

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL DE SALUD DE LA
MICRORED VIRGEN DEL CARMEN, BAMBAMARCA – 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: VÁSQUEZ VÁSQUEZ, NELLY JACKELINE

CHOTA – PERÚ

2017

**RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL DE SALUD DE LA
MICRORED VIRGEN DEL CARMEN, BAMBAMARCA – 2014**

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que contribuyeron en el logro de mis sueños, porque sus consejos me ayudaron mucho para continuar y alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme con obtener la profesión más humana y llegar hasta donde he llegado en mi vida personal y profesional

RESUMEN

El estudio tenía como objetivo establecer la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la micro red virgen del Carmen, Bambamarca – 2014. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de diseño correlacional, cuya muestra fue 53 personales de salud. Entre sus conclusiones están

El mayor porcentaje de personal de salud tiene 25 a 35 años, seguida por personal de salud de 36 a 46 años. Asimismo predomina el género femenino, según el tipo de profesión el 34%(18) son Lic. En enfermería, el 39%(21) técnicos de enfermería el 18%(10) médicos y un 9%(5) eran Lic. En obstetricia.

Predomina entre el personal de salud hábitos alimentarios adecuados pero también existe un mínimo pero importante porcentaje de ellos que no tienen hábitos alimentarios adecuados.

Un mayor porcentaje en los técnicos de enfermería del 17%(9) tienen sobrepeso y obesidad En las Lic. Enfermería el 22%(12) tienen estado nutricional normal y el 11%(6) tienen sobrepeso. Asimismo en los médicos el 7%(4) tiene sobrepeso y también en el 4%(2) obstetricas Existe relación entre las variables hábitos alimentarios con el estado nutricional ya que según el IMC el 64% (34 profesionales de salud) tienen hábitos alimentarios saludables y no tienen sobrepeso y obesidad. Asimismo el 36%(19) no tienen hábitos saludables y según el IMC se encuentran en sobrepeso y obesidad.

Palabras calves. Hábitos saludables y sobrepeso

ABSTRACT

The aim of the study was to establish the relationship between dietary habits and nutritional status of health personnel of the Carmen virgin micro net, Bambamarca - 2014. It was a non-experimental study of descriptive level and correlational design, whose sample was 53 health personnel. Among its conclusions are

The highest percentage of health personnel is between 25 and 35 years old, followed by health workers aged 36-46 years. In addition, the female gender is predominant, according to the type of profession, 34% (18) are Lic. In nursing, 39% (21) nursing technicians 18% (10) doctors and 9% obstetrics.

There is a predominance of adequate eating habits among health personnel, but there is also a minimal but significant percentage of them that do not have adequate eating habits.

A higher percentage in nursing technicians of 17% (9) are overweight and obese In Nursing, 22% (12) have normal nutritional status and 11% (6) are overweight. In addition, 7% (4) of the physicians are overweight and 4% (2) obstetricians. There is a relationship between the variables eating habits and nutritional status, since according to BMI 64% (34 health professionals) have eating habits healthy and are not overweight and obese. Also 36% (19) do not have healthy habits and according to BMI are found in overweight and obesity.

Calves words. Healthy and overweight habits

INDICE

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	23
2.4. Hipótesis	24
2.5. Variables	24
2.5.1. Definición conceptual de la variable	24
2.5.2. Definición operacional de la variable	25
2.5.3. Operacionalización de la variable	25

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	26
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	26
3.3. Población y muestra	27
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	27
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	28
CAPÍTULO V: DISCUSION	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Una buena nutrición y una dieta balanceada ayudan a que los niños crezcan saludables. No importa si el niño es pequeño o un adolescente, se puede tomar las medidas necesarias para mejorar su nutrición y formar buenos hábitos alimenticios. Existen estrategias y éstas son: El de establecer un horario regular para las comidas en familia, servir una variedad de alimentos y refrigerios saludables, darle un buen ejemplo siguiendo una dieta nutritiva, evitar las peleas por la comida e involucrar a los niños en el proceso.

A partir de una nutrición sana, equilibrada y completa para niños se puede lograr un mejor desarrollo tanto físico como intelectual.

Asimismo representa una preocupación el crecimiento de las tasas de obesidad, la misma OMS explica que en el Perú el sobrepeso y la obesidad afecta a uno de dos adultos, cifras señaladas en el informe de la Organización Panamericana de la Salud.

La importancia de la alimentación saludable se basa en que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible. En personas de todas las edades, una mejor alimentación refuerza el sistema inmunológico, fortaleciendo la salud, aumentando la productividad y la capacidad de romper el ciclo de la pobreza.

Este proyecto se estructura de la siguiente manera: El capítulo I presenta el problema, incluye: planteamiento, formulación, justificación, objetivos generales y específicos del problema, El capítulo II: marco teórico: Antecedentes del estudio y bases conceptuales, y definición operacional de términos. El capítulo III Metodología: Nivel, Tipo o Método de Investigación; descripción del área de estudio; población y Muestra; técnica e Instrumento de recolección de datos; validez y confiabilidad de los Instrumentos; procedimientos, análisis de datos y consideraciones éticas, El capítulos IV: Resultados

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la década pasada los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, ha traído consigo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Así también es importante contabilizar las repercusiones negativas en la forma de hábitos alimenticios, el sedentarismo, la disminución de la actividad física y el mayor consumo de alcohol y tabaco, los cuales conlleva al incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, las mismas que han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida¹

Si afirmamos que una adecuada alimentación es fundamental en la infancia entonces es necesario reconocer que en la etapa adulta se mantengan hábitos alimenticios adecuados para garantizar una vida saludable y más aún si se está ejerciendo de alguna manera el cuidado del otro ya que se observa muchos profesionales de salud que no cuidan su alimentación en elección y cantidad. Es una realidad que muchas veces sorprende porque incluso los mismos pacientes frente a la recomendación que reciben de los profesionales de la salud entorno al control de su peso manifiestan me

dicen que coma sano y baje de peso y el médico y/o enfermera que lo dijo esta con más sobrepeso que yo, por ello es esencial tener en cuenta la importancia de que el mismo personal de salud cuide sus hábitos alimenticios porque el autocuidado es la base de asegurar una mejor calidad de vida y ser en mejor modelo para nuestros pacientes y poder con base educar sobre la adecuada alimentación.

La industrialización en el mundo entero ha modificado notoriamente el estado y forma de alimentación en la población, repercutiendo en el estado nutricional y de salud del individuo. Cifras demuestran que la mitad de las 20 causas principales de muerte en el mundo entero son enfermedades infecciosas o de carácter materno, neonatal y nutricional, mientras que la otra mitad corresponde a enfermedades no transmisibles, sin embargo, en el último decenio casi todos los países del mundo han sufrido un gran desplazamiento de las muertes prematuras por enfermedades infecciosas hacia las debidas enfermedades no transmisibles y que estas son causadas por los hábitos alimentarios de la población ^[2]

Por tal razón llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir el sobrepeso y la obesidad y por consiguiente las distintas enfermedades no transmisibles y sus afecciones. Sin embargo, el proceso de Globalización que impone un nuevo modelo de alimentación mediante las multinacionales que promocionan la comida rápida, el mal uso de los alimentos disponibles y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo de la población están generando una serie de hábitos alimentarios inadecuados que se están convirtiendo en tradiciones^[2].

Los hábitos alimentarios adecuados proporcionan beneficios en la salud de la persona a largo plazo, como la reducción del riesgo de presentar sobrepeso y obesidad y de sufrir enfermedades no transmisibles. Por lo que en la actualidad la ingesta calórica debe estar en concordancia con el gasto calórico; datos científicos indican que las grasas no deberían superar el 30% de la ingesta calórica total para evitar un aumento de peso, lo que implica dejar de consumir grasas saturadas para consumir grasas no saturadas y eliminar gradualmente las grasas industriales de tipo trans ^[3].

El estado de salud del ser humano depende en gran parte de la forma de alimentarse, la calidad de vida y longevidad a futuro que se ve influenciado por los hábitos alimentarios de la persona. En tal sentido los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir el consumo de sal entre la población mundial en un 30%, limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10%, la ingesta de calóricas excesivas; y de esta forma detener el aumento del sobrepeso y obesidad en la etapa adultos y así disminuir la incidencia de las enfermedades no transmisibles para el año 2025 ^[4].

En la actualidad se aprecia que la población consume más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sodio; dejando de lado el consumo suficiente de frutas, verduras y fibra dietética generando alteraciones en el estado nutricional. Estas acciones que se vienen tomando por parte de la población en todas las regiones del mundo respecto a los hábitos alimentarios, han hecho que expertos estimen que para el 2020 el 75% de las muertes a nivel mundial van hacer las no contagiosas es decir el sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, cáncer, entre otras ^[5].

En América Latina, el Perú es uno de los países clasificados con medianos ingresos que ha sufrido diferentes cambios, por lo que a la luz de los indicadores encontrados se encuentra en la etapa de transición nutricional entre el estadio de remisión de la hambruna hacia el estadio de enfermedades crónicas y degenerativas; donde el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas del sistema circulatorio en el período de estas últimas décadas fueron responsables del 16,3% de muertes^[6]; todo esto a consecuencia de las prácticas de los hábitos alimentarios.

El 24% de muertes en el Perú es a causa de las afecciones transmisibles, maternas, perinatales y carencias nutricionales, y el 18% debido a las consecuencias del sobrepeso, obesidad y perímetro abdominal que repercutieron en hiperglucemia en la que el factor de riesgo es el sobrepeso (56%) y obesidad (20%) para ambos géneros, hipertensión arterial, cáncer, entre otros ^[7].

