UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022

TESIS

Para Optar el Grado Académico de Licenciada en Nutrición y Dietética

AUTORA:

Br. Alemán Espinoza, Dircia Suelly

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Presidenta: Mg. Balgélica Cervantes Rujel _____

Secretarioa: Mg. Felicitas Eumelia Tapia Cabrera _____

Vocal: Mg. Luz María Delgado Medina _____

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Los suscritos declaramos que el proyecto de tesis es original en su contenido y forma:

Autora: Alemán Espinoza, Dircia Suelly _____

Asesor: Mg. José Miguel Silva Rodríguez _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARÍA ACADÉMICA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Tumbes, a los 23 días del mes noviembre del dos mil veintidós, siendo las 17:00 horas, y en la modalidad virtual, a través de la plataforma Zoom cuyo: https://us02web.zoom.us/j/89985428568?pwd=aVYxYXdhSUdteHFAdXRQc22ZeWE2QT09 , se reunieron el Jurado Calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado por **RESOLUCIÓN N°454-2022/UNTUMBES-FCS-D** la **Mg. Balgelica Antazara Cervantes Rujel (Presidenta), Mg. Felicitas Eumelia Tapia Cabrera (Secretaria)** y la **Mg. Luz María Delgado Medina, (Vocal),** reconociendo en la misma resolución, además, al **Mg. José Miguel Silva Rodríguez** como asesor, se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada: **"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASPECTO NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL I CARLOS CORTÉZ JIMÉNEZ - ESSALUD, TUMBES 2022"** para optar el Título Profesional en Nutrición y Dietética, presentado por tal: **Estudiante/Bach. ALEMAN ESPINOZA, DIRCIA SUELLY.** concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte del sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a la: **Estudiante/Bach. ALEMAN ESPINOZA, DIRCIA SUELLY.** con calificativo Bueno.

En consecuencia, queda **APTO** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del título profesional en Nutrición y Dietética, de conformidad con lo estipulado en la Ley Universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes. Siendo las 18 horas y 40 minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma virtual, procediendo a firmar el acta en presencia del público.

Tumbes, 23 de noviembre del 2022

Mg. Balgelica Antazara Cervantes Rujel
DNI 29645154
Presidenta

Mg. Felicitas Eumelia Tapia Cabrera
DNI 18842939
Secretaria

Mg. Luz María Delgado Medina
DNI 42548845
Vocal

cc.
Jurado (03)
Asesor
Co-asesor
Interesado
Archivo (Decanato)
MPMO/Decano

Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez – ESSALUD, Tumbes 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%	29%	3%	12%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	2%
4	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	2%
5	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	2%
6	docplayer.es Fuente de Internet	2%
7	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	2%
8	worldwidescience.org	

	Fuente de Internet	2%
9	revistaderecho.ucn.cl Fuente de Internet	1%
10	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
11	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	www.cocmed.sld.cu Fuente de Internet	1%
13	Submitted to Von Steuben Metropolitan Science Center Trabajo del estudiante	1%
14	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
15	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
16	infocielo.com Fuente de Internet	1%
17	amaresrespetar.blogspot.com Fuente de Internet	1%
18	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
19	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	

		<1%
20	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1%
21	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
22	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
23	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
24	www.scielo.br Fuente de Internet	<1%
25	www.iuhpe.nyu.edu Fuente de Internet	<1%
26	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1%
27	historico.elsalvador.com Fuente de Internet	<1%
28	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1%
29	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1%
30	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja	<1%

Trabajo del estudiante

31	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
32	Submitted to Universidad Santiago de Cali Trabajo del estudiante	<1%
33	revmedicaelectronica.sld.cu Fuente de Internet	<1%
34	documents.mx Fuente de Internet	<1%

Asesor: Mg. José Miguel Silva Rodríguez

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 15 words
Excluir bibliografía	Activo		

Dedicatoria:

La presente tesis, se la dedico a mis grandes amores como es Deisy, mi madre que con sus sabios consejos siempre sabe guiarme, mis hijos: Carlos, Brinny, Fabian cuya paciencia fue muy valiosa para poder lograr esta meta, ellos son mi motivo de superación, a mis hermanos en especial mi hermana Mirna por enseñarme a no bajar los brazos nunca en incontables ocasiones, a mi esposo Edinson Carlos por estar a mi lado en todo momento y apoyarme en cada logro de mi vida, a mis queridos suegros Rosa y Gumercindo por creer en mí siempre y brindarme todo su apoyo ,nada hubiera sido posible sin ustedes, para todos mi amor infinito y gratitud.

Dircia Alemán Espinoza

Agradecimiento:

En primer lugar, agradezco a Dios por la vida, la salud y mi familia son lo mas sagrado que tengo por ser mis principales motivadores de lucha y perseverancia.

Un reconocimiento muy importante a mi asesor Mg. José Miguel Silva Rodríguez quien a través de sus valiosos conocimientos supo guiar y orientarme en el desarrollo del presente proyecto de investigación la cual me permitieron alcanzar los objetivos de esta tesis, para el mi gratitud y respeto. y a todas las personas que de alguna manera me ayudaron a realizar esta meta.

Dircia Alemán Espinoza

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN …….. ix
ABSTRACT ……. x
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN…… 11
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA……..... 14
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS……..... 28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN…… 36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES…….. 54
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES……...…….. 56
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 57
CAPÍTULO VIII: ANEXOS…….. 63

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022……. 36
Cuadro 2. Distribución de datos de la dimensión: Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento……. 38
Cuadro 3. Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor…… 40
Cuadro 4. Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional……. 42
Cuadro 5. Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional…… 44
Cuadro 6. Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022…… 46
Cuadro 7. Estadístico de prueba: Dimensión Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento…… 47
Cuadro 8. Estadístico de prueba: Dimensión Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento…… 48
Cuadro 9. Estadístico de prueba: Dimensión Factores de riesgo del estado nutricional……. 49
Cuadro 10. Estadístico de prueba: Dimensión Higiene Alimentaria…….. 50

INDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022…… 36
Gráfico 2. Distribución de datos de la dimensión: conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento…… 38
Gráfico 3. Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor……... 40
Gráfico 4. Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional……. 42
Gráfico 5. Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional……. 44

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia…….…… 63
Anexo 2. Consentimiento informado…….. 65
Anexo 3. Cuestionario de Pretest y Postest……. 66
Anexo 4. Evidencia fotográfica de la aplicación del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional…… 69
Anexo 5. Informe de originalidad…… 70

RESUMEN

El objetivo general consistió determinar la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Se trabajo con una población muestral de 69 adultos mayores. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. La metodología de la investigación es de diseño pre experimental y es de tipo prospectivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Los datos fueron procesados mediante el software IBM SPSS STATISTICS 26. Entre los resultados más destacados se evidenció que: i) Durante el pretest el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 51 participantes (equivalente al 74%), sin embargo, después de haber aplicado el programa se obtuvo un predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), ii) La categoría "Malo" predomino en todas las dimensiones durante el pretest: *Conceptos generales,* (55%), *Alimentación saludable del adulto mayor* (80%), *Factor de riesgo del estado nutricional* (70%) e Higiene Alimentaria (83%) respectivamente; iii) Después de aplicar el programa se obtuvo un predomino de la categoría "Bueno" para cada una de las dimensiones: *Conceptos generales,* (94%), *Alimentación saludable del adulto mayor* (97%), *Factor de riesgo del estado nutricional* (93%) e Higiene Alimentaria (97%) respectivamente. Finalmente, la autora concluye que si existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. (p = 0,00) y con un nivel de significancia del 0.05%.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, efectividad de un programa nutricional.

ABSTRACT

The general objective was to determine the effectiveness of the program in the care of the elderly in the nutritional aspect at Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. We worked with a sample population of 69 elderly. The technique used was the survey and the instrument the questionnaire. The research methodology is of pre-experimental design and is prospective cross-sectional, with a quantitative approach. The data was processed using the IBM SPSS STATISTICS 26 software. Among the most outstanding results it was shown that: i) During the pretest the level of knowledge that prevailed in the population was "Bad", with a frequency of 51 participants (equivalent to 74%), however, after applying the program, the "Good" category predominated in the first place, with a frequency of 67 participants (equivalent to 97%), ii) The "Bad" category predominated in all the dimensions during the pretest: General concepts, (55%), Healthy eating of the elderly (80%), Risk factor of nutritional status (70%) and Food Hygiene (83%) respectively; iii) After applying the program, a predominance of the "Good" category was obtained for each of the dimensions: General concepts, (94%), Healthy eating of the elderly (97%), Risk factor of nutritional status (93 %) and Food Hygiene (97%) respectively. Finally, the author concludes that there is effectiveness of the program in the care of the elderly in the nutritional aspect at Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. ($p = 0.00$) and with a significance level of 0.05%.

KEY WORDS: Older adult, effectiveness of a nutritional program.

I. INTRODUCCIÓN

Al En la mayoría de los países, la población de edad mayor de 60 años se está incrementando más rápido que cualquier otro grupo; este aspecto, generado por el aumento de la esperanza de vida y por el descenso de la tasa de fecundidad así como por los avances en la atención médica, impone un reto para la sociedad y los sistemas de salud, ya que es en este período del ciclo de la vida cuando se presentan, en mayor medida, las enfermedades crónicas, causadas por el propio deterioro funcional y por las interacciones propias de las dolencias[1].

En el envejecimiento, la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que pueden hacer que la dinámica cotidiana del adulto se altere, también aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, que van desde la desnutrición hasta el sobrepeso y la obesidad[2].

Por tal razón, la nutrición vista como el factor más influyente en la salud de los adultos mayores, y es que es un aspecto vital a tener en cuenta en la intervención por parte del personal de nutrición, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que tienen su base en la modificación de hábitos y conductas para incorporar otras como: la realización de actividad física regular, disminución del consumo de alcohol o tabaco y la adopción de una dieta saludable adaptada a las necesidades propias del envejecimiento. Estas acciones deben ser parte de un tratamiento conjunto en el mantenimiento integral de la salud y control de las enfermedades crónicas, para proporcionar así una mejor calidad de vida al individuo en donde se pueda adaptar a su nueva condición[3].

A nivel nacional, la población adulto mayor en el Perú representa el 10%, siendo así que todos los años aumentan en 3.3%.

En relación al año 2017 se evidencio que 2 907 138 de adultos mayores, presentaban una alta prevalencia de obesidad, sobrepeso y desnutrición, estas cifras generaron preocupación ya que lo que se desea es que la persona tenga una adultez sin complicaciones de enfermedades no trasmisibles, logrando un estilo de vida saludable y actividad física. De la misma manera, en los departamentos como Lima, Arequipa y Moquegua, existen un mayor porcentaje de esta etapa de vida, en el Perú, se detalla que en el año 2021 la población adulto mayor crecería a 3 727 000, pero como sabemos que se ha visto profundamente afectada desde fines del año 2019, por el covid19, no han logrado el 3.3%de aumento sino en un gran deceso[4].

A nivel regional en el año 2019, la Dirección Regional de Salud Tumbes, estimó que la población total es de 253 137 habitantes, de la cual 8.5 % son mayores de 60 años[5].

Tumbes no se aleja de la realidad descrita en los párrafos anteriores, motivo por el cual surge el interés por indagar sobre las características que poseen este grupo poblacional de adultos mayores y de explorar respecto a sus hábitos de alimentación debido a los cambios que se presentan durante esta etapa y que interfiere en su alimentación. En tal sentido, se ha tomado como referencia el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del Distrito de Aguas Verdes, perteneciente al gobierno descentralizado de la Municipalidad Distrital de Aguas Verdes que, a través de sus servidores, funcionarios y personal de salud generan actividades en forma de prevención, promoción y atención, dirigido a personas adultas mayores de este Distrito[4]. En tal sentido, y basándonos en la realidad descrita es que nos planteaos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022?

En tal sentido, la relevancia social se basa en el beneficio de la salud del adulto mayor través de los conocimientos que se le impartan sobre una correcta alimentación, y de esa manera contribuir a la reducción de problemas nutricionales como la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

El valor teórico de la presente investigación se fundamenta en que la intervención educativa incrementa el nivel de conocimiento en el adulto mayor y de esa manera contribuir a mejorar su calidad de vida.

La relevancia práctica del estudio radica en que al desarrollar la intervención educativa se va a generar nuevos conocimientos en el adulto mayor mejorando los estilos de vida saludable, promoviendo el autocuidado de la salud, cambiar hábitos alimentarios y se busca mejorar los conocimientos sobre una correcta alimentación.

La relevancia metodológica es importante porque el instrumento servirá de guía para futuras investigaciones que se realicen. Así mismo a través de los resultados obtenidos habrá un sustento científicamente sobre el tipo de conocimiento que poseen en relación alimentación saludable, así mismo se podrá diseñar, establecer y realizar estrategias adecuadas a solucionar la presente problemática, de esta manera aportamos conocimientos, sirviendo de base para la mejora en la salud; así como para futuros trabajos de investigación lo cual beneficiará al crecimiento y desarrollo de la profesión.

Cabe destacar que, la investigación tuvo como objetivo general, determinar la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Así mismo, los objetivos específicos fueron: Identificar los conocimientos generales sobre, el proceso del envejecimiento, alimentación saludable, factores de riesgos que afectan el estado nutricional y la higiene alimentaria en la población en estudio.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Bases teóricas – científicas

La intervención educativa es la acción intencionada que conlleva a realizar acción es para el logro del desarrollo integral del educando en beneficio para la salud". Para el logro de la intervención, existe un sujeto llamado educador el cual realiza una acción para lograr un propósito, mediante un lenguaje claro, sencillo y directo; en orden para lograr un acontecimiento a futuro como meta. Asimismo, está determinada por una serie de fases: fase de planeación, la cual comprende conocer el problema y diseñar la solución; fase de implementación, comprende emplear las diversas actividades que conforman la propuesta de intervención educativa; fase de evaluación, comprende el seguimiento al emplear las diferentes actividades y la fase de socialización – difusión, comprende la toma de conciencia del problema en el individuo[6].

La planificación de una intervención educativa debe considerar elementos como: la naturaleza de la intervención (que es lo que se va a realizar); origen y fundamento (porque se va a realizar); objetivos (para que se va a realizar); metas (cuanto se quiere realizar); metodología (como se va a realizar); recursos humanos (quienes lo van a realizar), recursos financieros (el dinero que se gastará); evaluación (cuales van a ser los criterios que se utilizarán para su evaluación). El diseño y elaboración de una intervención educativa deberá comprender los objetivos ya definidos, los recursos y medios para lograrlos, estrategias de acción establecidas (número de sesiones - método de trabajo), una temporalización de actuaciones (las sesiones que se organizaron teniendo el horario)[6].

Existen cuatro tipos de intervención en salud: intervención educativa para promover la salud, intervención educativa para la prevención de enfermedades, intervención educativa para mejorar la salud en la enfermedad, intervención educativa para la recuperación de la salud[8]. Asimismo, el conocimiento puede medirse por niveles, estableciéndose, así como bueno, regular y deficiente[9].

Alto: Llamado también “optimo”, caracterizado por un adecuado aprendizaje, en donde las intervenciones son positivas, las ideas y los pensamientos son claros[9].

Medio: Denominado también “medianamente logrado”, caracterizado por una incorporación parcial de ideas manifestadas, nociones básicas y emite otras, en donde se sugieren correcciones para un mejor logro de objetivos y la modificación es esporádica con las ideas básicas de un tema o materia[9].

Bajo: Estimado como “pésimo”, en donde las ideas son desordenadas, caracterizado por una inadecuada manifestación cognitiva en la expresión de nociones básicas, las ideas no son precisas ni adecuadas, acerca del fundamento lógico[9].

Autocuidado del adulto mayor:

Del mismo modo, el concepto de autocuidado ha cobrado gran importancia en estos últimos años y exige una atención personalizada que identifique falencias, fortalezas del sujeto para asistirlo, apoyarlo o asesorarlo de acuerdo a la situación que presente. Es un proceso dinámico que está dirigido a la persona como tal. Se define como autocuidado a las actividades que realizan los individuos, familia o comunidad, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando esta exista o restablecer la salud. Dichas experiencias en muchos de ellos favorecen una atención integral, que atienda sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales, ecológicas, productivas, culturales, recreativas y sanitarias, debido a que son un grupo funcional y socialmente vulnerables[10].

Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad descansan en la educación para la salud, disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con relación a la salud. A través del proceso educativo las personas de edad pueden incorporar a su vida diaria, conductas para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su calidad de vida, tendiendo a abandonar los estilos y conductas que le son perjudiciales[11].

El cuidado del Adulto Mayor siempre ha sido un interrogante para todos, es el momento especial de la vida en que se destacan todas las experiencias obtenidas y se logra el equilibrio espiritual más perfecto al que puede aspirar el ser humano, es su constante búsqueda durante el camino de la existencia. Por tanto, merece especial importancia la atención del Adulto Mayor, por constituir un grupo vulnerable debido a sus características particulares de cambios biológicos y psicosociales los que ocurren en forma automática y diferenciables según la edad, factores de carácter intrínseco (genético), extrínseco (ambientales, sociales y económicos)[12].

