalencia de desnutrición que involucren a este rango de edad. Sin embargo, se encontraron grandes cantidades de estudios realizados en niños y en adultos mayores, siendo importante saber el estado nutricional de las personas de entre 25 y 35 años de edad debido a que son la comunidad más económicamente activa y muchas veces suelen hasta ser la única fuente económica en casa. Mucho menos no se encontraron estudios enfocados en el asentamiento humano Torres de Melgar probablemente debido a que en años anteriores el acceso a mencionado asentamiento era limitado por la falta de asfaltado de las pistas y por la inseguridad ciudadana presente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de desnutrición en la población estudiada es de 24.2%, un resultado realmente alto en comparación a los datos obtenidos a nivel nacional (7.9%).
- De acuerdo al género, se obtuvo que el 30% de las mujeres y el 19.2% de los hombres presentaban desnutrición. No se encontró evidencia para afirmar que la prevalencia de desnutrición varía según el sexo.
- No se encontró evidencia para afirmar que la prevalencia de desnutrición varía según el grado de instrucción alcanzado de la población estudiada.
- La prevalencia de desnutrición estuvo incrementada de forma significativa en pobladores con ingreso salarial mensual menor de 650.00 soles, encontrándose que cuanto menor sea el ingreso salarial, aumenta la prevalencia de desnutrición.
- Con respecto al número de hijos, el 16.1% que no tienen hijos, el 35% que tienen un hijo y el 33.3% de los que tienen 2 hijos presentan desnutrición. Estos resultados no son significativos.
- La prevalencia de desnutrición estuvo incrementada de forma significativa en pobladores con ingesta de comidas menor de 2 al día, encontrándose que el 100% de los pobladores que consumen alimentos solo una vez al día presentan desnutrición.
- Según la actividad física, el 28.3% de los que no realizan actividad física y el 20% que realiza, presentan desnutrición. No es evidencia para afirmar que la prevalencia de desnutrición varía según la actividad física.

- No se encontró evidencia para afirmar que la prevalencia de desnutrición varía según la recepción de ayuda alimentaria.

5.2. RECOMENDACIONES

- Considerando que existe una alta prevalencia de desnutrición en la población estudiada, se sugiere realizar intervenciones probadas dirigidas a disminuir este flagelo en esta población.
- Se sugiere intervenir en los factores hallados que incrementan de forma significativa la prevalencia de desnutrición (consumo de alimentos al día e ingreso salarial) ya que ambos son modificables.
- Con respecto al ingreso salarial, se sugiere a los líderes comunales el inicio de conversaciones con la municipalidad para la facilitación de puestos laborales que permitan la obtención de un salario mínimo a los pobladores para así poder adquirir los requerimientos nutricionales básicos para su desarrollo.
- Teniendo en cuenta que la prevalencia de desnutrición estuvo incrementada en aquellas personas que consumen alimentos menos de 2 al día, se sugiere a los líderes comunales facilitar el acceso a los centros de ayuda alimentaria como son los vasos de leche y el comedor popular que se encuentran presentes en el interior del asentamiento humano y aumentar la difusión sobre la presencia de ellos.
- Se recomienda la elaboración posterior de estudios que logren profundizar en el tema haciendo hincapié en aquellos factores que incrementaron de forma significativa la prevalencia de desnutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud: Desnutrición [Internet]. 2018. [Consultado 19 Dic 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- 2 Municipalidad de Villa María del Triunfo [Internet]. 2018. [Consultado 19 Dic 2017]. Disponible en: <http://munivmt.gob.pe/portal/distritos/>
- 3 Organización de las naciones unidas para la agricultura y alimentos: El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo [Internet]. 2015. [Consultado 19 Dic 2017] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4646s.pdf>
- 4 FAO. Indicadores de malnutrición en Perú. [Internet]. 2017. [Consultado 21 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/faostat/es/#country/170>.
- 5 Cantero Llorca, Claudia. Estudio de prevalencia de desnutrición en atención primaria del departamento de salud Valencia – Doctor Peset. [Tesis Doctoral]. Valencia, España. Universidad de Valencia. [Internet]. 2015. [Citado 28 Dic 2017]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/50583>
- 6 Godoy Rodríguez, Gladys Karla. Evaluación nutricional mediante la aplicación de la escala de valoración subjetiva global del estado nutricional (VSG) en pacientes de 18 a 64 años, Hospital General de Macas, enero-junio 2017. [Tesis de bachiller]. Cuenca, Ecuador. DSpace de la Universidad Católica de Cuenca. [Internet]. 2017 Jul [citado 17 Ene 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7479>
- 7 Peralta Lupercio J. Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva, departamento de medicina interna, hospital Vicente Corral Moscoso, 2014. [Tesis doctoral]. Cuenca, Ecuador. DSpace de la Universidad Católica de Cuenca. [Internet].