En el Perú, el Instituto de Nutrición del MINSA realizó, entre 1973-1981, una extensa investigación a lo largo del territorio recogiendo y analizando información sobre la alimentación y el estado de nutrición de la población en las diferentes regiones del país. Se escogieron cinco poblaciones suburbanas cercanas a Lima Metropolitana, la sierra central y la costa norte. Entre las conclusiones las más resaltantes fueron que el régimen dietético era desbalanceado debido al predominio de los carbohidratos en la cobertura de las calorías totales dada por la alimentación. Las tres cuartas partes o más consumían menos del 75% de los estándares recomendados de calcio; la tercera parte o más ingerían un porcentaje similar al anterior; y la cuarta parte o más recibían menos de lo recomendado en proteínas, calorías, vitamina C y riboflavina. ⁽⁷⁾

Datos que demuestran hoy en día el Perú es un país en plena fase de transición demográfica, debido que la población según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) para el año 2016 es de 31 488 625, de los cuales más de la mitad se encuentra en las edades de 20 a 59 años (16 814 760) [8]; lo que demuestra el envejecimiento poblacional, este es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que significa que debemos estar preparados para el aumento de los índices de enfermedades no trasmisibles que se da en mayor parte por el estado nutricional de la persona, aumento de problemas de salud, y que estos se asocian a estilos de vida y hábitos de alimentación.

En tal sentido el MINSA (Ministerio de Salud) presenta campañas en la educación tanto de la salud como de la alimentación, la responsabilidad social que son factores muy importantes en cualquier ser humano de distinta edad. En la alimentación presenta programas como: Los sanitos: “Vive bien, come sano” [9].

Se puede entender que la solución al déficit alimentario que se observa en el país no comprende solamente el subsidio de productos alimenticios, sino los hábitos y costumbres en la población para tener una dieta alimentaria que sea balanceada y que vaya en beneficio de la salud del individuo, familia y las generaciones futuras.

A nivel, regional y local no existen datos que demuestren como es los hábitos alimentarios en la población y mucho menos en el personal de salud, tan solo se observa que los profesionales de la salud con frecuencia consumen snack, gaseosas, papas live, jugos embotellados, etc. por ello que se ha considerado relevante y pertinente ejecutar el estudio de investigación: “hábitos alimentarios asociados al estado nutricional en el personal de salud de la micro red Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014”.

Frente a las situaciones planteadas se tiene las siguientes interrogantes

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es los relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014?

1.3.2. Problemas secundarios

¿Cuáles son las características socio demográficos del personal de salud de la micro red Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014?

¿Cómo son los hábitos alimentarios del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014?

¿Cuál es el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características socio demográficas del personal de salud de la micro red Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

- Reconocer los hábitos alimentarios del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

- Identificar el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional de las personas está asociado en su mayoría a los hábitos alimentarios y estilos de vida de las personas. Sin embargo, es poco conocida los hábitos alimentarios del personal de salud que pueden tener repercusión en el estado nutricional.

Los hábitos alimentarios es un primer plano como determinante importante del sobrepeso y obesidad que posteriormente generan enfermedades no transmisibles; por lo que al determinar que hábitos alimentarios se asocian al estado nutricional, permitirá prevenir y evitar las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles causadas en gran parte por la práctica de hábitos alimentarios poco saludables, que afectan de manera negativa el estado de salud. Es de especial interés conocer cuál es la situación actual de los hábitos alimentarios en el personal de salud, para realizar actividades dirigidas a promover recomendaciones básicas que ayuden a llevar una dieta sana, variada y equilibrada, lo que favorecerá en

un futuro la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

En tal contexto este estudio pretende, no sólo determinar los hábitos alimentarios de la población e estudio, sino además facilitar información útil y clara para promover hábitos alimentarios saludables, en el individuo y el seno familiar con el fin de mejorar la calidad de vida del personal de salud no solo del sector publico sino también de lo privado y de toda la población en etapa adulta del país.

1.4.1.- Importancia

La importancia de esta investigación radicará en determinar y analizar los hábitos alimentarios asociados al estado nutricional del personal de salud de la micro red Virgen del Carmen del distrito de Bambamarca, de esta forma poder desarrollar medidas de prevención oportunas que ayuden a disminuir su incidencia, así mismo este estudio servirá de base para la formulación de nuevas hipótesis, que permitan aclarar los múltiples hábitos alimentarios presentes en la aparición y aumento de este problema que se ha convertido en un problema de salud pública.

Por otro lado, este estudio es importante para que la micro red Virgen del Carmen, instituciones públicas y privadas reorienten y enfatizen políticas de prevención dirigidas al consumo de alimentos saludables en el personal de salud y porque no decirlo en la población general con el fin de prevenir las consecuencias de un mal estado nutricional. Así mismo es importante para los estudiantes de Ciencias de la Salud, porque motivará a realizar investigaciones en este grupo, planteando nuevas alternativas para el cuidado profesional. Los profesionales del Sector Salud podrán elaborar y reorientar el programa dirigido a los adultos.

1.4.2.- Viabilidad

Este estudio es viable debido que existe el interés y disponibilidad de tiempo por parte de la investigadora en todo el proceso de la investigación; además porque se cuenta con las herramientas, materiales y grupo de estudio necesarios para poder ejecutarle el trabajo de investigación.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones durante el desarrollo del trabajo de investigación están enmarcadas a la elección del tema así mismo está limitada a deficiencias de manejo de computo, desconocimiento de la metodología de investigación. Esto se suplirá a través del apoyo de especialistas, que otorgaran generosamente su tiempo para concretizar la añorada investigación académica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacional

Vásquez-Garibay Edgar M., Romero-Velarde, Enrique “Esquemas alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida”, México; 2010; Enfatizó las siguientes conclusiones: Cuando uno piensa en alimentos saludables, la primera pregunta que surge es ¿Cómo deben ser? La premisa fundamental es que formen parte de una dieta que sea *adecuada*. Esto es que sea de *calidad* nutricia inobjetable; que tenga la *cantidad suficiente* para cubrir los requerimientos nutrimentales de los diferentes grupos etarios; que sea *variada* e incluya diariamente los grupos básicos de alimentos; que sea *equilibrada*, con una proporción óptima en la distribución de energía obtenida de los tres macro nutrimentos hidratos de carbono (55-60%), grasas (<30% y no más de 10% saturadas) y proteínas (10-15%), de alto valor biológico; que sea *inocua*. Esto significa que no contenga un solo ingrediente que sea nocivo para la salud de la persona; que sea *bacteriológicamente pura*, o sea, que la eventual presencia de gérmenes entero patógenos sea nula o mínima, e incapaz de causar una enfermedad. Sin embargo, en el niño, por sus características diferenciadas de crecimiento y desarrollo, los

esquemas de dietas saludables dependen del grupo etario al que se dirijan. Por ejemplo, es importante diferenciar los esquemas de alimentación del lactante, del preescolar y escolar y del adolescente. Cada grupo etario tiene sus particularidades específicas que deben ser tomadas en cuenta.¹¹

González MS, et al. España realizaron una investigación sobre “Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria -2011) El objetivo fue identificar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población entre 18 – 44 años atendida en un centro de salud (CS) y estudiar los factores asociados; estudio transversal; la muestra estuvo conformada por 201 personas. Los resultados encontrados fue que la edad media de los participantes fue de 32,81 años; el 63,68% eran mujeres; alrededor del 60% de los participantes refería un consumo deficitario de lácteos, frutas, cárnicos y farináceos y el 80% de verduras; el 58% lo refería excesivo de lípidos; el 44,4% de inmigrantes era obeso respecto al 20,3% de autóctonos ($P = 0,001$); la proporción de personas con “cintura de riesgo” era superior entre los inmigrantes respecto a los autóctonos (19,0% vs 6,8%; $P = 0,017$).¹²

Alba D y Mantilla S. Ecuador realizaron una investigación “Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013, cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional, los hábitos alimentarios y de actividad física de los adultos mayores del Servicio Pasivo de la Policía Nacional de la ciudad de Ibarra, estudio descriptivo de corte transversal, 90 adultos mayores. Los resultados fueron el 53,3% de género masculino, el 71,1% de estado civil casado; con respecto al estado nutricional el 50% se encontró en normal, seguido de 36,7 con obesidad; con respecto a la circunferencia de cintura 45,6% se encontró en normal, el 34,4% en

riesgo y 20,0% en riesgo muy aumentado; con respecto a los hábitos alimentarios la mayoría (54,4%) comen al día 3 comidas; respecto a la frecuencia de consumo de alimentos de origen animal durante la semana el 91,1% fue de carnes y que estos es cocido (68,9%), seguido de lácteos con un 88,9% y la frecuencia es de 1 a 2 veces por semana (42,2%); con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos de origen vegetal durante la semana el 98,9% si consume frutas y verduras pero este consumo es cocido en 68,9%; con respecto a la frecuencia de consumo de azúcar, grasa, sal y agua durante una semana el 97,8% refirieron que si consumen azúcar y que este es diario de 71,1%, el 100% respondieron que si consumen grasa y el 58,9% lo realizan diario.¹⁶

Cuenca CM. Ecuador realizó una investigación sobre “Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional en familias que reciben atención médica en el S.C.S “San simón. Cantón Guaranda – 2011”; cuyo objetivo fue relacionar los hábitos alimentarios y el estado nutricional en familias participantes del programa INTI que reciben atención médica en el S.C.S “San Simón”, catón Guaranda 2011; tuvo un diseño no experimental, tipo transversal para; la muestra de 161 participantes; se aplicó una encuesta de recordatorio de 24 horas por tres días aleatorios de lo cual se estableció un menú patrón. Los resultados fue el 57,8% de género femenino; con respecto a la evaluación Nutricional el 58,8% el IMC normalidad, sobrepeso 33,8% y obesidad 7,4%; la calidad de la dieta diaria según patrón de consumo mediana calidad 57,1%, dieta de baja calidad 29,2%, dieta de alta calidad 13,7%; Estado de salud; al realizarse la relación de estado nutricional y el consumo de la dieta diaria se observó que al consumir una dieta de baja calidad presentan problemas nutricionales por déficit.¹⁷