Es importante recalcar que el adulto mayor es una etapa de vida que esta predispuesta a muchos cambios fisiológicos que afectan directamente a su estado nutricional, entre ellos tenemos[13]:

La piel: Es el órgano más complejo del cuerpo, con los años pierde fuerza y elasticidad, presenta una disminuida cantidad de agua, se observan pliegues y arrugas debido a la pérdida de grasa. Aumenta la sensación de dolor y variaciones de temperatura[13].

Cavidad oral: Esta conformado por una serie de órganos que participan en el proceso de alimentación como son: labios, dientes y paladar, entre otros. Con la edad, la cavidad bucal se modifica, el esmalte del diente se desgasta, las encías que dan soporte al diente se deterioran exponiéndose las raíces dentales y en ocasiones hay pérdida de la propia dentadura, se presenta disminución de la saliva, esto demora el acto de comer ya que hace que el

adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio y ser tragado[13].

El sistema digestivo: Transforma los alimentos en el organismo para que puedan ser absorbidos y utilizados. Hay alteraciones en la deglución y masticación[13].

Sistema musculo-esquelético: Es la estructura de sostén del cuerpo, protege algunos órganos importantes y es el que permite el movimiento. Está constituido por huesos, músculos, articulaciones y cartílagos. En el proceso de envejecimiento puede haber disminución del tono, fuerza y elasticidad del tejido muscular[13].

Cambios en los patrones dietéticos: Las personas mayores son muy vulnerables desde el punto de vista nutricional, la reducción del número de comidas, la no ingesta de ciertos grupos de alimentos, hace que sea más fácil que puedan caer en un estado de desnutrición. También presentan una pérdida de interés por la comida, posiblemente por las alteraciones sensoriales, la sensación de hambre se reduce y se sacian más rápidamente, por todo esto se debe intentar potenciar las cualidades organolépticas de los alimentos para hacerlos más apetitosos. En muchas ocasiones, la mala nutrición es consecuencia de no utilizar los cubiertos adecuados, sobre todo en personas con problemas articulares en las manos[14].

Factores de riesgo:

De igual manera existen cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor, entre los principales factores de riesgo encontramos[15]:

Factores físicos: Los cuales comprenden problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, déficit mental, deterioro sensorial, e hipofunción digestiva[15].

Factores fisiológicos: Como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones de Fármacos - nutrientes, y la declinación de los requerimientos energéticos con el paso de los años[15].

Factores alimenticios: Debido, a la dieta de los ancianos, a menudo es restringida en frutas y verduras frescas, por esta razón, es necesario que tengan suplementos vitamínicos y minerales, ya que pueden mejorar la inmunidad y disminuir las infecciones en el adulto mayor[15].

Factores psicosociales: Sobresalen la pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, estilos de vida, soledad, depresión y anorexias[15].

Factores ambientales: En el caso de los adultos mayores, que conviven con sus familias, no suelen presentar malnutrición, pero si riesgo de malnutrición. El detectar problemas nutricionales en este grupo es complejo ya que, muchos de ellos no asisten a sus citas médicas, por ello van a ir aumentando los factores asociados a los problemas nutricionales[15].

Alimentación saludable:

Las necesidades de salud de los adultos mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticado s o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas[16].

Entre los principales requerimientos nutricionales que se resaltan en el adulto mayor encontramos[14]:

Hidratos de carbono simples o refinados (azúcares): no debe superar el 10-12% del aporte energético total. Se absorben rápidamente y elevan la glucemia de forma rápida = Índice Glicémico Alto. Tienen un valor calórico alto (400-500 Kcal./100 g). Entre ellos encontramos: [14].

Hidratos de carbono complejos (almidones): deben representar el 85-90% del aporte energético total. Son de absorción lenta y elevan la glucosa de forma gradual y menos intensa = Índice Glicémico Bajo[14].

Lípidos (Grasas): Cada gramo de grasas (lípidos), aporta 9 kilocalorías. Las grasas han suponer el 30- 35% del aporte energético total. Dan sabor y palatabilidad a los alimentos, pero tienen un alto aporte energético, por ello debemos consumirlas de forma racional. Entre ellos se destacan: i) Grasas saturadas: generalmente de origen animal (carne, embutidos, leche entera, mantequilla, etcétera) o en algunos vegetales (coco y palma). No deben sobrepasar el 7-10% del aporte energético total, ii) Grasas mono-insaturadas: de origen vegetal o animal (aceite de oliva y de colza, aceitunas, aguacate, pollo, etcétera), iii) Grasas poli-insaturadas: (aceite de girasol, de soja, cacahuetes, pescado azul, etcétera). La grasa omega 3 están presentes en el aceite de linaza y en algunos pescados como la caballa el salmón y el atún[14].

Proteínas: Cada gramo aporta 4 kilocalorías. Han de suponer el 12-15% del aporte energético total (1-1,2 g/kg de peso). Algunos factores inherentes al proceso de envejecimiento, como la disminución de la masa magra corporal, la perdida de la capacidad funcional, el descenso de la actividad física, la reducción de la ingesta calórica global y el aumento de la frecuencia de enfermedades, pueden condicionar los requerimientos proteicos, debiendo suplementarse ante estos procesos[14].

Minerales: i) Calcio: el aporte diario en los mayores ha de ser 1.200 mg en el hombre y 1.300 mg en la mujer, pues esencial para prevenir la

osteoporosis, especialmente en mujeres; ii) Fósforo: la ingesta diaria recomendada en los mayores se cifra en unos 1.000- 1.500 mg, iii) Hierro: en el organismo se localiza formando parte de la hemoglobina. Los requerimientos de hierro disminuyen en los mayores, cifrándose en torno a 8 mg/día, porque aumentan sus depósitos y porque en las mujeres no existe la pérdida menstrual, iv) Selenio: ejerce un efecto antioxidante junto con las vitaminas E y A. La ingesta diaria se cifra en 55-75 mg, v) Sodio: el sodio interviene en el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico y en la transmisión de los impulsos nerviosos. Las personas mayores aumentan las pérdidas de sodio por orina. La ingesta diaria recomendada es de 5-6 gramos, no recomendando restricciones por debajo de 2-3 gramos al día, ya que las dietas muy restrictivas limitan la elección de alimentos, disminuyen el apetito y causan aversión[14].

Vitaminas: i) Vitamina A: Es esencial para la visión y en la adaptación a la oscuridad. La ingesta recomendada es de unos 900 µg para el hombre y de 700 µg para las mujeres. Los alimentos ricos en vitamina A son la leche, las verduras de hoja verde, los tomates, las zanahorias y los pimientos, ii) Vitamina D: se recomienda aumentar la ingesta diaria a 10 µg para los menores de 70 años, y a 15 µg para los mayores de 70 años, iii) Vitamina k: Actúa como factor en la síntesis de algunas proteínas en el hígado, entre ellos, los factores de coagulación. La ingesta recomendada está entre los 70-140 mg/día. La dieta normal aporta entre 300-500 mg/día, por lo que el déficit suele ser raro, iv) Ácido fólico: es esencial para la síntesis de ácidos nucleídos y para el metabolismo de los aminoácidos. La ingesta diaria recomendada es de 400 µg. Los déficits de folatos son frecuentes en los mayores, especialmente en los que tienen problemas gastrointestinales que cursan con una menor absorción[14].

Higiene alimentaria:

Para una adaptación dietética adecuada, debemos siempre: i) Asegurar la correcta nutrición e hidratación (menú balanceado), ii) Asegurar fuentes proteicas de alto valor biológico; carnes magras (pollo, pescado, ternera y claras de huevo), iii) Aporte suficiente de fibra, que se encuentra en cereales integrales, vegetales, de preferencia crudos (que pueden rayarse o picarse), y frutas con cáscara, iv) Tener en cuenta el aporte de vitaminas y minerales: calcio, fósforo, potasio y vitaminas del complejo B (productos lácteos, frutas, carnes y pescados), v) Individualizar la consistencia de los alimentos y de los líquidos, de acuerdo con la capacidad de masticación, texturas suaves como purés, mousses, gelatinas, budines y cremas, vi) Optar por alimentos de consistencia blanda y de fácil deglución, como pan suave, frutas de cáscara blanda, carnes blancas, vii) Presentar los alimentos de forma atractiva, viii) Vigilar rutinariamente el estado nutricional: a. Datos antropométricos (composición corporal): peso, circunferencia de brazo, pierna y cintura. b. Parámetros bioquímicos: glucosa, colesterol, triglicéridos y albúmina, ix) Control de la ingestión de alimentos; en este punto es útil observar la cantidad de alimentos que se ingiere durante el día, de modo que sean suficientes para cubrir sus necesidades energéticas[17].

Del mismo modo, la higiene de los alimentos, refiere a las prácticas empleadas en la manipulación para conservarlos limpios a fin de evitar enfermedades. Estas enfermedades representan una grave amenaza para la salud, afectando principalmente a los niños y niñas, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad.

Cabe destacar, que la contaminación de los alimentos no sólo depende del establecimiento donde se produce el producto, sino que también puede provenir de los manipuladores de estos productos, así como de los procesos de elaboración utilizados. Entre ellos encontramos[18]:

> Las personas. Normalmente las personas portan bacterias en la nariz, la boca, el intestino, las manos y la piel. Es frecuente encontrar bacterias en

las manos sucias, la saliva de personas enfermas, las heridas como rasguños, raspones, etc[18].

Los residuos. Los recipientes con desperdicios son muy contaminantes, ya que se dejan a veces durante horas a temperatura ambiente, lo que favorece el crecimiento de microorganismos. Los insectos y roedores que van a las basuras también pueden contaminar los alimentos[18].

Los alimentos crudos. Suelen estar contaminados con bacterias y parásitos. Hay que cocinarlos a la temperatura adecuada para que desaparezcan[18].

El agua. Sobre todo, el agua no potable. Aunque el agua potable contiene gérmenes a los que el ser humano está acostumbrado, no obstante, cuando se viaja hay que tener especial cuidado con ésta (los gérmenes del agua varían de una población a otra). Además, hay lugares en donde la verdura y la fruta se riega con aguas residuales y donde los animales beben agua de ríos contaminados[18].

Las plagas. Los animales transportan gérmenes y suciedad en sus patas y en su cuerpo. Están siempre donde hay alimentos y basura y viven en alcantarillas, desagües, materia descompuesta, deposiciones, etc., lo que las convierte en una fuente de contaminación muy importante[18].

Los animales domésticos. Los pelos y las plumas de los animales domésticos contienen un gran número de bacterias, en muchos casos dañinas[18].

Dentro de las principales medias de seguridad para la manipulación de alimentos encontramos 5 consejos básicos que se pueden instaurar, estos son[19]:

Clave 1: Mantenga la limpieza. La mayoría de los microorganismos peligrosos están presentes ampliamente en el suelo, el agua, los animales y las personas. Estos microorganismos se encuentran en las manos, los paños de limpieza y los utensilios, especialmente las tablas de cortar, y el menor

contacto puede conllevar su transferencia a los alimentos y provocar enfermedades de transmisión alimentaria. Para contrarrestar esto se debe: i) Lavarse las manos antes de preparar alimentos y con frecuencia durante su preparación, ii) Lavarse las manos después de ir al baño, iii) Lave y desinfecte todas las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos, iv) Proteja los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales[19].

Clave 2: Separe alimentos crudos y cocinados. Los alimentos crudos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave y el pescado y sus jugos, pueden contener microorganismos peligrosos que pueden transferirse a otros alimentos durante la preparación y conservación de los mismos. Ante ello, se debe tener en cuenta: i) Separar las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos, ii) Usar equipos y utensilios diferentes, como cuchillos y tablas de cortar, para manipular alimentos crudos, iii) Conservar los alimentos en recipientes para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados[19].

Clave 3: Cocine completamente. Con una cocción adecuada se pueden matar casi todos los microorganismos peligrosos. Se ha demostrado en estudios que cocinar los alimentos hasta que alcancen una temperatura de 70°C puede contribuir a garantizar su inocuidad para el consumo. Existen alimentos cuya cocción requiere una atención especial, como la carne picada, los redondos de carne asada, los trozos grandes de carne y las aves enteras. En ese sentido, se recomienda: i) Cocinar completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado, ii) Hervir los alimentos como sopas y guisos para asegurarse de que han alcanzado los 70°C. En el caso de las carnes rojas y de ave, asegúrese de que los jugos sean claros y no rosados. Se recomienda el uso de un termómetro[19].

Clave 4: Mantenga los alimentos a temperaturas segura. Los microorganismos se pueden multiplicar con mucha rapidez si los alimentos se conservan a temperatura ambiente. A temperaturas inferiores a los 5°C o

superiores a los 60°C, el crecimiento microbiano se ralentiza o se detiene. Algunos microorganismos peligros pueden todavía crecer por debajo de los 5°C. Se recomienda principalmente: i) No dejar alimentos cocinados a temperatura ambiente durante más de 2 horas, iii) Refrigerar lo antes posible los alimentos cocinados y los perecederos (preferiblemente por debajo de los 5°C), iv) Mantener la comida muy caliente (a más de 60°C) antes de servir, v) No guardar alimentos durante mucho tiempo, aunque sea en el refrigerador, vi) No descongele los alimentos a temperatura ambiente[19].

2.2. Antecedentes

Internacional:

A nivel internacional se destaca el estudio de, Gonzales D., Gualdrón M. y López G[20], con su investigación titulada "Desarrollo del programa de atención integral del adulto mayor Centro de Bienestar de Girón". Colombia 2016. La investigación estuvo conformada por una muestra de 48 adultos mayores. Para la recolección de datos se realizaron pruebas de pre y post test. Los autores finalmente concluyen con: i) Se desarrollaron todas las sesiones educativas programadas a los adultos mayores como fueron la terapia de reminiscencia, estimulación cognoscitiva, entrenamiento de memoria, orientación de la realidad, ayuda con los autocuidados: Alimentación, ayuda con los autocuidados: Vestir/Arreglo personal, ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene y ayuda con los autocuidados: Inodoro en un lapso de 3 meses, en el centro de bienestar del adulto mayor, ii) Los adultos mayores asistentes a las sesiones educativas evidenciaron aspectos como: interés, participación, conocimiento e independencia a partir de la educación suministrada, ya que se observó por medio de participación; manifestado en cambios de hábitos en el vestido, higiene, alimentación y en actividades para la memoria para el propio bienestar del adulto mayor.

Barreto Y, Enríquez C, Velásquez V[21]. con su estudio titulado, "Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos", Colombia, 2017. Tuvo como objetivo: Evaluar la efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos

culturalmente diversos. Así mismo, la investigación es de tipo cuantitativa, analítico, a partir de los resultados de tres estudios cuasiexperimentales de grupos de cuidadores familiares de personas ancianas dependientes funcionalmente. Se conto con una muestra de 88 cuidadores de tres municipios: Bogotá, Cáqueza y Guapi. Entre los principales resultados se destaca que el programa educativo tuvo un efecto estadísticamente significativo en la carga de cuidado de los cuidadores de Cáqueza (valor p 0.014), posiblemente porque el programa responde a una de las necesidades prioritarias de estos cuidadores que es el cuidado de sí mismos, contrario al encontrado en Bogotá y Guapi. Los autores concluyen: El logro de resultados estadísticamente significativos en las cuidadoras de Cáqueza sugiere que ellas cuentan con una mejor red de apoyo familiar y vecinal, por eso asumen la asistencia al programa con mayor dedicación, integralidad y disposición de tiempo.

Guzmán E, Maya E, López D, eat al[22], con su investigación titulada: “Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados”, México 2017. Tuvo como objetivo: analizar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado y condiciones de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 adultos mayores jubilados de la ciudad de Hidalgo México, con un promedio de edad de 69 años, con acceso a servicios de salud. El resultado más relevante fue: Que se observaron diferencias significativas ($p < 0.05$) en los estados funcional, depresivo, nutricional y se disminuyó el riesgo de sufrir caídas, mientras que el estado cognitivo no presentó modificación. Finalmente se concluye: Los hallazgos presentados demuestran que la capacitación adecuada y el empoderamiento de las acciones de autocuidado, pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida.

<u>Nacional:</u>

Dentro del contexto nacional encontramos a Gonzales E. y Guevara R[23]. con su tesis titulada: “Efectividad del programa educativo: cuidando nuestra salud en el nivel de autocuidado del adulto mayor”. Trujillo, 2020. La investigación es de tipo cuantitativa –pre experimental de corte longitudinal. Estuvo conformada por una

muestra de 50 adultos mayores. La técnica que se empleo para la recolección de datos fue el test y post test. Del mismo modo, se tuvo en cuenta que las sesiones educativas abordaron temas como: Nutrición, Actividad y Ejercicio, Prevención del Estrés, Descanso y Sueño, Autoconcepto y Autoestima. Los principales resultados fueron: Los resultados del pre test muestran que el 36 por ciento tuvo un nivel de autocuidado deficiente, el 62 por ciento un nivel de autocuidado regular y el 2 por ciento un nivel de autocuidado alto. Posteriormente al programa educativo se aplicó el post test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 68 por ciento mientras que el 32 por ciento presentó nivel de autocuidado regular. Finalmente, las autoras concluyeron que el programa educativo si fue efectivo.

