



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TEMA:

Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a julio del 2025.

AUTORAS:

**Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth
Lemos Ponce, Wendy Lorena**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Nutrición y Dietética**

TUTORA:

Altamirano Moran, Nicole Andrea

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth y Lemos Ponce, Wendy Lorena**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética**.

TUTORA

f. _____
Altamirano Moran, Nicole Andrea

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth y Lemos Ponce,
Wendy Lorena.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025.** Previo a la obtención del título de Licenciatura en Nutrición y Dietética, ha sido elaborado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 01 de septiembre del año 2025

AUTORES

f. _____
Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth

f. _____
Lemos Ponce, Wendy Lorena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth y Lemos Ponce,
Wendy Lorena.**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 01 de septiembre del año 2025

AUTORES

f. _____
Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth

f. _____
Lemos Ponce, Wendy Lorena

Compilatio



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

adriana.cerezo_wendy.lemos(1)

4%
Textos sospechosos

0% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
4% Idioms no reconocidos
43% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: adriana.cerezo_wendy.lemos(1).docx
ID del documento: fb9d9ecd889b3ddca5ce8a8541e08938a10916
Tamaño del documento original: 10.95 MB

Depositante: Nicole Andrea Altamirano Morán
Fecha de depósito: 28/8/2025
Tipo de carga: interface
Fecha de fin de análisis: 28/8/2025

Número de palabras: 17.458
Número de caracteres: 119.667

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

| N° | Descripciones | Similitudes | Ubicaciones | Datos adicionales |
|----|---|-------------|-------------|--|
| 1 | adriana.cerezo_wendy.lemos.docx adriana.cerezo_wendy.lemos... ● Viene de de mi biblioteca | 100% | | Palabras idénticas: 100% (17.459 palabras) |
| 2 | TESIS CEREZO-LEMONS REV. OPONENTE CORREGIDO.docx TESIS CEREZO-LEMONS... ● Viene de de mi biblioteca | 68% | | Palabras idénticas: 68% (11.987 palabras) |
| 3 | Nathaly Freire Juan Vega_P73.docx Nathaly Freire Juan Vega_P73... ● Viene de de mi grupo | 2% | | Palabras idénticas: 2% (282 palabras) |
| 4 | localhost Evaluación a 5 años, de los efectos terapéuticos del metotrexato pare... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/33177936/3/T-UCSG-FRE-MED-634.pdf.txt | 1% | | Palabras idénticas: 1% (235 palabras) |
| 5 | Tesis_Carrillo_González_v1.docx Tesis_Carrillo_González_v1... ● Viene de de mi grupo | 1% | | Palabras idénticas: 1% (230 palabras) |
| 6 | EJEMPLO HOJAS PRELIMINARES INSTITUCIONALES Y FORMULARIOS DE... ● Viene de de mi grupo | 1% | | Palabras idénticas: 1% (218 palabras) |
| 7 | localhost Descripción de los factores principales que influyen en la pérdida satis... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331775254/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-423.pdf.txt | 1% | | Palabras idénticas: 1% (191 palabras) |
| 8 | localhost Impacto del COVID-19 en el estilo de vida y estado nutricional en niño... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331775946/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-442.pdf.txt | 1% | | Palabras idénticas: 1% (171 palabras) |
| 9 | Cristian.Chiluisa.docx Cristian.Chiluisa... ● Viene de de mi grupo | 1% | | Palabras idénticas: 1% (170 palabras) |
| 10 | localhost Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional de los niñ... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331770256/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-354.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (172 palabras) |
| 11 | localhost Hábitos alimenticios en el rendimiento académico en tiempos de pañ... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331775962/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-446.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (162 palabras) |
| 12 | localhost Relación de la Sarcopenia con el consumo de proteínas de origen ani... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331776735/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-335.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (163 palabras) |
| 13 | localhost Prevalencia de hiperactividad y su asociación con trastornos de ansieda... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331770883/3/T-UCSG-FRE-MED-585.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (162 palabras) |
| 14 | localhost Prevalencia del síndrome de desgaste proteico-energético en paciente... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331770664/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-203.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (159 palabras) |
| 15 | localhost Prevalencia de infarto agudo de miocardio y factores asociados en ad... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331770307/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-171.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (156 palabras) |
| 16 | ayudaleyprotecciondatos.es https://ayudaleyprotecciondatos.es/wp-content/uploads/2022/01/informacion-entomado... | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (153 palabras) |
| 17 | localhost Comparación del estado nutricional y hábitos alimentarios entre adul... http://localhost:8080/virtualbiblioteca/331775966/3/T-UCSG-FRE-MED-NUTRI-228.pdf.txt | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (152 palabras) |
| 18 | repositorio.ucsg.edu.ec Propuesta metodológica para la determinación de los c... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/331772355/1/UCSG-C414-23142.pdf | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (14 palabras) |
| 19 | www.sciefp.org SciELO - Saúde Pública - Sociedad no deseada, salud y desigual... https://www.sciefp.org/article/view/2021.v35n5/432-437 | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (10 palabras) |
| 20 | repositorio.upse.edu.ec Proyecto de recuperación secundaria por inyección de... https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/460097061/1/1/UPSE-MPE-2022-0004.pdf | < 1% | | Palabras idénticas: < 1% (10 palabras) |

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://revistasalud.sangregorio.edu.ec/index.php/salud/articulo/view/3149/1776>
- <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol15.Iss1.272>
- <https://doi.org/10.17843/rp.mesp.2022.392.1234>
- <https://revista.nutricion.org/index.php/rncd/articulo/view/493/410>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/VIDEANS/PP/ENT/valoracion-nutricional-persona-adulta-mayor.pdf>



Nicole Andrea Altamirano Morán
VERIFICADO

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, quiero agradecer a Dios, por otorgarme la fuerza y la sabiduría necesarias para enfrentar cada reto y superar los obstáculos que se presentaron en este camino.

A mi madre, María, por ser el faro que siempre me guía en los momentos de penumbra y por creer en mí incluso antes de que yo misma lo hiciera.

A mi padre, Carlos, por su amor, protección y apoyo incondicional, que han sido un pilar fundamental en mi vida.

A mi hermana, Vanessa, por ser mi fiel compañía, consejera y ejemplo de perseverancia y fortaleza desde que nací.

A mis abuelos, quienes estoy segura celebran, tanto desde el cielo como desde la tierra, cada uno de mis grandes y pequeños logros.

A mis tíos y primos, por cada broma, risa y momento compartido, por brindarme alegría cuando más la necesitaba.

A mis queridas mascotas, por ser fuente de inspiración y alegría, y por recordarme siempre la importancia de luchar y superarme.

A mi compañera de tesis, por su compañía, apoyo incondicional y por compartir conmigo cada etapa de este proceso. Gracias por ser mi aliada desde que nos conocimos.

A mi tutora de tesis, por guiarnos con paciencia y cariño. Su disposición para compartir sus conocimientos ha sido fundamental para la culminación de este trabajo.

A mis compañeras y amigas, por el apoyo mutuo y la compañía que hicieron más llevadero este recorrido académico.

Y finalmente, a todas las personas nuevas que he conocido a lo largo de mi carrera, quienes aportaron un granito de positividad y enriquecieron mi experiencia de vida.

Adriana Lizbeth Cerezo Salazar.

Mi profundo agradecimiento a Dios, por guiar mis pasos, y a mi madre, Guillita, cuyo legado de amor y perseverancia vive en mí. Este logro es un testimonio de sus enseñanzas y de su fe inquebrantable en mis capacidades.

Agradezco de corazón a mis hijos y a la familia Lemos Ponce por ser mi motor y mi apoyo incondicional. También a mis amigos y a mi compañera de tesis, por su compañía y ánimo. Finalmente, a nuestra tutora, por su profesionalismo y dedicación, que hicieron posible este trabajo.

Wendy Lorena Lemos Ponce.

DEDICATORIAS

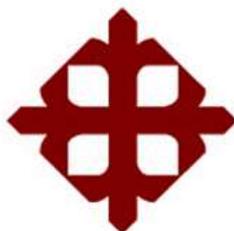
Dedico esta tesis a Dios, el guardián de mi vida por iluminar mi camino y dar claridad a mis pensamientos cuando la incertidumbre me envolvía. A mi familia, que, con su amor incondicional, su comprensión y su alegría, me sostuvo y motivó en cada etapa de este largo recorrido. A cada uno de mis docentes, que con paciencia y vocación sembraron en mí el conocimiento y la pasión que hoy nutren mi formación profesional.

Adriana Lizbeth Cerezo Salazar.

A mi madre, mi ángel en el cielo. Ella me enseñó el valor del esfuerzo y la perseverancia, y que la edad nunca es un obstáculo para alcanzar los sueños. Este logro es para ella y para mis hijos, quienes son el motor que me impulsa cada día.

A mis hermanos, gracias por ser mi pilar. Su apoyo incondicional ha sido fundamental. Hoy, al cerrar este capítulo, celebro con orgullo que hemos logrado esta meta juntos, con amor y dedicación.

Wendy Lorena Lemos Ponce.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Celi Mero, Martha Victoria
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Ing. Poveda Loor, Carlos Luis
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Cabadiana Cevallos, Mercedes Annabelle
OPONENTE

ÍNDICE

| | |
|---|----------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| Formulación del problema | 4 |
| ¿Cuál es la situación del estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores? | 4 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1 Objetivo General | 4 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 4 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 5 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 4.2. MARCO REFERENCIAL | 6 |
| 4.3. Panorama internacional del estado nutricional en adultos mayores .. | 11 |
| 4.4. Ejemplos y estudios de caso internacionales | 13 |
| 4.5. Situación en América Latina y Ecuador | 15 |
| 4.6. Ejemplos ilustrativos en el contexto latinoamericano y ecuatoriano .. | 17 |
| 4.7. Factores determinantes del estado nutricional en la vejez | 18 |
| 4.8. Estudios de caso internacionales sobre factores determinantes del estado nutricional en la vejez | 21 |
| 4.9. Estado Nutricional | 22 |
| 4.10. Antecedentes históricos de la nutrición geriátrica | 25 |
| 4.11. Factores que Afectan el Estado Nutricional | 26 |

| | | |
|---------|---|----|
| 4.13.2. | Contexto Sociodemográfico de los Adultos Mayores | 36 |
| 5. | Marco Legal | 38 |
| 5.1. | Ley del Adulto Mayor (Reformada en 2018) | 38 |
| 5.2. | Código de la Salud (Reformado en 2021)..... | 39 |
| 5.3. | Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 ("Plan Toda una Vida")..... | 40 |
| 5.4. | Normativas Internacionales Ratificadas por Ecuador | 40 |
| 5.5. | IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LAS VARIABLES | 41 |
| 6. | Metodología de la Investigación | 42 |
| 6.1 | Justificación de la Elección del Diseño | 42 |
| 6.2 | Población y Muestra | 42 |
| 6.3 | Criterios de Inclusión | 43 |
| 6.4 | Criterios de Exclusión | 44 |
| 6.5 | Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos | 44 |
| 7. | PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 46 |
| 8. | Conclusiones | 53 |
| 9. | Recomendaciones | 55 |
| 10. | Bibliografía | 57 |

FIGURAS:

| | |
|---|----|
| Figura 1 Dieta balanceada para adultos mayores | 24 |
| Figura 2 Factores que influyen en el estado nutricional durante el envejecimiento, Adaptado de <i>Nutrition for Older Adults</i> , por Bernstein MA & Luggen AS. | 28 |
| Figura 3 Factores relacionados con la sarcopenia en el envejecimiento | 33 |
| Figura 4 Número de participantes por edad | 47 |
| Figura 5 Resumen numérico de las variables antropométricas de la población de estudio | 48 |
| Figura 6 Distribución porcentual según IMC..... | 49 |
| Figura 7 Distribución según cuestionario Fantástico | 50 |
| Figura 8 Total por categoría del cuestionario Fantástico | 51 |
| Figura 9 Distribución porcentual del MNA | 52 |
| Figura 10 Distribución del cribado MNA por rango de edad | 53 |

TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Operacionalización de las variables | 41 |
| Tabla 2 Resumen numérico de la variable edad | 46 |
| Tabla 3 Resumen numérico de las variables antropométricas de la población de estudio | 47 |
| Tabla 4 Distribución porcentual según el IMC | 49 |
| Tabla 5 Distribución porcentual según el cuestionario Fantástico | 50 |
| Tabla 6 Tabla de contingencia entre el cuestionario fantástico y el rango de edad | 51 |
| Tabla 7 Distribución porcentual del MNA | 52 |
| Tabla 8 Tabla de contingencia entre el cribado MNA y el rango de edad | 52 |

Resumen

Estudio observacional con enfoque mixto que describe el estado nutricional y el estilo de vida de adultos mayores que asisten al Centro de Atención Miraflores (2024–2025). Se aplicaron mediciones antropométricas (peso, talla, IMC) y el cribado Mini Nutritional Assessment (MNA), además del cuestionario FANTÁSTICO para estilo de vida. La media de edad fue de 73,48 años y el IMC medio de 25,17 kg/m², con predominio de sobrepeso frente a obesidad. En el MNA, la mayoría presentó estado nutricional normal, seguida de riesgo de malnutrición, mientras que la malnutrición franca fue minoritaria (6,56%). Por grupos etarios se observó mayor proporción de riesgo y malnutrición en los de mayor edad. En el cuestionario FANTÁSTICO, la gran mayoría de los datos entraban en categorías favorables (adecuado/bueno), sugiriendo que los pacientes guardaban hábitos de autocuidado. Se concluye que, aunque predomina la normalidad nutricional y estilos de vida aceptables, existe un contingente relevante en riesgo que justifica un tamizaje periódico, educación nutricional, fortalecimiento de redes de apoyo y, en casos necesarios, ofrecer un soporte nutricional personalizada. El trabajo aporta evidencia dentro de un área local para poder orientar intervenciones integrales y así promover un estilo de vida saludable para los adultos mayores.

Palabras clave: estado nutricional; adultos mayores; MNA (Mini Nutritional Assessment); IMC (Índice de Masa Corporal); estilo de vida; cuestionario Fantástico; Miraflores; envejecimiento saludable.

Abstract

An observational, mixed-method study described the nutritional status and lifestyle of older adults attending the Miraflores Care Center (2024–2025). Anthropometric measurements (weight, height, BMI) and the Mini Nutritional Assessment (MNA) screening were applied, in addition to the FANTÁSTICO lifestyle questionnaire. The mean age was 73.48 years, and the mean BMI was 25.17 kg/m², with a predominance of overweight over obesity. In the MNA, the majority presented normal nutritional status, followed by risk of malnutrition, while frank malnutrition was a minority (6.56%). By age group, a higher proportion of risk and malnutrition was observed in the oldest old. In the FANTÁSTICO questionnaire, most data fell into favorable categories (adequate/good), suggesting that patients maintained self-care habits. It is concluded that, although normal nutrition and acceptable lifestyles predominate, there is a significant population at risk that warrants periodic screening, nutritional education, strengthening support networks, and, where necessary, providing personalized nutritional support. This study provides evidence within a local area to guide comprehensive interventions and thus promote a healthy lifestyle for older adults.

Keywords

Nutritional status; older adults; MNA; BMI; lifestyle; FANTÁSTICO questionnaire; Miraflores; healthy ageing.

INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable, de acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, es aquella que proporciona los nutrientes necesarios para un funcionamiento adecuado del organismo. En el caso de los adultos mayores, mantener una alimentación equilibrada es esencial para preservar su salud física, funcionalidad e independencia, especialmente ante los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, como la pérdida de masa muscular, disminución del apetito y alteraciones digestivas (1).

En esta etapa de la vida, una dieta adecuada puede contribuir significativamente a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad o desnutrición, condiciones frecuentes en la población geriátrica. Estudios recientes han evidenciado que hasta un 50 % de los adultos mayores que viven en la comunidad presentan riesgo de malnutrición, cifra que aumenta en contextos institucionales. Estos datos revelan la necesidad de implementar estrategias de evaluación y monitoreo del estado nutricional en este grupo vulnerable (2).

Asimismo, los hábitos alimentarios y el estilo de vida de los adultos mayores están condicionados por factores sociales, económicos, culturales y emocionales. El aislamiento, la depresión, la pérdida de seres queridos y la baja disponibilidad de alimentos nutritivos inciden negativamente en su estado nutricional. Por tanto, es indispensable comprender cómo estos determinantes influyen en la calidad de vida en la vejez, con el fin de proponer acciones de intervención contextualizadas (3).