Ramírez HL. Colombia realizó un estudio sobre “Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y percepción de seguridad alimentaria de la población vinculada al programa vidas-móviles localidad ciudad bolívar”-2011 Cuyo objetivo fue identificar la percepción de seguridad alimentaria, los hábitos alimentarios y el estado nutricional en una muestra representativa de la población participante. Los resultados obtenidos fue que el 45% tiene un estado nutricional normo peso y 35% con sobrepeso; con respecto al lugar donde almuerza el 60% lo realiza en casa; los alimentos que predominan es las harinas; aproximadamente el 50% de la población identifica los tipos de alimentos que deben consumir para lograr una alimentación saludable y la gran mayoría se interesa por participar en programas educativos en nutrición.¹⁸

Paccor AC. España, realizó una investigación sobre “Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición -2012”, cuyo objetivo fue evaluar hábitos alimentarios y estado nutricional en estudiantes de nutrición, con una muestra de 113 estudiantes. Los resultados encontrados fueron que el 77% tuvieron un peso normal, el 15% sobrepeso grado I, el 5% bajo peso o delgadez, el 3% sobrepeso u obesidad; con respecto a los hábitos alimentarios la mayoría realiza todas las comidas diarias recomendadas como desayuno (87,5%), almuerzo (100%), merienda (85%) y cena (95%); la forma como elaboran sus alimentos el 87,7% es al horno, hervidos (60%) y a la plancha (55%); en cuanto a los lácteos, la mayor parte consume leche parcialmente descremada (87%) con una frecuencia semanal alta de 7 días (50%) y de 5 días (26%); Con respecto al consumo de carnes la mayor parte consumen en forma variada alternando carnes rojas y blancas, la mayoría de los alumnos consume carnes rojas (95%) con una frecuencia semanal de 3 días, de aves (92%) con una frecuencia semanal de 2 días y de pescado (70%) con una

frecuencia semanal de 2 días. Se concluye que en parte los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional.¹⁹

Gómez BF, Andía MV, Ruiz de AL, Rica P y Mogollón E. España realizaron un estudio sobre “Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil socio sanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz -2014”, cuyo objetivo fue conocer el estado nutricional, los hábitos alimentarios y las principales características socio sanitarias de los usuarios de este servicio en el municipio de Vitoria – Gasteiz; estudio descriptivo y transversal. Los resultados encontrados fueron el 56,25% correspondía al género femenino, la prevalencia del estado nutricional fue desnutrición y riesgo de desnutrición era de 11% y 39% respectivamente; en cuanto a los hábitos alimentarios: la comida servida garantizaba un aporte mínimo de legumbres, pasta, arroz o patatas (1-2 veces/semana), de pescado (1-2 veces/semana) y de carne (3-4 veces/semana); la frecuencia de consumo de verduras, pescado, arroz, huevos y carne era inferior al recomendado en más del 70% del colectivo.²⁰

Ramos CD. México, realizó un estudio sobre “Hábitos alimentarios y estado nutricional en hijos de padres diabéticos 2014”, cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de hijos de padres diabéticos, el diseño de estudio fue descriptiva prospectiva. Los resultados encontrados fueron que el 39% pertenecían al género de hombres y el 61% mujeres; con respecto al estado nutricional el 39 % tenían sobrepeso y 26% obesidad; con respecto a los hábitos alimentarios el 78% tuvieron deficientes hábitos de alimentación, 19% suficientes y 3% saludables. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres siendo mejores las conductas alimentarias de las mujeres, así mismo los hábitos alimentarios influyen estadísticamente significativo en el estado nutricional.¹⁵

2.1.2.- Antecedentes Nacionales

Palomares Estrada Lita . Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud -2014. En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que a curarla de una enfermedad. Cualquier profesional de la salud debe y puede intervenir, intentando aumentar la concientización de la persona hacia estilos de vida saludables y motivándola para el cambio. Pero qué sucede cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados, y es frecuente encontrar profesionales de la salud fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos

de vida saludables que ellos mismos no ponen en práctica. Objetivos: Analizar si existe una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del MINSA, Lima - 2014. Diseño: Estudio observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo. Resultados: Los resultados de este estudio corresponden a 106 profesionales de la salud evaluados en un hospital del MINSA en el periodo de agosto y octubre del 2014, de los cuales 79 son mujeres y 27 son varones, y la edad promedio es de 45.5 años. Según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de 4 Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y grasa visceral ($p= 0.000$; $r (\rho)= -0.0773$); ($p= 0.000$; $r (\rho)= -0.582$); ($p= 0.000$; $r (\rho)= -0.352$) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ($p= 0.000$; $r (\rho)= -0.671$); ($p= 0.000$; $r (\rho)= -0.458$);

($p= 0.002$; r (rho)= -0.3) respectivamente. La aplicación del instrumento EVS permitió diagnosticar que el 72.6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24.5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2.8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70.7 % está entre “Alto Riesgo Cardiometabólico” y “Muy Alto Riesgo Cardiometabólico”. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel “Alto”. La grasa corporal en los niveles “Alto” y “Muy Alto” suman 88.7%. Conclusiones: Existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA ¹⁶

Sánchez RF y De La Cruz Mendoza F. Perú (2011) [18], realizaron una investigación sobre “Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011”, cuyo objetivo fue determinar la asociación de los hábitos alimentarios, estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos; estudio descriptivo de asociación cruzada; la muestra fue seleccionada por conveniencia, integrada por 115 personas. Los resultados encontrados fueron el 42,6% presentó sobrepeso 19,1% obesidad; con respecto a los hábitos alimentarios el 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto a carnes (65,2%), lácteos (78,3%), menestras (87,8%), frutas y verduras (64,3%). Se observó una asociación significativa ($p<0,05$) con el nivel socioeconómico para el consumo de carnes ($p=0,003$), cereales y tubérculos ($p=0,038$) y de frutas y verduras ($p=0,001$); con respecto a la significancia de hábitos alimentarios y estado nutricional no tuvo una significancia estadística.¹⁷

Hidalgo CM. Perú realizó un estudio sobre “Asociación del estado nutricional con los estilos de vida del profesional de salud de una empresa de salud 2014”; cuyo objetivo fue Evaluar la asociación del estado nutricional con los estilos de vida de los profesionales de la salud de una Empresa de Salud; estudio observacional, descriptivo de corte transversal; la muestra fue de 288 trabajadores. Los resultados encontrados fueron que el 70,8% perteneció al género femenino; con respecto al estado nutricional el 20,8% son normopeso en el género masculino y el 79,2% son femeninos, con sobrepeso el 32% son masculinos y el 68% femenino y los obesos el 43,5% masculinos y 56,5% femeninos; con respecto a la asociación de estado nutricional y consumo de alimentos se encontró que los que tomas agua y diagnóstico nutricional normopeso, son el 88,3%, sobrepeso el 84.4% y obesidad el 93,48%, los que consumen fibra y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 8,3%, sobrepeso el 10,7% y obesidad el 17,39%, los que consumen leche y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 26,7%, sobrepeso el 25,4% y obesidad el 23,91%, los que consumen frituras y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 92,5%, sobrepeso el 92,6% y obesidad el 89,13%, los que consumen embutidos y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 67,5%, sobrepeso el 72,1% y obesidad el 63,04%. Con respecto a la significancia del estado nutricional y consumo de alimentos no se encontró asociación, pero si hubo significancia de $p < 0,05$ con la edad y género. ¹⁸

Márquez MR, Beato VP y Tormo GM. España (2015) [14], realizaron un estudio sobre “Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida”, cuyo objetivo fue estudiar hábitos y estilo de vida de los sujetos del estudio, evaluar la ingesta calórica y de macro nutrientes, estudiar las características antropométricas y analizar las relaciones entre los diferentes parámetros estudiados. Los resultados mostraron que el

75,7% fue del género femenino; el 64,9% de los sujetos del estudio presentaban normo peso, el 24,3% sobrepeso y el 10,8% obesidad; con respecto a los hábitos alimentarios el 5,5 % de los sujetos realizaron las 5 comidas diarias los siete días de la semana, el 69,4% realizaron entre 4 y 5 comidas diarias y el 25% realizaron entre 3 y 4 comidas diarias. La conclusión fue que la mayor parte de los sujetos estudiados presenta hábitos de vida y alimentación saludables; la ingesta de proteínas, lípidos y colesterol está ligeramente elevada mientras que la ingesta de hidratos de carbono esta disminuida con respecto a los valores recomendados.¹⁹

2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

2.2.1. Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios son acciones o actitudes que es aprendido en el seno familiar, pero se encuentran influenciados por varios factores. Generalmente (los hábitos) se sostienen sobre pautas colectivas, incorporadas en el individuo como costumbres. No es suficiente que un producto sea comestible para que acabe siendo comida por el hombre: esto ocurrirá si lo consienten los parámetros culturales ^[20].

Esta idea la expresaba también Contreras al referir que “no existe alimento cuyo significado se derive exclusivamente de sus características intrínsecas, sino que depende de las asociaciones culturales que la sociedad le atribuye” ^[21].

La nutrición en la edad adulta se debe enfocar a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de enfermedades mediante el seguimiento y consumo de una alimentación variada, sana y equilibrada de acuerdo a la edad, sexo y actividad física que realiza la persona. Los hábitos alimentarios saludables se deben combinar con hábitos de vida propicios que incluyan la práctica regular de ejercicio físico, así como la reducción de tóxicos como el alcohol y el tabaco ^[23].

En el caso de la persona adulta, la alimentación es aquella que ayuda a mantener el peso corporal e impiden la pérdida de nutrientes, ya que la deficiencia o exceso de determinados nutrientes, provocará la aparición de signos clínicos de forma positiva o negativa para el organismo de la persona [24].

Para el presente estudio se ha visto por conveniente tomar en cuenta los tiempos de comida, el consumo de inhibidores, el consumo de alimentos por porciones recomendadas y la adición de sal a las preparaciones servidas Sánchez RF y De La Cruz MF. Perú (2011) [18]; los cuales permitirá medir los hábitos alimentarios, teniendo en cuenta las recomendaciones teóricas por diferentes entidades y fuentes que se detallan a continuación:

Tiempos de comida: el total de kilocalorías que debe consumir un hombre es de aporte calórico aproximado 2500-2800 kcal y la mujer de 1700-2000 kcal al día [26]. El total de calorías que consume el adulto deben de estar distribuidos el 25% del aporte calórico en el desayuno; el 30% en el almuerzo, el 15% durante el refrigerio y el restante 30% a la hora de la cena. Por lo que el número de comidas son 4 al día [26].