Chaca Y, Chambergo Y, Correa A[24], con su investigación titulada: "Efecto de un programa educativo virtual sobre cuidado básico del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del hospital Carrión, Callao 2020". Callao 2020. El estudio es de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 25 familiares de pacientes geriátricos hospitalizados. La técnica utilizada fue el programa educativo virtual y la aplicación de un cuestionario antes y después del programa educativo, debidamente validado mediante juicio de expertos. Entre los principales resultados, encontramos: La alimentación del adulto mayor debe ser variada, individual y acorde a sus necesidades en un alto porcentaje de 28% no observado y en el post test un 32% siempre; la alimentación debe ser fraccionada 3 veces al día tuvo un 32% siempre y en el post test un 48% siempre; los alimentos con mayor importancia para el AM son carnes, menestras, frutas y verduras tuvo un 36% no observado y en el post test un 32% casi siempre. Finalmente, los autores concluyen: Esta investigación ha demostrado que

Romero Y. y Zuñe L[25]. con su estudio titulado, "Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013" Guadalupe 2013. Es una investigación básica no experimental de tipo descriptivo correlacional. Del mismo modo, El universo muestral estuvo constituido por 45 adultos mayores de 60 años a más. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: El Pre test y Pos test. Entre los principales resultados se destacan: ¡ Los resultados del pre test, mostraron que el 53 por ciento presentó un nivel de autocuidado Alto y el 47 por ciento presentó un

nivel de autocuidado Regular; posteriormente al programa educativo se aplicó el pos test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 100 por ciento mientras que ninguno presento un nivel de autocuidado regular y bajo. La autora finalmente concluye: si existe efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable.

Estrella K, Falcon D[26], con su estudio titulado: “Efectividad de la promoción de estilos de vida saludable en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M – Municipalidad Provincial de Pasco, 2015”, Cerro de Pasco, 2015. El diseño aplicado es el experimental del tipo cuasi experimental. La población muestral estuvo conformada por 80 adultos mayores. Las autoras concluyen: Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, muestra en un 72,50% (48) que el programa fue efectivo, seguido del 20,0% (16) que muestra un programa medianamente efectivo y un 7,50% (6) que muestra un programa no efectivo

Regional:

A nivel departamental no se han encontrado estudios relacionados a las variables en estudio.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo prospectivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo y diseño de tipo pre-experimental que corresponde al pre y post test en un solo grupo[27].

3.2. Diseño de investigación:

El diseño de investigación es pre experimental. Este tipo de diseño garantizó una adecuada validez interna del estudio; la validez del experimento se dio también por la realización de un pre test y post test[27].

El esquema es el siguiente:

O1——— X——— O2

Dónde:

X = Variable (Intervención Educativa)
O1 = Medición pre-experimental de la variable
O2 = Medición post-experimental de la variable

3.3. Formulación de hipótesis:

H_1: Si existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

H_0: No existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

3.4. Variables:

Variable única: Efectividad de la intervención del cuidado nutricional.

Definición conceptual: Es un elemento de la promoción de la salud y de la educación para la salud que consiste en una serie de 4 sesiones educativas, tienen como fin idóneo la mejora al acceso de información mediante herramientas, que permiten organizar y dirigir el trabajo por el educador en salud, para lograr la mejorar del cuidado nutricional en el adulto mayor.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Efectividad de la intervención del cuidado nutricional.	Es un elemento de la promoción de la salud y de la educación para la salud que consiste en una serie de 4 sesiones educativas, tienen como fin idóneo la mejora al acceso de información mediante herramientas, que permiten	Aplicación de una serie de acciones educativas que, junto a un pre y post test, permitirán obtener un resultado preciso sobre la efectividad de la intervención del cuidado nutricional en el adulto mayor[7].	Conocimientos de cuidado nutricional	- Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento - Alimentación saludable del adulto mayor - Factores de riesgo que afectan el estado nutricional del adulto mayor - Higiene alimentaria	Malo (0 – 06) Regular (07 – 12) Bueno (13 – 18)	Cuestionarios de pre y post test.

	organizar y dirigir el trabajo por el educador en salud, para lograr la mejorar del cuidado nutricional en el adulto mayor[6].					

3.6. Población, muestra, muestreo:

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 247 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes.

MUESTRA

Es un subconjunto de toda la población, con la cual se realizó la investigación[26]. En tal sentido, la muestra estuvo conformada por 69 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes.

MUESTREO

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, en donde, se aplicará la fórmula de muestra para población finita:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{Z^2pqN}}{\mathbf{(N-1)e^2 + Z^2pq}}$$

Donde:

N : 247 adultos mayores afiliados al ESSALUD.

Z : 1.96 valor “Z” normal estándar al 95 % de confianza.

p : Probabilidad de éxito 0.50

q : 1- p Probabilidad de fracaso 0.50

e : Tolerancia de error 0.1 %

Aplicando la fórmula para estimar la muestra:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{1.96^2(0.5)(0.5)(247)}}{\mathbf{(247-1)(0.1)^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)}}$$

$\mathbf{n = 69}$ **adultos mayores afiliados al ESSALUD.**

3.7. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años.
- Adultos mayores que estén en pleno uso de sus facultades mentales.
- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.

3.8. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no sean usuarios de ESSALUD.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en el proyecto de investigación.
- Adultos mayores que presenten dificultades de comprensión o de lectura que les impida emitir una opinión.

3.9. Técnicas de recolección de datos

TÉCNICAS:

La técnica que se utilizó para realizar el presente proyecto de investigación en la recolección de datos, fue la encuesta, esta técnica buscó indagar la percepción que tiene el adulto mayor sobre el programa de alimentación según las variables de investigación.

INSTRUMENTO:

El instrumento para la obtención de los datos será el cuestionario, el cual estará constituido por preguntas formuladas según los indicadores de cada variable.

El cuestionario de conocimientos sobre cuidados nutricionales en el adulto mayor fue elaborado por la autora, mismo que se sometió a un proceso de confiabilidad y análisis de validez del contenido. El cuestionario en mención se aplicó como un pre test e inmediatamente de culminada la intervención educativa se aplicó como un pos test.

El cuestionario en mención estuvo constituido por 16 ítems, con un puntaje de 20 puntos y estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- Concepto general: 1 – 4 items
- Factores de riesgo: 5 – 8 items
- Alimentación Saludable: 9 – 11 items
- Higiene Alimentaria: 12 – 18 items

Cabe destacar que la escala de valoración estará determinada de la siguiente manera:

- Respuesta correcta = 01 punto
- Respuesta incorrecta = 00 puntos

3.10. Procesamiento y análisis estadístico

Se procesaron los datos obtenidos en los cuadros estadísticos según las variables. Dado que será un estudio descriptivo simple, con una variable cualitativa, se calculará la distribución porcentual en frecuencias absolutas y relativas. Una vez tabulados los datos, estos serán procesados e interpretados teniendo en cuenta las

bases teóricas de la presente investigación, finalmente se procederá a la redacción del informe final de la tesis de investigación.

3.11. Aspectos éticos

Autonomía: De manera oportuna, las personas que participaron en la investigación, fueron informadas acerca del objetivo de la investigación, así como también se les hizo alcance de un consentimiento informado para que pueden firmarlo de ser el caso deseen participar.

Beneficencia: La investigación permitió recopilar datos reales en relación respecto a la efectividad que poseerá un programa de cuidado nutricional en el adulto mayor, estos datos permitieron que el sector salud y el gobierno puedan ejecutar intervenciones oportunas.

No maleficencia: Se garantizó que la integridad de los participantes sea respetada de forma absoluta, siendo así, que la información obtenida de los mismos, fue estrictamente confidencial.

Justicia: Los participantes fueron tratados de forma igualitaria sin hacer uso de actos discriminatorios, respetando siempre sus derechos, y brindándoles un trato apropiado tanto antes, durante y después del programa aplicado.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

PROGRAMA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASPECTO NUTRICIONAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	2	3	67	97
REGULAR	16	23	2	3
MALO	51	74	0	0
TOTAL	69	100	69	100

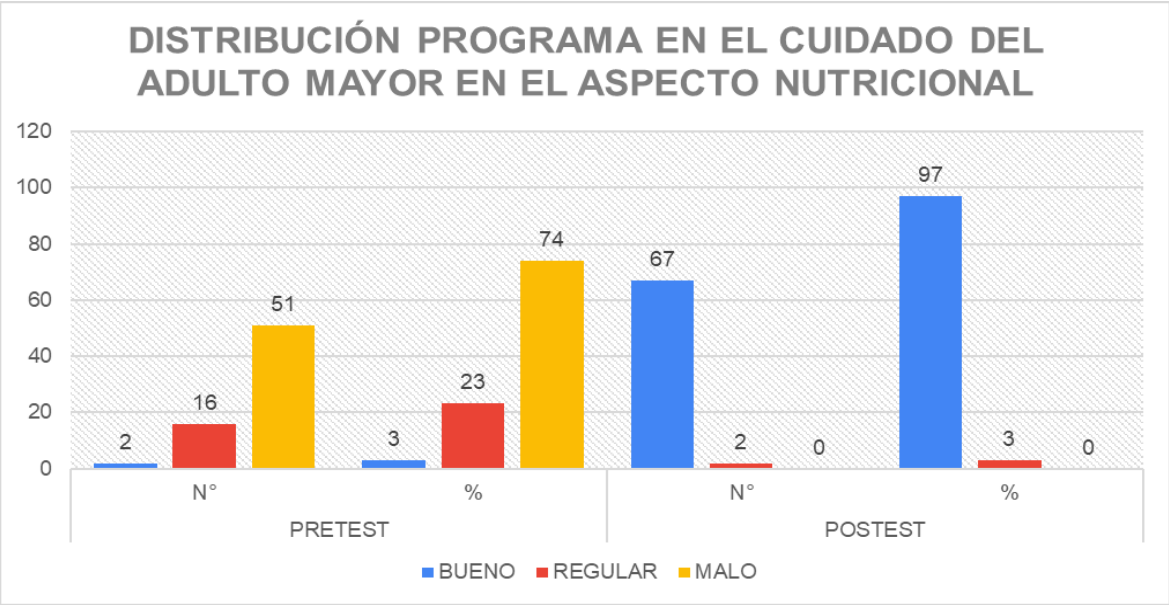

Gráfico 1: Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

De acuerdo al cuadro 1, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el “Malo”, con una frecuencia de 51 participantes (equivalente al 74%), en segundo lugar, predomino la categoría “Regular” con una frecuencia de 16 participantes (equivalente al 23%), finalmente la última categoría fue “Bueno”, con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría “Bueno”, con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría “Regular”, con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría “Malo” después de haber aplicado el programa.

Cuadro 2: Distribución de datos de la dimensión: Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

DIMENSIÓN: CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	13	19	65	94
REGULAR	18	26	4	6
MALO	38	55	0	0
TOTAL	69	100	69	100

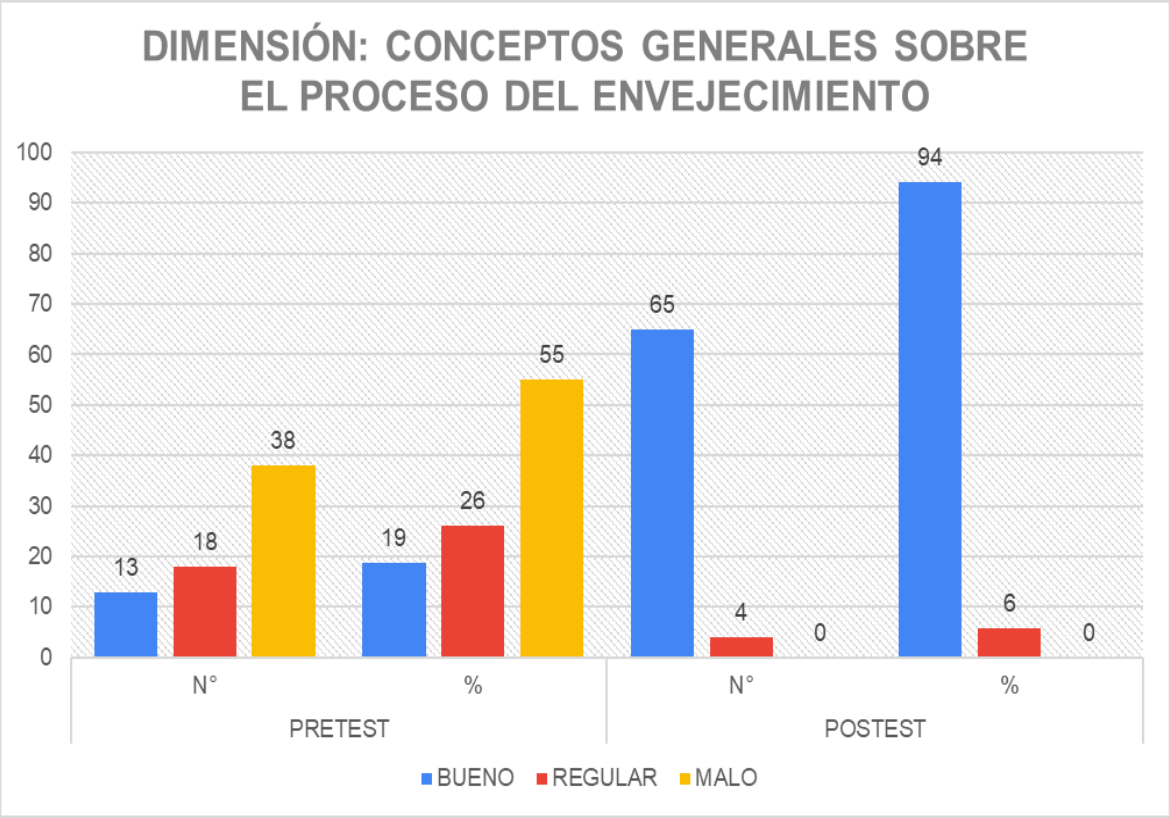

Gráfico 2: Distribución de datos de la dimensión: conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

De acuerdo al cuadro 2, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al

iniciar con el pretest, en la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el “Malo”, con una frecuencia de 38 participantes (equivalente al 55%), en segundo lugar, predomino la categoría “Regular” con una frecuencia de 18 participantes (equivalente al 26%), finalmente la última categoría fue “Bueno”, con una frecuencia de 13 participantes (equivalente al 19%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría “Bueno”, con una frecuencia de 65 participantes (equivalente al 94%), seguido de la categoría “Regular”, con una frecuencia de 4 participantes (equivalente al 6%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría “Malo” después de haber aplicado el programa.

Cuadro 3: Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor.

DIMENSIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	4	6	67	97
REGULAR	10	14	2	3
MALO	55	80	0	0
TOTAL	69	100	69	100

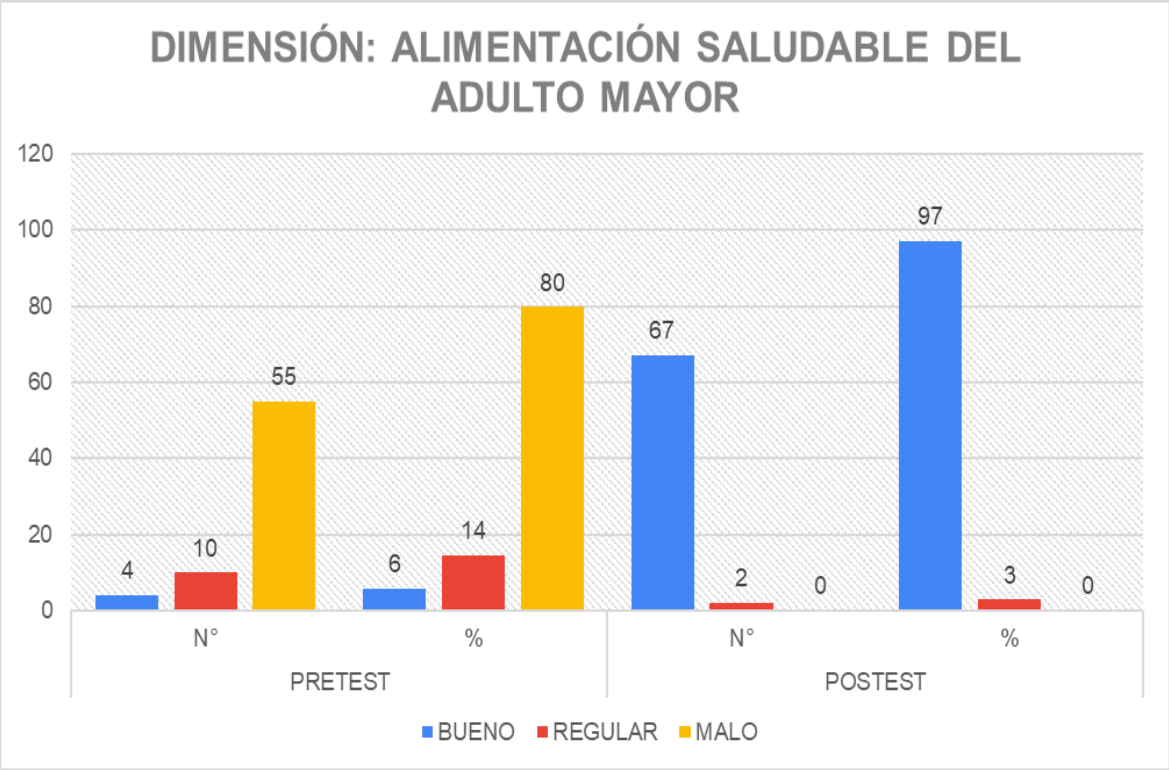

Gráfico 3: Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor.