En este contexto, el presente estudio tiene como finalidad evaluar el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Atención Miraflores en Guayaquil, durante el periodo de septiembre de 2024 a Julio de 2025. Para ello, se utilizarán herramientas validadas como el *Mini Nutritional Assessment (MNA)* y el cuestionario *Fantástico*, que permitirán

obtener una visión integral de las condiciones de salud de esta población y generar recomendaciones orientadas a mejorar su bienestar (4).

Dentro de este proyecto de investigación es necesario conceptualizar la composición corporal, la cual hace referencia a la medición de componentes corporales, gracias a esto se logra comprender la efectividad de una dieta y todos los procesos involucrados. Además, con la composición corporal se puede establecer metas para una pérdida proporcionada y saludable de grasas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El campo se centra en la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida en adultos mayores, considerando aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Problema específico: El mal estado nutricional en adultos mayores está estrechamente relacionado a un estilo de vida lleno de hábitos deficientes, aumentando la incidencia de enfermedades crónicas y dependencia. Se busca establecer una correlación entre el estado nutricional y el estilo de vida de esta población.

Los adultos mayores representan una proporción creciente de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la desnutrición afecta entre el 30-50% de los adultos mayores que viven en la comunidad y hasta el 85% en entornos institucionales, correlacionándose con un deterioro significativo de el estilo de vida (1). Abordar este problema es esencial para mejorar la salud y reducir los costes de atención médica (2).

Se ha demostrado que intervenciones nutricionales, como el asesoramiento dietético y el monitoreo regular, mejoran tanto la salud física como el estilo de vida de los adultos mayores (3). Las guías prácticas sugieren la identificación y tratamiento de la desnutrición como fundamental para la atención geriátrica (4).

A pesar del conocimiento, los programas de intervención nutricional son limitados debido a la falta de recursos, escasa capacitación de los profesionales de la salud en geriatría y la resistencia de los adultos mayores a cambiar hábitos alimentarios (5). Adicionalmente, los enfoques de intervención a menudo no consideran la diversidad cultural y económica de la población (6).

Se ha sugerido la implementación de un enfoque multidisciplinario para gestionar la nutrición de los adultos mayores, incluyendo nutricionistas, médicos y trabajadores sociales (7). Además, las tecnologías digitales y programas de telemedicina pueden facilitar el acceso a la educación y el seguimiento nutricional (8).

Muchas investigaciones han sido predominantemente cuantitativas, lo que limita la comprensión de la experiencia individual del estilo de vida (9). Además, se han centrado en muestras específicas, dificultando la generalización de los resultados (10).

Formulación del problema

¿Cuál es la situación del estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025.

2.2 Objetivos Específicos

- Detectar el riesgo de malnutrición en los adultos mayores mediante la aplicación del cribado Mini Nutritional Assessment (MNA).
- Evaluar el estilo de vida de los adultos mayores empleando el cuestionario Fantástico.

3. JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional desempeña un papel importante en la salud y estilo de vida de los adultos mayores, quienes constituyen un grupo poblacional vulnerable debido a los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que acompañan al envejecimiento. Estos cambios pueden comprometer significativamente su autonomía limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas al no poder participar plenamente en su entorno social. Un estado nutricional adecuado permite mitigar estos efectos y promover un envejecimiento activo y saludable, mientras que las deficiencias nutricionales incrementan el riesgo de enfermedades crónicas, generando un impacto negativo en el estilo de vida de esta población (11).

El envejecimiento trae consigo una serie de alteraciones físicas, como la pérdida de masa muscular (sarcopenia), la disminución de la densidad ósea y el deterioro del sistema digestivo, que afectan la absorción de nutrientes esenciales (12). Además, las condiciones crónicas como la diabetes, hipertensión y artritis, sumadas al uso de medicamentos, pueden influir en la ingesta alimentaria contribuyendo al riesgo de desnutrición. Estas condiciones no solo afectan la salud individual de los adultos mayores, sino que también incrementan la carga en los sistemas de salud y servicios sociales (13).

Por otro lado, los factores psicosociales, como la depresión, el aislamiento social y la falta de apoyo familiar, agravan el problema. Muchos adultos mayores enfrentan dificultades emocionales derivadas de la pérdida de seres queridos, la disminución de su red social y la falta de un propósito claro de vida, lo que puede reducir su interés en mantener hábitos alimenticios saludables (14). Además, las condiciones económicas precarias limitan su acceso a alimentos nutritivos, exacerbando los riesgos de malnutrición y afectando negativamente su estilo de vida (15).

La importancia de este proyecto radica en analizar el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Atención Miraflores, en Guayaquil. A través de la aplicación de herramientas validadas como el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el cuestionario fantástico, se busca obtener una

evaluación integral de esta población, identificando los principales riesgos nutricionales y sus implicaciones en el estilo de vida. Estos instrumentos son reconocidos por su efectividad para medir el estado nutricional y evaluar aspectos físicos, psicológicos y sociales de los adultos mayores, proporcionando una base sólida para el diseño de estrategias de intervención (16).

Adicionalmente, este proyecto aborda una problemática que trasciende el ámbito individual afectando directamente a las familias y comunidades, así como a los sistemas de atención médica. A medida que la población envejece, la demanda de servicios integrales de salud y apoyo social continúa creciendo, especialmente para personas mayores con condiciones como la demencia o discapacidades físicas (17). Por ello, resulta indispensable implementar enfoques multidisciplinarios que involucren a nutricionistas, médicos, trabajadores sociales y cuidadores, garantizando una atención integral y personalizada para esta población (18).

4. MARCO TEÓRICO

4.2. MARCO REFERENCIAL

El estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores constituyen un campo de estudio ampliamente abordado en la literatura científica, debido a la importancia de estos aspectos en el envejecimiento saludable. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que una alimentación adecuada es fundamental para mantener las funciones vitales y prevenir enfermedades no transmisibles como la obesidad, el sobrepeso y la desnutrición (18). Sin embargo, datos recientes señalan que hasta un 50% de los adultos mayores que viven en la comunidad presentan riesgo de desnutrición, y esta cifra aumenta al 85% en entornos institucionales (19). Estas cifras reflejan la necesidad de implementar estrategias integrales que garanticen el acceso a alimentos nutritivos y adaptados a las necesidades específicas de esta población.

En el contexto latinoamericano, los factores sociales y económicos desempeñan un papel crucial en la alimentación de los adultos mayores. La organización

mundial de la salud ha determinado que en países de la región evidencian que las desigualdades en el acceso a alimentos saludables están asociadas con un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión (20). Además, el consumo excesivo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares y grasas saturadas, se ha convertido en un factor de riesgo predominante, agravando las condiciones de salud en este grupo etario. Roubenoff (2022) señala que programas de telemedicina y educación nutricional han mostrado resultados positivos en comunidades rurales, aunque su implementación enfrenta barreras significativas, como la limitada infraestructura tecnológica (21).

En Ecuador, la situación es igualmente preocupante. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), más del 30% de los adultos mayores enfrenta algún grado de inseguridad alimentaria, lo que impacta negativamente en su estilo de vida y aumenta la carga en los sistemas de salud (22). Las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) destacan que, en el país, existe un consumo insuficiente de frutas, verduras y cereales integrales, acompañado de una sobrealimentación basada en alimentos ultraprocesados, lo que contribuye a la aparición de enfermedades como la obesidad y la desnutrición infantil y adulta (23). Según el INEC en Quito e Ibarra evidencian que el 43% de los adultos mayores presenta malnutrición por exceso, mientras que el 10% padece por déficit alimentario, condiciones asociadas a un acceso limitado a alimentos nutritivos y al desconocimiento sobre prácticas alimentarias saludables (9).

En Guayaquil, la realidad refleja una combinación de factores sociales, económicos y culturales que afectan significativamente el estado nutricional de los adultos mayores. Según Perez, en los centros de atención geriátrica de la ciudad, se ha reportado que un alto porcentaje de esta población presenta riesgos nutricionales debido a ingresos económicos insuficientes, abandono familiar y dependencia de cuidadores no capacitados (5). Además, la limitada infraestructura de salud y la falta de programas específicos dirigidos a esta población dificultan el monitoreo y la intervención nutricional. Sin embargo, algunas organizaciones no gubernamentales han comenzado a implementar programas piloto, como talleres de educación nutricional y distribución de

alimentos saludables, que han mostrado mejoras en el estado nutricional de los participantes.

El presente estudio se fundamenta en la utilización de herramientas validadas como el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el cuestionario fantástico, las cuales permiten una evaluación integral del estado nutricional y el estilo de vida en los adultos mayores. Estas herramientas no solo facilitan la identificación de riesgos, sino que también aportan información clave para el diseño de estrategias personalizadas de intervención. Además, su aplicabilidad en contextos locales como el Centro de Atención Miraflores representa una oportunidad para generar datos confiables y relevantes que contribuyan al fortalecimiento de las políticas públicas en Guayaquil.

Enfoques conceptuales sobre envejecimiento, estilo de vida y estado nutricional

El envejecimiento no se reduce únicamente al paso del tiempo cronológico, sino que también es un proceso dinámico que abarca tanto transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Desde el punto de vista biológico, el cuerpo atraviesa cambios progresivos en órganos, como la pérdida de masa muscular, la reducción de la densidad ósea y la disminución de la capacidad digestiva. En el plano psicológico, pueden presentarse modificaciones en la memoria, la motivación o la percepción del gusto, mientras que en el ámbito social influyen factores como el aislamiento, la jubilación o la disminución de redes de apoyo.

Estos elementos interactúan de manera constante y condicionan la nutrición del adulto mayor. Una dieta insuficiente o desequilibrada no solo genera pérdida de peso o déficit de micronutrientes, sino que también impacta en la energía, la movilidad y el bienestar emocional. A la inversa, una alimentación saludable puede convertirse en un factor protector frente a enfermedades crónicas y en un recurso clave para mantener la autonomía.

En este contexto, el estilo de vida cumple un papel mediador fundamental. Este concepto abarca conductas cotidianas como la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, la calidad del sueño, el manejo del estrés, la socialización y las prácticas alimentarias. La evidencia científica señala que la suma de pequeños

hábitos positivos (caminar con frecuencia, dormir bien, compartir comidas en familia, consumir frutas y verduras frescas) puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida durante la vejez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha acuñado el término “envejecimiento activo”, que plantea la importancia de crear oportunidades para que las personas mayores optimicen su salud, su participación social y su seguridad. En este marco, la alimentación adecuada y los estilos de vida saludables constituyen pilares centrales. El envejecimiento activo no implica solo la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de mantener un rol productivo, relaciones sociales satisfactorias y un sentido de bienestar integral.

Modelos y determinantes del estado nutricional en la vejez

El estado nutricional en la vejez puede comprenderse desde distintos modelos conceptuales que explican sus múltiples causas e interacciones. El modelo biomédico-nutricional se centra en los cambios fisiológicos propios de la edad, como la anorexia del envejecimiento, la sarcopenia, la pérdida de masa ósea y la polimedicación, que afectan directamente el apetito, la absorción de nutrientes y el metabolismo. Aunque este enfoque aporta precisión clínica y permite identificar déficits específicos, resulta limitado si se ignoran los factores emocionales y sociales. Por ello, el modelo biopsicosocial propone una visión más amplia al integrar los aspectos biológicos con la esfera psicológica y el contexto social del adulto mayor. Así, la presencia de depresión, la soledad o el duelo pueden reducir la motivación para comer, mientras que el apoyo familiar y comunitario se convierte en un factor protector que favorece mejores hábitos alimentarios.

El modelo socioecológico también resulta útil para comprender la nutrición en esta etapa, pues considera la influencia de los diferentes entornos en capas. En el microsistema influyen el hogar, la familia y la funcionalidad del propio adulto mayor, como la capacidad de cocinar o comprar alimentos. En el mesosistema destacan los servicios comunitarios, comedores y centros de atención que brindan apoyo. Finalmente, en el exosistema y macrosistema aparecen factores más amplios como el precio de los alimentos, el transporte, la seguridad del

barrio y las políticas públicas de apoyo. De esta manera, el estado nutricional no depende únicamente del individuo, sino también de las oportunidades y limitaciones del entorno. A ello se suma el enfoque de curso de vida, que sostiene que los hábitos y riesgos acumulados en etapas anteriores, como la dieta y la actividad física en la adultez, se reflejan en la vejez en forma de malnutrición por déficit o exceso.

Entre los determinantes biológicos destacan la sarcopenia, la fragilidad y las enfermedades crónicas, que elevan los requerimientos nutricionales y reducen la capacidad de mantener la independencia. La polimedicación, por su parte, puede alterar el apetito o la absorción de micronutrientes. También influyen problemas de dentición, prótesis mal adaptadas o dificultades para deglutir, que condicionan la elección y textura de los alimentos. En cuanto a la funcionalidad y la cognición, la pérdida de habilidades básicas para la vida diaria, como comprar, cocinar o alimentarse de manera autónoma, aumenta la dependencia de los cuidadores.

Los factores psicológicos y conductuales son igualmente relevantes. La depresión, la ansiedad o la soledad reducen el apetito y la motivación para mantener una dieta equilibrada, mientras que un adecuado manejo del estrés, la actividad física regular y la calidad del sueño favorecen una mejor composición corporal. A nivel social y económico, el nivel de ingresos, la inseguridad alimentaria y la falta de redes de apoyo pueden limitar la variedad y calidad de los alimentos consumidos. En contextos urbanos, además, la amplia disponibilidad de productos ultraprocesados favorece la coexistencia de malnutrición por exceso con deficiencias de micronutrientes.

Finalmente, los determinantes culturales y políticos completan el panorama. Las costumbres culinarias, como el alto consumo de carbohidratos refinados o frituras en la dieta local, influyen directamente en el estado nutricional del adulto mayor. Sin embargo, estas tradiciones pueden aprovecharse como punto de partida para adaptar menús saludables que sean culturalmente aceptados. A su vez, la presencia de políticas públicas que promuevan el acceso a alimentos frescos, la seguridad alimentaria y la educación nutricional constituye un factor clave para prevenir la malnutrición.

En síntesis, el estado nutricional en la vejez es el resultado de la interacción entre determinantes biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. No puede comprenderse desde una sola dimensión, sino a través de un enfoque integral que reconozca la bidireccionalidad entre nutrición y funcionalidad: una mala alimentación reduce la movilidad y la independencia, y a su vez, la pérdida de autonomía limita la capacidad de mantener una dieta adecuada. Este marco de comprensión justifica la necesidad de aplicar herramientas como el Mini Nutritional Assessment (MNA) y el cuestionario FANTÁSTICO, que permiten evaluar de manera conjunta la situación nutricional y los estilos de vida del adulto mayor, identificando puntos críticos de intervención para promover su salud y bienestar.

4.3. Panorama internacional del estado nutricional en adultos mayores

El estado nutricional de los adultos mayores es un indicador clave de su salud y calidad de vida, y su análisis a nivel internacional revela importantes diferencias asociadas a factores económicos, culturales y sanitarios. Según el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), más de 1.000 millones de personas en el mundo tienen 60 años o más, y esta cifra podría duplicarse para 2050. Este cambio demográfico implica un aumento significativo en la demanda de servicios de salud y, en particular, de estrategias enfocadas en la prevención y tratamiento de problemas nutricionales.

En países desarrollados como Japón, Suecia y Canadá, la prevalencia de malnutrición en adultos mayores en comunidades urbanas oscila entre el 5 % y el 10 %, mientras que en instituciones geriátricas puede alcanzar hasta el 30 %. La baja prevalencia en el ámbito comunitario se asocia con sistemas de salud sólidos, políticas de envejecimiento activo y programas alimentarios específicos, como los subsidios para alimentos frescos o la entrega a domicilio de comidas balanceadas. Por ejemplo, en Japón, el concepto de “Ikigai” se combina con dietas tradicionales ricas en pescado, vegetales y té verde, lo que ha sido vinculado a una de las mayores esperanzas de vida del mundo.

En contraste, en países en desarrollo la situación es más compleja. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que en América Latina y el Caribe, la malnutrición en adultos mayores puede superar el 20 % en zonas rurales y alcanzar cifras mayores al 40 % en poblaciones institucionalizadas o en situación de vulnerabilidad. Factores como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la baja cobertura de atención geriátrica y la carencia de programas nutricionales adaptados a las necesidades de la vejez influyen de forma determinante en estos resultados. Además, el fenómeno de la “doble carga” — la coexistencia de desnutrición y obesidad— se ha convertido en un desafío creciente, particularmente en países con dietas cada vez más influenciadas por alimentos ultraprocesados y altos en azúcares y grasas saturadas.