2017 Jul [citado 17 Ene 2018]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21278>

8 Shamah-Levy Teresa, Mundo-Rosas Verónica, Rivera-Dommarco Juan A. La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. Salud pública Méx [Internet]. 2014 [citado 12 Oct 2016]; 56(Suppl 1): s79-85. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700012&lng=es

9 Temporelli Karina, Viego Valentina. Malnutrición: impacto de los hábitos, variables constitutivas y condiciones socioeconómicas en la población adulta urbana en la Argentina. Rev. Cienc. Salud [Internet]. Mayo 2015 [citado 12 Oct 2016]; 13 (2): 159-170. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732015000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.02.2015.03>.

10 Tarqui-Mamani Carolina, Alvarez-Dongo Doris, Espinoza-Oriundo Paula, Gomez-Guizado Guillermo. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2014 Jul [citado 13 Ene 2018]; 31(3): 467-472. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300009&lng=es.

11 Contreras Ana Lucía, Mayo Gualber Vitto Angel, Romaní Diego Alonso, Silvana Tejada Gabriela, Yeh Michelle, Ortiz Pedro José et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2013 Jul [citado 17 Ene 2018]; 24(3): 186-191. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300002&lng=es.

12 Cárdenas-Quintana Haydee, Roldan Arbieta Luis. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2013 Dic [citado 13 Oct 2016]; 40 (4): 343-350. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000400003&lng=es.

13 Vásquez Cerna, Lesly Mafer; Vílchez Reyes, María Adriana. Estilo de vida y factores biosocioculturales en el adulto. Asentamiento humano Los Conquistadores, Nuevo Chimbote, 2014. In Crescendo Ciencias de la salud. [Internet]. 2016 Ago [citado 12 Oct 2016] 3 (1): p. 134-146. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1288/1049>.

14 Manayalle Polar, Paola María. Características del estado nutricional de los adultos mayores atendidos en los centros del adulto mayor de la región Lambayeque 2013. [Tesis de bachiller]. Chiclayo, Perú. Universidad San Martín de Porres. 2015. [Citado 29 Oct 2017] Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1188>

15 Organización Mundial de Salud [Internet]. 2018. [Consultado 27 Dic 2016] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

16 Gabriel Ricardo Monti. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. Revista de la asociación médica argentina. 2008 [Citado 11 Ene 2018]; 121(4): 25-28. Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/descargacontenido/136>

17 Ocon Bretón J, Celaya Pérez S. Implicaciones clínicas de la desnutrición hospitalaria. En: El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Coordinador: Ulibarri JI. Editores García de Lorenzo A, García Luna PP. Marsé P, Planas M. Acción Medica (ed) 2004, pp. 1-16.

18 Programa mundial de alimentos. Hambre: desnutrición [Internet]. 2018 [Consultado 21 Ene 2018]. Disponible en: <http://es.wfp.org/hambre/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n>

19 Desnutrición [Internet]. 2016 [Consultado 09 Oct 2016] Disponible en: <http://desnutricion.org/>

20 Montero Bravo A., Úbeda Martín N., García González A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Ago [citado 03 Feb 2018]; 21(4): 466-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000700004&lng=es.

21 FAO. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. [Internet]. Roma; 2017. [Consultado 21 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-l7695s.pdf>

22 MINAGRI. Estrategia nacional de seguridad alimentaria, avances. [Internet]. 2016. [Consultado 21 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.minagri.gob.pe/portal/68-marco-legal/seguridad-alimentaria/403-estrategia-nacional-de-seguridad-alimentaria>

23 FAO, FIDA, Programa Mundial de Alimentos. La reducción de la pobreza y el hambre: la función fundamental de la financiación de la alimentación, la agricultura y el desarrollo rural. [Internet]. 2002. [Consultado 13 Oct 2016].