De acuerdo al cuadro 3, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el “Malo”, con una frecuencia de 55 participantes (equivalente al 80%), en segundo lugar, predomino la categoría “Regular” con una frecuencia de 10 participantes

(equivalente al 14%), finalmente la última categoría fue “Bueno”, con una frecuencia de 4 participantes (equivalente al 6%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría “Bueno”, con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría “Regular”, con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría “Malo” después de haber aplicado el programa.

Cuadro 4: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO DEL ESTADO NUTRICIONAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	8	12	64	93
REGULAR	13	19	5	7
MALO	48	70	0	0
TOTAL	69	100	69	100

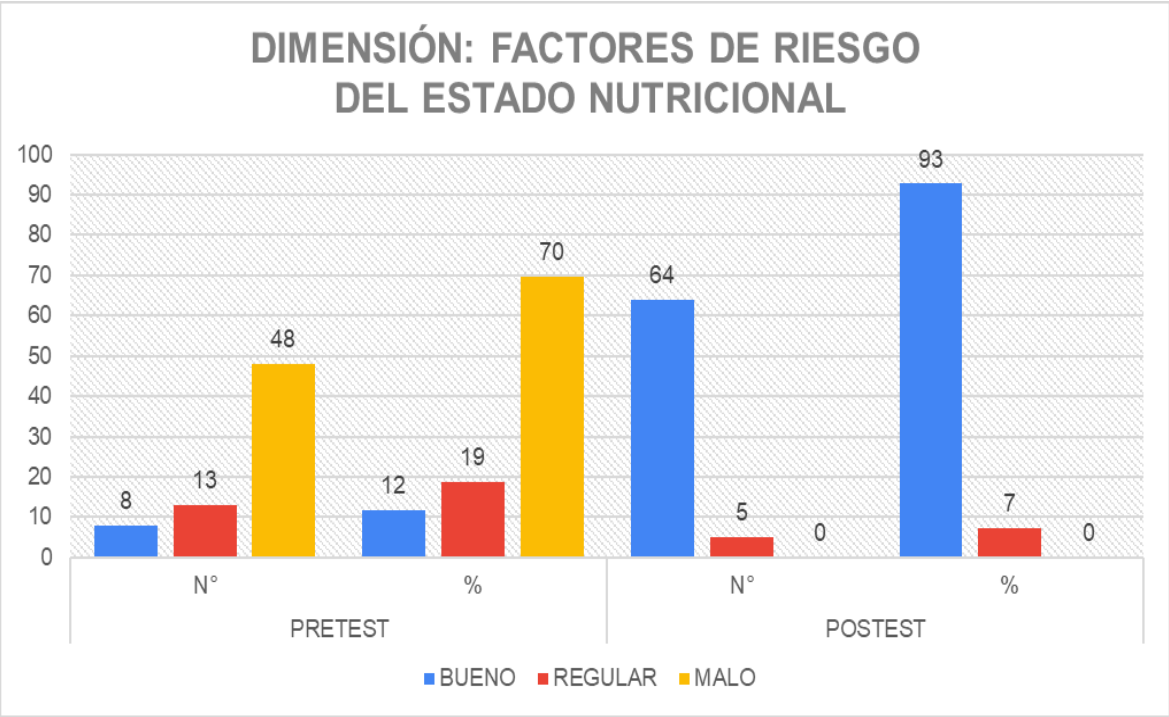

Gráfico 4: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

De acuerdo al cuadro 4, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto

nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Factor de riesgo del estado nutricional*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el “Malo”, con una frecuencia de 48 participantes (equivalente al 70%), en segundo lugar, predomino la categoría “Regular” con una frecuencia de 13 participantes (equivalente al 19%), finalmente la última categoría fue “Bueno”, con una frecuencia de 8 participantes (equivalente al 12%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Factor de riesgo del estado nutricional*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría “Bueno”, con una frecuencia de 64 participantes (equivalente al 93%), seguido de la categoría “Regular”, con una frecuencia de 5 participantes (equivalente al 7%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría “Malo” después de haber aplicado el programa.

Cuadro 5: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

DIMENSIÓN: HIGIENE ALIMENTARIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	11	16	67	97
REGULAR	1	1	2	3
MALO	57	83	0	0
TOTAL	69	100	69	100

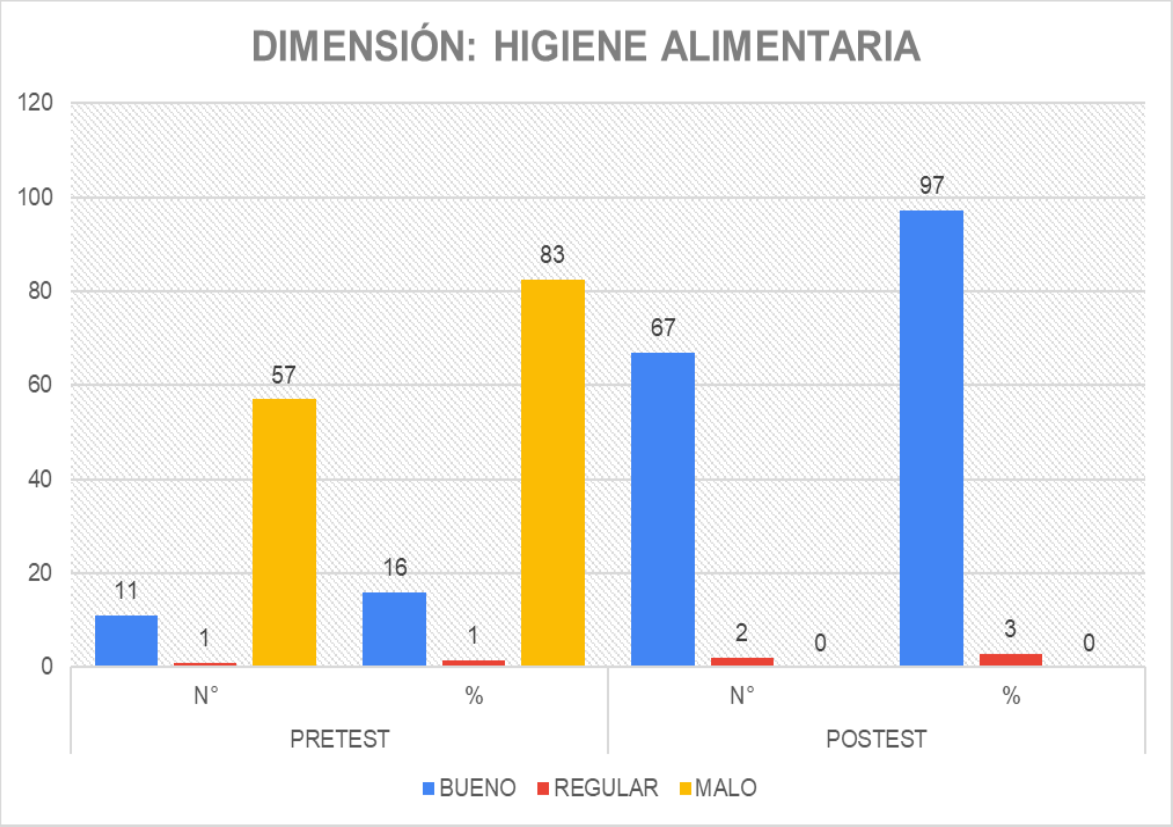

Gráfico 5: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

De acuerdo al cuadro 5, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al

iniciar con el pretest, en la dimensión *Higiene Alimentaria*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el “Malo”, con una frecuencia de 57 participantes (equivalente al 83%), en segundo lugar, predomino la categoría “Bueno” con una frecuencia de 11 participantes (equivalente al 16%), finalmente la última categoría fue “Regular”, con una frecuencia de 1 participantes (equivalente al 1%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Higiene Alimentaria*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría “Bueno”, con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría “Regular”, con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría “Malo” después de haber aplicado el programa.

Cuadro 6: Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
POSTEST - PRETEST	Rangos negativos	0[a]	,00	,00
	Rangos positivos	66[b]	33,50	2211,00
	Empates	3[c]		
	Total	69		

a. POSTEST < PRETEST

b. POSTEST > PRETEST

c. POSTEST = PRETEST

Estadísticos de prueba[a]

	POSTEST - PRETEST
Z	-7,420[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados obtenidos fueron sometidos al estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon, mismo que es aplicado en las pruebas no paramétricas para relacionar dos muestras emparejadas y cuya variable de respuesta es ordinal o cuantitativa. Es importante mencionar que un valor de P (Sig. asintótica. (bilateral)) menor a 0.05 permita aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

En tal sentido, los resultados evidenciados en el cuadro 6, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se

rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para determinar que si existe una efectividad significativa del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 7: Estadístico de prueba: Dimensión Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) - DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)	Rangos negativos	0[a]	,00	,00
	Rangos positivos	54[b]	27,50	1485,00
	Empates	15[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) < DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

b. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) > DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

c. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) = DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]

	DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) - DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)
Z	-6,669[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 7, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 8: Estadístico de prueba: Dimensión Alimentación saludable del adulto mayor.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) - DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	5,50	5,50
	Rangos positivos	64[b]	33,43	2139,50
	Empates	4[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) < DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

b. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) > DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

c. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) = DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]

	DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) - DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)
Z	-7,558[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 8, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Alimentación saludable del adulto mayor* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 9: Estadístico de prueba: Dimensión Factores de riesgo del estado nutricional.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) - DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	7,50	7,50
	Rangos positivos	59[b]	30,89	1822,50
	Empates	9[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) < DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

b. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) > DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

c. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) = DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]

	DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) - DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)
Z	-7,093[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 9, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Factores de riesgo del estado nutricional* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 10: Estadístico de prueba: Dimensión Higiene Alimentaria.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) - DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	2,00	2,00
	Rangos positivos	58[b]	30,48	1768,00
	Empates	10[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) < DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

b. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) > DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

c. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) = DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]

	DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) - DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)
Z	-7,491[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 10, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Higiene Alimentaria* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

4.2. DISCUSIÓN

Se puede constatar que los resultados evidenciados en el cuadro 6, nos permite demostrar que el valor de p es igual a 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022 si fue efectivo.

En tal sentido, los hallazgos encontrados permiten afirmar que los programas educativos mejoran el nivel de conocimientos. Y es que en el cuadro 1, se puede verificar la distribución tanto de frecuencia como de porcentajes obtenido por los participantes antes y después de haber sido aplicado el programa (Pretest y postest), en tal sentido, los valores obtenidos en el pretest reflejaron que solo 2 participantes (3%) tuvieron un nivel de conocimiento “Bueno”, 16 participantes (23%) tuvieron un nivel “Regular” y 51 participantes (74%) obtuvieron un nivel “Malo”. lo que indicaría que gran parte de la población estudiada no conocen sobre aspectos importantes de una alimentación saludable tales como su definición y los diferentes tipos de alimentos que deben ser incluidos en las comidas para ser considerada una alimentación sana, completa y equilibrada. Sin embargo, los resultados obtenidos después del programa educativo reflejaron un incremento positivo en cuanto al cuidado nutricional del adulto mayor, obtenido 67 participantes (97%) un nivel “Bueno” y solo 2 participantes (3%) un nivel “Regular”, lo cual demostraría la efectividad del programa en mención.

Estos resultados coinciden con los propuestos por Guzmán E, Maya E, López D, eat al[22], quienes en su estudio evidenciaron que a través de una capacitación adecuada y el empoderamiento de las acciones de autocuidado, pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, y es que se registraron diferencias significativas ($p < 0.05$) en los estados funcional, depresivo, nutricional y se disminuyó el riesgo de sufrir caídas, mientras que el estado cognitivo no presentó modificación después de impartir la capacitación.

Así mismo, se concuerda con los resultados de Romero Y. y Zuñe L[25]. Quienes encontraron que el 53 por ciento de adultos mayores presentó un nivel de

autocuidado Alto y el 47 por ciento presentó un nivel de autocuidado Regular antes de la aplicación del programa; sin embargo, posteriormente a ello se observó que el nivel de autocuidado alto llegó al 100 por ciento mientras que ninguno presento un nivel de autocuidado regular y bajo. Estos resultados permitieron a las autoras concluir con que si existe efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable.

También se encontró concordancia con Gonzales D., Gualdrón M. y López G[20] quienes en su investigación demostraron los adultos mayores asistentes a las sesiones educativas evidenciaron aspectos como: interés, participación, conocimiento e independencia a partir de la educación suministrada, ya que se observó por medio de participación; manifestado en cambios de hábitos en el vestido, higiene, alimentación y en actividades para la memoria para el propio bienestar del adulto mayor. Esto reflejaría que el programa tuvo una respuesta positiva frente a sus estilos de vida.

Del mismo modo la presente investigación, logro evidenciar un aumento positivo en el nivel de conocimiento entre las dimensiones antes y después de la aplicación del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Siendo así que en el cuadro 7, 8, 9 y 10 se observa un que el valor de p es igual a 0.000 con un nivel de significancia del 5% para cada una de las dimensiones en estudio. Estos resultados permitieron dar un mayor realce a la información, dado que se pudo demostrar el impacto positivo que represento para cada dimensión la aplicación del programa para el cuidado nutricional dirigido al adulto mayor.

Estos resultados se asemejan con los de Gonzales E. y Guevara R[23], quienes en su investigación demostraron que el pre test muestran que el 36% de los participantes obtuvieron un nivel de autocuidado deficiente, el 62% un nivel de autocuidado regular y el 2% un nivel de autocuidado alto. Posteriormente al programa educativo se aplicó el post test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 68 por ciento mientras que el 32 por ciento presentó nivel de

autocuidado regular. Concluyendo así que el programa educativo si fue efectivo para cada una de sus dimensiones.

V. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos del presente estudio de investigación, permitieron concluir:

1. Se concluye que si existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022, dado que, de acuerdo con el estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

2. En relación a la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

3. En relación a la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

4. En relación a la dimensión *Factores de riesgo del estado nutricional,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

5. En relación a la dimensión *Higiene alimentaria,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

VI. RECOMENDACIONES

Coordinar acciones con el sector salud, donde realicen Programas Educativos con énfasis en Autocuidado, a fin de mejorar la salud del adulto mayor de esta manera ejercer un mayor control sobre la misma y poder otorgarle un envejecimiento saludable y pleno.

Realizar investigaciones en el adulto mayor, considerando la aplicación de los Programas Educativos, utilizando otras variables, como estrategia para promover su bienestar integral y mejorar su calidad de vida.

Continuar promoviendo la salud con estudios de programas educativos, con la finalidad e importancia de conocer las necesidades de los adultos mayores que por razones ilógicas dejan de lado la salud de este grupo etario, logrando de esta forma detectar de manera oportuna los riesgos, alteraciones o trastornos para definir las intervenciones específicas para el logro máximo de sus potencialidades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe de un Grupo Científica de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:
   http://bit.ly/1NyqJiQ

2. Díaz A, Luna A, Revidiego M. Personas de edad avanzada y nutrición. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al., compiladores. Investigación en Salud y Envejecimiento. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Capítulo 21; 2014. p. 135-9.

3. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Universidad de La Sabana. Colombia. Enferm. univ vol.14 no.3 Ciudad de México jul./sep. 2017.
   Disponible en:
   http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199

4. Flores D. Hábitos alimentarios y estado nutricional del adulto mayor del programa preventivo ESSALUD de Tumbes, 2021. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2021.
   Disponible en:

   https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/2415/TESIS%20-%20FLORES%20YOVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5. García J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2020.
Disponible en:
https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/2000/TESIS%20-%20GARC%c3%8dA%20CAYAO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Gallo E, Canales D. Efectividad de una intervención educativa alimentaria en los conocimientos de madres de niños con anemia en el distrito de Pampas de Hospital – Tumbes 2019. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2019.
Disponible:
https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/993/TESIS%20-%20GALLO%20Y%20TORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Canales A, Navarro K. Efectividad de una intervención educativa sobre factores de riesgo relacionados al parto pretérmino en un puesto de salud de Tumbes-2019. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2019.
Disponible en:
http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/860/TESIS%20-%20CANALES%20Y%20NAVARRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Jordán M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Universidad de Ciencias Médicas Matanzas. Matanzas. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.4 Matanzas jul.-ago. 2011.
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400017

9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas y Servicios de Salud.
Disponible en:
https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud

10. Romero R, Zuñe L. Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. 2013.
Disponible en:
https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7677/TESIS%20-%20EFECTIVIDAD%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Marín P. y Cols. (2000). Valoración geriátrica ambulatoria de 2.116 Adultos Mayores pobres. Revista Médica de Chile. Santiago, Chile. Pág. 609 - 14.