Europa presenta una situación intermedia, con diferencias marcadas entre países del norte y del sur. Mientras que Noruega, Dinamarca y Alemania han desarrollado programas integrales de seguimiento nutricional desde la atención primaria, países del Mediterráneo como España e Italia mantienen prevalencias moderadas de malnutrición, aunque con una tendencia creciente a la obesidad en adultos mayores debido a cambios en los patrones dietéticos tradicionales. Sin embargo, iniciativas como el fomento de la dieta mediterránea siguen siendo un referente internacional por sus beneficios cardiovasculares y metabólicos.

En Asia, las estadísticas son heterogéneas. Corea del Sur y Singapur presentan indicadores positivos gracias a políticas públicas centradas en la prevención, mientras que en países del sudeste asiático, la falta de acceso a servicios de salud y la inseguridad alimentaria agrava los problemas nutricionales en la tercera edad. La experiencia de Corea del Sur es destacable por su combinación de subsidios alimentarios, educación nutricional y control médico regular, lo que ha reducido significativamente la malnutrición en menos de dos décadas.

A nivel global, la tendencia es clara: las naciones con políticas integrales de envejecimiento saludable, que incluyen la evaluación periódica del estado nutricional, educación alimentaria, apoyo social y acceso garantizado a alimentos de calidad, muestran mejores indicadores y menor dependencia en la vejez. No obstante, el envejecimiento poblacional plantea un desafío universal

que exige no solo intervenciones individuales, sino también reformas estructurales en los sistemas de salud y en las políticas de seguridad alimentaria.

4.4. Ejemplos y estudios de caso internacionales

El análisis del estado nutricional en adultos mayores adquiere una dimensión más tangible cuando se revisan ejemplos concretos de programas y políticas implementadas en diferentes partes del mundo. En Japón, país con una de las esperanzas de vida más altas, la estrategia nacional para el envejecimiento saludable incluye la promoción de dietas tradicionales ricas en pescado, algas, vegetales y té verde, combinadas con intervenciones comunitarias como talleres culinarios y visitas domiciliarias de profesionales de la salud. Este enfoque no solo ha permitido mantener bajos niveles de malnutrición, sino también preservar hábitos culturales que favorecen la longevidad. A su vez, la implementación de menús personalizados en residencias geriátricas, adaptados a las necesidades de textura y contenido proteico, ha reducido la prevalencia de disfagia y la pérdida de masa muscular en personas mayores de 80 años.

En Europa, Suecia se destaca por un sistema de atención geriátrica que integra la nutrición como pilar fundamental de la salud pública. Los municipios gestionan programas de “comidas a domicilio” que entregan menús equilibrados y culturalmente adaptados a adultos mayores que viven solos o tienen movilidad reducida. Además, se han establecido protocolos para que todo paciente hospitalizado mayor de 65 años reciba una evaluación nutricional obligatoria, lo que ha contribuido a identificar de manera temprana riesgos de desnutrición y a implementar planes de suplementación adecuados. En contraste, España ha reforzado el papel de la dieta mediterránea mediante campañas de sensibilización y la inclusión de alimentos frescos, aceite de oliva y legumbres en los menús de comedores sociales, aunque enfrenta un aumento progresivo de la obesidad en personas mayores debido a la sustitución de comidas tradicionales por productos ultraprocesados.

En América Latina, Chile ha sido un referente con el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), que distribuye alimentos

fortificados de alto valor nutricional como la leche enriquecida con proteínas y micronutrientes. Evaluaciones oficiales indican que esta intervención ha logrado reducir de manera significativa los niveles de anemia y mejorar la fuerza muscular en adultos mayores beneficiarios. Por otro lado, en Brasil, proyectos comunitarios impulsados por organizaciones no gubernamentales han establecido huertos urbanos en barrios de bajos recursos, permitiendo que adultos mayores accedan a frutas y hortalizas frescas sin depender exclusivamente de cadenas de supermercados. Estos huertos, además de su función nutricional, han favorecido la interacción social y el bienestar emocional de la población envejecida.

En regiones con menor desarrollo económico, como África subsahariana, los estudios de caso muestran realidades distintas pero igualmente valiosas para el análisis comparativo. En Sudáfrica, el programa “Older Persons Nutrition Project” combina transferencias monetarias con talleres de educación alimentaria, logrando mejorar el consumo de proteínas animales y vegetales en zonas rurales. En contraste, países como Etiopía enfrentan retos persistentes debido a la inseguridad alimentaria crónica, que obliga a las comunidades a depender de cereales de bajo valor nutritivo. La introducción de programas de suplementación y el fortalecimiento de redes comunitarias de cuidado han mostrado resultados iniciales positivos, aunque su sostenibilidad sigue siendo un desafío.

La comparación de estos casos revela que los países con mayores ingresos tienden a concentrar sus esfuerzos en la prevención de la obesidad, la mejora de la calidad dietética y la personalización de menús según necesidades clínicas, mientras que los países con menores recursos priorizan el acceso básico a alimentos y la prevención de deficiencias graves de micronutrientes. Sin embargo, en ambos contextos es evidente que las políticas más exitosas comparten características comunes: integración de la nutrición en el sistema de salud, participación activa de la comunidad, adaptaciones culturales en la dieta y un monitoreo constante del estado nutricional de la población mayor. Esta evidencia refuerza la importancia de adoptar enfoques multifactoriales que respondan no solo a la disponibilidad de recursos, sino también a las realidades culturales, geográficas y sociales de cada país.

4.5. Situación en América Latina y Ecuador

En América Latina, el estado nutricional de los adultos mayores refleja la diversidad social, económica y cultural de la región. A pesar de los avances en salud pública y el aumento de la esperanza de vida, persisten retos significativos en materia de nutrición. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en muchos países latinoamericanos la malnutrición en adultos mayores supera el 20 % en zonas rurales y llega a niveles más altos en comunidades aisladas o en situación de pobreza extrema. Esta problemática está influida por factores como la inseguridad alimentaria, el acceso limitado a servicios de salud especializados y la escasa disponibilidad de programas integrales de atención geriátrica.

En las áreas urbanas, aunque el acceso a alimentos es mayor, se observa un aumento progresivo de la obesidad y de las enfermedades crónicas asociadas, como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemias. Este fenómeno está vinculado a cambios en los patrones alimentarios tradicionales, que han sido reemplazados en gran medida por dietas con alto contenido de azúcares simples, grasas saturadas y productos ultraprocesados. Así, la región enfrenta la llamada “doble carga” de la malnutrición, caracterizada por la coexistencia de deficiencias nutricionales y exceso de peso en la misma población, lo que aumenta los riesgos de deterioro funcional y dependencia en la vejez.

En el caso de Ecuador, la situación presenta características similares a las del resto de América Latina, pero con particularidades derivadas de su diversidad geográfica y cultural. Estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) indican que en zonas rurales e indígenas del país persisten altas tasas de desnutrición en adultos mayores, asociadas a dietas poco variadas, bajo consumo de proteínas de alta calidad y acceso limitado a servicios de salud. En contraste, en los centros urbanos se reporta una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, impulsada por el consumo de alimentos industrializados y la disminución de la actividad física.

Las políticas públicas en Ecuador han incorporado, de manera progresiva, acciones orientadas a la nutrición geriátrica. Programas como el Plan Nacional de Alimentación Saludable y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Ecuatoriana incluyen recomendaciones específicas para adultos mayores, enfatizando el consumo de alimentos frescos, la reducción de sal y azúcares, y la importancia de la actividad física adaptada a las capacidades individuales. Sin embargo, la implementación de estas estrategias enfrenta desafíos como la insuficiente cobertura, la falta de seguimiento y la limitada capacitación del personal de salud en temas de geriatría y gerontología.

En los últimos años, algunas iniciativas comunitarias y de organizaciones no gubernamentales han comenzado a ofrecer soluciones complementarias, tales como huertos urbanos, distribución de canastas de alimentos nutritivos y talleres de educación alimentaria para adultos mayores y sus familias. Estas acciones han mostrado resultados positivos en la mejora del acceso a alimentos saludables y en la concienciación sobre la importancia de una dieta equilibrada en la vejez. No obstante, para lograr un impacto sostenido, es necesario fortalecer la articulación entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado, de modo que se garantice el derecho a una alimentación adecuada como parte integral del envejecimiento saludable.

La comparación entre el panorama internacional y la realidad de cada país revela no solo diferencias cuantitativas en las tasas de malnutrición, sino también contrastes significativos en las estrategias aplicadas para su prevención y manejo. Mientras que en naciones con ingresos altos las políticas públicas tienden a enfocarse en la educación alimentaria, el monitoreo regular y el acceso universal a servicios geriátricos especializados, en países de ingresos medios y bajos las acciones suelen estar más dirigidas a la atención de emergencias alimentarias y al suministro básico de nutrientes. Asimismo, las particularidades culturales, la disponibilidad de alimentos y la infraestructura sanitaria condicionan la eficacia de las intervenciones. Esta variabilidad subraya la importancia de analizar de manera detallada la situación nacional, identificando fortalezas y áreas de mejora a partir de la experiencia internacional, con el fin de diseñar programas sostenibles que respondan a las necesidades específicas de la población adulta mayor en cada contexto.

4.6. Ejemplos ilustrativos en el contexto latinoamericano y ecuatoriano

En Brasil, el programa “Restaurantes Populares”, implementado por el Ministerio de Desarrollo Social, tiene como objetivo ofrecer comidas nutritivas a precios simbólicos o, en algunos casos, de manera gratuita a la población en situación de vulnerabilidad, incluyendo a los adultos mayores. Estas comidas están diseñadas bajo parámetros nutricionales que garantizan un aporte equilibrado de proteínas, carbohidratos complejos, grasas saludables, vitaminas y minerales esenciales. Además, el programa incorpora un componente educativo: los beneficiarios reciben información sobre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónicas. Estudios locales han reportado que, en las ciudades donde el programa opera con mayor cobertura, la prevalencia de desnutrición en adultos mayores ha disminuido en un 15 % en un periodo de cinco años, mostrando un impacto real en la salud pública.

En Chile, el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM) es una política estatal consolidada que proporciona alimentos fortificados específicamente diseñados para cubrir las necesidades nutricionales de las personas mayores de 60 años. Entre los productos distribuidos se encuentran la Crema Años Dorados y la Bebida Láctea Años Dorados, ambas enriquecidas con calcio, vitamina D, proteínas de alta calidad y otros micronutrientes clave para prevenir la osteoporosis y la sarcopenia. El PACAM no solo entrega los alimentos, sino que realiza seguimiento médico y evaluaciones periódicas del estado nutricional, lo que permite detectar casos de riesgo y aplicar intervenciones más personalizadas. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud de Chile, este programa ha contribuido a reducir los índices de anemia en la tercera edad en más de un 20 % en la última década.

En Ecuador, el municipio de Cuenca implementó el proyecto “Huertos para la Vida”, una iniciativa que promueve la creación de huertos comunitarios y familiares en barrios y centros geriátricos. Este programa tiene un doble propósito: mejorar la seguridad alimentaria y fomentar la participación social de los adultos mayores. Los beneficiarios cultivan hortalizas, frutas y hierbas medicinales, lo que no solo les proporciona alimentos frescos y libres de químicos, sino que también estimula la actividad física, la coordinación motora y

la interacción social, factores clave para la salud integral en la vejez. Evaluaciones realizadas por la Dirección Municipal de Salud han mostrado que, en los sectores donde el proyecto se ha implementado, el consumo de vegetales frescos en adultos mayores ha aumentado en un 35 %, y los niveles de satisfacción y bienestar reportados por los participantes son significativamente más altos.

Asimismo, en la provincia de Manabí, diversas organizaciones comunitarias y grupos de voluntarios han creado redes de apoyo alimentario dirigidas a adultos mayores en situación de abandono o con movilidad reducida. Estas redes se encargan de la preparación y entrega semanal de canastas con alimentos nutritivos, incluyendo legumbres, granos enteros, pescado fresco y frutas de temporada. Además, algunos grupos han incorporado talleres de cocina saludable, donde se enseña a los beneficiarios y sus cuidadores a preparar comidas balanceadas con ingredientes locales y de bajo costo. Estas acciones han demostrado ser especialmente valiosas tras eventos adversos como el terremoto de 2016 y durante la pandemia de COVID-19, periodos en los que la inseguridad alimentaria se incrementó de manera significativa.

4.7. Factores determinantes del estado nutricional en la vejez

El estado nutricional de las personas adultas mayores es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen de manera directa en la ingesta, absorción y utilización de nutrientes esenciales para el organismo. Comprender estos determinantes no solo permite identificar las causas de la malnutrición, sino también diseñar intervenciones efectivas y culturalmente adaptadas que promuevan un envejecimiento saludable. Este análisis se vuelve aún más relevante en el contexto actual, donde la población mundial envejece a un ritmo acelerado y los sistemas de salud se ven obligados a responder a una creciente demanda de atención especializada.

En el plano biológico, el proceso natural de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos que pueden afectar negativamente la nutrición y la salud general. La disminución progresiva de la masa muscular (sarcopenia), la pérdida de

densidad ósea, la reducción del metabolismo basal y las alteraciones en la percepción del gusto y del olfato reducen el apetito y modifican las preferencias alimentarias. A esto se suma que la disminución en la producción de enzimas digestivas y la atrofia de la mucosa intestinal pueden limitar la absorción de nutrientes clave como calcio, hierro, vitamina B12 y ácido fólico. La coexistencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) obliga a seguir dietas restrictivas que, si no se planifican de forma adecuada, pueden derivar en deficiencias nutricionales graves y aumentar la fragilidad física.

En el plano social y ambiental, las diferencias entre zonas rurales y urbanas condicionan de manera significativa el estado nutricional de las personas mayores. En áreas rurales, la limitada disponibilidad de servicios de salud especializados, el menor acceso a alimentos frescos y la dependencia de dietas tradicionales pueden favorecer la aparición de deficiencias nutricionales específicas, mientras que en entornos urbanos, aunque la oferta alimentaria es más variada, la prevalencia de alimentos ultraprocesados y el sedentarismo representan riesgos crecientes. Países como México y Argentina han implementado programas diferenciados para estos contextos, combinando huertos comunitarios, talleres de cocina saludable y distribución de suplementos alimenticios para garantizar un acceso equitativo a una nutrición adecuada. Estos ejemplos muestran que el abordaje de los factores determinantes debe adaptarse a las realidades locales, integrando componentes educativos, sanitarios y comunitarios para lograr un impacto sostenible.

El aspecto psicológico también desempeña un papel relevante, ya que las emociones y el bienestar mental influyen directamente en los hábitos alimentarios. La depresión, la ansiedad, el duelo por la pérdida de seres queridos y la soledad son condiciones frecuentes en la vejez que disminuyen la motivación para comer, preparar alimentos o mantener rutinas saludables. A menudo, estas situaciones se acompañan de trastornos del sueño, fatiga y disminución del interés general por las actividades cotidianas, lo que puede llevar a omitir comidas o elegir alimentos de baja calidad nutricional. Diversos estudios han demostrado que la depresión no tratada en adultos mayores se asocia con pérdida de peso no intencional, deficiencia de micronutrientes y una mayor

susceptibilidad a infecciones y complicaciones médicas, generando un círculo vicioso difícil de romper sin una intervención integral.

En el ámbito social, el nivel educativo, el ingreso económico y el acceso a servicios de salud son determinantes fundamentales del estado nutricional. Las personas mayores con recursos limitados enfrentan barreras para adquirir alimentos frescos y nutritivos, mientras que quienes carecen de redes de apoyo familiar o comunitario pueden tener dificultades para realizar compras, preparar comidas o incluso alimentarse adecuadamente. La inseguridad alimentaria, presente en diferentes grados en muchos países, agrava la situación y perpetúa el ciclo de malnutrición, afectando tanto la salud física como el bienestar emocional. Además, las políticas públicas insuficientes y la falta de programas de asistencia alimentaria sostenibles limitan la capacidad de respuesta frente a las necesidades específicas de esta población.

Los factores ambientales también ejercen una influencia significativa, ya que la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables dependen de la ubicación geográfica, la infraestructura de transporte y la existencia de cadenas de distribución eficientes. En zonas rurales aisladas, la ausencia de mercados cercanos, la dependencia de monocultivos y la escasa diversificación agrícola reducen la variedad de la dieta. Asimismo, las condiciones climáticas extremas, como sequías o inundaciones, y los desastres naturales pueden interrumpir de forma abrupta el suministro de alimentos, provocando crisis nutricionales agudas en la población mayor. Incluso en áreas urbanas, la falta de entornos seguros para caminar o practicar actividad física contribuye a un estilo de vida sedentario, lo que impacta indirectamente en la salud nutricional.