Consumo de inhibidores: el consumo de estos productos son el café, té y la gaseosa los cuales disminuyen la absorción de algunas vitaminas y minerales como la vitamina D y el Calcio [27].

El consumo de alimentos por porciones recomendadas: en esta dimensión encontramos los diversos alimentos que consume el adulto a diario en cuanto al tipo y cantidad necesaria para el organismo, a continuación, se detalla cada uno de estos.

EL Consumo de lácteos, se recomiendan 3 raciones diarias de lácteos una ración de lácteos equivale a un vaso de leche de 200-250 ml, o a un yogur de 125 ml, o a 30-40 g de queso curado [28].

El consumo de carnes, la OMS recomienda consumir un máximo de 500 gr de carne roja a la semana y "poca o nada" carne procesada. El ministerio de Sanidad de España aconseja comer carne "no más de dos veces por semana" [29]. Hay que tener en cuenta que este consumo de carnes debe de ser de 2 porciones al día, pero teniendo en cuenta la combinación de los diversos orígenes de carne como del pescado, pollo, res, carnero, chancho.

El consumo de leguminosas o granos de vaina (menestras), la fundación de dieta mediterránea recomienda que el consumo de leguminosas se debe consumir de 60 – 80 gr de grano crudo y que debe de ser 2 a 3 porciones por semana como mínimo [30].

El consumo de frutas y verduras, la OMS recomienda que el consumo de frutas y verduras debe ser al menos 400 g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día [31]. Por otro lado, en las guías de alimentación y estilos de vida saludable de Chile recomienda que el consumo de frutas debe de ser 3 porciones y de verduras 2 porciones

Con respecto al consumo de cereales, tubérculos y derivados, la FAO recomienda para tener energía y realizar todas tus actividades se debe consumir 5 a 6 porciones de alimentos de estos grupos durante el día (1 porción equivale a: ½ plato de arroz, 1 yuca mediana, 1 chipa pequeña, 1 papa mediana, 1 pan o 5 rosquitas) [32].

El consumo de grasas como el aceite de oliva y soy, las recomendaciones de ingesta de lípidos de la OMS reflejan que, además del total de grasa ingerida, es fundamental tener en cuenta el tipo de ácidos grasos que consumimos. Por este motivo, la OMS especifica para cada tipo de ácido graso la cantidad diaria recomendada es de lípidos totales 20-35 % de la energía, ácidos grasos Saturados <10 %, ácidos grasos poliinsaturados 6-11 % de la energía, ácidos Grasos poliinsaturados n-6 (Omega 6) 2,5-9 %,

ácidos grasos poliinsaturados n-3 (Omega 3) 0,5-2 % y ácidos grasos Trans <1 % ^[33].

El consumo de agua, el instituto de investigación de agua y salud recomienda el consumo de agua en las personas de 17 a 70 años la cantidad de 2,2 litros al día; así mismo la OMS refiere un promedio de 2 a 3 litros que es un promedio de 8 a 10 vasos al día [34]. De igual manera el MINSA manifiesta un promedio de 2,5 a 2 litros de agua que vendría hacer 8 vasos de agua al día ^[25].

El consumo de frituras por día, Las frituras son alimentos con una alta densidad de energía proveniente de grasas principalmente saturada, hidratos de carbono refinados, con alta cantidad de sodio, deficientes en fibra y proteína, y carentes de vitaminas y minerales. Por lo que el consumo diario hace que incremente el peso en las personas, además de ser perjudicial para la salud ^[35].

El consumo de snacks (golosinas y/o galletas), están hechos a partir de vegetales o cereales, pero también contienen sustancias químicas llamadas aditivos alimenticios. Entre ellos la Maltodextrina, dextrosa, menos del 2% de dióxido de silicio (agente antihumectante) y glutamato monosódico (GMS) son algunos de los químicos más utilizados por la industria alimenticia en la elaboración de estos productos; si bien es cierto que estas sustancias químicas según la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) refiere que no es dañino, pero algunos expertos refieren que este químico puede tener efectos negativos en individuos con alergias o afecciones, como los celíacos, es decir personas intolerantes al trigo, maíz, papa o a cualquier alimento de almidón. ^[36]

Conociendo que estos snacks en su mayoría contienen azúcares, la OMS recomienda al consumo de azúcar que no debe aportar más del 10% de las calorías diarias tanto en niños como en adultos. Para

una dieta de 2.000 calorías, son unos 50 gramos de azúcar, el equivalente a unas 12 cucharillas de azúcar al día en adultos y para los niños reducir a la mitad. El azúcar incrementa el aporte calórico, quita el hambre y reduce ingesta de alimentos más más ricos en nutrientes, lo que favorece una dieta poco saludable [37].

La adición de sal a las preparaciones servidas: Los principales factores que contribuyen al consumo de sal en la alimentación dependen del marco cultural y de los hábitos alimentarios de la población, por lo que la OMS recomienda el consumo de este elemento para la edad adulta debe ser menos de 5 gramos (un poco menos que una cuchara de té) de sal por día. Por lo que su consumo excesivo es perjudicial y nefasta para la salud del individuo.

Factores que determinan los hábitos alimentarios

Muchos refieren que los hábitos alimentarios están determinados por creencias en lo que la FAO [39] refiere que una creencia se define como cualquier "expresión o proposición simple consciente o inconsciente, inferida en lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos y la alimentación.

Por otro lado, los factores que determinan las creencias y hábitos alimentarios según Alba D y Mantilla S [40], son: los culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos y los relacionados con la urbanización e industrialización.

Factores Culturales: La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente

arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia ^[41].

Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños.

Factores Económicos: El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor. Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos [42].

Factores Sociales: El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social [40].

Factores Geográficos: Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas está

determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el agua les ofrecen diferentes alimentos [42].

Factores Religiosos: La alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas. Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos. Por ejemplo, la mayoría de hindúes no come carne de res y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal [41].

Factores Educativos: El nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado [43].

Factores Psicológicos: Las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana. Por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico social

2.2.2. Estado nutricional en la etapa adulta

La organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la OMS, definieron al estado nutricional como el estado de crecimiento o el nivel de micronutrientes de un individuo. Para el MINSA, el estado nutricional es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida.

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar ^[44].

– Evaluación y examen nutricional

La evaluación nutricional es una evaluación que se realiza rápidamente para establecer si existen problemas importantes de nutrición y determinar cuáles son las necesidades inmediatas en una población dada ^[44].

El examen nutricional es una evaluación individual para diagnosticar y derivar a las personas que necesitan mayores controles o servicios, como la alimentación suplementaria o terapéutica ^[44].

– Clasificación de la evaluación nutricional según IMC

Para esta clasificación se ha tomado como referencia la Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta – 2012, del Perú, así mismo para poder clasificar se empleará la fórmula peso entre talla al cuadrado; a continuación se especifica la clasificación de la evaluación nutricional.

Delgadez

El MINSA manifiesta que es una clasificación de la valoración nutricional de personas adultas, caracterizada por una insuficiente

masa corporal con relación a la talla. Se denomina delgadez cuando el índice de masa corporal (IMC) está por debajo de 18,5. Así mismo, se clasifica en delgadez grado III, con un IMC < de 16; delgadez grado II, con IMC de 16 a <17; y delgadez grado I, con un IMC de 17 a < 18,5 [45].

Normal

Cuando las personas adultas con valores de IMC entre 18,5 y 24,9 son clasificadas con valoración nutricional de “normal”. En este rango el grupo poblacional presenta el más bajo riesgo de morbilidad y mortalidad [45].

Sobrepeso

El sobrepeso se define como una acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Donde el índice de masa corporal (IMC) oscila entre los valores de 25 a < de 30, es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla [45].

Obesidad

Según el MINSA la obesidad es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un IMC \geq 30. Así mismo, se clasifica en obesidad grado I, con un IMC de 30 a < 35; obesidad grado II, con IMC de 35 a < 40; y obesidad grado III, con un IMC de \geq a 40 [45].

– Clasificación del riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal

El perímetro abdominal es una medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo. En la mujer es 88 centímetros y en el hombre, 102 centímetros. Si en una persona con exceso de peso el perímetro abdominal es menor que los valores mencionados, se habla de obesidad periférica, mientras que se

habla de obesidad central cuando el perímetro abdominal es mayor [47].

Para el estudio, de este trabajo de investigación se tomará en cuenta la clasificación del perímetro abdominal por el MINSA del Perú, de la Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta – 2012. En donde manifiesta que el perímetro abdominal es la medición de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diabetes, gota, entre otras [45]. A continuación, se clasifica al perímetro abdominal de la siguiente manera según el género.

Perímetro abdominal bajo

Es cuando se tiene una medición del perímetro abdominal < de 94 cm en hombres y < de 80 cm en mujeres [45].

Perímetro abdominal alto

Es cuando se tiene una medición del perímetro abdominal \geq de 94 cm en hombres y \geq de 80 cm en mujeres [45].

Perímetro abdominal muy alto

Es cuando se tiene una medición del perímetro abdominal \geq de 102 cm en hombres y \geq de 88 cm en mujeres [45].

– Causas del sobrepeso, la obesidad y perímetro abdominal superior a valores normales

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente [11]:

- Aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa

- Descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.
- Cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.
- **Consecuencias del sobrepeso, la obesidad y perímetro abdominal superior a valores normales**
Un IMC y un perímetro abdominal elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes ^[48]:
 - Enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.
 - La diabetes
 - Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante)
 - Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

2.2.4.- TEORICAS QUE DAN SUSTENTO EN LA INVESTIGACIÓN

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los “autocuidados” permiten

mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo.

Orem propone requisitos de autocuidado para la atención de enfermería (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) que son expresiones de los tipos de autocuidados que los pacientes requieren.