12. Cabanes L. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. 2005. (Acceso el 18 de Julio del 2022).
Disponible en:
https://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion

13. Manual de autocuidado del adulto mayor. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. 1a. ed. -- Managua: INSS, 2006.
Disponible en:
https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf

14. Nutrición en el anciano: Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 1era edición. Grupo ICM Comunicación. Madrid. 2013.
Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guia_NESTLE.pdf

15. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Tafur J, Guerra M., Carbonell A. Eat. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 13 - Nº 5, 2018.
Disponible en:
https://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf

16. Lineamientos para la atención integral de la salud de las personas adultas mayores. Ministerio de Salud. Perú. 2005.
Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/922_DGSP197.pdf

17. Mimiaga C, Trujillo Z. Nutrición y Vejez, Rev. Ciencia. Marzo. 2011.
Disponible en:
https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/07_Nutricion.pdf

18. Martínez M. Higiene y seguridad para la manipulación de alimentos. Editorial Síntesis S.A. Madrid. 2014.
Disponible en:
https://www.sintesis.com/data/indices/9788490770177.pdf

19. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. 2007.
Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43634/9789243594637_spa.pdf

20. Gonzales D., Gualdrón M. y López G. Desarrollo del programa de atención integral del adulto mayor Centro de Bienestar de Girón. Universidad Cooperativa De Colombia Sede Bucaramanga. Colombia. 2016.
Disponible en:
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/184/1/PROGRAMA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf

21. Barreto Y, Enríquez C, Velásquez V. Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Rev. MedUNAB, vol. 20, núm. 1, pp. 28-38, 2017.
Disponible en:
https://www.redalyc.org/journal/719/71964822003/html/

22. Guzmán E, Maya E, López D, eat al. Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. Salud & Sociedad. Vol. 8. N° 1. 2017.
Disponible en:
https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1634/pdf

23. Gonzales E. y Guevara R. Efectividad del programa educativo: cuidando nuestra salud en el nivel de autocuidado del adulto mayor. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. 2020.
Disponible en:
https://1library.co/document/wq24npey-efectividad-programa-educativo-cuidando-salud-nivel-autocuidado-adulto.html

24. Chaca Y, Chambergo Y, Correa A. Efecto de un programa educativo virtual sobre cuidado básico del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del hospital Carrión, Callao 2020. Universidad Nacional del Callao. Lima. 2020.
Disponible en:
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5453/CORREA%2C%20CHAMBERGO%2C%20CORREA%2C%20FCS%202DA%20ESPEC%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Romero Y. y Zuñe L. Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013. Universidad Nacional de Trujillo. Guadalupe. Perú. 2013.
Disponible en:
https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7677/TESIS%20-%20EFECTIVIDAD%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Estrella K, Falcon D. Efectividad de la promoción de estilos de vida saludable en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M – Municipalidad Provincial de Pasco, 2015. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco. Perú. 2015.
Disponible en:
http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/189/1/T026_45000467T.pdf

27. Hernández S, et al. Metodología de la Investigación [Internet]. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2010.
Disponible en:
http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sextaedicion.compressed.pdf

VIII. ANEXOS

Anexo 1

"MATRIZ DE CONSISTENCIA"

TÍTULO: Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	METODOLOGIA
¿Cuál es la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez -	**General:** Determinar la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. **Específicos:**	Efectividad de la intervención del cuidado nutricional.	Conocimientos de cuidado nutricional	- Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento - Alimentación saludable del adulto mayor - Factores de riesgo que afectan el estado nutricional del adulto mayor	Cuestionario	Tipo y diseño de investigación: Pprospectivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo y diseño de tipo pre-experimental. Población: La población estuvo constituida por

ESSALUD, Tumbes 2022?	- Identificar los conocimientos generales sobre el proceso del envejecimiento. - Identificar los conocimientos generales sobre alimentación saludable en el adulto mayor. - Identificar los conocimientos sobre factores de riesgos que afectan el estado nutricional del adulto mayor. - Identificar los conocimientos sobre higiene alimentaria.			- Higiene alimentaria		247 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes. <u>Muestra:</u> Estuvo conformada por 69 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes.

Anexo 2

“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Estimado participante, expongo ante usted:

Soy bachiller egresada de la Universidad Nacional de Tumbes - Escuela de Nutrición y Dietética, la cual que está ejecutando una investigación titulada Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el ESSALUD, Tumbes 2022. El estudio tiene una **participación de carácter voluntario y confidencial,** garantizando así que los nombres y apellidos de quienes participen no serán utilizados en ningún informe cuando los resultados de investigación sean publicados. La participación para esta investigación, consiste en el desarrollo de 01 encuesta, en donde se indicará con una “X” la respuesta que más los identifiquen.

En función a lo leído, si desea participar completar la siguiente información:

Yo……. identificado con DNI ……. declaro haber recibido y entendido la información brindada para el desarrollo del cuestionario. En tal sentido y en pleno uso de mis facultades mentales, expongo que **BRINDO DE FORMA VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO** para participar en el estudio Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el ESSALUD, Tumbes 2022, a cargo de la Bachiller Alemán Espinoza, Dircia Suelly.

Sí ( ) No ( )

_____

FIRMA

Tumbes…….. de…….., 2022

Anexo 3

“CUESTIONARIO PRE Y POS TEST”

Indicaciones: Se recomienda marcar con una EQUIS (X), las respuestas que usted considere son las correctas.

I. DIMENSIÓN: CONCEPTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

1. ¿A partir de qué edad se considera adulto mayor?
   a. Entre los 50 y 60 años
   b. Entre los 50 y 58 años
   c. Entre los 60 años en adelante

2. ¿Cuáles son los cambios en los patrones dietéticos del adulto mayor?
   a. Inapetencia y saciedad rápida.
   b. Ansiedad al comer.
   c. Se intensifican los sabores y olores de la comida.

3. Marque Verdadero (V) o Falso (F) en el siguiente enunciado:
   - La piel con los años pierde fuerza y elasticidad, debido a la disminución de la cantidad de agua (v)

4. ¿Durante el envejecimiento, dentro de la cavidad oral, que se modifica?
   a. Esmalte de dientes desgastado, encías deterioradas, saliva disminuida.
   b. Dientes amarillentos, aliento fuerte, encías sanas.
   c. Aumento de la salivación, dientes completos, fuerza de masticación.

II. DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO

5. ¿Cuáles son los factores físicos que afectan el estado nutricional del adulto mayor?
   a. Masticación, discapacidad, déficit mental.
   b. Pobreza, salivación, trastornos metabólicos.
   c. Deterioro mental, Sobrepeso, Deglución.

6. ¿Cuáles son los factores fisiológicos que afectan el estado nutricional del adulto mayor?
   a. problemas de masticación, salivación y deglución
   b. deterioro sensorial, mal funcionamiento digestivo.
   c. disminución del metabolismo basal, cambios en la composición corporal, interacciones de Fármacos – nutriente.

7. ¿Cuáles son los factores alimenticios que afectan el estado nutricional del adulto mayor?
   a. Limitaciones en la preparación de comida, restricciones en la dieta, variedad limitada de alimentos.
   b. Falta de alimentos, mala higiene de los alimentos.
   c. Escases de alimentos en el mercado.

8. Marque Verdadero (V) o Falso (F) en el siguiente enunciado:
   - El adulto mayor debe suplementarse con vitaminas y minerales para prevenir las infecciones. (v)

III. DIMENSIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE

9. ¿Cuáles son el tipo de carbohidrato que el adulto mayor debe darle prioridad?
   a. Carbohidratos simples: azúcar, pan blanco, galletas.
   b. Carbohidratos complejos: legumbres, pastas, papa, yuca.

10. Las proteínas contribuyen a:
    a. Brindar energía al organismo
    b. Reforzar el sistema inmunológico
    c. Aumentar la masa muscular

11. Marque Verdadero (V) o Falso (F) en el siguiente enunciado:
    - El calcio no ayuda a combatir la osteoporosis en el adulto mayor (F)

IV. DIMENSIÓN: HIGIENE ALIMENTARIA

12. ¿Por qué es importante lavar y cocinar adecuadamente las carnes (pollo, pescado, res, etc)?
    a. Suelen estar contaminados con bacterias y parásitos.
    b. No representan riesgo alguno.
    c. Dar un mejor sabor alimento.

13. Coloque Si o No en los siguientes enunciados:
    a. Utilizar 1 tabla para picar verduras y 1 tabla para picar carnes (si)
    b. Colocar todos los tipos de carnes en un mismo contenedor (no)
    c. Se deben cocinar las carnes con una temperatura mayor a 70 C° (si)
    d. Los alimentos deben refrigerarse a una temperatura menor a 10 C° (no)
    e. Debe lavarse las manos solamente antes de cocinar (no)

f. Los alimentos crudos y cocinados deben encontrarse separados al momento de ser almacenados (si)

¡Muchas gracias por su participación!

Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez – ESSALUD, Tumbes 2022

por Dircia Zuelly Alemán Espinoza

Fecha de entrega: 06-dic-2022 01:57p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1973433573
Nombre del archivo: intr-ref_dir.docx (308.61K)
Total de palabras: 9669
Total de caracteres: 54532

I. INTRODUCCIÓN

Al En la mayoría de los países, la población de edad mayor de 60 años se está incrementando más rápido que cualquier otro grupo; este aspecto, generado por el aumento de la esperanza de vida y por el descenso de la tasa de fecundidad así como por los avances en la atención médica, impone un reto para la sociedad y los sistemas de salud, ya que es en este período del ciclo de la vida cuando se presentan, en mayor medida, las enfermedades crónicas, causadas por el propio deterioro funcional y por las interacciones propias de las dolencias[1].

En el envejecimiento, la persona atraviesa cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que pueden hacer que la dinámica cotidiana del adulto se altere, también aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, que van desde la desnutrición hasta el sobrepeso y la obesidad[2].

Por tal razón, la nutrición vista como el factor más influyente en la salud de los adultos mayores, y es que es un aspecto vital a tener en cuenta en la intervención por parte del personal de nutrición, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que tienen su base en la modificación de hábitos y conductas para incorporar otras como: la realización de actividad física regular, disminución del consumo de alcohol o tabaco y la adopción de una dieta saludable adaptada a las necesidades propias del envejecimiento. Estas acciones deben ser parte de un tratamiento conjunto en el mantenimiento integral de la salud y control de las enfermedades crónicas, para proporcionar así una mejor calidad de vida al individuo en donde se pueda adaptar a su nueva condición[3].

A nivel nacional, la población adulto mayor en el Perú representa el 10%, siendo así que todos los años aumentan en 3.3%.

En relación al año 2017 se evidencio que 2 907 138 de adultos mayores, presentaban una alta prevalencia de obesidad, sobrepeso y desnutrición, estas cifras generaron preocupación ya que lo que se desea es que la persona tenga una adultez sin complicaciones de enfermedades no trasmisibles, logrando un estilo de vida saludable y actividad física. De la misma manera, en los departamentos como Lima, Arequipa y Moquegua, existen un mayor porcentaje de esta etapa de vida, en el Perú, se detalla que en el año 2021 la población adulto mayor crecería a 3 727 000, pero como sabemos que se ha visto profundamente afectada desde fines del año 2019, por el covid19, no han logrado el 3.3%de aumento sino en un gran deceso[4].

A nivel regional en el año 2019, la Dirección Regional de Salud Tumbes, estimó que la población total es de 253 137 habitantes, de la cual 8.5 % son mayores de 60 años[5].

Tumbes no se aleja de la realidad descrita en los párrafos anteriores, motivo por el cual surge el interés por indagar sobre las características que poseen este grupo poblacional de adultos mayores y de explorar respecto a sus hábitos de alimentación debido a los cambios que se presentan durante esta etapa y que interfiere en su alimentación. En tal sentido, se ha tomado como referencia el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) del Distrito de Aguas Verdes, perteneciente al gobierno descentralizado de la Municipalidad Distrital de Aguas Verdes que, a través de sus servidores, funcionarios y personal de salud generan actividades en forma de prevención, promoción y atención, dirigido a personas adultas mayores de este Distrito[4]. En tal sentido, y basándonos en la realidad descrita es que nos planteaos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022?

En tal sentido, la relevancia social se basa en el beneficio de la salud del adulto mayor través de los conocimientos que se le impartan sobre una correcta alimentación, y de esa manera contribuir a la reducción de problemas nutricionales como la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

El valor teórico de la presente investigación se fundamenta en que la intervención educativa incrementa el nivel de conocimiento en el adulto mayor y de esa manera contribuir a mejorar su calidad de vida.

La relevancia práctica del estudio radica en que al desarrollar la intervención educativa se va a generar nuevos conocimientos en el adulto mayor mejorando los estilos de vida saludable, promoviendo el autocuidado de la salud, cambiar hábitos alimentarios y se busca mejorar los conocimientos sobre una correcta alimentación.

La relevancia metodológica es importante porque el instrumento servirá de guía para futuras investigaciones que se realicen. Así mismo a través de los resultados obtenidos habrá un sustento científicamente sobre el tipo de conocimiento que poseen en relación alimentación saludable, así mismo se podrá diseñar, establecer y realizar estrategias adecuadas a solucionar la presente problemática, de esta manera aportamos conocimientos, sirviendo de base para la mejora en la salud; así como para futuros trabajos de investigación lo cual beneficiará al crecimiento y desarrollo de la profesión.

Cabe destacar que, la investigación tuvo como objetivo general, determinar la efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Así mismo, los objetivos específicos fueron: Identificar los conocimientos generales sobre, el proceso del envejecimiento, alimentación saludable, factores de riesgos que afectan el estado nutricional y la higiene alimentaria en la población en estudio.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Bases teóricas – científicas

La intervención educativa es la acción intencionada que conlleva a realizar acción es para el logro del desarrollo integral del educando en beneficio para la salud". Para el logro de la intervención, existe un sujeto llamado educador el cual realiza una acción para lograr un propósito, mediante un lenguaje claro, sencillo y directo; en orden para lograr un acontecimiento a futuro como meta. Asimismo, está determinada por una serie de fases: fase de planeación, la cual comprende conocer el problema y diseñar la solución; fase de implementación, comprende emplear las diversas actividades que conforman la propuesta de intervención educativa; fase de evaluación, comprende el seguimiento al emplear las diferentes actividades y la fase de socialización – difusión, comprende la toma de conciencia del problema en el individuo[6].

La planificación de una intervención educativa debe considerar elementos como: la naturaleza de la intervención (que es lo que se va a realizar); origen y fundamento (porque se va a realizar); objetivos (para que se va a realizar); metas (cuanto se quiere realizar); metodología (como se va a realizar); recursos humanos (quienes lo van a realizar), recursos financieros (el dinero que se gastará); evaluación (cuales van a ser los criterios que se utilizarán para su evaluación). El diseño y elaboración de una intervención educativa deberá comprender los objetivos ya definidos, los recursos y medios para lograrlos, estrategias de acción establecidas (número de sesiones - método de trabajo), una temporalización de actuaciones (las sesiones que se organizaron teniendo el horario)[6].

Existen cuatro tipos de intervención en salud: intervención educativa para promover la salud, intervención educativa para la prevención de enfermedades, intervención educativa para mejorar la salud en la enfermedad, intervención educativa para la recuperación de la salud[8]. Asimismo, el conocimiento puede medirse por niveles, estableciéndose, así como bueno, regular y deficiente[9].

Alto: Llamado también "optimo", caracterizado por un adecuado aprendizaje, en donde las intervenciones son positivas, las ideas y los pensamientos son claros[9].

Medio: Denominado también "medianamente logrado", caracterizado por una incorporación parcial de ideas manifestadas, nociones básicas y emite otras, en donde se sugieren correcciones para un mejor logro de objetivos y la modificación es esporádica con las ideas básicas de un tema o materia[9].

Bajo: Estimado como "pésimo", en donde las ideas son desordenadas, caracterizado por una inadecuada manifestación cognitiva en la expresión de nociones básicas, las ideas no son precisas ni adecuadas, acerca del fundamento lógico[9].

Autocuidado del adulto mayor:

Del mismo modo, el concepto de autocuidado ha cobrado gran importancia en estos últimos años y exige una atención personalizada que identifique falencias, fortalezas del sujeto para asistirlo, apoyarlo o asesorarlo de acuerdo a la situación que presente. Es un proceso dinámico que está dirigido a la persona como tal. Se define como autocuidado a las actividades que realizan los individuos, familia o comunidad, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando esta exista o restablecer la salud. Dichas experiencias en muchos de ellos favorecen una atención integral, que atienda sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales, ecológicas, productivas, culturales, recreativas y sanitarias, debido a que son un grupo funcional y socialmente vulnerables[10].

Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad descansan en la educación para la salud, disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con relación a la salud. A través del proceso educativo las personas de edad pueden incorporar a su vida diaria, conductas para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su calidad de vida, tendiendo a abandonar los estilos y conductas que le son perjudiciales[11].

El cuidado del Adulto Mayor siempre ha sido un interrogante para todos, es el momento especial de la vida en que se destacan todas las experiencias obtenidas y se logra el equilibrio espiritual más perfecto al que puede aspirar el ser humano, es su constante búsqueda durante el camino de la existencia. Por tanto, merece especial importancia la atención del Adulto Mayor, por constituir un grupo vulnerable debido a sus características particulares de cambios biológicos y psicosociales los que ocurren en forma automática y diferenciables según la edad, factores de carácter intrínseco (genético), extrínseco (ambientales, sociales y económicos)[12].