Las costumbres culturales y las creencias relacionadas con la alimentación desempeñan un papel crucial en la selección y preparación de los alimentos consumidos por los adultos mayores. En algunas comunidades, se mantienen prácticas alimentarias saludables basadas en el consumo de alimentos frescos, mínimamente procesados y ricos en nutrientes, transmitidas de generación en generación. Sin embargo, en otras, se observa una transición hacia dietas poco equilibradas debido a la influencia de la globalización, la publicidad de alimentos ultraprocesados y la disponibilidad masiva de productos de bajo costo pero

escaso valor nutricional. Reconocer, valorar y, cuando sea necesario, reorientar estas particularidades culturales resulta esencial para promover cambios alimentarios que sean aceptados socialmente, económicamente viables y sostenibles en el tiempo.

4.8. Estudios de caso internacionales sobre factores determinantes del estado nutricional en la vejez

En Japón, reconocido por su elevada esperanza de vida, el estado nutricional de las personas mayores se ve influido por una combinación de factores culturales, económicos y de políticas públicas. Un ejemplo paradigmático es la prefectura de Okinawa, donde la dieta tradicional —caracterizada por un alto consumo de vegetales, pescado, algas y té verde— se acompaña de un sólido tejido comunitario y de programas de salud preventiva que incluyen evaluaciones nutricionales periódicas en centros de atención primaria. No obstante, en áreas urbanas más occidentalizadas del país se ha observado un incremento en el consumo de comida rápida y productos ultraprocesados, lo que ha derivado en un aumento de la prevalencia de sobrepeso y enfermedades metabólicas en adultos mayores. Este contraste evidencia cómo la transición dietética puede alterar de manera significativa el equilibrio nutricional incluso en contextos de alto desarrollo humano.

En Brasil, un estudio del Ministerio de Salud (2022) realizado en regiones rurales y urbanas evidenció que los determinantes del estado nutricional varían notablemente según la ubicación geográfica. En áreas rurales del nordeste brasileño, la inseguridad alimentaria se identificó como el factor más influyente, potenciado por la falta de transporte, la limitada disponibilidad de mercados y la dependencia de alimentos de bajo costo y escaso valor nutricional. Por el contrario, en grandes urbes como São Paulo y Río de Janeiro, el principal desafío es el exceso de peso y las enfermedades metabólicas, impulsadas por dietas hipercalóricas y estilos de vida sedentarios. Ante esta dualidad, el gobierno ha implementado estrategias diferenciadas, como huertos comunitarios en zonas rurales y campañas de reducción del consumo de azúcares y sodio en áreas urbanas.

En Etiopía, un programa piloto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Ministerio de Salud etíope ha abordado de forma directa los factores estructurales de la desnutrición en la vejez. Mediante clínicas móviles, se distribuyen alimentos fortificados y suplementos de micronutrientes, al tiempo que se realizan evaluaciones antropométricas para la detección temprana de malnutrición moderada o severa. El impacto ha sido tangible: en menos de tres años, la prevalencia de deficiencia de hierro en adultos mayores de las regiones participantes se redujo en un 15 %. Este caso ilustra cómo las intervenciones focalizadas y adaptadas al contexto local pueden modificar sustancialmente un determinante crítico de la salud nutricional.

En España, el Plan Integral de Atención a la Cronicidad incluye un componente específico de evaluación y seguimiento nutricional en personas mayores. Entre los factores determinantes más relevantes se encuentran la soledad no deseada, la dependencia funcional y la polimedicación, todos ellos asociados a una menor ingesta o absorción de nutrientes. Para contrarrestarlos, se han desarrollado programas de acompañamiento social que integran visitas domiciliarias con la entrega de comidas personalizadas según las necesidades dietéticas de cada individuo. Los resultados preliminares muestran mejoras en la ingesta proteica y en la percepción de bienestar general, demostrando que las variables sociales tienen un peso equiparable a las económicas o biomédicas en el estado nutricional de este grupo etario.

Estos estudios de caso ponen de relieve que los factores determinantes del estado nutricional en la vejez no operan de forma aislada, sino en un entramado complejo de influencias culturales, socioeconómicas, geográficas y de políticas públicas. La evidencia internacional sugiere que las estrategias más efectivas son aquellas que, lejos de aplicar enfoques universales, se adaptan a las particularidades de cada población y se sustentan en intervenciones integrales.

4.9. Estado Nutricional

El estado nutricional se define como el equilibrio entre los nutrientes ingeridos y las necesidades fisiológicas del organismo para mantener sus funciones vitales

y promover el bienestar. Este concepto abarca múltiples dimensiones, como la capacidad de absorber y utilizar los nutrientes de una manera eficiente, así como la relación entre la dieta y los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la vida de los pacientes.

En el caso de los adultos mayores, el estado nutricional cobra especial relevancia debido a los cambios fisiológicos que ocurren durante el proceso de envejecimiento. Estos incluyen la pérdida de masa muscular (sarcopenia), la disminución de la densidad ósea y la alteración del metabolismo energético, los cuales aumentan el riesgo de padecer desnutrición o sobrepeso (1). Además, factores como la disminución del apetito, conocida como anorexia del envejecimiento, y las alteraciones en la percepción del gusto y el olfato influyen directamente en los patrones de alimentación. Estos cambios pueden llevar a desequilibrios nutricionales que afectan tanto la salud física como a la psique de los adultos mayores.

El estado nutricional no solo está determinado por factores biológicos, sino también por condiciones económicas y sociales. Los adultos mayores con acceso limitado a recursos financieros enfrentan mayores riesgos de malnutrición debido a la incapacidad de abastecerse de alimentos de calidad. Asimismo, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo pueden reducir la motivación para preparar y consumir comidas equilibradas. En muchos casos, los adultos mayores dependen de cuidadores o servicios comunitarios para satisfacer sus necesidades nutricionales, lo que subraya la importancia de un enfoque integral que contemple estas variables (23).

Desde un punto de vista clínico, el estado nutricional es evaluado mediante herramientas validadas como el Mini Nutritional Assessment (MNA), que permite identificar riesgos de malnutrición y establecer estrategias de intervención temprana. Este tipo de instrumentos considera indicadores antropométricos, como el peso y la talla, así como aspectos relacionados con la ingesta dietética, el historial médico y la funcionalidad del individuo. La evaluación del estado nutricional en adultos mayores es fundamental para desarrollar intervenciones personalizadas que aborden de manera adecuada las necesidades específicas de esta población (7).

Un estado nutricional adecuado en la vejez está relacionado de forma estrecha con un mejor estilo de vida, ya que sirve de medida preventiva de enfermedades crónicas, reduce las hospitalizaciones y prolonga la independencia funcional. Por el contrario, la malnutrición puede agravar condiciones preexistentes, aumentar la fragilidad y limitar la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades cotidianas. Por estas razones, la atención al estado nutricional de este grupo etario debe ser una prioridad para los sistemas de salud y en las políticas públicas dirigidas al envejecimiento saludable (12).

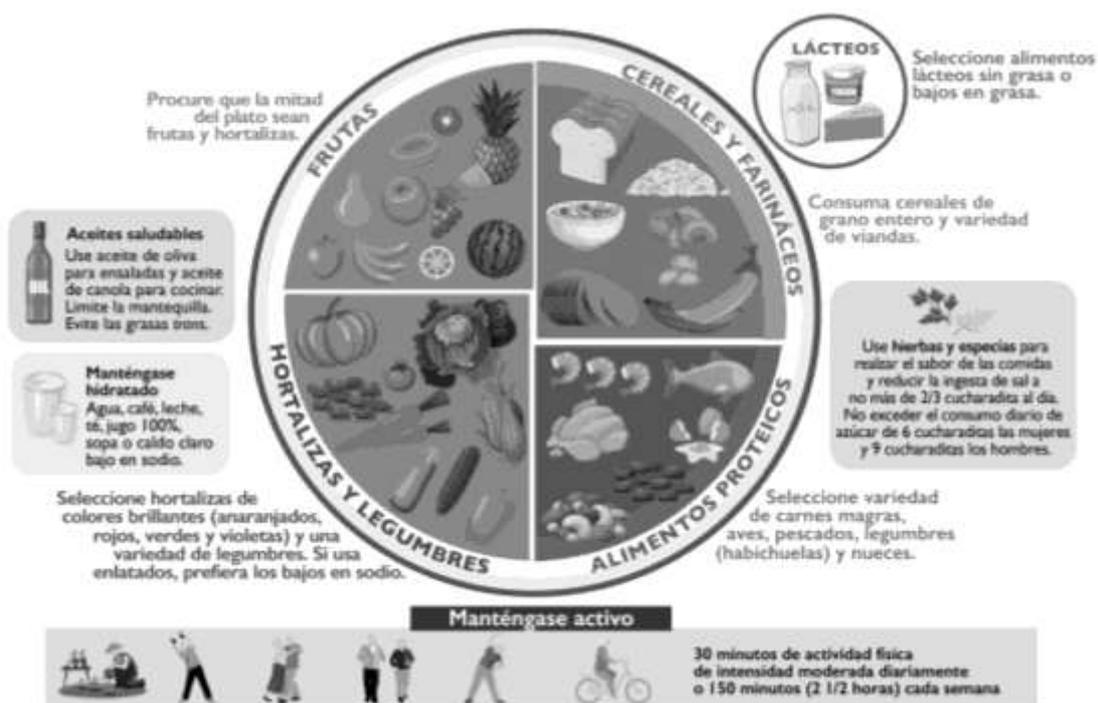


Figura 1 Dieta balanceada para adultos mayores

Esta guía visual presenta las proporciones recomendadas de alimentos (50 % frutas y vegetales; 25 % cereales/farináceos; 25 % proteínas) junto con lácteos, agua, aceites saludables y pautas de actividad física, diseñada especialmente para adultos mayores en escenarios de emergencia. (12)

La implementación de programas de intervención nutricional en adultos mayores ha demostrado ser una estrategia altamente efectiva para mejorar su calidad de vida y reducir la incidencia de problemas asociados a la malnutrición. Por ejemplo, en Japón, el plan “Shokuiku” combina educación alimentaria, menús adaptados y evaluaciones periódicas, lo que ha logrado disminuir la prevalencia de desnutrición en más del 15 % en la última década. En Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) ha reportado mejoras en el estado de micronutrientes,

especialmente vitamina D y calcio, contribuyendo a la reducción de fracturas osteoporóticas. De manera similar, en España, iniciativas municipales de entrega de comidas balanceadas a domicilio no solo han favorecido una alimentación adecuada, sino que también han fortalecido la interacción social y la salud emocional de los beneficiarios. Estos ejemplos evidencian que, cuando la nutrición geriátrica es abordada de manera integral y sostenida en el tiempo, sus efectos trascienden el ámbito clínico, influyendo positivamente en la autonomía, la funcionalidad y el bienestar general de las personas mayores.

4.10. Antecedentes históricos de la nutrición geriátrica

La nutrición geriátrica, como campo especializado, ha evolucionado de manera significativa a lo largo del último siglo, adaptándose a los avances científicos, cambios demográficos y transformaciones en los sistemas de salud. A principios del siglo XX, la atención a las personas mayores estaba fuertemente condicionada por un enfoque asistencial básico, centrado principalmente en la provisión de alimentos suficientes para cubrir las necesidades energéticas. En aquella época, las principales preocupaciones estaban relacionadas con la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, particularmente en contextos de posguerra y crisis económicas, donde las limitaciones en el acceso a alimentos frescos eran evidentes. La geriatría como disciplina médica aún no estaba consolidada, las pautas nutricionales para adultos mayores eran prácticamente inexistentes.

Durante la segunda mitad del siglo XX, especialmente a partir de la década de 1960, comenzó a reconocerse que el envejecimiento conllevaba cambios fisiológicos que influían en la absorción y metabolismo de nutrientes. La creación de sociedades científicas y la celebración de congresos internacionales, como los promovidos por la Sociedad Internacional de Nutrición y Envejecimiento, permitieron establecer los primeros lineamientos dietéticos específicos para la población mayor. En este periodo, países como Japón, Francia y Canadá se destacaron como pioneros en la investigación sobre dieta y longevidad. Japón, en particular, comenzó a documentar la relación entre sus patrones alimentarios tradicionales —ricos en pescado, algas, té verde— y la alta esperanza de vida de su población, sentando bases para futuras recomendaciones internacionales.

A finales del siglo XX y comienzos del XXI, la transición epidemiológica y el aumento de la esperanza de vida cambiaron el perfil de los problemas nutricionales en la vejez. Las

enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipidemias, comenzaron a ocupar un lugar central en la agenda sanitaria. Esto llevó a una revisión profunda de las guías alimentarias, incorporando no solo la prevención de deficiencias, sino también el control de factores de riesgo asociados al estilo de vida. En este contexto, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrollaron recomendaciones específicas para promover un envejecimiento saludable, haciendo énfasis en la dieta balanceada, la actividad física regular y el soporte social.

En paralelo, el desarrollo de nuevas técnicas de evaluación nutricional y el auge de la investigación clínica permitieron identificar con mayor precisión las necesidades dietéticas de los adultos mayores. Métodos como el Mini Nutritional Assessment (MNA) y la bioimpedancia eléctrica se incorporaron progresivamente a la práctica clínica, facilitando intervenciones personalizadas. La creciente evidencia sobre la influencia de factores sociales, culturales y económicos en el estado nutricional impulsó un enfoque más integral, que reconoce que la alimentación en la vejez no depende únicamente de la disponibilidad de alimentos, sino también de la educación alimentaria, las redes de apoyo y las políticas públicas.

Hoy en día, la nutrición geriátrica se entiende como una disciplina interdisciplinaria que integra conocimientos de medicina, dietética, psicología, sociología y políticas de salud. Su desarrollo histórico refleja un cambio de paradigma: de un modelo centrado exclusivamente en evitar la desnutrición, a una visión más amplia que busca optimizar la calidad de vida, prevenir enfermedades y mantener la autonomía funcional en la vejez. Este recorrido histórico no solo evidencia el avance del conocimiento científico, sino también la creciente conciencia de que una nutrición adecuada es una pieza clave para un envejecimiento saludable y activo.

4.11. Factores que Afectan el Estado Nutricional

El estado nutricional de una persona es influido por una amplia variedad de factores, los cuales interactúan de manera compleja para determinar la ingesta, absorción y utilización de nutrientes esenciales. En el caso de los adultos mayores, estos factores son aún más significativos debido a los cambios inherentes al proceso de envejecimiento, que afectan tanto el estado físico como psicológico y social (5). Estos factores son esenciales para identificar riesgos y

desarrollar estrategias de intervención que promuevan un mejor estado de salud en esta población vulnerable.

Entre los principales factores físicos que afectan el estado nutricional de los adultos mayores se encuentran los cambios fisiológicos relacionados con la edad. La pérdida de masa muscular, conocida como sarcopenia, y la disminución de la densidad ósea son condiciones frecuentes que afectan la capacidad funcional y aumentan el riesgo de caídas y fracturas. Además, alteraciones en el sistema digestivo, como la reducción de la secreción de enzimas y ácidos gástricos, pueden interferir en la digestión y absorción de nutrientes clave, como las vitaminas B12 y D, el calcio y el hierro (9). Estas limitaciones fisiológicas se agravan en presencia de enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión y artritis, las cuales requieren tratamientos farmacológicos que a menudo generan efectos secundarios que comprometen la ingesta y el metabolismo de nutrientes.

Los factores psicológicos también desempeñan un papel importante en el estado nutricional de los adultos mayores. Condiciones como la depresión, la ansiedad y los trastornos cognitivos, incluido el Alzheimer, son comunes en esta etapa de la vida y pueden reducir significativamente el interés por la comida. La pérdida de seres queridos, el aislamiento social y la falta de un propósito claro de vida contribuyen al desarrollo de estos trastornos, aumentando la prevalencia de anorexia del envejecimiento. La falta de apoyo emocional y social también puede disminuir la motivación para preparar y consumir alimentos, afectando negativamente la calidad y cantidad de la dieta (23).

En el ámbito social y económico, las limitaciones financieras representan un obstáculo importante para garantizar una nutrición adecuada en los adultos mayores. Los ingresos insuficientes limitan el acceso a alimentos frescos y variados, mientras que el alto costo de productos saludables restringe las opciones dietéticas. Este problema es particularmente agudo en comunidades con sistemas de apoyo comunitario deficientes, donde los servicios sociales y de salud no están equipados para satisfacer las necesidades de esta población. Además, el abandono familiar o la dependencia de cuidadores sin formación

adecuada pueden generar descuidos en la preparación de comidas equilibradas, lo que agrava los problemas nutricionales (23).