Educación es básica en los adolescentes, tiene por objetivo brindar conocimientos que permitan participar en su auto cuidado es decir evitar tomar decisiones equivocadas entorno a su sexualidad. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar a los estudiantes la importancia del autocuidado, el peligro que encierra poner en práctica una actividad sexual. La educación grupal no debe exceder los 20 minutos, debe ser dinámica, permitiendo la participación para hacerlas más ágiles; siempre deben ser seguidas de un intercambio de preguntas y respuestas destinadas a permitir que los mismos estén informados.

Madeleine Leninger. Teoría de la transculturalidad

La cual implica conocer acerca de que creencias, costumbres, nivel instruccional de los padres y cuáles son las prácticas que realiza, y de esta manera considerar la ayuda a que el personal de salud pueda brindar y/o refuerce así como desterrar algunas de las creencias por prácticas de salud positivas y disminuir las negativas.

Las costumbres y las creencias, siendo el valor el grado importancia y estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesite protegerla y defenderla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado²⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- Alimento:** es aquello que los seres vivos comen y beben para su subsistencia. El término procede del latín alimentum y permite nombrar a cada una de las sustancias sólidas o líquidas que nutren a los seres humanos, las plantas o los animales.

- Delgadez:** es una clasificación de la valoración nutricional de personas adultas, caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla. Se denomina delgadez cuando el índice de masa corporal está por debajo de 18,5.

- Dieta:** conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

- Enfermedad:** Alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos.

- Enfermedades no transmisibles:** son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.

- Estadonutricional:** es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida.

- Estilo de vida saludable:** es la forma de vivir de la persona adulta, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad.

- influyen en la alimentación y que pueden ser modificadas por diversos factores.**Hábitos alimentarios:** son aquellas actitudes adquiridos a lo largo de la vida que

- Índice de masa corporal:** es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$.
- Nutrientes:** son unas sustancias contenidas en los alimentos que contribuyen al crecimiento y funcionamiento del cuerpo humano
- Nutrición:** es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.
- Microred de salud:** órgano de línea que están a cargo de la administración del recurso humano, financiero, y materiales de la Microred, orientados a mejorar continuamente el desarrollo físico, mental y social de toda la población en su ámbito geográfico, lograr que la persona, familia y comunidad cree entornos saludables, desarrollar una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud y brindar la atención de salud, en centros poblados y en los establecimientos o locales asignados, denominados centros y puestos de salud
- Obesidad:** es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un IMC mayor o igual a 30.
- Personal de salud:** La OMS define que son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud
- Perímetro abdominal.** es la medición de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diabetes, gota, entre otras.
- Salud:** según la OMS es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

–**Sobrepeso**: es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas es determinado por un IMC mayor o igual de 25 y menor de 30.

2.4. HIPÓTESIS GENERAL

H_a: Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

H^o No existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

2.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1.- Definición conceptual de variables

Hábitos alimentarios

Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014

Estado nutricional

Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida.

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES
Hábitos alimentarios	Son acciones o actitudes que es aprendido en el seno familiar, pero se encuentran influenciados por varios factores	Tiempos de comida	N° de comidas que consume al día.
		Consumo de inhibidores	Consumo de té, café y/o gaseosa junto con las comidas
		Consumo de alimentos por porciones recomendadas	N° de porciones de lácteos consumidos al día.
			N° de porciones de carne consumidas al día.
			N° de porciones de menestras consumidas a la semana.
			N° de porciones de frutas consumidas al día.
			N° de porciones de verduras crudas o cocidas
			N° de porciones de arroz y fideos consumidos al día.
			N° de porciones de pan, papa y cam
			Consumo diario de aceite de oliva y soya
			N° de vasos de agua al día.
			Consumo de frituras por día
		Adición de sal a sus preparaciones servidas	Agrega sal a sus preparaciones servidas.
Estado nutricional	Esla situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida	Valoración nutricional según IMC en adultos	Delgadez
			Normal
			Sobrepeso
			Obesidad
		Perímetro abdominal	Perímetro abdominal bajo
			Perímetro abdominal alto
			Perímetro abdominal muy alto

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

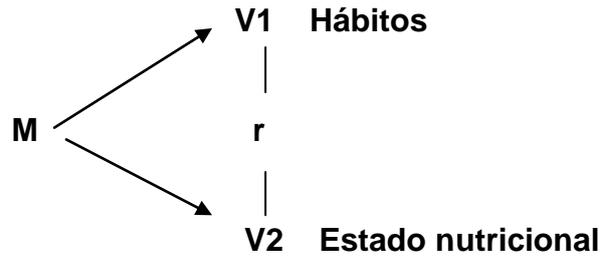
De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptiva: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso los hábitos alimentarios y y el autoestima

De Diseño Correlacional Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1 = Hábitos alimentarios

V2 = Estado nutricional

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizará en la microred Virgen del Carmen que está constituida por 13 establecimientos de salud (puestos de salud Cumbe Chontabamba, Púsoc, El Romero, El Tuco, Huilcate, Huangamarca, Sexe, Sugarmayo, Atoshaico, Tallamac, Marco Laguna, Apán Bajo y centro de salud Virgen del Carmen) tanto zona urbana como rural del distrito de Bambamarca, ubicado en la provincia de Hualgayoc y departamento de Cajamarca. Con una altitud de 2,700 m.s.n.m., con presencia de clima tropical.

3.3. POBLACIÓN y MUESTRA

3.3.1. Población:

Está conformada por los 99 trabajadores de salud de los 13 establecimientos de salud que pertenecen a la micro red Virgen del Carmen de ambos géneros del distrito de Bambamarca.

3.3.2. Muestra

La muestra fue de manera no probabilística porque no se utilizó ninguna fórmula y quedó constituida solamente por 53 trabajadores de salud que desearon participar del estudio

$$n = 53$$

Criterios de inclusión

Trabajadores de salud de que pertenecen a la micro red Virgen del Carmen

Trabajadores que desean participar del estudio..

Criterios de Exclusión

Trabajadores de salud de que no pertenecen a la micro red Virgen del Carmen

Trabajadores que no desean participar del estudio..

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la evaluación objetiva y la encuesta al personal de salud de la micro red virgen del Carmen.

3.4.2. Instrumentos

En la investigación se utilizó los siguientes instrumentos: un cuestionario de hábitos alimentarias, realizado la validación y confiabilidad (RK – 20 de 0,86) por Sánchez RF y De La Cruz MF (2011) [18]; una ficha de datos, para la recolección peso, talla y perímetro abdominal del personal de salud de la Micro red Virgen del Carmen; la tabla de pesos y tallas correspondientes a los valores límites recomendados de IMC según clasificación de la valoración nutricional antropométrica para personas adultas; y la tabla de

clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal.

El cuestionario estuvo constituido por 14 preguntas, que incluyen: los tiempos de comida (pregunta N° 1), el consumo de inhibidores (pregunta N° 2), consumo de alimentos por porciones recomendadas (preguntas de la N° 3 a la N°13) y la adición de sal a las preparaciones servidas (pregunta N° 14). Dicho instrumento permitirá calificar a los hábitos alimentarios en adecuados e inadecuados.

En la obtención de información sobre el estado nutricional se utilizará una ficha de datos, para la recolección de peso y talla del personal de salud de la Micro red Virgen del Carmen y los indicadores que ayudaron al diagnóstico del estado nutricional en personas adultas será basándose en la tabla de pesos y tallas correspondientes a los valores límites recomendados de IMC según clasificación de la valoración nutricional antropométrica para personas adultas y la tabla de clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal, utilizadas en entidades del MINSA y presente en la Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, aprobada por Resolución Ministerial N° 184-2012/MINSA.

3.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Primeramente, se emitió una solicitud al gerente de la micro red para las coordinaciones respectivas con el fin de concentrar al personal de salud para la aplicación de instrumentos. Luego se hará llegar los consentimientos informados y posteriores se aplicará el cuestionario y la toma de medidas antropométricas; los que será ejecutado por la investigadora.

3.5.1. Procesamiento y análisis de datos

Procedimientos

Una vez recogida la información se sometió a un proceso de consistencia manual con el fin de revisar y eliminar la información errónea; luego se codificará y almacenará en una base de datos automatizada en el paquete estadístico IBM SPSS V24.0 en español; y los resultados se expresarán en frecuencias, luego los datos se organizarán en tablas simples y de doble entrada.

Análisis de datos

Fase descriptiva: en esta fase se describirá la información correspondiente a la muestra y se contrastará con las bases teóricas y los antecedentes.

Fase inferencial: En ésta fase se realizará un análisis relacional de las variables estudiadas. Se utilizará la chi cuadrada entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional; siendo estadísticamente significativa la asociación cuando $P < 0,05$.

Aspectos éticos

Para las consideraciones éticas, primeramente, se emitirá una solicitud al gerente de la micro red, luego se informará al personal de salud el objetivo de la investigación, así mismo se tendrá en cuenta los principios:

Principio de beneficencia: teniendo en cuenta de no causar daño al grupo a ser investigado.

Principio de no maleficencia: es el respeto hacia la condición física y situación emocional evitando causar daño alguno por lo que se

buscará un lugar adecuado para realizar la encuesta y evaluación nutricional, guardando los resultados con total discreción y respetando la confianza del encuestado

Principio de dignidad humana: Se tuvo en consideración el criterio de inclusión y exclusión, donde el instrumento sólo se aplicará a los al personal de salud que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Principio de justicia: este principio fue asegurado aplicándoseles a todos los adolescentes de la muestra por conveniencia, respetando su decisión de participar en la investigación.