Disponible en: <https://www.ifad.org/documents/10180/e2ea736a-a302-4962-bdc8-a8a8b8398270>

24 INEI. Evolución de pobreza monetaria 2009-2015. Informe técnico. Pag 55-62. [Internet]. 2016. [Consultado 13 Oct 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf

25 INEI. Situación del mercado laboral en Lima Metropolitana. Junio-Julio-Agosto 2016. Informe técnico N°9 setiembre 2016. Pag 18. [Internet]. 2016. [Consultado 13 Oct 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe_empleo.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- FAO. Seguridad alimentaria y nutricional. [Internet]. Feb 2011. [Consultado 22 Oct 2016] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
- FAO. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. [Internet]. 2017. [Consultado 09 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-l7695s.pdf>
- FAO. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2017. [Internet]. 2018. [Consultado 24 Ene 2018] Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/es/>
- WFP. Programa mundial de alimentos. Datos del hambre. [Internet]. 2016. [Consultado 16 Dic 2017]. Disponible en: <https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>
- OMS. Vuelve a crecer el hambre en el mundo, impulsada por los conflictos y el cambio climático, según un nuevo informe de la ONU. [Internet]. Sep 2017. [Consultado 26 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-hunger-report/es/>
- UNICEF. Datos y cifras clave sobre nutrición. [Internet]. 2014. [Consultado 26 Dic 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTAS	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICION	INSTRUMENTO
DESNUTRICION	Estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos, o por estados de exceso de gasto metabólico	IMC < 18.5	Cualitativa	IMC < 18.5	Dicotómica	Nominal	IMC < 18.5	Medición de peso y talla Peso (kg)/ Talla(cm) ²
SEXO	Características fisiológicas y sexuales	Femenino Masculino	Cualitativa	Femenino Masculino	Dicotómicas	Nominal	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos
INGRESO FAMILIAR	Suma de todos los sueldos, salarios, pagos de interés y otras formas de ingreso de una familia en un período.	Ingreso promedio mensual de los hogares según lo establecido en la canasta familiar por el Ministerio de trabajo	Cuantitativa	<650 soles 620-1000 soles >1000soles	Policotómicas	De razón	<650 soles 620-1000 soles >1000soles	Ficha de recolección de datos
GRADO DE INSTRUCCIÓN	El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar	Grado de instrucción alcanzado según lo establecido por el sistema nacional	Cualitativo	Primaria incompleta / completa Secundaria incompleta / completa Superior	Policotómicas	Ordinal	Primaria incompleta / completa Secundaria incompleta / completa Superior	Ficha de recolección de datos
HIJOS	Descendiente directo de una persona	Número de hijos vivos que tiene la persona	Cuantitativa	No hijos 1 hijo 2 hijos 3 hijos	Policotómicas	De razón	No hijos 1 hijo 2 hijos 3 hijos	Ficha de recolección de datos
COMIDAS	Ingestión de alimento para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.	Número de comidas que ingiere al día	Cuantitativa	1 al día 2 al día 3 al día >4 al día	Policotómicas	De razón	1 al día 2 al día 3 al día >4 al día	Ficha de recolección de datos

ACTIVIDAD FISICA	Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa del metabolismo basal	Realizar actividad física como mínimo 30 minutos al día	Cualitativa	No realiza Sí realiza (>30min)	Dicotómicas	Nominal	No realiza Sí realiza (>30min)	Ficha de recolección de datos
AYUDA ALIMENTARIA	Programas que realiza el gobierno con el fin de proporcionar raciones alimentarias diarias a las poblaciones en situaciones de pobreza o pobreza extrema.	Recibir ayuda alimentaria como vaso de leche y/o del comedor popular	Cualitativa	No recibe Vaso de leche Comedor popular	Policotómicas	Nominal	No recibe Vaso de leche Comedor popular	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°02 Instrumentos.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN ADULTOS ENTRE 25 A 35 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO "TORRES DE MELGAR" DEL DISTRITO DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO DURANTE EL PERÍODO JUNIO A OCTUBRE DEL 2016