Otro factor social relevante es la influencia de la cultura y las costumbres alimenticias, que pueden determinar las preferencias dietéticas de los adultos mayores. En algunos casos, las restricciones dietéticas por motivos religiosos, culturales o personales pueden limitar el consumo de ciertos alimentos esenciales, aumentando el riesgo de deficiencias nutricionales (5). Asimismo, los cambios en la dinámica familiar, como la migración de los hijos, pueden dejar a los adultos mayores sin apoyo directo, aumentando su vulnerabilidad a la malnutrición.

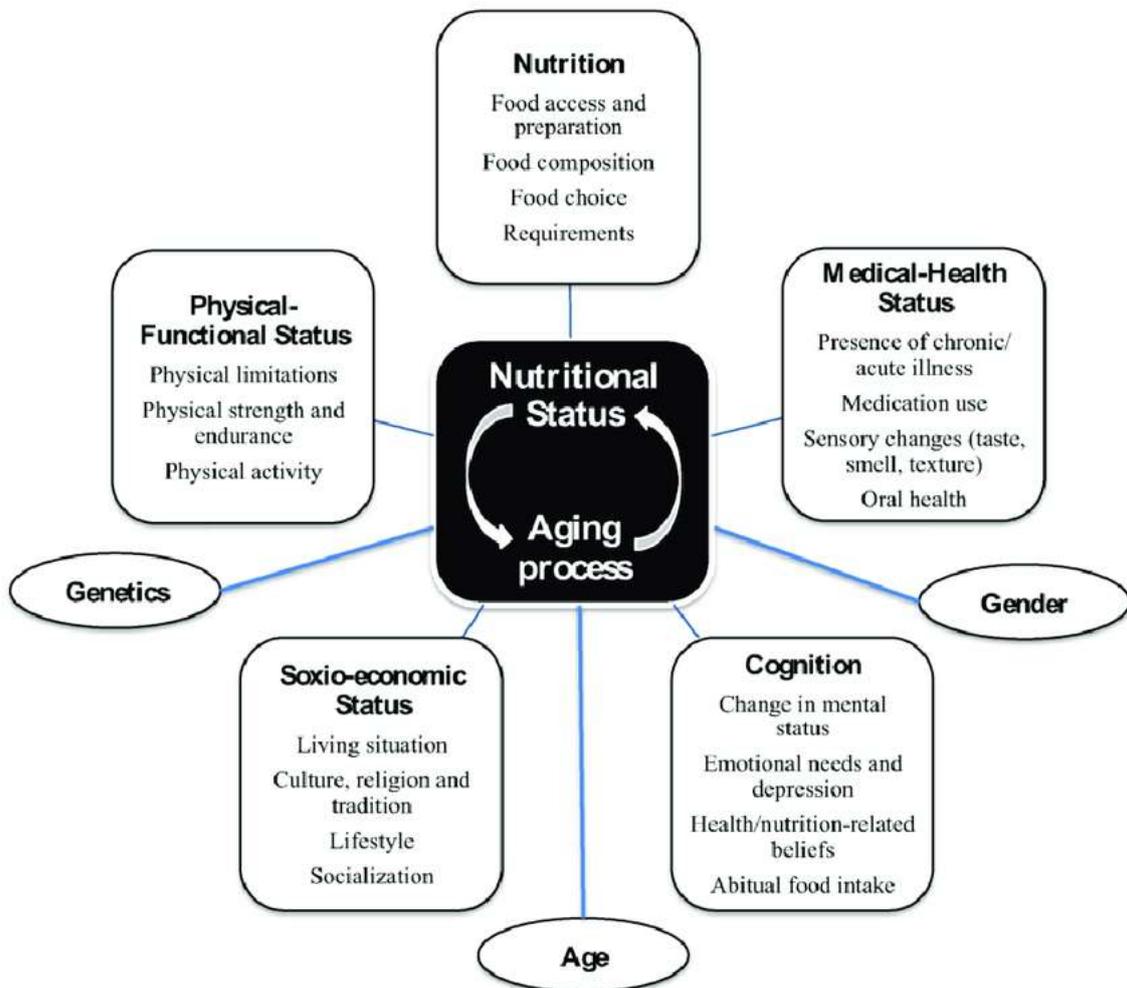


Figura 2 Factores que influyen en el estado nutricional durante el envejecimiento, Adaptado de *Nutrition for Older Adults*, por Bernstein MA & Luggen AS.

Como se observa en la Figura 2, estos son los dominios principales que condicionan el estado nutricional en el adulto mayor: nutrición, salud, funcionalidad, situación socioeconómica y cognición. Además, estos dominios interactúan con el proceso de envejecimiento, siendo modulados por la edad, genética y género, lo que evidencia el carácter multidimensional de este fenómeno.

El estado nutricional tiene un impacto profundo en la salud y estilo de vida de los adultos mayores. En esta etapa de la vida, la nutrición adecuada no solo es un factor determinante para prevenir enfermedades, sino también para mantener la funcionalidad, la independencia y el bienestar general. La relación entre el estado nutricional y el estilo de vida es bidireccional: una nutrición deficiente puede agravar condiciones preexistentes y reducir la capacidad funcional, mientras que una dieta equilibrada contribuye a un envejecimiento saludable y activo (20).

Uno de los principales impactos del estado nutricional en los adultos mayores es su relación con la prevención de enfermedades crónicas. La desnutrición, caracterizada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales, debilita el sistema inmunológico, lo que aumenta la vulnerabilidad a infecciones y enfermedades como la neumonía. Por otro lado, una nutrición desequilibrada, que incluye el consumo excesivo de grasas saturadas y azúcares, puede exacerbar enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Este doble riesgo subraya la importancia de un enfoque equilibrado en la dieta de los adultos mayores.

Además, el estado nutricional influye directamente en la capacidad funcional de los adultos mayores. La sarcopenia, o pérdida de masa muscular relacionada con la edad, es uno de los problemas más comunes en esta población y está estrechamente vinculada a una ingesta inadecuada de proteínas y calorías. La disminución de la fuerza muscular afecta la movilidad y aumenta el riesgo de caídas, que son una de las principales causas de hospitalización y pérdida de autonomía en los adultos mayores (17).

El impacto del estado nutricional también se extiende al bienestar psicológico de los adultos mayores. Una nutrición deficiente puede contribuir al desarrollo o agravamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad, ya que la carencia de nutrientes esenciales como las vitaminas del complejo B, el hierro y los ácidos

grasos omega-3 afecta el funcionamiento del sistema nervioso. Por el contrario, una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, granos integrales y proteínas magras, ha demostrado tener un efecto positivo en el estado de ánimo y la calidad del sueño, promoviendo una mayor estabilidad emocional (25).

4.12. Comparaciones históricas y programas nacionales de nutrición para adultos mayores

El análisis nutricional de los adultos mayores en el país revela notables transformaciones a lo largo de las últimas décadas, tanto en la disponibilidad de alimentos como en los patrones dietéticos y el acceso a programas de apoyo. En la década de 1980, la mayor preocupación sanitaria se centraba en la desnutrición proteico-energética, especialmente en comunidades rurales con limitado acceso a productos frescos y fuentes de proteína animal. Los registros de encuestas nacionales de aquella época mostraban que las deficiencias de hierro, calcio y vitamina A eran frecuentes, afectando de manera directa la salud ósea, la resistencia a infecciones y la capacidad funcional de los adultos mayores. Con el paso de los años, y especialmente a partir de la década del 2000, se ha observado un cambio de tendencia: aunque la desnutrición persiste en grupos vulnerables, el sobrepeso y la obesidad han ganado protagonismo, en gran parte debido a la creciente urbanización, la disponibilidad de alimentos ultraprocesados y la disminución de la actividad física cotidiana.

Las diferencias entre zonas rurales y urbanas siguen siendo un factor determinante del estado nutricional en la vejez. En las áreas rurales, persisten barreras relacionadas con la disponibilidad y variedad de alimentos, así como con el acceso a servicios de salud especializados en geriatría. La dieta de los adultos mayores en estas regiones suele estar basada en productos locales, a veces insuficientes para cubrir los requerimientos de micronutrientes esenciales, lo que incrementa el riesgo de anemia y osteoporosis. Por el contrario, en entornos urbanos, aunque existe un mayor acceso a una amplia oferta de alimentos, la dieta tiende a ser más alta en azúcares, grasas saturadas y sodio, lo que contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y dislipidemias. Esta dualidad refleja la coexistencia de dos problemas nutricionales opuestos, conocidos como “doble carga” de la malnutrición.

A lo largo de las últimas décadas, se han implementado diversos programas nacionales orientados a mejorar la alimentación y el estado nutricional de los adultos mayores.

Entre ellos destaca el Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor, que entrega raciones equilibradas y adaptadas a las necesidades fisiológicas de esta población, con especial atención a quienes viven solos o carecen de redes de apoyo. Asimismo, se han desarrollado campañas de educación alimentaria que promueven el consumo de frutas, verduras y legumbres, así como la reducción del consumo de sal y grasas trans. En regiones con alta prevalencia de desnutrición, se han implementado estrategias de fortificación de alimentos básicos, como harinas y lácteos, con micronutrientes esenciales. Estos esfuerzos, complementados con la integración de evaluaciones nutricionales periódicas en los servicios de atención primaria, han permitido una detección más temprana de los riesgos nutricionales y una respuesta más eficiente.

En el ámbito de la investigación y las políticas públicas, se observa un interés creciente por abordar el estado nutricional de los adultos mayores desde un enfoque integral que combine la promoción de estilos de vida saludables, la intervención comunitaria y la garantía de acceso a alimentos de calidad. No obstante, los retos persisten: el envejecimiento acelerado de la población, las desigualdades territoriales y la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas no transmisibles exigen una actualización constante de las estrategias. Fortalecer la coordinación intersectorial entre salud, agricultura y desarrollo social se perfila como un elemento clave para garantizar un envejecimiento saludable y activo en las próximas décadas.

4.13. Envejecimiento y sus Implicaciones

El proceso de envejecimiento es una etapa natural del ciclo vital que implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se caracteriza por una disminución progresiva de la capacidad funcional de los órganos y sistemas, lo que puede aumentar la susceptibilidad a enfermedades crónicas y la fragilidad (20). Psicológicamente, se observan cambios en la cognición, como una reducción en la velocidad de procesamiento y en la memoria de trabajo, aunque también se destaca la capacidad de los adultos mayores para desarrollar resiliencia y mantener un bienestar emocional a través de estrategias de regulación afectiva. Socialmente, el envejecimiento puede estar asociado con la pérdida de roles laborales, la

reducción de redes sociales y, en algunos casos, el aislamiento, lo que puede afectar negativamente el estilo de vida.

Frente a estos cambios, el concepto de envejecimiento activo y saludable ha emergido como un enfoque integral para promover el bienestar en la vejez. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar el estilo de vida a medida que las personas envejecen" (21). Estrategias como la promoción de la actividad física, la estimulación cognitiva, la participación social y el acceso a servicios de salud adecuados son fundamentales para lograr un envejecimiento saludable. Además, se ha demostrado que el mantenimiento de un estilo de vida activo y la participación en actividades significativas contribuyen a una mayor satisfacción vital y a un menor riesgo de discapacidad.

Sin embargo, el envejecimiento también presenta desafíos y oportunidades en la sociedad actual. Por un lado, el aumento de la esperanza de vida ha llevado a un crecimiento significativo de la población adulta mayor, lo que plantea desafíos en términos de sistemas de pensiones, atención médica y cuidado a largo plazo (19). Por otro lado, esta transición demográfica ofrece oportunidades, como la valorización de la experiencia y el conocimiento de los adultos mayores, así como su potencial contribución al mercado laboral y a la sociedad en general. Además, el envejecimiento activo puede ser una herramienta para reducir la carga económica asociada con el cuidado de los adultos mayores y promover su autonomía e independencia.

El impacto del envejecimiento en el estilo de vida es multifactorial y depende en gran medida de las condiciones individuales y contextuales. Factores como el acceso a servicios de salud, el apoyo social, la autonomía y la satisfacción con la vida juegan un papel crucial en la percepción de bienestar durante esta etapa (20). Un envejecimiento activo y saludable está asociado con una mayor satisfacción vital, una menor incidencia de enfermedades crónicas y una mejor adaptación a los cambios propios de esta etapa. Además, el estilo de vida en la vejez está fuertemente influenciada por la capacidad de mantener relaciones

sociales significativas y participar en actividades que brinden un sentido de propósito.



Figura 3 Factores relacionados con la sarcopenia en el envejecimiento

La sarcopenia es un proceso multifactorial en el que confluyen variables biológicas, funcionales, metabólicas y psicosociales. Entre los factores más relevantes se encuentran las condiciones crónicas, la disfunción mitocondrial, la inflamación asociada a la edad, los cambios hormonales, una dieta inadecuada, la neurodegeneración, la inactividad y la pérdida de telómeros. Todos estos elementos, representados en la Figura 3, interactúan con el proceso de envejecimiento y favorecen el deterioro de la masa y la función muscular.

4.13.1. Instrumentos de Evaluación del estilo de Vida

La evaluación del estilo de vida en adultos mayores es un área de creciente interés en la investigación gerontológica y en la práctica clínica. Diversos instrumentos han sido desarrollados para medir este constructo multidimensional, que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y

ambientales. Entre los instrumentos más utilizados en los últimos años se encuentran el SF-36 (Short Form Health Survey), el WHOQOL-BREF (de la Organización Mundial de la Salud) y el EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions). Estos cuestionarios han demostrado ser válidos y confiables en poblaciones mayores, aunque cada uno tiene enfoques específicos. Por ejemplo, el SF-36 se centra en la salud física y mental, mientras que el WHOQOL-BREF abarca dimensiones más amplias, como las relaciones sociales y el entorno (24).

Descripción y fundamentación del cuestionario FANTASTICO: origen, estructura y dimensiones

El cuestionario Fantastico es una herramienta diseñada para evaluar el estilo de vida y su impacto en la salud y el estilo de vida. Fue desarrollado por Wilson y Ciliska en 1984 y ha sido utilizado en diversos contextos culturales y poblacionales. Su nombre es un acrónimo que representa las siguientes dimensiones: Familia y amigos, Actividad física, Nutrición, Tabaco y otras sustancias, Alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad, Introspección, Conducta sexual y Ocupación.

El cuestionario consta de 25 ítems que evalúan estas dimensiones, utilizando una escala Likert que permite cuantificar el grado de adherencia a comportamientos saludables. Su diseño lo hace especialmente útil para identificar áreas de riesgo y promover intervenciones personalizadas en adultos mayores (6).

| F | A | N | T | A | S | T | I | C | O |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Familia y Amigos Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Yo doy y recibo cariño: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinería) o deporte durante 30 min. cada vez: 2: 3 o más veces por semana 1: 1 vez x semana 0: No hago nada Yo como al menos 30 minutos diariamente. 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca | Asociatividad, Actividad Física Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autoayuda, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Amenudo consumo mucho azúcar o sal o comido chatarra o con mucho grasa: 2: Ninguna de estas 1: Algunas de estas 0: Todas estas  Estoy pasado(a) de mi peso ideal en: 2: 0 a 4 kilos de más 1: 5 a 8 kilos de más 0: Más de 8 kilos  | Nutrición Como 2 porciones de verduras y 3 frutas: 2: Todas las días 1: A veces 0: Casi nunca  Generalmente fumo ___ cigarrillos por día: 2: Ninguno 1: de 0 a 10 0: Más de 10  | Tabaco Yo fumo cigarrillos: 2: No, los últimos 5 años 1: No, el último año 0: Si, este año  Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína: 2: Menos de 3 al día 1: De 3 a 6 al día 0: Más de 6 al día  | Alcohol, Otras Drogas Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita tequila fuerte) por semana es de: 2: 0 a 7 tragos 1: 8 a 12 tragos 0: Más de 12 tragos  Uso drogas como marihuana, cocaína e pasta base: 2: Nunca 1: Ocasionalmente 0: A menudo  Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión, sin recato: 2: Nunca 1: Ocasionalmente 0: A menudo  | Sueño, Estrés Deermo bien y me siento desconsolado/a: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  | Trabajo, Tipo de Personalidad Pasa que anda aburrido/a: 2: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo  Me siento enojado/a o agriado/a: 2: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo  Yo me siento contento/a con mi trabajo o mis actividades: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  | Introspección Yo soy un persona positiva o optimista: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Me siento tenso/a o apatado/a: 2: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo  Me siento deprimido/a o triste: 2: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo  | Control de Salud, Conducta Sexual Me realizo controles de salud en tiempo periódico: 2: Siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Converso en mi pareja o mi familia temas de sexualidad: 2: Siempre 1: A veces 0: Casi nunca  En mi conducta sexual me preocupo del autocontrol y del control de mi pareja: 2: Casi siempre 1: A veces 0: Casi nunca  | Otras conductas Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de los ordenanzas de tránsito: 2: Siempre 1: A veces 0: Casi nunca  Uso cinturón de seguridad: 2: Siempre 1: A veces 0: Casi nunca  |

Figura 4. Cuestionario Fantástico

Ventajas y limitaciones del cuestionario Fantástico en la evaluación del estilo de vida

entre las ventajas del cuestionario fantástico se encuentra su enfoque integral, que abarca múltiples aspectos del estilo de vida que influyen en el estilo de vida. además, es fácil de administrar y tiene un formato amigable para los adultos mayores. su estructura permite identificar áreas específicas que requieren intervención, lo que lo convierte en una herramienta útil para la planificación de programas de promoción de la salud (6).