Principio de veracidad: el más vulnerado en la investigación científica. Los encuestados responderán a cada pregunta con la verdad, así mismo los resultados no serán manipulados.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

TABLA: 1
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE SALUD

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	N	%
EDAD		
25 a 35 años	25	47
36 a 46 años	17	32
47 a 57 años	11	21
TOTAL	53	100
GENERO		
Masculino	20	38
Femenino	33	62
TOTAL	53	100
ESTADO CIVIL		
CASADA	23	43
SOLTERA(0)	20	38
CONVIVIENTE	10	19
TOTAL	53	100
TIPO DE PROFESIONAL		
Medico	10	18
Enfermera	18	34
Obstetriz	5	9
Técnico de Enfermería	21	39
TOTAL	53	100

Interpretación: El 57%(25) personal de salud tienen 25 a 35 años, seguida por el 32%(17) de 36 a 46 años y un 21%(11) tienen 47 a 57. Asimismo el 62%(33) son de género femenino y el 38%(20) son de género masculino, respecto al estado civil el 43%(23) son casados, el 38%(20) son solteras. Según el tipo de profesional son el 34%(18) Li. En enfermería, el 39%(21) técnicos de enfermería el 18%(10) médicos y un 9%(5) eran Lic. En obstetricia

TABLA: 2

HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL PERSONAL DE SALUD

Hábitos	Frecuenci a	porcentaje
Adecuados	34	64
Inadecuados	19	36
Total	53	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se observa que el 64%(34) tiene hábitos alimentarios adecuados y el 36%(19) tienen hábitos alimentarios inadecuados

TABLA: 3
ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL DE SALUD

Estado nutricional	Frecuencia	porcentaje
Lic. Enfermería		
Obesidad	--	
Sobre peso	6	11.3
Normal	12	22.6
Total	18	34
Tec. Enfermería		
Sobre peso y obesidad	--	
	9	17
Normal	12	22
Total	21	39
Medico		
Obesidad	--	--
Sobre peso	4	7
Normal	6	11
	10	18
Lic. Obstetricia		
Obesidad	--	
Sobre peso	2	4
Normal	3	5
Total	5	9
Total	53	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se encuentra un mayor porcentaje en los técnicos de enfermería del 17%(9) tienen sobrepeso y obesidad y el 22%(12) tiene un estado nutricional normal. En las Lic. Enfermería el 22%(12) tienen estado nutricional normal y el 11%(6) tienen sobrepeso. Asimismo en los médicos el 7%(4) tiene sobrepeso y el 4%(2) obstétricas también.

TABLA: 4

RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL DE SALUD

Hábitos alimentarios	Estado Nutricional				Total N# %	
	Normal		Sobrepeso/ obesidad			
Escala	N	%	N	%		
Adecuados	34	64	2	4	34	64
Inadecuados	--	--	17	32	19	36
Total	34	64	19	36	53	100

Fuente: Elaboración Propia

X² tabulado > X² calculado, si hay relación, se rechaza la H⁰

Interpretación: Se observa que existe relación entre las variables hábitos alimentarios con el estado nutricional ya que según el IMC el 64% (34 profesionales de salud) tienen hábitos alimentarios adecuados y no tienen sobrepeso y obesidad. Asimismo el 36%(19) no tienen hábitos adecuados y según el IMC se encuentran en sobrepeso y obesidad, sobre todo predomina aún más en el personal técnico de enfermería.

DISCUSIÓN

Acerca de los hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de los trabajadores de salud donde encontramos específicamente a las licenciadas en enfermería, técnicos, médicos y obstetras; el 64% poseen hábitos alimenticios adecuados de los cuales también presenta un índice de masa corporal normal. Asimismo el 19% presenta sobrepeso. Entre los hábitos que conducen a la obesidad se destaca el consumo de grandes cantidades de la denominada "comida chatarra": muchas grasas y azúcares, hamburguesas, gaseosas; es por ello que la mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos. e estado nutricional utilizando medidas antropométricas se enmarca en la denominada antropometría nutricional y dentro de ella se encuentra el índice de masa corporal que refleja las reservas corporales de energía y también es un buen descriptor de estados deficitarios ,es por ello que permite describir además de la presencia de obesidad, la presencia de deficiencia energética crónica, por lo tanto la formación de buenos hábitos alimenticios es un excelente instrumento para prevenir enfermedades y promover la salud.

Esto nos hacer ver lo importante que es recibir información y encontramos que a pesar que existe el conocimiento ya que son profesionales de la salud hay también en un mínimo pero importante porcentaje de trabajadores de la salud con sobrepeso y obesidad. Es entonces necesario que cuidar lo que consumimos y no basta conocer sino también ponerlo en práctica.

CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de personal de salud tiene 25 a 35 años, seguida por personal de salud de 36 a 46 años. Asimismo predomina el género femenino respecto al estado civil son casados, el 38%(20) son solteras.
- Según el tipo de profesión son el 34%(18) Lic. En enfermería, el 39%(21) técnicos de enfermería el 18%(10) médicos y un 9%(5) eran Lic. En obstetricia.
- Predomina entre el personal de salud hábitos alimentarios adecuados pero también existe un mínimo pero importante porcentaje de ellos que no tienen hábitos alimentarios adecuados
- Un mayor porcentaje en los técnicos de enfermería del 17%(9) tienen sobrepeso y obesidad En las Lic. Enfermería el 22%(12) tienen estado nutricional normal y el 11%(6) tienen sobrepeso. Asimismo en los médicos el 7%(4) tiene sobrepeso y el 4%(2) obstetricas también.
- Existe relación entre las variables hábitos alimentarios con el estado nutricional ya que según el IMC el 64% (34 profesionales de salud) tienen hábitos alimentarios saludables y no tienen sobrepeso y obesidad. Asimismo el 36%(19) no tienen hábitos saludables y según el IMC se encuentran en sobrepeso y obesidad,

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el personal de salud que tiene sobrepeso y obesidad tomen conciencia de los riesgos al que están expuestos y que hagan cambios en los estilos de vida ya que somos personal de salud y debemos educar con el ejemplo.
- Se recomienda que en los distintos centros de salud implementar talleres de actividad física con el fin de prevenir y/o mejorar los problemas de malnutrición por exceso detectados en este grupo.
- Finalmente, el profesional de la salud debe tener en cuenta que la educación alimentaria nutricional debe realizarse en un clima de respeto y afecto y esto parte por ellas(os) mismas ya que también esta relacionando una alimentación saludable a una mejor calidad de vida, mayor grado de autonomía y mejor potencialidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales [internet]. Suiza. 2014. [consultado el 26 de julio del 2014]. Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf
2. Barrial MA y Barrial MA. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional [internet]. Cuba. 2012. [citado el 18 de julio del 2014]. Disponible desde: <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana: datos y cifras [internet]. Estados Unidos. 2015. [consultado el 27 de julio del 2014]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
4. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Fumiaki I, et al. Los hábitos alimenticios poco saludables predominan en las dietas del mundo [internet]. Reino Unido. 2015. [consultado el 28 de julio del 2014]. Disponible desde: <http://vital.rpp.pe/salud/los-habitos-alimenticios-poco-saludables-predominan-en-las-dietas-del-mundo-noticia-770854>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La transición nutricional en el Perú [internet]. Perú. 2007. [consultado el 28 de julio del 2014]. Disponible desde:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0700/Libro.pdf
7. Organización mundial de la salud. Perfiles de los países para la diabetes, 2016: Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades) [internet]. Perú. 2016. [consultado el 18 de agosto del 2014]. Disponible desde: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/per_es.pdf?ua=1
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población total al 30 de junio de cada año, según sexo y grupo de edad, 2005 – 2021. Perú. 2016.

9. Ministerio de Salud (MINSA). Situación actual en el Perú [internet]. Perú. 2015. [consultado el 28 de julio del 2014]. Disponible desde:
<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>
10. González MS, et al. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria [internet]. España. 2011. [consultado el 29 de julio del 2014]; 26 (2): pp. 337-344. Disponible desde:
http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/15_original_08.pdf
11. Paccor AC. Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición [internet]. España. 2012. [consultado el 01 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111967.pdf>
12. Gómez BF, Andía MV, Ruiz de AL, Rica P y Mogollón E. Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil sociosanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz [internet]. España. 2014. [consultado el 01 de agosto del 2014]; 18 (3). pp. 2173-1292. Disponible desde:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4821555>
13. Márquez MR, Beato VP y Tormo GM. Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida [internet]. España. 2015. [consultado el 02 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.nutricionhospitalaria.compdf8455.pdf>
14. Ramos CD. Hábitos alimentarios y estado nutricional en hijos de padres diabéticos [internet]. México. 2014 [consultado el 03 de agosto del 2014]. Disponible desde:
https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/PROTOCOLO_DIANa.pdf
15. Alba D y Mantilla S. Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013 [internet]. Ecuador. 2014. [consultado el 04 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.repositorio.utn.edu.ec/bitstream/1234567893499106%20NUT%20145%20TESIS.pdf>

16. Cuenca CM. Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional en familias que reciben atención médica en el s.c.s “san simon”, Canton Guaranda – 2011 [internet]. Ecuador. 2011. [consultado el 04 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/1234567893467134T00256.pdf>
17. Ramírez Hurtado L. Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y percepción de seguridad alimentaria de la población vinculada al programa vidas-móviles localidad ciudad bolívar [internet]. Colombia. 2011. [consultado el 05 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.javeriana.edu.co/bitstream/tesis/cobib/tesis/cienciastesis516.pdf>
18. Sánchez RF, De La Cruz MF. Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. 2011 [internet]. Perú. 2011. [consultado el 06 de agosto del 2014]. Disponible desde:
http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/34353/Cruz_mf.pdf
19. Hidalgo Chávez M. Asociación del estado nutricional con los estilos de vida del profesional de salud de una empresa de salud. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de octubre de 2016]; URL disponible en:

<http://www.repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/107573381611Tesis+Hidalgo.pdf>
20. Confederación de consumidores y Usuarios (CECU). Estudio sobre hábitos alimentarios de los niños y jóvenes [internet]. España. 2013. [consultado el 06 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.cecucampanasalimentacion.com/ESTUDIO%20Habitos%20%20Alimentarios.pdf>
21. Cruz, J. Antropología de los hábitos alimentarios. En: Hernández M, Sastre Gallego A. Tratado de Nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; p. 13-37
22. Contreras, J. Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema, 1993; s.p.
23. Ministerio de salud. Su Salud es Primero/Adulto/Alimentación [internet]. Perú. 2016. [consultado el 06 de agosto del 2014]. Disponible desde: [://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adulto/adul-alim.asp](http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adulto/adul-alim.asp)