Es importante recalcar que el adulto mayor es una etapa de vida que esta predispuesta a muchos cambios fisiológicos que afectan directamente a su estado nutricional, entre ellos tenemos[13]:

La piel: Es el órgano más complejo del cuerpo, con los años pierde fuerza y elasticidad, presenta una disminuida cantidad de agua, se observan pliegues y arrugas debido a la pérdida de grasa. Aumenta la sensación de dolor y variaciones de temperatura[13].

Cavidad oral: Esta conformado por una serie de órganos que participan en el proceso de alimentación como son: labios, dientes y paladar, entre otros. Con la edad, la cavidad bucal se modifica, el esmalte del diente se desgasta, las encías que dan soporte al diente se deterioran exponiéndose las raíces dentales y en ocasiones hay pérdida de la propia dentadura, se presenta disminución de la saliva, esto demora el acto de comer ya que hace que el

adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio y ser tragado[13].

El sistema digestivo: Transforma los alimentos en el organismo para que puedan ser absorbidos y utilizados. Hay alteraciones en la deglución y masticación[13].

Sistema musculo-esquelético: Es la estructura de sostén del cuerpo, protege algunos órganos importantes y es el que permite el movimiento. Está constituido por huesos, músculos, articulaciones y cartílagos. En el proceso de envejecimiento puede haber disminución del tono, fuerza y elasticidad del tejido muscular[13].

Cambios en los patrones dietéticos: Las personas mayores son muy vulnerables desde el punto de vista nutricional, la reducción del número de comidas, la no ingesta de ciertos grupos de alimentos, hace que sea más fácil que puedan caer en un estado de desnutrición. También presentan una pérdida de interés por la comida, posiblemente por las alteraciones sensoriales, la sensación de hambre se reduce y se sacian más rápidamente, por todo esto se debe intentar potenciar las cualidades organolépticas de los alimentos para hacerlos más apetitosos. En muchas ocasiones, la mala nutrición es consecuencia de no utilizar los cubiertos adecuados, sobre todo en personas con problemas articulares en las manos[14].

Factores de riesgo:

De igual manera existen cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor, entre los principales factores de riesgo encontramos[15]:

Factores físicos: Los cuales comprenden problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, déficit mental, deterioro sensorial, e hipofunción digestiva[15].

Factores fisiológicos: Como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones de Fármacos - nutrientes, y la declinación de los requerimientos energéticos con el paso de los años[15].

Factores alimenticios: Debido, a la dieta de los ancianos, a menudo es restringida en frutas y verduras frescas, por esta razón, es necesario que tengan suplementos vitamínicos y minerales, ya que pueden mejorar la inmunidad y disminuir las infecciones en el adulto mayor[15].

Factores psicosociales: Sobresalen la pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, estilos de vida, soledad, depresión y anorexias[15].

Factores ambientales: En el caso de los adultos mayores, que conviven con sus familias, no suelen presentar malnutrición, pero si riesgo de malnutrición. El detectar problemas nutricionales en este grupo es complejo ya que, muchos de ellos no asisten a sus citas médicas, por ello van a ir aumentando los factores asociados a los problemas nutricionales[15].

Alimentación saludable:

Las necesidades de salud de los adultos mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas[16].

Entre los principales requerimientos nutricionales que se resaltan en el adulto mayor encontramos[14]:

Hidratos de carbono simples o refinados (azúcares): no debe superar el 10-12% del aporte energético total. Se absorben rápidamente y elevan la glucemia de forma rápida = Índice Glicémico Alto. Tienen un valor calórico alto (400-500 Kcal./100 g). Entre ellos encontramos: [14].

Hidratos de carbono complejos (almidones): deben representar el 85-90% del aporte energético total. Son de absorción lenta y elevan la glucosa de forma gradual y menos intensa = Índice Glicémico Bajo[14].

Lípidos (Grasas): Cada gramo de grasas (lípidos), aporta 9 kilocalorías. Las grasas han suponer el 30- 35% del aporte energético total. Dan sabor y palatabilidad a los alimentos, pero tienen un alto aporte energético, por ello debemos consumirlas de forma racional. Entre ellos se destacan: i) Grasas saturadas: generalmente de origen animal (carne, embutidos, leche entera, mantequilla, etcétera) o en algunos vegetales (coco y palma). No deben sobrepasar el 7-10% del aporte energético total, ii) Grasas mono-insaturadas: de origen vegetal o animal (aceite de oliva y de colza, aceitunas, aguacate, pollo, etcétera), iii) Grasas poli-insaturadas: (aceite de girasol, de soja, cacahuetes, pescado azul, etcétera). La grasa omega 3 están presentes en el aceite de linaza y en algunos pescados como la caballa el salmón y el atún[14].

Proteínas: Cada gramo aporta 4 kilocalorías. Han de suponer el 12-15% del aporte energético total (1-1,2 g/kg de peso). Algunos factores inherentes al proceso de envejecimiento, como la disminución de la masa magra corporal, la perdida de la capacidad funcional, el descenso de la actividad física, la reducción de la ingesta calórica global y el aumento de la frecuencia de enfermedades, pueden condicionar los requerimientos proteicos, debiendo suplementarse ante estos procesos[14].

Minerales: i) Calcio: el aporte diario en los mayores ha de ser 1.200 mg en el hombre y 1.300 mg en la mujer, pues esencial para prevenir la

osteoporosis, especialmente en mujeres; ii) Fósforo: la ingesta diaria recomendada en los mayores se cifra en unos 1.000- 1.500 mg, iii) Hierro: en el organismo se localiza formando parte de la hemoglobina. Los requerimientos de hierro disminuyen en los mayores, cifrándose en torno a 8 mg/día, porque aumentan sus depósitos y porque en las mujeres no existe la pérdida menstrual, iv) Selenio: ejerce un efecto antioxidante junto con las vitaminas E y A. La ingesta diaria se cifra en 55-75 mg, v) Sodio: el sodio interviene en el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico y en la transmisión de los impulsos nerviosos. Las personas mayores aumentan las pérdidas de sodio por orina. La ingesta diaria recomendada es de 5-6 gramos, no recomendando restricciones por debajo de 2-3 gramos al día, ya que las dietas muy restrictivas limitan la elección de alimentos, disminuyen el apetito y causan aversión[14].

Vitaminas: i) Vitamina A: Es esencial para la visión y en la adaptación a la oscuridad. La ingesta recomendada es de unos 900 μg para el hombre y de 700 μg para las mujeres. Los alimentos ricos en vitamina A son la leche, las verduras de hoja verde, los tomates, las zanahorias y los pimientos, ii) Vitamina D: se recomienda aumentar la ingesta diaria a 10 μg para los menores de 70 años, y a 15 μg para los mayores de 70 años, iii) Vitamina k: Actúa como factor en la síntesis de algunas proteínas en el hígado, entre ellos, los factores de coagulación. La ingesta recomendada está entre los 70-140 mg/día. La dieta normal aporta entre 300-500 mg/día, por lo que el déficit suele ser raro, iv) Ácido fólico: es esencial para la síntesis de ácidos nucleídos y para el metabolismo de los aminoácidos. La ingesta diaria recomendada es de 400 μg. Los déficits de folatos son frecuentes en los mayores, especialmente en los que tienen problemas gastrointestinales que cursan con una menor absorción[14].

Higiene alimentaria:

Para una adaptación dietética adecuada, debemos siempre: i) Asegurar la correcta nutrición e hidratación (menú balanceado), ii) Asegurar fuentes proteicas de alto valor biológico; carnes magras (pollo, pescado, ternera y claras de huevo), iii) Aporte suficiente de fibra, que se encuentra en cereales integrales, vegetales, de preferencia crudos (que pueden rayarse o picarse), y frutas con cáscara, iv) Tener en cuenta el aporte de vitaminas y minerales: calcio, fósforo, potasio y vitaminas del complejo B (productos lácteos, frutas, carnes y pescados), v) Individualizar la consistencia de los alimentos y de los líquidos, de acuerdo con la capacidad de masticación, texturas suaves como purés, mousses, gelatinas, budines y cremas, vi) Optar por alimentos de consistencia blanda y de fácil deglución, como pan suave, frutas de cáscara blanda, carnes blancas, vii) Presentar los alimentos de forma atractiva, viii) Vigilar rutinariamente el estado nutricional: a. Datos antropométricos (composición corporal): peso, circunferencia de brazo, pierna y cintura. b. Parámetros bioquímicos: glucosa, colesterol, triglicéridos y albúmina, ix) Control de la ingestión de alimentos; en este punto es útil observar la cantidad de alimentos que se ingiere durante el día, de modo que sean suficientes para cubrir sus necesidades energéticas[17].

Del mismo modo, la higiene de los alimentos, refiere a las prácticas empleadas en la manipulación para conservarlos limpios a fin de evitar enfermedades. Estas enfermedades representan una grave amenaza para la salud, afectando principalmente a los niños y niñas, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad.

Cabe destacar, que la contaminación de los alimentos no sólo depende del establecimiento donde se produce el producto, sino que también puede provenir de los manipuladores de estos productos, así como de los procesos de elaboración utilizados. Entre ellos encontramos[18]:

> Las personas. Normalmente las personas portan bacterias en la nariz, la boca, el intestino, las manos y la piel. Es frecuente encontrar bacterias en las manos sucias, la saliva de personas enfermas, las heridas como rasguños, raspones, etc[18].

Los residuos. Los recipientes con desperdicios son muy contaminantes, ya que se dejan a veces durante horas a temperatura ambiente, lo que favorece el crecimiento de microorganismos. Los insectos y roedores que van a las basuras también pueden contaminar los alimentos[18].

Los alimentos crudos. Suelen estar contaminados con bacterias y parásitos. Hay que cocinarlos a la temperatura adecuada para que desaparezcan[18].

El agua. Sobre todo, el agua no potable. Aunque el agua potable contiene gérmenes a los que el ser humano está acostumbrado, no obstante, cuando se viaja hay que tener especial cuidado con ésta (los gérmenes del agua varían de una población a otra). Además, hay lugares en donde la verdura y la fruta se riega con aguas residuales y donde los animales beben agua de ríos contaminados[18].

Las plagas. Los animales transportan gérmenes y suciedad en sus patas y en su cuerpo. Están siempre donde hay alimentos y basura y viven en alcantarillas, desagües, materia descompuesta, deposiciones, etc., lo que las convierte en una fuente de contaminación muy importante[18].

Los animales domésticos. Los pelos y las plumas de los animales domésticos contienen un gran número de bacterias, en muchos casos dañinas[18].

Dentro de las principales medias de seguridad para la manipulación de alimentos encontramos 5 consejos básicos que se pueden instaurar, estos son[19]:

Clave 1: Mantenga la limpieza. La mayoría de los microorganismos peligrosos están presentes ampliamente en el suelo, el agua, los animales y las personas. Estos microorganismos se encuentran en las manos, los paños de limpieza y los utensilios, especialmente las tablas de cortar, y el menor contacto puede conllevar su transferencia a los alimentos y provocar enfermedades de transmisión alimentaria. Para contrarrestar esto se debe: i) Lavarse las manos antes de preparar alimentos y con frecuencia durante

su preparación, ii) Lavarse las manos después de ir al baño, iii) Lave y desinfecte todas las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos, iv) Proteja los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales[19].

Clave 2: Separe alimentos crudos y cocinados. Los alimentos crudos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave y el pescado y sus jugos, pueden contener microorganismos peligrosos que pueden transferirse a otros alimentos durante la preparación y conservación de los mismos. Ante ello, se debe tener en cuenta: i) Separar las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos, ii) Usar equipos y utensilios diferentes, como cuchillos y tablas de cortar, para manipular alimentos crudos, iii) Conservar los alimentos en recipientes para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados[19].

Clave 3: Cocine completamente. Con una cocción adecuada se pueden matar casi todos los microorganismos peligrosos. Se ha demostrado en estudios que cocinar los alimentos hasta que alcancen una temperatura de 70°C puede contribuir a garantizar su inocuidad para el consumo. Existen alimentos cuya cocción requiere una atención especial, como la carne picada, los redondos de carne asada, los trozos grandes de carne y las aves enteras. En ese sentido, se recomienda: i) Cocinar completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado, ii) Hervir los alimentos como sopas y guisos para asegurarse de que han alcanzado los 70°C. En el caso de las carnes rojas y de ave, asegúrese de que los jugos sean claros y no rosados. Se recomienda el uso de un termómetro[19].

Clave 4: Mantenga los alimentos a temperaturas segura. Los microorganismos se pueden multiplicar con mucha rapidez si los alimentos se conservan a temperatura ambiente. A temperaturas inferiores a los 5°C o superiores a los 60°C, el crecimiento microbiano se ralentiza o se detiene. Algunos microorganismos peligros pueden todavía crecer por debajo de los 5°C. Se recomienda principalmente: i) No dejar alimentos cocinados a

temperatura ambiente durante más de 2 horas, iii) Refrigerar lo antes posible los alimentos cocinados y los perecederos (preferiblemente por debajo de los 5°C), iv) Mantener la comida muy caliente (a más de 60°C) antes de servir, v) No guardar alimentos durante mucho tiempo, aunque sea en el refrigerador, vi) No descongele los alimentos a temperatura ambiente[19].

2.2. Antecedentes

Internacional:

A nivel internacional se destaca el estudio de, Gonzales D., Gualdrón M. y López G[20], con su investigación titulada "Desarrollo del programa de atención integral del adulto mayor Centro de Bienestar de Girón". Colombia 2016. La investigación estuvo conformada por una muestra de 48 adultos mayores. Para la recolección de datos se realizaron pruebas de pre y post test. Los autores finalmente concluyen con: i) Se desarrollaron todas las sesiones educativas programadas a los adultos mayores como fueron la terapia de reminiscencia, estimulación cognoscitiva, entrenamiento de memoria, orientación de la realidad, ayuda con los autocuidados: Alimentación, ayuda con los autocuidados: Vestir/Arreglo personal, ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene y ayuda con los autocuidados: Inodoro en un lapso de 3 meses, en el centro de bienestar del adulto mayor, ii) Los adultos mayores asistentes a las sesiones educativas evidenciaron aspectos como: interés, participación, conocimiento e independencia a partir de la educación suministrada, ya que se observó por medio de participación; manifestado en cambios de hábitos en el vestido, higiene, alimentación y en actividades para la memoria para el propio bienestar del adulto mayor.

Barreto Y, Enríquez C, Velásquez V[21]. con su estudio titulado, "Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos", Colombia, 2017. Tuvo como objetivo: Evaluar la efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos. Así mismo, la investigación es de tipo cuantitativa, analítico, a partir de los resultados de tres estudios cuasiexperimentales de grupos de cuidadores familiares de personas ancianas dependientes funcionalmente. Se

conto con una muestra de 88 cuidadores de tres municipios: Bogotá, Cáqueza y Guapi. Entre los principales resultados se destaca que el programa educativo tuvo un efecto estadísticamente significativo en la carga de cuidado de los cuidadores de Cáqueza (valor p 0.014), posiblemente porque el programa responde a una de las necesidades prioritarias de estos cuidadores que es el cuidado de sí mismos, contrario al encontrado en Bogotá y Guapi. Los autores concluyen: El logro de resultados estadísticamente significativos en las cuidadoras de Cáqueza sugiere que ellas cuentan con una mejor red de apoyo familiar y vecinal, por eso asumen la asistencia al programa con mayor dedicación, integralidad y disposición de tiempo.

Guzmán E, Maya E, López D, eat al[22], con su investigación titulada: "Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados", México 2017. Tuvo como objetivo: analizar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado y condiciones de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 adultos mayores jubilados de la ciudad de Hidalgo México, con un promedio de edad de 69 años, con acceso a servicios de salud. El resultado más relevante fue: Que se observaron diferencias significativas ($p < 0.05$) en los estados funcional, depresivo, nutricional y se disminuyó el riesgo de sufrir caídas, mientras que el estado cognitivo no presentó modificación. Finalmente se concluye: Los hallazgos presentados demuestran que la capacitación adecuada y el empoderamiento de las acciones de autocuidado, pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida.

<u>Nacional:</u>

Dentro del contexto nacional encontramos a Gonzales E. y Guevara R[23]. con su tesis titulada: "Efectividad del programa educativo: cuidando nuestra salud en el nivel de autocuidado del adulto mayor". Trujillo, 2020. La investigación es de tipo cuantitativa –pre experimental de corte longitudinal. Estuvo conformada por una muestra de 50 adultos mayores. La técnica que se empleo para la recolección de datos fue el test y post test. Del mismo modo, se tuvo en cuenta que las sesiones educativas abordaron temas como: Nutrición, Actividad y Ejercicio, Prevención del

Estrés, Descanso y Sueño, Autoconcepto y Autoestima. Los principales resultados fueron: Los resultados del pre test muestran que el 36 por ciento tuvo un nivel de autocuidado deficiente, el 62 por ciento un nivel de autocuidado regular y el 2 por ciento un nivel de autocuidado alto. Posteriormente al programa educativo se aplicó el post test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 68 por ciento mientras que el 32 por ciento presentó nivel de autocuidado regular. Finalmente, las autoras concluyeron que el programa educativo si fue efectivo.