Sin embargo, también presenta limitaciones. Una de las principales es que no fue diseñado específicamente para adultos mayores, por lo que algunos ítems pueden no ser completamente relevantes para esta población. Además, su enfoque en el estilo de vida puede dejar de lado otros aspectos importantes del estilo de vida, como el bienestar espiritual o el acceso a servicios de salud. Algunos estudios han señalado que su validez en poblaciones geriátricas requiere mayor investigación (24).

Comparación con otros instrumentos de evaluación del estilo de vida

En comparación con otros instrumentos, este cuestionario se distingue por su enfoque en el estilo de vida, mientras que herramientas como el SF-36 y el WHOQOL-BREF tienen un enfoque más amplio en la salud y el bienestar general. Por ejemplo, el SF-36 es más detallado en la evaluación de la funcionalidad física y el dolor, mientras que el WHOQOL-BREF incluye dimensiones como el entorno y las relaciones sociales, que no están cubiertas en el Fantástico (6).

Por otro lado, el EQ-5D es más breve y se centra en la utilidad y la percepción de la salud, lo que lo hace más adecuado para estudios económicos de salud. Sin embargo, carece de la profundidad en la evaluación del estilo de vida que ofrece el cuestionario Fantástico. En resumen, la elección del instrumento depende de los objetivos de la evaluación: si se busca un análisis detallado del estilo de vida, el Fantástico es una opción válida, pero si se requiere una evaluación más amplia del estilo de vida, otros instrumentos pueden ser más adecuados (24).

4.13.2. Contexto Sociodemográfico de los Adultos Mayores

La población de tercera edad, definida generalmente como personas de 60 años o más, presenta características sociodemográficas heterogéneas que influyen en su estilo de vida. En términos de edad, se observa un crecimiento acelerado del grupo de mayores de 80 años, conocido como los "adultos mayores mayores" o "Edad avanzada", quienes enfrentan mayores desafíos de salud y dependencia. En cuanto al género, las mujeres representan una proporción significativa de esta población debido a su mayor esperanza de vida, pero también son más propensas a vivir en condiciones de viudez y soledad (20).

El nivel educativo y la situación económica son factores clave que influyen en el bienestar de los adultos mayores. En América Latina, por ejemplo, se ha reportado que un alto porcentaje de adultos mayores tiene bajos niveles de escolaridad y depende de pensiones insuficientes, lo que limita su acceso a servicios de salud y otros recursos básicos. En contraste, en países

desarrollados, los adultos mayores tienden a tener mayores niveles de educación y acceso a sistemas de pensiones más robustos, lo que mejora su estilo de vida (18).

Desigualdades sociales y su impacto en el estilo de vida de los adultos mayores

Las desigualdades sociales, tanto económicas como de acceso a servicios, tienen un impacto profundo en el estilo de vida de los adultos mayores. En muchos países, las brechas de género, etnia y nivel socioeconómico se traducen en diferencias significativas en el acceso a atención médica, vivienda digna y redes de apoyo social. Por ejemplo, en México, los adultos mayores indígenas enfrentan mayores niveles de pobreza y exclusión social en comparación con sus contrapartes no indígenas (17).

Además, las desigualdades económicas se reflejan en la falta de cobertura de sistemas de pensiones. En América Latina, solo el 40% de los adultos mayores recibe una pensión, y en muchos casos, estas son insuficientes para cubrir necesidades básicas (22). Esto limita su capacidad para acceder a medicamentos, alimentos nutritivos y servicios de cuidado, lo que afecta negativamente su estilo de vida.

Políticas públicas y programas dirigidos a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores

En respuesta a los desafíos que enfrentan los adultos mayores, muchos gobiernos han implementado políticas públicas y programas específicos. Un ejemplo destacado es el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, promovido por las Naciones Unidas, que busca garantizar el envejecimiento activo y la inclusión social de los adultos mayores (19). En América Latina, países como Chile y Uruguay han establecido sistemas de pensiones solidarias para reducir la pobreza en este grupo poblacional (22).

En Europa, el Envejecimiento Activo y Solidario es una prioridad dentro de la estrategia de la Unión Europea, que promueve el acceso a servicios de salud, la participación social y el empleo para los adultos mayores (16). Además, programas como el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en México

buscan mejorar el acceso a servicios de salud y promover actividades recreativas y educativas para este grupo (17).

Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos en la implementación de políticas públicas, como la falta de financiamiento y la fragmentación de los servicios. Es fundamental que los gobiernos prioricen la coordinación intersectorial y la participación de los adultos mayores en el diseño de políticas que les afectan directamente (20).

5. Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador (2008)

La Constitución de la República del Ecuador establece disposiciones fundamentales para garantizar el bienestar de los adultos mayores, incluyendo el acceso a una nutrición adecuada y a servicios de salud integrales. En este sentido, el Artículo 35 declara a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, asegurando su acceso a servicios de salud, educación, vivienda, recreación y seguridad social, elementos esenciales para mejorar su estilo de vida y estado nutricional (23). De igual manera, el Artículo 66 establece el derecho a la salud y a la alimentación adecuada, promoviendo políticas estatales que garanticen la seguridad alimentaria y el acceso equitativo a recursos básicos.

Además, el Artículo 389 indica que el Estado tiene la responsabilidad de desarrollar estrategias de prevención, mitigación y atención ante riesgos que afecten la salud de los adultos mayores, lo que refuerza la importancia de monitorear su estado nutricional y garantizar una alimentación adecuada en centros de atención como Miraflores (23).

5.1. Ley del Adulto Mayor (Reformada en 2018)

La Ley del Adulto Mayor en Ecuador establece directrices para la protección, promoción y cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores, con especial énfasis en su bienestar nutricional y estilo de vida. En su Artículo 4, se reconoce el derecho de los adultos mayores a una alimentación adecuada,

destacando la importancia de la seguridad alimentaria como un factor clave para el mantenimiento de su salud (23).

Asimismo, el Artículo 6 estipula que el Estado debe diseñar e implementar programas de salud y nutrición dirigidos a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores, promoviendo estrategias de intervención para prevenir enfermedades relacionadas con la malnutrición (23).

En cuanto a la obligación de los servicios de salud, el Artículo 11 establece que el Ministerio de Salud Pública debe garantizar la evaluación periódica del estado nutricional de los adultos mayores en los centros de atención, asegurando así un monitoreo continuo que permita detectar y tratar a tiempo los casos de desnutrición o malnutrición (23).

5.2. Código de la Salud (Reformado en 2021)

El código de la Salud del Ecuador refuerza el compromiso del Estado con la protección de la salud de los adultos mayores, incorporando normativas específicas relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades derivadas de la malnutrición. En su Artículo 5, establece que el Estado tiene la obligación de garantizar medidas preventivas y tratamientos adecuados para problemas de salud relacionados con la deficiencia nutricional en la población geriátrica, lo que implica la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar su alimentación y su acceso a recursos esenciales (23).

En el Artículo 13, se estipula que los establecimientos de salud deben evaluar regularmente el estado nutricional de los adultos mayores, lo que respalda la importancia de estudios como el presente, en el que se analiza el estado nutricional de los usuarios del Centro de Atención Miraflores. Además, el Artículo 50 establece la obligación del Estado de promover la salud y el envejecimiento saludable a través de políticas de prevención y atención integral, asegurando que los adultos mayores reciban una alimentación adecuada y un seguimiento oportuno en los centros de atención (23).

5.3. Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 ("Plan Toda una Vida")

El Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025, impulsado por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, establece estrategias para mejorar el estilo de vida de los adultos mayores en Ecuador, priorizando la nutrición como un pilar fundamental en su bienestar. Dentro de este plan, el programa "Mis Mejores Años" se enfoca en la protección y asistencia a la población geriátrica, promoviendo la evaluación periódica del estado nutricional de los adultos mayores y garantizando el acceso a una alimentación balanceada en los centros de atención (23).

Entre las estrategias clave de este programa se incluyen la detección temprana de la malnutrición, el acceso a servicios de alimentación y la capacitación en hábitos de vida saludables, elementos esenciales para la prevención de enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales.

5.4. Normativas Internacionales Ratificadas por Ecuador

Ecuador ha ratificado diversos convenios y tratados internacionales que refuerzan la protección de los derechos de los adultos mayores, especialmente en lo que respecta a su nutrición y estilo de vida. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece que los Estados deben garantizar una nutrición adecuada y accesible para los adultos mayores, asegurando su bienestar y reduciendo el impacto de la malnutrición en su salud (24).

De igual manera, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Artículo 25, reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, lo que incluye el acceso a una alimentación balanceada y servicios de salud que garanticen el bienestar en la vejez (25).

Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 establecen metas específicas relacionadas con la nutrición y la salud en adultos mayores, en especial el Objetivo 2 (Hambre Cero) y el Objetivo 3 (Salud y Bienestar), los cuales buscan reducir la malnutrición y garantizar el acceso a alimentos nutritivos y asequibles en esta población (26).

5.5. IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LAS VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de las variables

| VARIABLE | INDICADOR | INSTRUMENTO | VALORES | TIPO DE VARIABLE |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--|-----------------------|
| GÉNERO | Género | Ficha sociodemográfica | Masculino / Femenino | Cualitativa nominal |
| EDAD | Edad | Registro directo (años) | 65 – 85 años | Cuantitativa discreta |
| PESO | Peso | Báscula / Balanza | Kg / % | Cuantitativa continua |
| TALLA | Talla | Tallímetro | Metros | Cuantitativa continua |
| ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) | Peso/talla (kg/m ²) | Fórmula de Quetelet | Clasificación para adultos mayores (OMS/ESPEN: bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad) | Cuantitativa continua |
| COMPOSICIÓN CORPORAL | % de pérdida de peso | Antropometría / MNA | Estable / Leve pérdida / Pérdida significativa | Cualitativa ordinal |
| INGESTA | % de la ingesta | MNA | Adecuada / Inadecuada / Disminuida | Cualitativa ordinal |
| ACTIVIDAD FÍSICA | Actividad física | Cuestionario FANTÁSTICO | Activo / Moderadamente activo / Sedentario | Cualitativa ordinal |

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

6. Metodología de la Investigación

6.1 Justificación de la Elección del Diseño

El presente estudio adopta un enfoque observacional, con una combinación de variables tanto cualitativas como cuantitativas. La elección de este diseño se debe a que se busca analizar datos numéricos y objetivos sobre el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025.

Según Hernández, Fernández y Baptista (30), el enfoque cuantitativo permite la recolección y análisis de datos numéricos, identificando patrones y relaciones mediante técnicas estadísticas. En este sentido, se aplicarán instrumentos estandarizados que permitirán medir variables como el índice de masa corporal (IMC), peso, talla y composición corporal, asegurando la rigurosidad en la recopilación de información.

El enfoque cualitativo se justifica debido a la necesidad de comprender las percepciones y experiencias de los adultos mayores en relación con su estilo de vida. A través de la aplicación del cuestionario Fantástico, una herramienta validada por la Organización Mundial de la Salud (34), se busca recoger información subjetiva sobre sus hábitos, estado de salud y bienestar general. Esta técnica es fundamental para evaluar el impacto de factores emocionales, sociales y conductuales en el estilo de vida de los adultos mayores (31).

El diseño del estudio permitirá una triangulación de datos, combinando mediciones antropométricas con percepciones cualitativas, lo que aportará una visión integral de la situación nutricional y estilo de vida de los participantes. La combinación de ambos enfoques contribuirá a la formulación de estrategias de intervención basadas en evidencia para mejorar la salud y bienestar de esta población vulnerable (Cepal, 2022).

6.2 Población y Muestra

La población del estudio está conformada por los adultos mayores que asisten regularmente al Centro de Atención Miraflores.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (34), el envejecimiento poblacional implica un aumento en la demanda de atención y programas específicos para la tercera edad. La identificación de una población adecuada es clave para la validez de los resultados obtenidos en el estudio (29).

- Población global: Se consideran todos los adultos mayores inscritos en el centro durante el periodo de estudio. Esta población comprende una diversidad de condiciones de salud, niveles de funcionalidad y antecedentes socioeconómicos que pueden influir en los resultados de la investigación.
- Población específica: Se incluyen únicamente aquellos adultos mayores que cumplen con los criterios de inclusión establecidos y que participan voluntariamente en el estudio. La selección de esta muestra permite garantizar la homogeneidad y representatividad de los datos recogidos, asegurando su aplicabilidad en el contexto del envejecimiento y estilo de vida (31).

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que se trabajará con los adultos mayores disponibles y dispuestos a participar en el centro durante el periodo de estudio. Este enfoque ha sido utilizado en investigaciones previas sobre el estado nutricional y bienestar en adultos mayores, permitiendo un análisis detallado y contextualizado de la población (32).

6.3 Criterios de Inclusión

Se incluirán en el estudio los adultos mayores que cumplan con las siguientes características:

- Personas de 65 a 85 años que asisten regularmente al centro.
- Adultos mayores con capacidad de responder el cuestionario de manera autónoma o con asistencia.
- Participantes que firmen el consentimiento informado.

6.4 Criterios de Exclusión

Serán excluidos del estudio:

- Adultos mayores con más de 85 años.
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que no hagan registro voluntario del consentimiento informado.

6.5 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

Técnicas

Encuesta

Se aplicará el cuestionario Fantástico, una herramienta validada para evaluar hábitos saludables, estilo de vida y factores de riesgo en la población adulta mayor. Según la Organización Panamericana de la Salud (35), este instrumento permite recopilar información clave sobre actividad física, nutrición, salud emocional y otros factores relevantes para el estilo de vida de los adultos mayores. Su uso ha sido ampliamente respaldado en estudios epidemiológicos sobre envejecimiento saludable (29).

Cribado Nutricional: Se aplicó el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA), validado internacionalmente para adultos mayores, con el fin de identificar el estado nutricional y el riesgo de malnutrición en la población de estudio. Este cribado incluye indicadores antropométricos, de ingesta dietética y aspectos funcionales, permitiendo una valoración integral, a continuación se muestra el cuestionario implementado:

| | | | | | | | | | |
|------------|--|-------|--|-----------|--|------------|--|--------|--|
| Apellidos: | | | | | | Nombre: | | | |
| Sexo: | | Edad: | | Peso, kg: | | Talla, cm: | | Fecha: | |

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje

A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
 0 = ha comido mucho menos
 1 = ha comido menos
 2 = ha comido igual

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
 0 = pérdida de peso > 3 kg
 1 = no lo sabe
 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
 3 = no ha habido pérdida de peso

C Movilidad
 0 = de la cama al sillón
 1 = autonomía en el interior
 2 = sale del domicilio

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
 0 = sí 2 = no

E Problemas neuropsicológicos
 0 = demencia o depresión grave
 1 = demencia leve
 2 = sin problemas psicológicos

F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2. NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
 0 = CP < 31
 3 = CP ≥ 31

Evaluación del cribaje
 (max. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
 8-11 puntos: riesgo de malnutrición
 0-7 puntos: malnutrición

[Guardar](#)
[Imprimir](#)
[Reset](#)

Medidas Antropométricas

Se realizarán mediciones de peso, talla e índice de masa corporal (IMC) para evaluar el estado nutricional de los participantes. Estas mediciones son fundamentales para identificar riesgos asociados a la malnutrición y condiciones crónicas como la obesidad y la sarcopenia (34). La combinación de estas medidas permitirá obtener un diagnóstico nutricional más preciso en la población estudiada (31)

Instrumentos

- Báscula digital (Función: Medir peso corporal, Registro: Kg y porcentaje de grasa corporal). La precisión de este instrumento ha sido validada en estudios clínicos sobre composición corporal en adultos mayores (34).
- Tallímetro (Función: Medir la estatura, Registro: Centímetros y metros). Instrumento recomendado por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (33) para evaluaciones antropométricas en poblaciones geriátricas.
- Cinta antropométrica (Función: Medir circunferencia de cintura y cadera, Registro: Cm). Este instrumento es clave para evaluar la distribución de la grasa corporal y el riesgo metabólico en adultos mayores, siguiendo las recomendaciones de la OMS (34).