24. Universidad Católica San Antonio. Nutrición en la edad adulta [internet]. España. 2010. [consultado el 07 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/nutricion-adulta/>
25. Ministerio de salud (MINSAL). Alimentación saludable [internet]. Chile. 2015. [citado el 07 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.fao.org/docrep/014/am401sam401s02.pdf>
26. Apoyo. Cuánto debemos comer [internet]. Ginebra. 2009. [consultado el 07 de agosto del 2014]. Disponible desde:

http://www.tutierra.com.au/index.php?option=com_content&view=article&id=48:calorias-diarias&catid=36:vida-sana&Itemid=53
27. Parry N. ¿La cafeína afecta la absorción de vitaminas o minerales? [internet]. Inglaterra. 2016. [consultado el 07 de agosto del 2014]. Disponible desde: http://www.muyfitness.com/cafeina-afecta-absorcion-info_33370/
28. Colegio Farmacéutico de Pontevedra. Recomendaciones nutricionales para el consumo de leche y productos lácteos [internet]. España. 2015. [consultado el 08 de agosto del 2014]. Disponible desde:

https://www.cofpo.org/tl_files/csanitarias/20150601%20CampanaObesidadInfantil/Ficha%20Lacteos.pdf
29. Díaz. La OMS dice 500g Sanidad "dos veces semanales" [internet]. España. 2015. [consultado el 08 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.20minutos.es/noticia/2590545/0/rajoy-desconoce/carne-debe-ingerirse/sanidad-recomienda-una-dos-veces/>
30. Fundación de dieta mediterránea. Raciones recomendadas para adultos [internet]. España. 2010. [consultado el 08 de agosto del 2014]. Disponible desde:

<https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/645/raciones%20recomendadas%20para%20adultos.pdf?1362135959>

31. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [internet]. Ginebra. 2015. [consultado el 09 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
32. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Alimentación y vida saludable [internet]. Paraguay. 2016. [consultado el 09 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.fao.org/docrep/013/am286s/am286s02.pdf>
33. Apoyo. Recomendaciones de la OMS: ácidos grasos y riesgo cardiovascular [internet]. España. 2015. [consultado el 09 de agosto del 2014]. Disponible desde: <https://www.alimentacion-cardiosaludable.com/2013/03/sasda/>
34. Instituto de Investigación Agua y Salud (INDEA). Ingesta de agua recomendada [internet]. España. 2016. [consultado el 10 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.institutoaguaysalud.es/hidratacion-y-agua-mineral/ingesta-de-agua-recomendada/>
35. León F P y Landa AV. ¿Son malas las frituras? [internet]. Perú. 1999. [consultado el 10 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.fitness.com.mx/alimenta246.htm>
36. Prias L. “Snacks” pueden ser dañinos, a pesar de contener compuestos permitidos [internet]. Ecuador. 2016. [consultado el 10 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/snacks-pueden-ser-daninos-a-pesar-de-contener-compuestos-permitidos>
37. Prats J. La OMS recomienda no consumir más de 12 cucharillas de azúcar al día [internet]. España. 2015. [consultado el 11 de agosto del 2014]. Disponible desde: http://www.elpais.com/elpais/2015/03/04/ciencia/1425492900_302754.html
38. Organización Mundial de la Salud. Reducir el consumo de sal [internet]. Ginebra. 2016. [consultado el 11 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/es/>
39. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Cultura y prácticas alimentarias [internet]. Guatemala. 2012.

[consultado el 11 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.fao.org/docrep/018/ar647s/ar647s.pdf>

40. Alba D y Mantilla S. Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013 [internet]. Ecuador. 2014. [consultado el 11 de agosto del 2014]. Disponible desde:

<http://www.repositorio.utn.edu.ec/bitstream/1234567893499106%20NUT%20145%20TESIS.pdf>

41. Icaza B. practicas alimentarias [internet]. Ecuador. 2014. [consultado el 11 de agosto del 2014]. Disponible desde:

<http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap3/Nut-CpBa.html>

42. Becerra B. Tendencias actuales de la valoración nutricional del anciano. Colombia. 2006. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2016]; URL disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000400007

43. Flores, et al. Factores culturales que influyen en los Hábitos Alimentarios [internet]. Estados Unidos. 1973. [consultado el 12 de agosto del 2014]. Disponible desde: <http://www.fao.org/docrep/018/ar647s/ar647s.pdf>

44. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Glosario de nutrición [internet]. España. 2012. [consultado el 12 de agosto del 2014]. Disponible desde:

http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf

45. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta [internet]. Perú. 2012. [consultado el 12 de agosto del 2014]. Disponible desde:

[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps05jerencu_vigi_cenanENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps05jerencu_vigi_cenanENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)

46. Apoyo. Estado nutricional. Exploración/Concepto [internet]. España. 2005. [consultado el 13 de agosto del 2014]. Disponible desde:

http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114

47. Fundación Española del Corazón (FEC). La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC [internet]. España. 2011. [consultado el 17 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2264-medida-perimetro-abdominal-es-indicador-enfermedad-cardiovascular-mas-fiable-imc-.html>
48. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [internet]. Ginebra. 2016. [consultado el 12 de agosto del 2014]. Disponible desde:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
49. Hernández SR, Fernández CC y Baptista LP. Metodología de la Investigación. México. 6ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. 2014.
50. Supo J. Niveles de investigación. Arequipa, Perú. 2014.
51. Lorenzano C. Concepción estructural del conocimiento científico, metodología de los programas investigativos y criterios para formular políticas de investigación. Electroneurobiología [Internet]. 2010 [consultado el 15 de agosto de 2014]; 18(1):3–254. Disponible desde:

http://www.electroneubio.secyt.gov.ar/Lorenzano_Estructura_conocimiento_cientifico.pdf
52. Valderrama MS. Pasos Para Elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica. Perú. Editorial San Marcos. 2002
53. Unidad ejecutora de salud – Hualgayoc, Bambamarca/microred Virgen del Carmen. trabajadores en el año 2014.

ANEXOS

ANEXO 01

Bambamarca ____ / ____ /2014

Yo _____,
identificada con DNI N° _____ de _____ años cumplidos
con dirección _____

Género: Masculino Femenino

Habiendo sido previamente informado de los objetivos de este cuestionario, acepto participar en el estudio: "Hábitos alimentarios asociados al estado nutricional en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014".

Estoy de acuerdo en brindar la información que se me solicite, con el propósito de que los datos obtenidos puedan ser utilizados en la elaboración del presente trabajo investigativo.

Firma

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

(Sánchez RF y De La Cruz MF – 2014)

INSTRUCTIVO:

Primero: Llenar los datos personales con letra legible (tipo imprenta):

Género:.....

Edad:.....

Religión:.....

Estado civil:.....

Profesión:.....

A continuación, leer la pregunta en forma pausada y mencionar las alternativas. Luego colocar un check a la alternativa elegida.

Considerar:

Rara vez o Nunca, desde el punto de vista cualitativo son equivalentes pues el consumo al ser calculado por día llega a ser ínfimo por esa razón es que van juntos.

A la pregunta 8 y 9, considerar por cada alimento y luego hacer la suma. Recordar que una taza equivale a una porción.

A la pregunta 9, considerar que es fuera y dentro de casa.

Respecto al consumo de la sal, se está considerando la sal agregada a la comida servida.

1. ¿Consume desayuno, almuerzo, cena y un refrigerio?

- Sí.
- No, solo 3 de ellos.
- No, solo 2 de ellos.
- No, solo 1.

2. ¿Consume té, café y/o gaseosa junto con las comidas?

- Si.
- A veces.
- No.

3. ¿Cuántas porciones de leche, queso o yogurt consume al día?

- 3 porciones.
- Menor a 3 porciones.
- No consumo.

4. ¿Cuántas porciones de carne (pollo, res, pescado u otra) consume al día?

- 2 porciones.
- Menos de 2 porciones.
- No consumo.

5. ¿Cuántas porciones de menestras consume a la semana?

- De 3 a 4 porciones
- De 1 a 2 porciones.
- No consumo.

6. ¿Cuántas porciones de frutas consume al día?

- 3 porciones.
- 2 porciones.
- 1 porción.
- No consumo.

7. ¿Cuántas porciones de verduras crudas o cocidas consume al día?

- 3 porciones.
- 2 porciones.
- 1 porción.
- No consumo.

8. ¿Cuántas porciones (1 taza) al día consume sumando: arroz y fideos?

- De 7 a 9 porciones al día
- De 5 a 6 porciones al día
- De 3 a 4 porciones al día
- De 1 a 2 porciones al día

9. ¿Cuántas porciones (unidad) al día consume sumando: pan, papa y camote?

- De 7 a 9 porciones al día
- De 5 a 6 porciones al día
- De 3 a 4 porciones al día
- De 1 a 2 porciones al día

10. ¿Consume diario aceite de oliva o soya?

- Si consumo.
- No consumo.

11. ¿Cuántos vasos de agua natural toma al día?

- De 8 a 10 vasos.
- De 5 a 7 vasos.
- De 2 a 4 vasos.
- Lo tomo de vez en cuando.

12. ¿Con qué frecuencia consume preparaciones fritas?

- A diario.
- 4-6 veces por semana.
- 1-3 veces por semana.
- No consumo.

13. ¿Cuántas veces consume snacks (golosinas y/o galletas)?

- Diario.
- 4-6 veces por semana.
- 1-3 veces por semana.
- No consumo.

14. ¿Usted le añade sal a las preparaciones servidas que va a consumir?