DATOS GENERALES

1. Edad: ...
2. Sexo: (F) (M)
3. ¿Tiene hijos? Si ()* No ()
*¿Cuántos hijos tiene? (1) (2) (3) (4 o más)
4. Grado de instrucción:
Ninguno () Primaria () Secundaria completa ()
Secundaria incompleta () Superior ()

NECESIDADES NUTRICIONALES BÁSICAS

1. ¿Cuántas veces come al día?
1 al día () 2 al día () 3 al día () 4º más al día ()
2. ¿Reciben ayuda alimentaria?
Vaso de Leche () Comedor Popular () Otros ()

EMPLEO

1. ¿Cuál es el ingreso de la familia mensualmente?
Menos de S/. 650 () Entre S/.650 y S/.1000 () Más de S/.1000 ()

SALUD

Peso: Talla: IMC:
IMC <18.5 () 18.5-24.9 () 25-29.9 () >30 ()

1. ¿Camina, corre o realiza algún tipo de actividad física por lo menos 30 minutos diario?
Sí () No ()

ANEXO N°03 Validez de instrumentos – consulta de expertos.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DEL AA. HH "TORRES DE MELGAR" DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

N.º	VARIABLES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DESNUTRICIÓN	/		/		/		
2	SEXO	/		/		/		
3	INGRESO FAMILIAR	/		/		/		
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	/		/		/		
5	HIJOS	/		/		/		
6	COMIDAS	/		/		/		
7	ACTIVIDAD FÍSICA	/		/		/		
8	AYUDA ALIMENTARIA	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable


Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Rivera Ulloa, Eberth
 DNI: 4.041.5035

Especialidad del validador: Medicina Interna

18 de Enero del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

Firma del Experto Informante.

 CIP: 355660 - O (+)
 EBERTH J. RIVERA ULLOA
 MAYOR MED. PNP.
 MEDICO ASISTENTE
 Dpto. Medicina Interna del HNLNS PNP.
 C.M.P.: 51101 RNE: 30038

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DEL AA. HH "TORRES DE MELGAR" DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

N°	VARIABLES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DESNUTRICIÓN	X		X		X		
2	SEXO	X		X		X		
3	INGRESO FAMILIAR	X		X		X		
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	X		X		X		
5	HIJOS	X		X		X		
6	COMIDAS	X		X		X		
7	ACTIVIDAD FÍSICA	X		X		X		
8	AYUDA ALIMENTARIA	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Ninguna

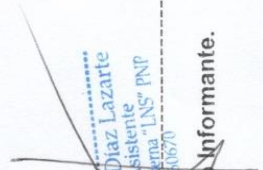
Opinión de aplicabilidad: Aplicable [V] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Walter Coronado Diaz Lazarte
 DNI: 4.367.266-0

Especialidad del validador: Medicina Familiar

18 de Enero de 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo


 W. Giancarlo Diaz Lazarte
 Médico Asistente
 Medicina Interna "LMS" PNP
 Dpto. Medicina CAP 40670
 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DEL AA. HH "TORRES DE MELGAR" DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

N.º	VARIABLES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DESNUTRICIÓN	X		X		X		
2	SEXO	X		X		X		
3	INGRESO FAMILIAR	X		X		X		
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	X		X		X		
5	HIJOS	X		X		X		
6	COMIDAS	X		X		X		
7	ACTIVIDAD FÍSICA	X		X		X		
8	AYUDA ALIMENTARIA	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg: Jose Romero Sanchez
 DNI: 40651397

Especialidad del validador: Medicina Interna

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

18 de Enero del 2018



Firma del Experto Informante.