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 2 Resumen numérico de la variable edad

| EDAD | PARTICIPANTES | % | MEDIA | MEDIANA | DESVIACION ESTÁNDAR | PROMEDIO DE EDAD | |
|----------------|---------------|-------------|-------|---------|---------------------|------------------|--------|
| | | | | | | MINIMO | MAXIMO |
| 65-75 | 37 | 61.67% | 69.68 | 70.00 | 3.21 | 65.00 | 74.00 |
| 75-85 | 23 | 38.33% | 80.17 | 80.00 | 3.16 | 75.00 | 85.00 |
| TOTALES | | 100% | | | | | |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: esta tabla muestra la distribución numérica de la variable edad en la población estudiada, dividida en dos rangos etarios: 65–75 y 75–85 años. Se observan diferencias claras en la media, mediana y desviación estándar entre ambos grupos. El grupo de 75–85 años presenta una edad media mayor y una distribución ligeramente más concentrada, reflejando la segmentación del envejecimiento en la muestra.

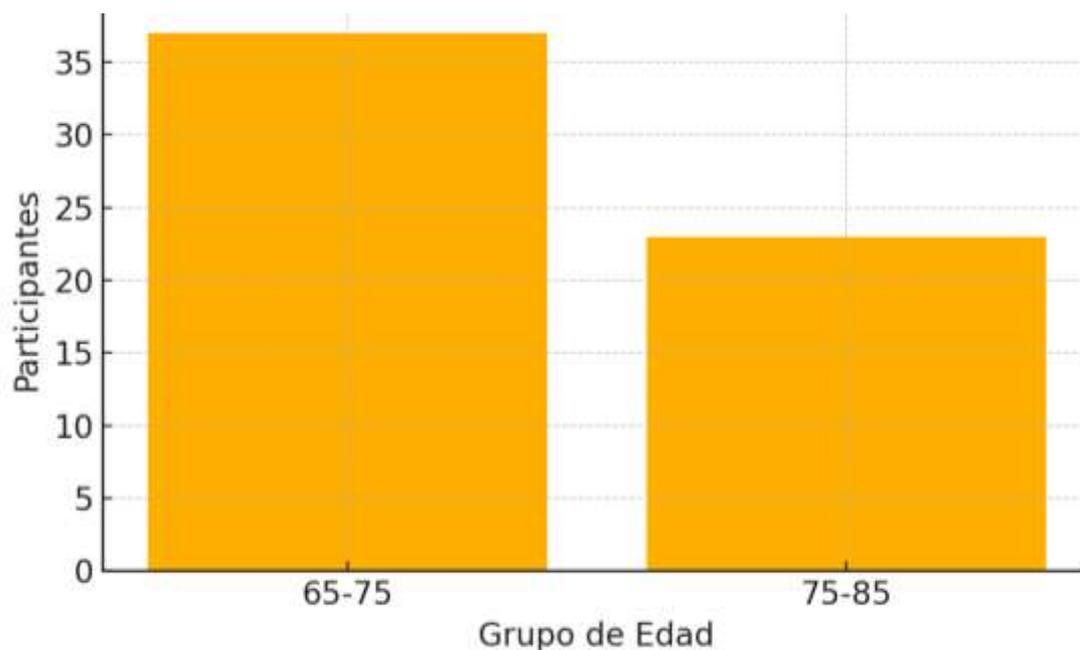


Figura 4 Número de participantes por edad

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: el grupo de edad entre 65 y 75 años concentra la mayoría de los participantes del estudio, lo que puede influir en los resultados generales observados. La distribución de edades se encuentra sesgada hacia los más jóvenes dentro del espectro de adultos mayores.

Tabla 3 Resumen numérico de las variables antropométricas de la población de estudio

| | MEDIA | MEDIANA | DESVIACIÓN ESTÁNDAR | MÍNIMO | MÁXIMO | VALIDOS |
|------|-------|---------|---------------------|--------|--------|---------|
| EDAD | 73.48 | 73.00 | 6.24 | 61.0 | 85.0 | 61 |
| PESO | 61.38 | 59.00 | 13.13 | 41.4 | 129.0 | 61 |
| IMC | 25.17 | 24.62 | 4.75 | 18.3 | 44.14 | 61 |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: en esta tabla se resume los valores de las variables antropométricas clave: edad, peso e índice de masa corporal (IMC). La media de edad fue de 73.48 años, con un rango entre 61 y 85 años. El peso promedio fue

de 61.38 kg, con una considerable variabilidad. El IMC medio fue de 25.17, ubicando a la mayoría de los participantes en el rango de sobrepeso según criterios nutricionales.

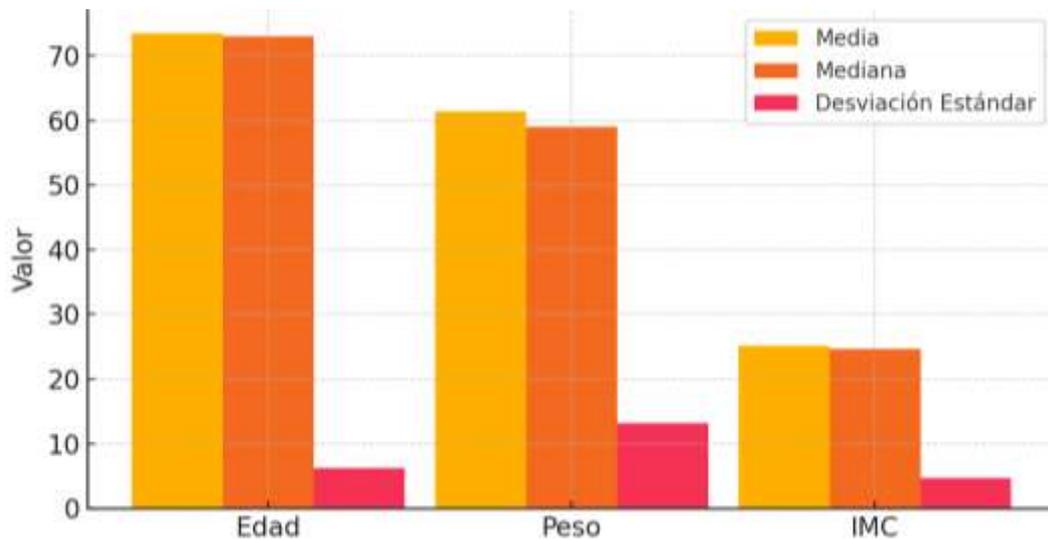


Figura 5 Resumen numérico de las variables antropométricas de la población de estudio

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: El gráfico compara la media, mediana y desviación estándar de las variables edad, peso e índice de masa corporal (IMC). Se observa que el peso presenta la mayor variabilidad, reflejando diferencias más amplias entre los individuos de la muestra. En contraste, el IMC muestra valores más homogéneos, con menor dispersión. La proximidad entre media y mediana en todas las variables sugiere distribuciones relativamente simétricas, aunque se recomienda complementarlo con pruebas de normalidad para confirmar este comportamiento.

Tabla 4 Distribución porcentual según el IMC

| IMC (kg/m ²) | Estado | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------------|------------------------------------|----------|------------|
| < 21.0 | Bajo peso / riesgo de desnutrición | 1 | 1.64 % |
| 21.0 – 27.0 | Peso normal (adulto mayor) | 37 | 60.66 % |
| 27.1 – 29.9 | Sobrepeso | 18 | 29.50 % |
| 30.0 – 34.9 | Obesidad tipo I | 3 | 4.92 % |
| 35.0 – 39.9 | Obesidad tipo II | 0 | 0.00 % |
| ≥ 40.0 | Obesidad tipo III | 2 | 3.28 % |
| Totales | — | 61 | 100 % |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: en la tabla se evidencia la distribución porcentual del IMC entre los participantes. La mayoría presentó peso normal (60.66%) o sobrepeso (29.5%). Los casos de obesidad tipo I y III estuvieron presentes en menor proporción, y sólo un participante se clasificó con bajo peso. Este patrón es coherente con las tendencias en adultos mayores, quienes suelen presentar mayores índices de masa corporal.

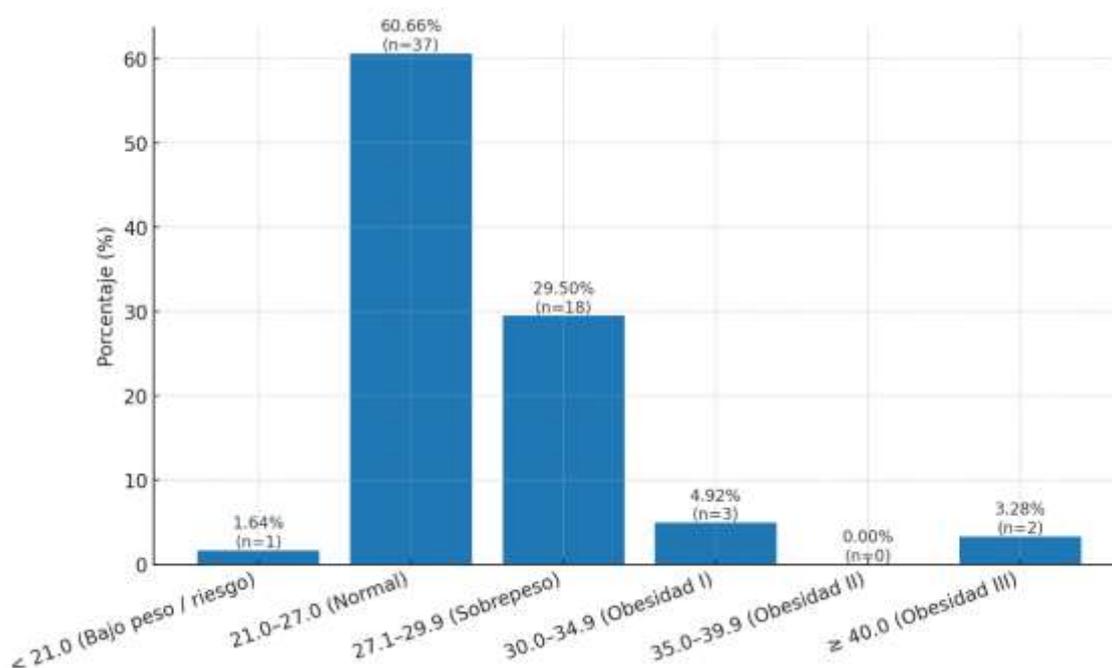


Figura 6 Distribución porcentual según IMC

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: esta figura muestra que más de la mitad de los participantes se encuentran en el rango de peso normal, seguido del sobrepeso. Las tasas de obesidad son bajas, aunque se identifican casos en todas las categorías, lo que resalta la necesidad de seguimiento nutricional individualizado.

Tabla 5 Distribución porcentual según el cuestionario Fantástico

| Cuestionario fantástico | Estado | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------------|------------|----------|------------|
| 103 – 120 | Fantástico | 51 | 83.61% |
| 85 – 102 | Bueno | 8 | 13.11% |
| 73 – 84 | Adecuado | 1 | 1.64% |
| 47 – 72 | Bajo | 1 | 1.64% |
| 0 – 46 | Muy bajo | 0 | 0.0% |
| Totales | | 61 | 100% |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: Se analiza la distribución según los resultados del cuestionario Fantástico, herramienta que evalúa estilos de vida. Se observa que el 83.61% de los adultos mayores obtuvo una puntuación dentro de la categoría 'Fantástico', lo que sugiere una percepción positiva del autocuidado. Las demás categorías se distribuyeron en porcentajes mínimos.

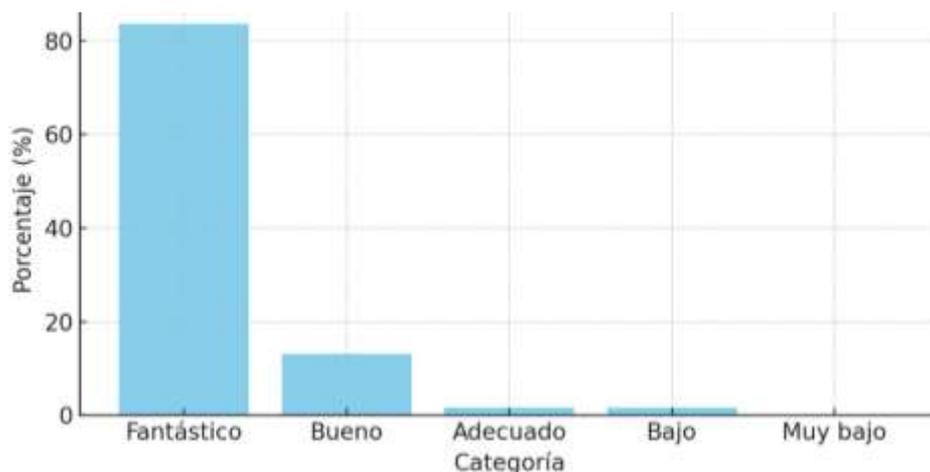


Figura 7 Distribución según cuestionario Fantástico

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: el gráfico muestra una distribución fuertemente sesgada hacia la categoría 'Fantástico', indicando que la mayoría de los adultos mayores evaluados perciben positivamente su estilo de vida y hábitos saludables

Tabla 6 Tabla de contingencia entre el cuestionario fantástico y el rango de edad

| Rango de edad | Cuestionario Fantástico | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------|-----|------|------|----------|------|-------|-------|------------|-------|
| | Muy bajo | | Bajo | | Adecuado | | Bueno | | Fantástico | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 65 – 75 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 2.70 | 0.0 | 0.00 | 1.0 | 2.70 | 36.0 | 94.59 |
| 76 - 85 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.00 | 1.0 | 4.35 | 7.0 | 30.43 | 15.0 | 65.22 |
| Totales | 0 | 0.0 | 1 | 1.64 | 1 | 1.64 | 8 | 13.11 | 51 | 83.61 |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: esta tabla relaciona los rangos de edad con los resultados del cuestionario Fantástico. Se observa que los adultos entre 65 y 75 años concentran mayormente los puntajes 'Fantástico', mientras que los mayores de 76 años muestran una mayor dispersión, con más frecuencia en las categorías 'Bueno' y 'Adecuado'.

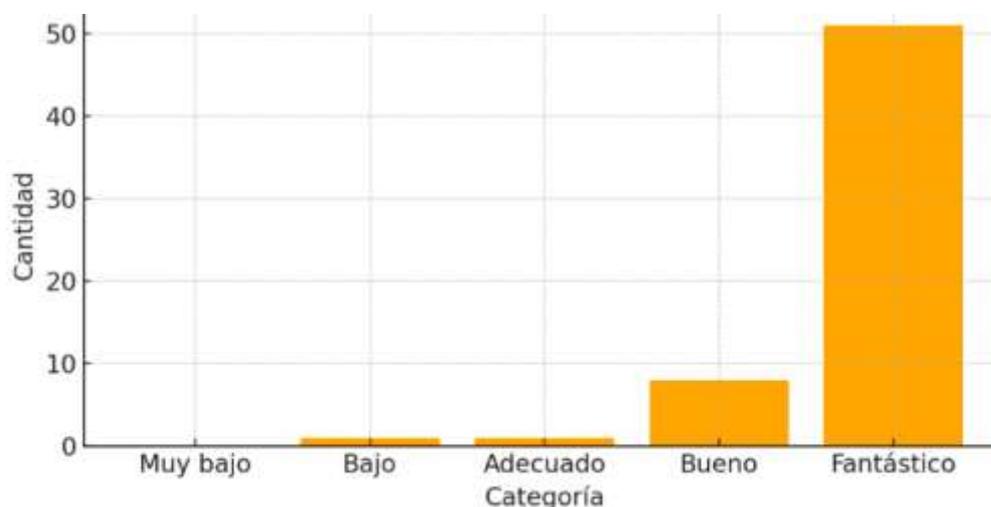


Figura 8 Total por categoría del cuestionario Fantástico

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: el gráfico complementa la tabla anterior al mostrar la cantidad total de participantes por categoría del cuestionario Fantástico. Se confirma que la gran mayoría se ubica en el nivel más alto, pocos adultos mayores en las categorías inferiores

Tabla 7 Distribución porcentual del MNA

| Cribado MNA | Estado | Cantidad | Porcentaje % |
|----------------|------------------------|----------|--------------|
| 12 – 14 | Normal | 41 | 67.21 |
| 8 – 11 | Riesgo de malnutrición | 16 | 26.23 |
| 0 – 7 | Malnutrición | 4 | 6.76 |
| Totales | | 61 | 100 |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: se muestra los resultados del cribado nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment). La mayoría de los participantes (67.21%) fueron clasificados con un estado normal seguidos por un 26.23% con riesgo de malnutrición. Solo un 6.56% fue considerado con malnutrición.