Chaca Y, Chambergo Y, Correa A[24], con su investigación titulada: "Efecto de un programa educativo virtual sobre cuidado básico del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del hospital Carrión, Callao 2020". Callao 2020. El estudio es de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 25 familiares de pacientes geriátricos hospitalizados. La técnica utilizada fue el programa educativo virtual y la aplicación de un cuestionario antes y después del programa educativo, debidamente validado mediante juicio de expertos. Entre los principales resultados, encontramos: La alimentación del adulto mayor debe ser variada, individual y acorde a sus necesidades en un alto porcentaje de 28% no observado y en el post test un 32% siempre; la alimentación debe ser fraccionada 3 veces al día tuvo un 32% siempre y en el post test un 48% siempre; los alimentos con mayor importancia para el AM son carnes, menestras, frutas y verduras tuvo un 36% no observado y en el post test un 32% casi siempre. Finalmente, los autores concluyen: Esta investigación ha demostrado que el Programa educativo virtual ayudó a mejorar a los familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados en los cuidados básicos en sus cuatro dimensiones.

Romero Y. y Zuñe L[25]. con su estudio titulado, "Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013" Guadalupe 2013. Es una investigación básica no experimental de tipo descriptivo correlacional. Del mismo modo, El universo muestral estuvo constituido por 45 adultos mayores de 60 años a más. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: El Pre test y Pos test. Entre los principales resultados se destacan: i Los resultados del pre test, mostraron que el 53 por ciento presentó un nivel de autocuidado Alto y el 47 por ciento presentó un nivel de autocuidado Regular; posteriormente al programa educativo se aplicó el

pos test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 100 por ciento mientras que ninguno presento un nivel de autocuidado regular y bajo. La autora finalmente concluye: si existe efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable.

Estrella K, Falcon D[26], con su estudio titulado: "Efectividad de la promoción de estilos de vida saludable en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M – Municipalidad Provincial de Pasco, 2015", Cerro de Pasco, 2015. El diseño aplicado es el experimental del tipo cuasi experimental. La población muestral estuvo conformada por 80 adultos mayores. Las autoras concluyen: Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, muestra en un 72,50% (48) que el programa fue efectivo, seguido del 20,0% (16) que muestra un programa medianamente efectivo y un 7,50% (6) que muestra un programa no efectivo

Regional:

A nivel departamental no se han encontrado estudios relacionados a las variables en estudio.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo prospectivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo y diseño de tipo pre-experimental que corresponde al pre y post test en un solo grupo[27].

3.2. Diseño de investigación:

El diseño de investigación es pre experimental. Este tipo de diseño garantizó una adecuada validez interna del estudio; la validez del experimento se dio también por la realización de un pre test y post test[27].

El esquema es el siguiente:

O1——— X——— O2

Dónde:

X = Variable (Intervención Educativa)
O1 = Medición pre-experimental de la variable
O2 = Medición post-experimental de la variable

3.3. Formulación de hipótesis:

H_1: Si existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

H_0: No existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

3.4. Variables:

Variable única: Efectividad de la intervención del cuidado nutricional.

Definición conceptual: Es un elemento de la promoción de la salud y de la educación para la salud que consiste en una serie de 4 sesiones educativas, tienen como fin idóneo la mejora al acceso de información mediante herramientas, que permiten organizar y dirigir el trabajo por el educador en salud, para lograr la mejorar del cuidado nutricional en el adulto mayor.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Efectividad de la intervención del cuidado nutricional.	Es un elemento de la promoción de la salud y de la educación para la salud que consiste en una serie de 4 sesiones educativas, tienen como fin idóneo la mejora al acceso de información mediante herramientas, que permiten	Aplicación de una serie de acciones educativas que, junto a un pre y post test, permitirán obtener un resultado preciso sobre la efectividad de la intervención del cuidado nutricional en el adulto mayor[7].	Conocimientos de cuidado nutricional	- Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento - Alimentación saludable del adulto mayor - Factores de riesgo que afectan el estado nutricional del adulto mayor - Higiene alimentaria	Malo (0 – 06) Regular (07 – 12) Bueno (13 – 18)	Cuestionarios de pre y post test.

	organizar y dirigir el trabajo por el educador en salud, para lograr la mejorar del cuidado nutricional en el adulto mayor[6].					

3.6. Población, muestra, muestreo:

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 247 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes.

MUESTRA

Es un subconjunto de toda la población, con la cual se realizó la investigación[26]. En tal sentido, la muestra estuvo conformada por 69 adultos mayores afiliados al ESSALUD – Tumbes.

MUESTREO

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, en donde, se aplicará la fórmula de muestra para población finita:

$$\mathbf{n = \frac{Z^2pqN}{(N-1)e^2 + Z^2pq}}$$

Donde:

N : 247 adultos mayores afiliados al ESSALUD.

Z : 1.96 valor "Z" normal estándar al 95 % de confianza.

p : Probabilidad de éxito 0.50

q : 1- p Probabilidad de fracaso 0.50

e : Tolerancia de error 0.1 %

Aplicando la fórmula para estimar la muestra:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{1.96^2(0.5)(0.5)(247)}}{\mathbf{(247-1)(0.1)^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)}}$$

$\mathbf{n} = 69$ adultos mayores afiliados al ESSALUD.

3.7. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años.
- Adultos mayores que estén en pleno uso de sus facultades mentales.
- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.

3.8. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no sean usuarios de ESSALUD.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en el proyecto de investigación.
- Adultos mayores que presenten dificultades de comprensión o de lectura que les impida emitir una opinión.

3.9. Técnicas de recolección de datos

TÉCNICAS:

La técnica que se utilizó para realizar el presente proyecto de investigación en la recolección de datos, fue la encuesta, esta técnica buscó indagar la percepción que tiene el adulto mayor sobre el programa de alimentación según las variables de investigación.

INSTRUMENTO:

El instrumento para la obtención de los datos será el cuestionario, el cual estará constituido por preguntas formuladas según los indicadores de cada variable.

El cuestionario de conocimientos sobre cuidados nutricionales en el adulto mayor fue elaborado por la autora, mismo que se sometió a un proceso de confiabilidad y análisis de validez del contenido. El cuestionario en mención se aplicó como un pre test e inmediatamente de culminada la intervención educativa se aplicó como un pos test.

El cuestionario en mención estuvo constituido por 16 ítems, con un puntaje de 20 puntos y estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- Concepto general: 1 – 4 items
- Factores de riesgo: 5 – 8 items
- Alimentación Saludable: 9 – 11 items
- Higiene Alimentaria: 12 – 18 items

Cabe destacar que la escala de valoración estará determinada de la siguiente manera:

- Respuesta correcta = 01 punto
- Respuesta incorrecta = 00 puntos

3.10. Procesamiento y análisis estadístico

Se procesaron los datos obtenidos en los cuadros estadísticos según las variables. Dado que será un estudio descriptivo simple, con una variable cualitativa, se calculará la distribución porcentual en frecuencias absolutas y relativas. Una vez tabulados los datos, estos serán procesados e interpretados teniendo en cuenta las

bases teóricas de la presente investigación, finalmente se procederá a la redacción del informe final de la tesis de investigación.

3.11. Aspectos éticos

Autonomía: De manera oportuna, las personas que participaron en la investigación, fueron informadas acerca del objetivo de la investigación, así como también se les hizo alcance de un consentimiento informado para que pueden firmarlo de ser el caso deseen participar.

Beneficencia: La investigación permitió recopilar datos reales en relación respecto a la efectividad que poseerá un programa de cuidado nutricional en el adulto mayor, estos datos permitieron que el sector salud y el gobierno puedan ejecutar intervenciones oportunas.

No maleficencia: Se garantizó que la integridad de los participantes sea respetada de forma absoluta, siendo así, que la información obtenida de los mismos, fue estrictamente confidencial.

Justicia: Los participantes fueron tratados de forma igualitaria sin hacer uso de actos discriminatorios, respetando siempre sus derechos, y brindándoles un trato apropiado tanto antes, durante y después del programa aplicado.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

PROGRAMA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASPECTO NUTRICIONAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	2	3	67	97
REGULAR	16	23	2	3
MALO	51	74	0	0
TOTAL	69	100	69	100

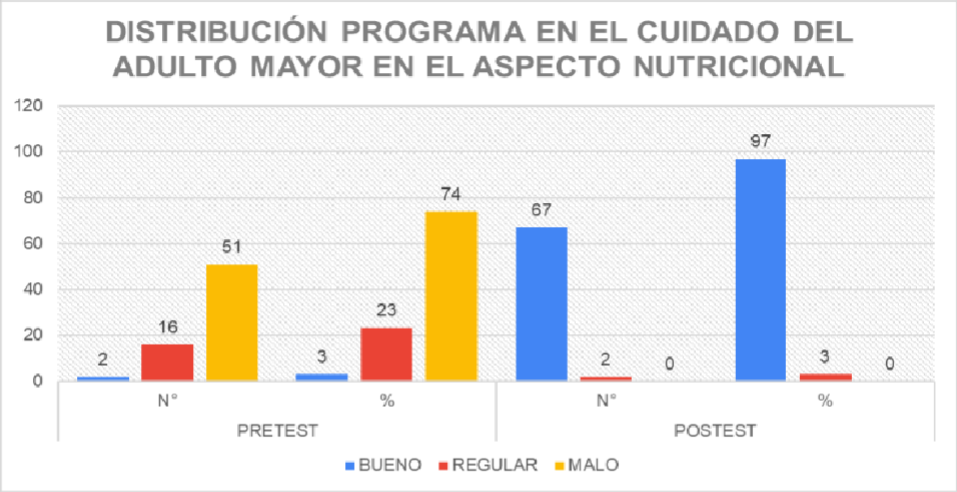

Gráfico 1: Distribución de datos del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

De acuerdo al cuadro 1, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 51 participantes (equivalente al 74%), en segundo lugar, predomino la categoría "Regular" con una frecuencia de 16 participantes (equivalente al 23%), finalmente la última categoría fue "Bueno", con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría "Regular", con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría "Malo" después de haber aplicado el programa.

Cuadro 2: Distribución de datos de la dimensión: Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

DIMENSIÓN: CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	13	19	65	94
REGULAR	18	26	4	6
MALO	38	55	0	0
TOTAL	69	100	69	100

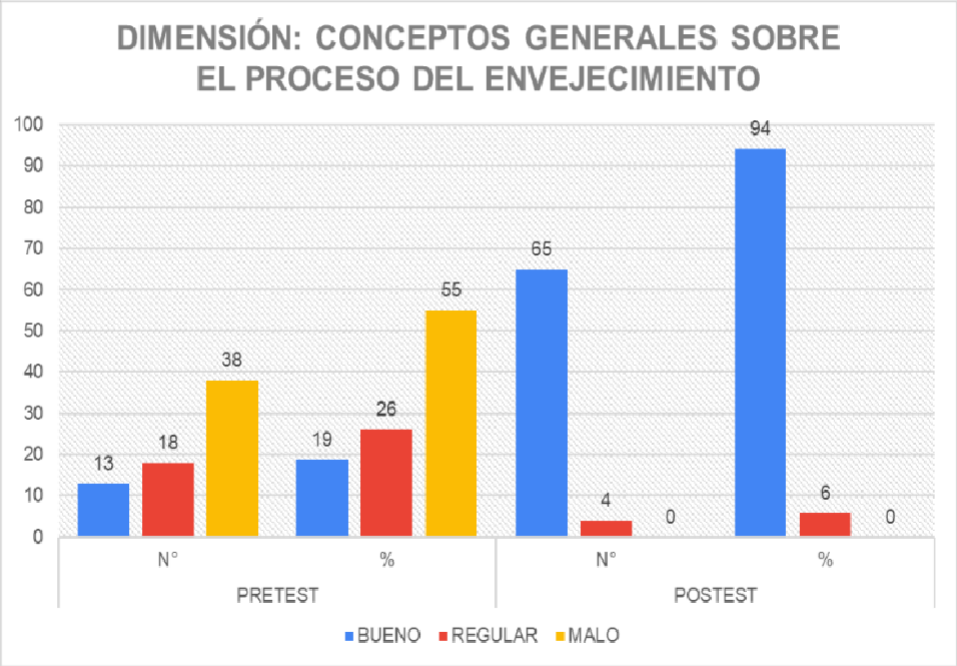

Gráfico 2: Distribución de datos de la dimensión: conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

De acuerdo al cuadro 2, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 38 participantes (equivalente al 55%), en segundo lugar, predomino la categoría "Regular" con una frecuencia de 18 participantes (equivalente al 26%), finalmente la última categoría fue "Bueno", con una frecuencia de 13 participantes (equivalente al 19%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento*, hubo un incremento en el nivel de

conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 65 participantes (equivalente al 94%), seguido de la categoría "Regular", con una frecuencia de 4 participantes (equivalente al 6%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría "Malo" después de haber aplicado el programa.

Cuadro 3: Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor.

DIMENSIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	4	6	67	97
REGULAR	10	14	2	3
MALO	55	80	0	0
TOTAL	69	100	69	100

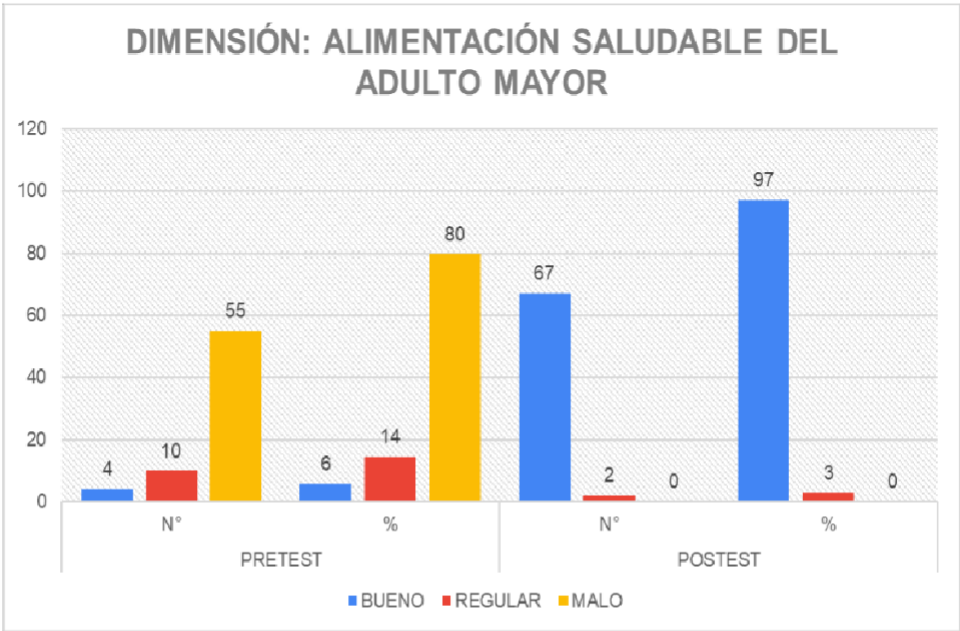

Gráfico 3: Distribución de datos de la dimensión: Alimentación saludable del adulto mayor.

De acuerdo al cuadro 3, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 55 participantes (equivalente al 80%), en segundo lugar, predomino la categoría "Regular" con una frecuencia de 10 participantes (equivalente al 14%), finalmente la última categoría fue "Bueno", con una frecuencia de 4 participantes (equivalente al 6%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría "Regular", con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría "Malo" después de haber aplicado el programa.

Cuadro 4: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO DEL ESTADO NUTRICIONAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	8	12	64	93
REGULAR	13	19	5	7
MALO	48	70	0	0
TOTAL	69	100	69	100

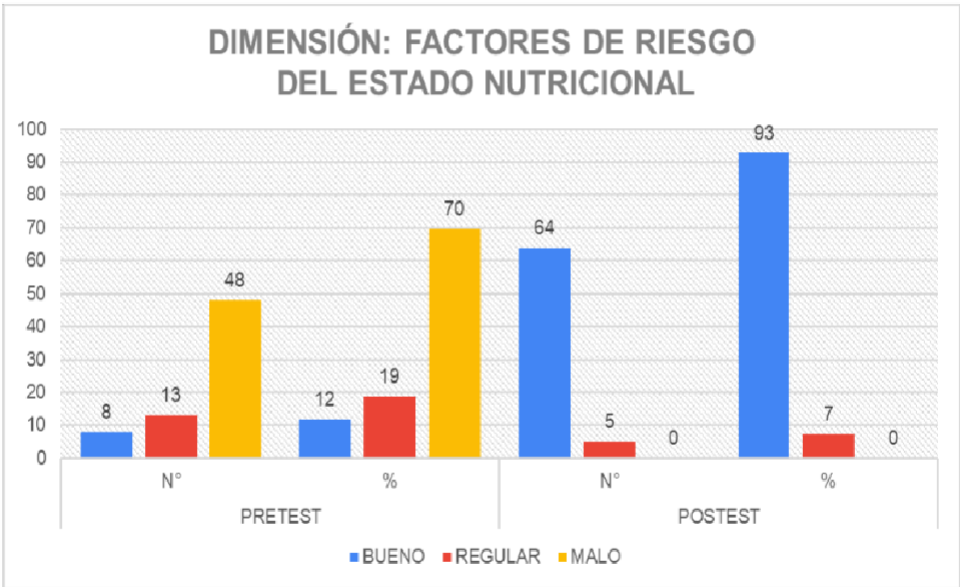

Gráfico 4: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

De acuerdo al cuadro 4, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Factor de riesgo del estado nutricional*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 48 participantes (equivalente al 70%), en segundo lugar, predomino la categoría "Regular" con una frecuencia de 13 participantes (equivalente al 19%), finalmente la última categoría fue "Bueno", con una frecuencia de 8 participantes (equivalente al 12%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Factor de riesgo del estado nutricional*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 64 participantes (equivalente al 93%), seguido de la categoría "Regular", con una frecuencia de 5 participantes (equivalente al 7%). Es importante

mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría "Malo" después de haber aplicado el programa.