O-35508-D(+)
JOSE C. ROMERO SANCHEZ
 MAYOR MED. PNP
 JEFE SERVICIO MEDICINA MUJERES
 CIMP: 46204 HNP/INP/ENS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DEL AA. HH "TORRES DE MELGAR" DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

N°	VARIABLES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DESNUTRICIÓN	/		/		/		
2	SEXO	/		/		/		
3	INGRESO FAMILIAR	/		/		/		
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	/		/		/		
5	HIJOS	/		/		/		
6	COMIDAS	/		/		/		
7	ACTIVIDAD FÍSICA	/		/		/		
8	AYUDA ALIMENTARIA	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: *Gaitana Vilchez* *Rosa*
 DNI: *09307461*

Especialidad del validador: *Gineco-Obstetra*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

[Firma]
 Dra. Rosa Bertha Guitara Vilchez
 Médico Gineco - Obstetra
 C.M.P. 23786 - R.N.E. 11437

18 de Enero del 2018

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión
 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DEL AA. HH "TORRES DE MELGAR" DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

N°	VARIABLES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DESNUTRICIÓN	x		x		x		
2	SEXO	x		x		x		
3	INGRESO FAMILIAR	x		x		x		
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	x		x		x		
5	HIJOS	x		x		x		
6	COMIDAS	x		x		x		
7	ACTIVIDAD FÍSICA	x		x		x		
8	AYUDA ALIMENTARIA	x		x		x		


Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay Suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aguino Dolores Sara
 DNI: 07498001

Especialidad del validador: Estadístico

18 de Enero del 2018


Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO
 COESPE-023

Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

ANEXO N°04 Confiabilidad de instrumentos – prueba piloto.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DE 25 A 35 AÑOS DE EDAD DEL AA. HH TORRES DE MELGAR DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016.

El cuestionario fue aplicado a veinte participantes de los cuales incluyeron a aquellos adultos que se encontraron en el rango de edad de 25 a 35 años en el área de admisión del Hospital Nacional Hipólito Unánue. El cuestionario en mención consta de ocho ítems, se analizaron los datos en software estadístico SPSS – 24, los resultados se muestran a continuación:

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,824	,917	10

Cuando se analizaron los datos, el resultado a nivel global de alfa de cronbach, cuyo valor es 0,82 indica que el instrumento tiene una confiabilidad alta, por lo tanto se puede aplicar.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
imc	12,100	24,411	,644	,792	,891
sexo	31,875	45,757	,630	,930	,811
GI	31,525	43,494	,699	,709	,801
n°hijos	32,575	42,678	,619	,837	,801
ING SAL	31,625	39,467	,793	,843	,782
COM DIA	30,825	43,572	,708	,687	,801
AYU ALIM	32,875	42,999	,520	,688	,808
ACT FIS	32,975	43,394	,522	,541	,808
EST_NUT	31,725	43,999	,821	,899	,800

En la tabla correspondiente a los valores de alfa de cronbach de cada uno de los ítems, los valores encontrados son superiores a 0,8 en su mayoría, en el ítem 5 correspondiente a la pregunta sobre ingreso salarial alcanzó 0,782.

Con los valores que se observa en la tabla se puede asegurar que el cuestionario tiene alta fiabilidad interna en todos sus ítems, por lo cual se considera un instrumento confiable.

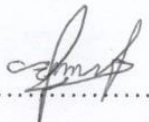
ANEXO N°05 Autorización del líder comunal del AA.HH Torres de Melgar.

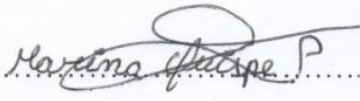
Villa María del Triunfo – Lima, Setiembre del 2016

Asunto: Autorización de estudio de investigación

Nosotros los suscritos, DIONISIO PUENTE FALCON identificado con el DNI N° 10092086 y MARINA QUISPE PINARES identificada con el DNI N° 70030625 por medio de la presente autorizamos a la estudiante AIXA MONICA MARIA HUAMAN TRILLO, identificada con el DNI N° 70102938, para llevar a cabo su investigación sobre "Prevalencia de desnutrición en adultos de 25 a 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar" del distrito de Villa María del Triunfo del cual somos líderes comunales.

Atentamente,


.....
DNI 10092086


.....
DNI 08993874

ANEXO N°06 Matriz de consistencia.