- Sí
- No

ANEXO 03

CALIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SEGÚN LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE “HÁBITOS ALIMENTARIOS”

(Sánchez RF y De La Cruz MF – 2014)

N° DE PREGUNTA	CALIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS
Pregunta 1	– Adecuado: Igual a 4 veces – Inadecuado: Menor a 4 veces
Pregunta 2	– Adecuado: No consume – Inadecuado: Si consume.
Pregunta 3	– Adecuado: Igual a 3 porciones – Inadecuado: Menor a 3 porciones
Pregunta 4	– Adecuado: Igual a 2 porciones – Inadecuado: Menor a 2 porciones
Pregunta 5	– Adecuado: Igual a 3 porciones – Inadecuado: Menor a 3 porciones
Pregunta 6	– Adecuado: Igual a 3 porciones – Inadecuado: Menor a 3 porciones
Pregunta 7	– Adecuado: Igual a 3 porciones – Inadecuado: Menor 3 porciones
Pregunta 8	– Adecuado: Igual a 6 porciones – Inadecuado: Menor 6 porciones
Pregunta 9	– Adecuado: Igual a 6 porciones – Inadecuado: Menor 6 porciones
Pregunta 10	– Adecuado: si consume – Inadecuado: no consume
Pregunta 11	– Adecuado: Igual o mayor a 8 vasos – Inadecuado: Menor a 8 vasos
Pregunta 12	– Adecuado: no consume – Inadecuado: si consume
Pregunta 13	– Adecuado: no consume – Inadecuado: si consume
Pregunta 14	– Adecuado: No adiciona. – Inadecuado: Si adiciona.

ANEXO 05

TABLA DE PESOS Y TALLAS CORRESPONDIENTES A LOS VALORES LÍMITES RECOMENDADOS DE IMC SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA PERSONAS ADULTAS

IMC Talla (m)	CLASIFICACION							
	Delgadez		I ≥17	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
	III <16	II ≥16		≥18,5	≥25	I ≥30	II ≥35	III ≥ 40
Pesos (kg)**								
1,35		29,1	30,9	33,7	45,5	54,6	63,7	72,9
1,36		29,5	31,4	34,2	46,2	55,4	64,7	73,9
1,37		30,0	31,9	34,7	46,9	56,3	65,6	75,0
1,38		30,4	32,3	35,2	47,6	57,1	66,6	76,1
1,39		30,9	32,8	35,7	48,3	57,9	67,6	77,2
1,40		31,3	33,3	36,2	49,0	58,8	68,6	78,4
1,41		31,8	33,7	36,7	49,7	59,6	69,5	79,5
1,42		32,2	34,2	37,3	50,4	60,4	70,5	80,6
1,43		32,7	34,7	37,8	51,1	61,3	71,5	81,7
1,44		33,1	35,2	38,3	51,8	62,2	72,5	82,9
1,45		33,6	35,7	38,8	52,5	63,0	73,5	84,1
1,46		34,1	36,2	39,4	53,2	63,9	74,6	85,2
1,47		34,5	36,7	39,9	54,0	64,8	75,6	86,4
1,48		35,0	37,2	40,5	54,7	65,7	76,6	87,6
1,49		35,5	37,7	41,0	55,5	66,6	77,7	88,8
1,50		36,0	38,2	41,6	56,2	67,5	78,7	90,0
1,51		36,4	38,7	42,1	57,0	68,4	79,8	91,2
1,52		36,9	39,2	42,7	57,7	69,3	80,8	92,4
1,53		37,4	39,7	43,3	58,5	70,2	81,9	93,6
1,54		37,9	40,3	43,8	59,2	71,1	83,0	94,8
1,55		38,4	40,8	44,4	60,0	72,0	84,0	96,1
1,56		38,9	41,3	45,0	60,8	73,0	85,1	97,3
1,57		39,4	41,9	45,6	61,6	73,9	86,2	98,5
1,58		39,9	42,4	46,1	62,4	74,9	87,3	99,8
1,59		40,4	42,9	46,7	63,2	75,8	88,4	101,1
1,60		40,9	43,5	47,3	64,0	76,8	89,6	102,4
1,61		41,4	44,0	47,9	64,8	77,7	90,7	103,6
1,62		41,9	44,6	48,5	65,6	78,7	91,8	104,9
1,63		42,5	45,1	49,1	66,4	79,7	92,9	106,2
1,64		43,0	45,7	49,7	67,2	80,6	94,1	107,5
1,65		43,5	46,2	50,3	68,0	81,6	95,2	108,9
1,66		44,0	46,8	50,9	68,8	82,6	96,4	110,2
1,67		44,6	47,4	51,5	69,7	83,6	97,6	111,5
1,68		45,1	47,9	52,2	70,5	84,6	98,7	112,8
1,69		45,6	48,5	52,8	71,4	85,6	99,9	114,2
1,70		46,2	49,1	53,4	72,2	86,7	101,1	115,6
1,71		46,7	49,7	54,0	73,1	87,7	102,3	116,9
1,72		47,3	50,2	54,7	73,9	88,7	103,5	118,3
1,73		47,8	50,8	55,3	74,8	89,7	104,7	119,7
1,74		48,4	51,4	56,0	75,6	90,8	105,9	121,1
1,75		49,0	52,0	56,6	76,5	91,8	107,1	122,5
1,76		49,5	52,6	57,3	77,4	92,9	108,4	123,9
1,77		50,1	53,2	57,9	78,3	93,9	109,6	125,3
1,78		50,6	53,8	58,6	79,2	95,0	110,8	126,7
1,79		51,2	54,4	59,2	80,1	96,1	112,1	128,1
1,80		51,8	55,0	59,9	81,0	97,2	113,4	129,6
1,81		52,4	55,6	60,6	81,9	98,2	114,6	131,0
1,82		52,9	56,3	61,2	82,8	99,3	115,9	132,4
1,83		53,5	56,9	61,9	83,7	100,4	117,2	133,9
1,84		54,1	57,5	62,6	84,6	101,5	118,4	135,4
1,85		54,7	58,1	63,3	85,5	102,6	119,7	136,9
1,86		55,3	58,8	64,0	86,4	103,7	121,0	138,3
1,87		55,9	59,4	64,6	87,4	104,9	122,3	139,8
1,88		56,5	60,0	65,3	88,3	106,0	123,7	141,3
1,89		57,1	60,7	66,0	89,3	107,1	125,0	142,8
1,90		57,7	61,3	66,7	90,2	108,3	126,3	144,4
1,91		58,3	62,0	67,4	91,2	109,4	127,6	145,9
1,92		58,9	62,6	68,1	92,1	110,5	129,0	147,4
1,93		59,5	63,3	68,9	93,1	111,7	130,3	148,9
1,94		60,2	63,9	69,6	94,0	112,9	131,7	150,5
1,95		60,8	64,6	70,3	95,0	114,0	133,0	152,1
1,96		61,4	65,3	71,0	96,0	115,2	134,4	153,6
1,97		62,0	65,9	71,7	97,0	116,4	135,8	155,2
1,98		62,7	66,6	72,5	98,0	117,6	137,2	156,8

Encarte

USO DE ADULTOS

		CLASIFICACIÓN							
		PESOS (kg)							
Talla (m)	IMC	Delgadez			Normal	Sobrepeso		Obesidad	
		III	II	I	≥18,5	≥25	I	II	III
1,35		<16	≥16	≥17	≥18,5	≥25	≥30	≥35	≥40
1,36		29,1	30,9	33,7	45,5	64,6	63,7	72,9	
1,38		29,5	31,4	34,2	46,2	55,4	64,7	73,9	
1,40		31,9	34,7	46,5					
1,42				46,5					

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

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTAS/OS

		CLASIFICACIÓN							
		PESOS (kg)							
Talla (m)	IMC	Delgadez			Normal	Sobrepeso		Obesidad	
		III	II	I	≥18,5	≥25	I	II	III
1,72		<16	≥16	≥17	≥18,5	≥25	≥30	≥35	≥40
1,73		47,3	50,2	64,7	73,9	88,7	93,0	116,3	

INSTRUCCIONES

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

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

< : menor ≥ : mayor o igual

Fuente: WHO, 2000. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series N° 894. OMS, 1995. El Estado físico. Uso e interpretación de la Antropometría. Comité Experto de la OMS, Ginebra. (Serie de Informes técnicos 894).

SIGNOS DE ALERTA

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

Abertura central del sobre por donde se visualizan los valores impresos en el encarte

Sobre

Índice de Masa Corporal (IMC)

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

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

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

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

Limitaciones
No es apropiado para evaluar a fisiooculturistas y gestantes.

USO DE TABLA

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

		CLASIFICACIÓN							
		PESOS (kg)							
Talla (m)	IMC	Delgadez			Normal	Sobrepeso		Obesidad	
		III	II	I	≥18,5	≥25	I	II	III
1,69		<16	≥16	≥17	≥18,5	≥25	≥30	≥35	≥40
1,69		45,6	48,5	52,8	71,4	85,6	99,9	114,2	

Clasificación: **NORMAL** 58 kg



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2010-1-3675

© Ministerio de Salud, 2012
Av. Salaverry cuadra 6 s/n, Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud, 2012
Capeo Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú.
Teléfono: (511) 748-0000
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Dirección Ejecutiva de Prevención
de Riesgo y Daño Nutricional
Jr. Tizón y Suero 276, Jesús María,
Teléfono: (511) 748-0000 anexo 8825
Lima, Perú, 2012. 3ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

ANEXO 06

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL

Género	Riesgo		
	Bajo	Alto	Muy alto
Hombre	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	< 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fuente: Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta – 2012.

ANEXO 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014					
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>¿Cuál es la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL.</u> Determinar y analizar los hábitos alimentarios asociados al estado nutricional del personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las características del cómo son los hábitos alimentarios del personal de salud de la micro red Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014 ▪ Reconocer los hábitos alimentarios del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014 ▪ Identificar el estado nutricional del personal de salud de la microred virgen del Carmen, Bambamarca – 2014 	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>H^a: Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014</p> <p>H^o: No existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional del personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2014</p>	<p>Variable independiente Hábitos alimentarios</p> <p>Variable dependiente Estado nutricional</p>	<p>– Evaluación objetiva</p> <p>– Encuesta</p>	<p>– Cuestionario de hábitos alimentarios. (anexo 2)</p> <p>– Ficha de datos (anexo 3)</p> <p>– Tabla de pesos y tallas correspondiente a los valores límites recomendados del IMC según clasificación de la valoración nutricional antropométrica para personas adultas. (anexo 5)</p> <p>– la tabla de clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal (anexo 6)</p>