Cuadro 5: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

DIMENSIÓN: HIGIENE ALIMENTARIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
BUENO	11	16	67	97
REGULAR	1	1	2	3
MALO	57	83	0	0
TOTAL	69	100	69	100

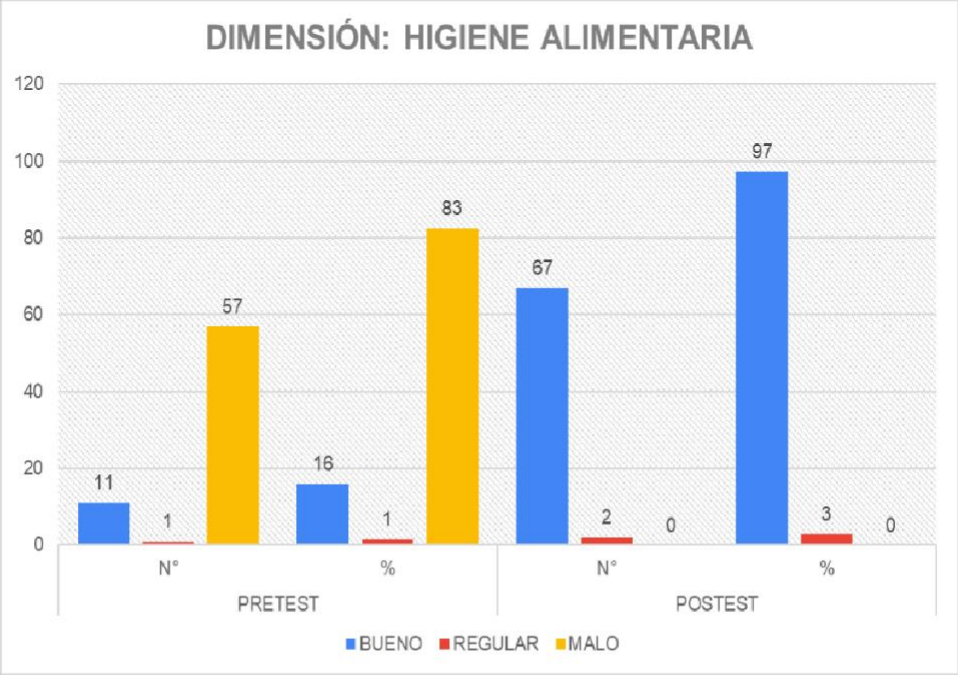

Gráfico 5: Distribución de datos de la dimensión: Factores de riesgo del estado nutricional.

De acuerdo al cuadro 5, se puede evidenciar que de los 69 (100%) adultos mayores que formaron parte del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Al iniciar con el pretest, en la dimensión *Higiene Alimentaria*, se identificó que el nivel de conocimiento que predomino en la población fue el "Malo", con una frecuencia de 57 participantes (equivalente al 83%), en segundo lugar, predomino la categoría "Bueno" con una frecuencia de 11 participantes (equivalente al 16%), finalmente la última categoría fue "Regular", con una frecuencia de 1 participantes (equivalente al 1%).

Sin embargo, después de haberse realizado el programa para el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional, se pudo evidenciar que en la dimensión *Higiene Alimentaria*, hubo un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, siendo así que predomino en primer lugar la categoría "Bueno", con una frecuencia de 67 participantes (equivalente al 97%), seguido de la categoría "Regular", con una frecuencia de 2 participantes (equivalente al 3%). Es importante mencionar que no hubo participantes que presenten una categoría "Malo" después de haber aplicado el programa.

Cuadro 6: Efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
POSTEST - PRETEST	Rangos negativos	0[a]	,00	,00
	Rangos positivos	66[b]	33,50	2211,00
	Empates	3[c]		
	Total	69		

a. POSTEST < PRETEST

b. POSTEST > PRETEST

c. POSTEST = PRETEST

Estadísticos de prueba[a]	
	POSTEST - PRETEST
Z	-7,420[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados obtenidos fueron sometidos al estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon, mismo que es aplicado en las pruebas no paramétricas para relacionar dos muestras emparejadas y cuya variable de respuesta es ordinal o cuantitativa. Es importante mencionar que un valor de P (Sig. asintótica. (bilateral)) menor a 0.05 permita aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

En tal sentido, los resultados evidenciados en el cuadro 6, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para determinar que si existe una efectividad significativa del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 7: Estadístico de prueba: Dimensión Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) - DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)	Rangos negativos	0[a]	,00	,00
	Rangos positivos	54[b]	27,50	1485,00
	Empates	15[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) < DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

b. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) > DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

c. DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) = DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]

	DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (POSTEST) - DIMENSIÓN CONCEPTOS GENERALES (PRETEST)
Z	-6,669[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 7, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 8: Estadístico de prueba: Dimensión Alimentación saludable del adulto mayor.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) - DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	5,50	5,50
	Rangos positivos	64[b]	33,43	2139,50
	Empates	4[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) < DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

b. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) > DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

c. DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) = DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]	
	DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (POSTEST) - DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE (PRETEST)
Z	-7,558[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 8, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Alimentación saludable del adulto mayor* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 9: Estadístico de prueba: Dimensión Factores de riesgo del estado nutricional.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) - DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	7,50	7,50
	Rangos positivos	59[b]	30,89	1822,50
	Empates	9[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) < DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

b. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) > DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

c. DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) = DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]	
	DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (POSTEST) - DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL (PRETEST)
Z	-7,093[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 9, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Factores de riesgo del estado nutricional* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

Cuadro 10: Estadístico de prueba: Dimensión Higiene Alimentaria.

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) - DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)	Rangos negativos	1[a]	2,00	2,00
	Rangos positivos	58[b]	30,48	1768,00
	Empates	10[c]		
	Total	69		

a. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) < DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

b. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) > DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

c. DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) = DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)

Estadísticos de prueba[a]	
	DIMENSIÓN HIGIENE (POSTEST) - DIMENSIÓN HIGENE (PRETEST)
Z	-7,491[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Los resultados evidenciados en el cuadro 10, nos permite demostrar que el valor de p = 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se concluye si existe un aumento significativo de los niveles de conocimientos de la variable *Higiene Alimentaria* después de haber aplicado el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional.

4.2. DISCUSIÓN

Se puede constatar que los resultados evidenciados en el cuadro 6, nos permite demostrar que el valor de p es igual a 0.000 con un nivel de significación del 5%, siendo así que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022 si fue efectivo.

En tal sentido, los hallazgos encontrados permiten afirmar que los programas educativos mejoran el nivel de conocimientos. Y es que en el cuadro 1, se puede verificar la distribución tanto de frecuencia como de porcentajes obtenido por los participantes antes y después de haber sido aplicado el programa (Pretest y postest), en tal sentido, los valores obtenidos en el pretest reflejaron que solo 2 participantes (3%) tuvieron un nivel de conocimiento "Bueno", 16 participantes (23%) tuvieron un nivel "Regular" y 51 participantes (74%) obtuvieron un nivel "Malo". lo que indicaría que gran parte de la población estudiada no conocen sobre

aspectos importantes de una alimentación saludable tales como su definición y los diferentes tipos de alimentos que deben ser incluidos en las comidas para ser considerada una alimentación sana, completa y equilibrada. Sin embargo, los resultados obtenidos después del programa educativo reflejaron un incremento positivo en cuanto al cuidado nutricional del adulto mayor, obtenido 67 participantes (97%) un nivel "Bueno" y solo 2 participantes (3%) un nivel "Regular", lo cual demostraría la efectividad del programa en mención.

Estos resultados coinciden con los propuestos por Guzmán E, Maya E, López D, eat al[22], quienes en su estudio evidenciaron que a través de una capacitación adecuada y el empoderamiento de las acciones de autocuidado, pueden impactar en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, y es que se registraron diferencias significativas ($p < 0.05$) en los estados funcional, depresivo, nutricional y se disminuyó el riesgo de sufrir caídas, mientras que el estado cognitivo no presentó modificación después de impartir la capacitación.

Así mismo, se concuerda con los resultados de Romero Y. y Zuñe L[25]. Quienes encontraron que el 53 por ciento de adultos mayores presentó un nivel de autocuidado Alto y el 47 por ciento presentó un nivel de autocuidado Regular antes de la aplicación del programa; sin embargo, posteriormente a ello se observó que el nivel de autocuidado alto llegó al 100 por ciento mientras que ninguno presento un nivel de autocuidado regular y bajo. Estos resultados permitieron a las autoras concluir con que si existe efectividad del programa educativo autocuidado para un envejecimiento saludable.

También se encontró concordancia con Gonzales D., Gualdrón M. y López G[20] quienes en su investigación demostraron los adultos mayores asistentes a las sesiones educativas evidenciaron aspectos como: interés, participación, conocimiento e independencia a partir de la educación suministrada, ya que se observó por medio de participación; manifestado en cambios de hábitos en el vestido, higiene, alimentación y en actividades para la memoria para el propio bienestar del adulto mayor. Esto reflejaría que el programa tuvo una respuesta positiva frente a sus estilos de vida.

Del mismo modo la presente investigación, logro evidenciar un aumento positivo en el nivel de conocimiento entre las dimensiones antes y después de la aplicación del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022. Siendo así que en el cuadro 7, 8, 9 y 10 se observa un que el valor de p es igual a 0.000 con un nivel de significancia del 5% para cada una de las dimensiones en estudio. Estos resultados permitieron dar un mayor realce a la información, dado que se pudo demostrar el impacto positivo que represento para cada dimensión la aplicación del programa para el cuidado nutricional dirigido al adulto mayor.

Estos resultados se asemejan con los de Gonzales E. y Guevara R[23], quienes en su investigación demostraron que el pre test muestran que el 36% de los participantes obtuvieron un nivel de autocuidado deficiente, el 62% un nivel de autocuidado regular y el 2% un nivel de autocuidado alto. Posteriormente al programa educativo se aplicó el post test observándose que el nivel de autocuidado alto llegó al 68 por ciento mientras que el 32 por ciento presentó nivel de autocuidado regular. Concluyendo así que el programa educativo si fue efectivo para cada una de sus dimensiones.

V. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos del presente estudio de investigación, permitieron concluir:

1. Se concluye que si existe efectividad del programa en el cuidado del adulto mayor en el aspecto nutricional en el Hospital I Carlos Cortéz Jiménez - ESSALUD, Tumbes 2022, dado que, de acuerdo con el estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

2. En relación a la dimensión *Conceptos generales sobre el proceso del envejecimiento,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

3. En relación a la dimensión *Alimentación saludable del adulto mayor,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

4. En relación a la dimensión *Factores de riesgo del estado nutricional,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

5. En relación a la dimensión *Higiene alimentaria,* a través del estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon se alcanzó un valor de p = 0,00 con un nivel de significancia del 0.05, lo cual indica que existe un impacto positivo en el aumento del nivel de conocimiento.

VI. RECOMENDACIONES

Coordinar acciones con el sector salud, donde realicen Programas Educativos con énfasis en Autocuidado, a fin de mejorar la salud del adulto mayor de esta manera ejercer un mayor control sobre la misma y poder otorgarle un envejecimiento saludable y pleno.

Realizar investigaciones en el adulto mayor, considerando la aplicación de los Programas Educativos, utilizando otras variables, como estrategia para promover su bienestar integral y mejorar su calidad de vida.

Continuar promoviendo la salud con estudios de programas educativos, con la finalidad e importancia de conocer las necesidades de los adultos mayores que por razones ilógicas dejan de lado la salud de este grupo etario, logrando de esta forma detectar de manera oportuna los riesgos, alteraciones o trastornos para definir las intervenciones específicas para el logro máximo de sus potencialidades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe de un Grupo Científica de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://bit.ly/1NyqJiQ

2. Díaz A, Luna A, Revidiego M. Personas de edad avanzada y nutrición. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al., compiladores. Investigación en Salud y Envejecimiento. Vol 1. Almería, España: ASUNIVEP 2014. Capítulo 21; 2014. p. 135-9.

3. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Universidad de La Sabana. Colombia. Enferm. univ vol.14 no.3 Ciudad de México jul./sep. 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199

4. Flores D. Hábitos alimentarios y estado nutricional del adulto mayor del programa preventivo ESSALUD de Tumbes, 2021. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2021. Disponible en:

   https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/2415/TESIS%20-%20FLORES%20YOVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5. García J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2020.
Disponible en:
https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/2000/TESIS%20-%20GARC%c3%8dA%20CAYAO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Gallo E, Canales D. Efectividad de una intervención educativa alimentaria en los conocimientos de madres de niños con anemia en el distrito de Pampas de Hospital – Tumbes 2019. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2019.
Disponible:
https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/993/TESIS%20-%20GALLO%20Y%20TORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Canales A, Navarro K. Efectividad de una intervención educativa sobre factores de riesgo relacionados al parto pretérmino en un puesto de salud de Tumbes-2019. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes. 2019.
Disponible en:
http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/860/TESIS%20-%20CANALES%20Y%20NAVARRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Jordán M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Universidad de Ciencias Médicas Matanzas. Matanzas. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.4 Matanzas jul.-ago. 2011.
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400017

9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas y Servicios de Salud.
Disponible en:
https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud

10. Romero R, Zuñe L. Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. 2013.
Disponible en:
https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7677/TESIS%20-%20EFECTIVIDAD%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Marín P. y Cols. (2000). Valoración geriátrica ambulatoria de 2.116 Adultos Mayores pobres. Revista Médica de Chile. Santiago, Chile. Pág. 609 - 14.

12. Cabanes L. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. 2005. (Acceso el 18 de Julio del 2022).
Disponible en:
https://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion

13. Manual de autocuidado del adulto mayor. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. 1a. ed. -- Managua: INSS, 2006.
Disponible en:
https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf

14. Nutrición en el anciano: Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 1era edición. Grupo ICM Comunicación. Madrid. 2013.
Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guia_NESTLE.pdf

15. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. Tafur J, Guerra M., Carbonell A. Eat. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 13 - N° 5, 2018.
Disponible en:
https://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf

16. Lineamientos para la atención integral de la salud de las personas adultas mayores. Ministerio de Salud. Perú. 2005.
Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/922_DGSP197.pdf

17. Mimiaga C, Trujillo Z. Nutrición y Vejez, Rev. Ciencia. Marzo. 2011.
Disponible en:
https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/07_Nutricion.pdf

18. Martínez M. Higiene y seguridad para la manipulación de alimentos. Editorial Síntesis S.A. Madrid. 2014.
Disponible en:
https://www.sintesis.com/data/indices/9788490770177.pdf

19. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. 2007.
Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43634/9789243594637_spa.pdf

20. Gonzales D., Gualdrón M. y López G. Desarrollo del programa de atención integral del adulto mayor Centro de Bienestar de Girón. Universidad Cooperativa De Colombia Sede Bucaramanga. Colombia. 2016.
Disponible en:
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/184/1/PROGRAMA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf

21. Barreto Y, Enríquez C, Velásquez V. Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Rev. MedUNAB, vol. 20, núm. 1, pp. 28-38, 2017.
Disponible en:
https://www.redalyc.org/journal/719/71964822003/html/

22. Guzmán E, Maya E, López D, eat al. Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. Salud & Sociedad. Vol. 8. N° 1. 2017.
Disponible en:
https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1634/pdf

23. Gonzales E. y Guevara R. Efectividad del programa educativo: cuidando nuestra salud en el nivel de autocuidado del adulto mayor. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. 2020.
Disponible en:
https://1library.co/document/wq24npey-efectividad-programa-educativo-cuidando-salud-nivel-autocuidado-adulto.html

24. Chaca Y, Chambergo Y, Correa A. Efecto de un programa educativo virtual sobre cuidado básico del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del hospital Carrión, Callao 2020. Universidad Nacional del Callao. Lima. 2020.
Disponible en:
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5453/CORREA%2C%20CHAMBERGO%2C%20CORREA%2C%20FCS%202DA%20ESPEC%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Romero Y. y Zuñe L. Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013. Universidad Nacional de Trujillo. Guadalupe. Perú. 2013.
Disponible en:
https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7677/TESIS%20-%20EFECTIVIDAD%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Estrella K, Falcon D. Efectividad de la promoción de estilos de vida saludable en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M – Municipalidad Provincial de Pasco, 2015. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco. Perú. 2015.
Disponible en:
http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/189/1/T026_45000467T.pdf

27. Hernández S, et al. Metodología de la Investigación [Internet]. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2010.
Disponible en:
http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sextaedicion.compressed.pdf