ALUMNO: HUAMÁN TRILLO, Aixa Monica Maria

ASESOR: Dra. Rosa Bertha GUTARRA VILCHEZ

LOCAL: San Borja

TEMA: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS DE 25 A 35 AÑOS DE EDAD DEL AA. HH TORRES DE MELGAR DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, JUNIO-OCTUBRE DEL 2016

99

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante los meses de junio a octubre del 2016?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el sexo de los pobladores del asentamiento humano estudiado?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el nivel de</p>	<p>General: OG: Determinar la prevalencia de desnutrición en adultos entre 25 a 35 años del asentamiento humano Torres de Melgar del distrito de Villa María del Triunfo durante los meses de junio a octubre del 2016.</p> <p>Específicos: OE 1: Conocer la prevalencia de desnutrición según el sexo de la población estudiada</p> <p>OE 2: Identificar la prevalencia de desnutrición según el nivel de instrucción académico de los pobladores del Asentamiento</p>	<p>General: HG: Por ser un estudio descriptivo, no cuenta con hipótesis.</p> <p>Específicas: HE1: Por ser un estudio descriptivo, no cuenta con hipótesis.</p>	<p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición Indicadores: IMC <18.5 • Sexo Indicadores: Femenino Masculino • Ingreso salarial Indicadores: canasta familiar (MT): <650soles, 650-1000soles, >1000soles

<p>instrucción académico de los pobladores del Asentamiento Humano Torres de Melgar?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio en la población estudiada?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos en la población estudiada?</p> <p>PE 5: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población estudiada?</p> <p>PE 6: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física los pobladores del Asentamiento Humano Torres de Melgar?</p> <p>PE 7: ¿Cuál es la prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria los pobladores del asentamiento humano estudiado?</p>	<p>Humano Torres de Melgar.</p> <p>OE 3: Conocer la prevalencia de desnutrición según ingreso salarial promedio en la población estudiada.</p> <p>OE 4: Conocer la prevalencia de desnutrición según el número promedio de hijos en la población estudiada</p> <p>OE 5: Identificar la prevalencia de desnutrición según el número de comidas que se consumen al día en la población estudiada</p> <p>OE 6: Identificar la prevalencia de desnutrición en relación a si realizan actividad física los pobladores del Asentamiento Humano Torres de Melgar.</p> <p>OE 7: Conocer la prevalencia de desnutrición dependiendo si reciben ayuda alimentaria los pobladores del asentamiento humano estudiado</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción Indicadores: Sistema nacional: <ul style="list-style-type: none"> Primaria incompleta/completa Secundaria completa/completa Superior • Número de hijos <ul style="list-style-type: none"> No hijos 1 hijo 2 hijos >3 hijos • Comidas al día <ul style="list-style-type: none"> 1 al día 2 al día 3 al día >4 al día • Actividad física <ul style="list-style-type: none"> No realiza Sí realiza • Ayuda alimentaria <ul style="list-style-type: none"> No recibe Vaso de leche Comedor popular
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- Nivel: Clínico</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional</p>	<p>Población: 714 adultos entre 25 y 35 años de edad del asentamiento humano Torres de Melgar de Villa María del Triunfo</p> <p>N = 714</p>	<p>Técnica: La entrevista personal y la medición antropométrica, teniendo como instrumento de recolección de datos una ficha preparada para el</p>	

<p>- Alcance: Descriptivo</p> <p>- Diseño: Transversal y prospectivo</p>	<p>Muestra: Estuvo constituida por 66 pobladores que ingresaron al estudio mediante un muestreo probabilístico simple luego del cálculo muestral, la cual fue calculada utilizando la fórmula de población finita</p> <p>n: 66 calculado para</p> <ul style="list-style-type: none"> • p : 0.05 • q : 0.95 <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener de 25 a 35 años de edad • Vivir en el AAHH Torres de Melgar 	<p>estudio que fue previamente validada por 3 especialistas, la asesora de la investigación y la estadista.</p> <p>Antes de realizar la recolección de datos, se presentó una solicitud al presidente de la directiva del asentamiento humano Torres de Melgar solicitando permiso para realizar el estudio en el mencionado asentamiento</p> <p>Para las mediciones antropométricas se utilizó una balanza de piso calibrada para calcular el peso y un tallímetro para medir la talla. Previo a la toma de medidas se pidió al entrevistado que se retire los zapatos.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos Balanza Tallímetro</p>
--	---	--