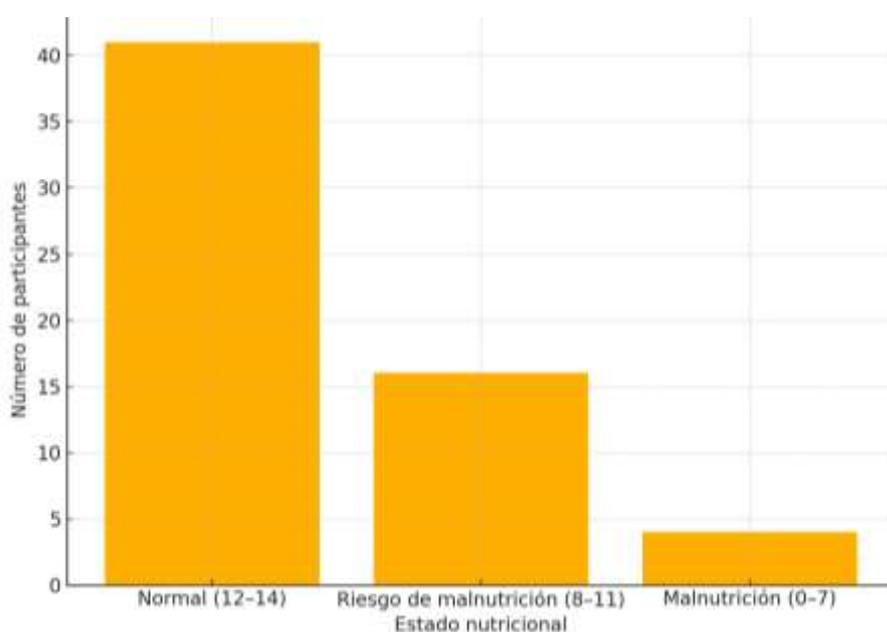


Figura 9 Distribución porcentual del MNA

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: se visualiza claramente el predominio de participantes con estado nutricional clasificado como normal. Sin embargo, el porcentaje de personas en riesgo o con malnutrición merece especial atención en contextos geriátricos.

Tabla 8 Tabla de contingencia entre el cribado MNA y el rango de edad

| Rango de edad | Malnutrición | | Riesgo de malnutrición | | Normal | |
|---------------|--------------|-----|------------------------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 65 – 75 | 0 | 0.0 | 6 | 16.22 | 31 | 83.78 |

| | | | | | | |
|----------------|---|-------|----|-------|----|-------|
| 76 - 85 | 4 | 17.39 | 29 | 39.13 | 10 | 43.48 |
| Totales | 4 | 6.56 | 16 | 26.23 | 41 | 67.21 |

Fuente: Base de datos obtenida y compilada por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: la tabla presenta una tabla de contingencia entre el cribado nutricional MNA y los rangos de edad. El grupo de adultos mayores entre 65 y 75 años presentó mejores resultados nutricionales, con el 83.78% en estado normal. En cambio, en el grupo de 76 a 85 años se observa un mayor deterioro, con el 17.39% con malnutrición y el 39.13% en riesgo.

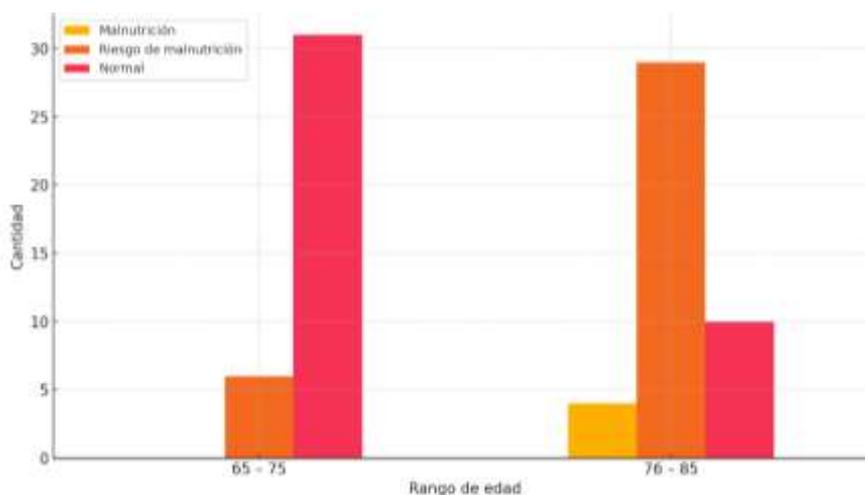


Figura 10 Distribución del cribado MNA por rango de edad

Fuente: Elaborado por Cerezo y Lemos. Egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

Análisis e interpretación: este gráfico permite comparar la distribución del estado nutricional entre dos rangos de edad. Los adultos mayores de 76 años presentan una mayor prevalencia de malnutrición y riesgo nutricional, mientras que los de 65 a 75 años muestran un predominio de estado nutricional normal. Esto sugiere una relación negativa entre el envejecimiento y el estado nutricional.

8. Conclusiones

Este estudio permite afirmar que, en general, los adultos mayores del Centro de Atención Miraflores mantienen un buen estado nutricional y estilos de vida positivos, aunque con diferencias notables entre los distintos grupos de edad. Al analizar el índice de masa corporal, la mayoría se ubicó dentro de los rangos normales, lo que refleja un equilibrio saludable entre peso y talla. Sin embargo, en quienes tienen entre 80 y 89 años se observó un aumento progresivo del IMC,

lo que sugiere una mayor tendencia al sobrepeso y la obesidad en edades avanzadas. Este resultado pone en evidencia que, aunque muchos adultos mayores conservan parámetros adecuados, el paso de los años va sumando desafíos que afectan la composición corporal y, por ende, la calidad de vida.

El cribado Mini Nutritional Assessment (MNA) mostró que dos de cada tres adultos mayores tenían un estado nutricional normal, un dato alentador. No obstante, casi un tercio de los evaluados presentó riesgo de malnutrición o malnutrición ya instalada, sobre todo en quienes superaban los 76 años. Estos hallazgos nos recuerdan que la desnutrición en la vejez no siempre es evidente y que requiere atención oportuna, porque sus consecuencias pueden afectar la salud física, la independencia y hasta la supervivencia. La existencia de un porcentaje significativo en riesgo debe ser una alerta para reforzar las estrategias de detección temprana y acompañamiento nutricional.

En relación con el estilo de vida, los resultados del cuestionario Fantástico reflejaron que los adultos mayores más jóvenes, entre 60 y 69 años, obtuvieron los mejores puntajes, destacándose en las categorías “fantástico” y “adecuado”. Esto habla de personas que aún mantienen hábitos saludables, autocuidado y una percepción positiva de su bienestar. En cambio, a medida que avanza la edad, especialmente en los grupos de 76 a 85 y de 80 a 89 años, los puntajes disminuyeron, revelando un impacto evidente del envejecimiento sobre la salud física, emocional y social. La pérdida de redes de apoyo, el aislamiento y la presencia de enfermedades crónicas aparecen como factores que poco a poco erosionan la calidad de vida.

En conjunto, los resultados muestran que envejecer no es sinónimo inmediato de deterioro, pero sí es un proceso en el que los riesgos aumentan si no se atienden de forma adecuada. La población estudiada conserva en su mayoría condiciones favorables, aunque con una clara tendencia a la vulnerabilidad en los más longevos. Esto señala la importancia de impulsar programas de apoyo que integren educación nutricional, acompañamiento en la alimentación, actividades físicas adaptadas y espacios que promuevan la socialización. De esta forma, no solo se logra prevenir la malnutrición y el sedentarismo, sino que también se favorece un envejecimiento más saludable, activo y digno.

9. Recomendaciones

- Implementar un plan integral de intervención dirigido a los adultos mayores evaluados, que incluya una alimentación balanceada adaptada a sus requerimientos energéticos y proteicos, el uso de suplementación nutricional especializada cuando sea necesario, educación alimentaria tanto para los propios adultos mayores como para sus cuidadores, así como un monitoreo continuo del estilo de vida y del estado nutricional.
- Promover el uso de suplementos orales completos como parte del abordaje nutricional en adultos mayores con disminución del apetito o dificultades para consumir alimentos sólidos, con el fin de prevenir la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y reforzar la ingesta de proteínas y calorías. La elección del suplemento y su dosificación debe individualizarse según el estado nutricional diagnosticado con instrumentos como el Mini Nutritional Assessment (MNA), evitando la referencia a marcas específicas y centrándose en la recomendación de fórmulas completas de uso clínico.
- Suplemento multivitamínico:
 - En polvo: 4–6 cucharadas (scup) diluidas en 250 ml de agua, dos veces al día.
 - Líquido: 1 botella (230 ml) dos veces al día.
 - Dosis sugerida: 1–2 porciones diarias, frías, entre comidas.
 - En adultos mayores con malnutrición diagnosticada ($MNA \leq 7$): 2 porciones al día.
 - En riesgo nutricional (MNA entre 8 y 11): 1 porción diaria.
- Suplemento protéico:
 - 10 g (aprox. 2 cucharadas soperas) dos veces al día, equivalente a 20 g diarios.
 - Puede añadirse a sopas, batidos, jugos o purés.

- Ajustar la frecuencia de consumo de suplementos según condición:
 - Adultos mayores en riesgo o con desnutrición: 2 veces al día.
 - Adultos mayores con sobrepeso u obesidad: 1 vez al día.
- Realizar, al menos 3 veces por semana, ejercicios de fuerza adaptados a las capacidades de cada adulto mayor (como levantamiento de pesas ligeras, bandas elásticas o ejercicios con el propio peso corporal), complementados con caminatas supervisadas de 20 a 30 minutos, para favorecer el fortalecimiento muscular y prevenir la sarcopenia.
- Realizar análisis periódicos de composición corporal con dinamometría y bioimpedancia para evaluar masa muscular y masa grasa.
- Frecuencia de valoraciones nutricionales:
 - Adultos mayores con patologías: cada 2–3 meses.
 - Adultos mayores sin patologías: 2 veces al año.

10. Bibliografía

1. Bazalar-Silva A, Córdova R, Salazar M. Estado nutricional y calidad de vida del adulto mayor. Rev Salud [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 6];15(1):56-65. Disponible en: <https://revistasalud.sangregorio.edu.ec/index.php/salud/article/view/3149/1776>
2. Córdova R, Bazalar-Silva A. Capacidades funcionales y estado nutricional en adultos mayores. La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 6];15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol15.Iss1.272>
3. Varela Pinedo L. Estado nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 2025 feb 6];39(2):199-201. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.1234>
4. Pérez M, López R. Influencia del estado nutricional en la calidad de vida en adultos mayores con cáncer del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Nutr Clín Diet Hosp [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/493/410>
5. Pérez M, López R. Desigualdades sociales y nutrición: Un análisis para adultos mayores. Nutr Clín. 2021;36(3):345-52.
6. Gutiérrez J, Salazar MA. Herramientas validadas para evaluar el estado nutricional del adulto mayor: MNA y cuestionario fantástico. Nutr Hosp. 2020;37(6):1234-40.
7. Roubenoff R, Dietrich MO. Telemedicine and nutrition education in older adults: Opportunities and challenges in rural communities. J Nutr. 2022;152(5):1234-40.
8. Ministerio de Salud de Colombia. Valoración nutricional en la persona adulta mayor [Internet]. 2020 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/EN/valoracion-nutricional-persona-adulta-mayor.pdf>

9. Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. Informe sobre inseguridad alimentaria [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos [Internet]. 2020 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>
11. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Políticas públicas para un envejecimiento saludable [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
13. Fundación Nutrición Ecuador. Programa piloto: Educación nutricional para adultos mayores [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.fundacionnutricion.ec>
14. SciELO Brasil. Condiciones sociales y estado nutricional en adultos mayores [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/TVGdhkr9367SKDGzFTyLnpy/>
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.cepal.org>
16. European Commission. Active Ageing and Solidarity between Generations [Internet]. 2020 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://ec.europa.eu>
17. Gutiérrez-Robledo LM, García-Chanes RE, Pérez-Zepeda MU. Desigualdades sociales y envejecimiento en México: Un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e123.
18. OECD. Pensions at a Glance 2020: OECD and G20 Indicators. OECD Publishing; 2020.
19. United Nations. World Population Ageing 2022. Department of Economic and Social Affairs; 2022.

20. World Health Organization [WHO]. Decade of Healthy Ageing 2020-2030 [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.who.int>
21. Banco Mundial. Envejecimiento y protección social en América Latina [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.worldbank.org>
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Perspectivas sobre envejecimiento y desigualdad en América Latina y el Caribe. 2022.
23. HelpAge International. Informe global sobre el envejecimiento y los derechos humanos [Internet]. 2020 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.helpage.org>
24. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2020;10(2):227-37.
25. International Labour Organization (ILO). Protección social para adultos mayores: Retos y oportunidades [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.ilo.org>
26. Rodríguez-Pérez F. Modelos de atención integral para adultos mayores en Europa. *J Aging Stud.* 2020;35(1):45-60.
27. United Nations. World Population Ageing 2020. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020.
28. World Health Organization (WHO). Global report on ageing and health [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 6]. Disponible en: <https://www.who.int>
29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Perspectivas sobre envejecimiento y desigualdad en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org>
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
30. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2020;10(2):227-37. DOI: 10.1177/1745691614568352

Protección social para adultos mayores: Retos y oportunidades. Ginebra: ILO; 2021. Disponible en: <https://www.ilo.org>

31. International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK). Manual de cineantropometría aplicada. ISAK; 2020. Disponible en: <https://www.isak.global>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global report on ageing and health. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int>
33. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Herramientas de evaluación en salud pública para el envejecimiento saludable. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org>
34. **Bernstein MA, Luggen AS.** *Nutrition for the Older Adult.* 2nd ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2012.

ANEXOS

Anexo 1. Permiso para la recopilación de la información.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS:
Medicina
Enfermería
Odontología
Nutrición y Dietética
Fisioterapia



PBX: 3804600

Ext. 1801-1802

www.ucsg.edu.ec

Apartado 09-01-4671

FCS-ND-029-2025

Guayaquil, 30 de abril del 2025

Señor
Gabriel Caballero Araujo
Encargado del Centro Ecuatoriano Argentino
En su despacho. -

De mis consideraciones:

Yo, **Dra. Martha Celi Mero** como representante de la **Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**, en mi calidad de Directora de la Carrera de **Nutrición y Dietética**, solicito formalmente a Usted conceda la autorización correspondiente para que la Srta. **CEREZO SALAZAR ADRIANA LIZBETH**, portadora de la cédula de identidad # **0959063769** y la Srta. **LEMON PONCE WENDY LORENA**, portadora de la cédula de identidad # **0802505347**, egresadas de la Carrera de Nutrición y Dietética, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realicen el proyecto de Investigación con el tema:

"Estado nutricional y calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a septiembre del 2025".

Este trabajo es un requerimiento fundamental para optar por el Título como Licenciadas en Nutrición y Dietética.

En espera de tener una respuesta favorable, anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Martha Celi Mero
Directora
Carrera Nutrición y Dietética
Cc: Archivo

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

Yo, _____

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO (marcar lo que corresponda)

| | | | |
|----|--|----|--|
| SÍ | | NO | |
|----|--|----|--|

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma

Nombre investigador

Nombre investigador

Firma del investigador

Firma del investigador

Anexo 3. Fotos que avalan la investigación



Antropometría a los participantes de la investigación.



Encuestas de cuestionario Fantástico y cribado MNA (Mini Nutritional Assessment) a los participantes de la investigación.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth** con C.C: # 0959063769 y **Lemos Ponce, Wendy Lorena** con C.C: # 0802505347 autoras del trabajo de titulación: **Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025**. Previa a la obtención del título de Licenciatura en Nutrición y Dietética en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2025

f. _____

Nombre: Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth

C.C: 0959063769

f. _____

Nombre: Lemos Ponce, Wendy Lorena

C.C: # 0802505347

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|--|---|--|-----------|
| TEMA Y SUBTEMA: | Estado nutricional y estilo de vida de los adultos mayores que asisten al centro de atención Miraflores en el periodo de septiembre del 2024 a Julio del 2025. | | |
| AUTOR(ES) | Cerezo Salazar, Adriana Lizbeth y Lemos Ponce, Wendy Lorena | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Nicole Andrea, Altamirano Moran | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Ciencias de la Salud | | |
| CARRERA: | Nutrición y Dietética | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Licenciatura en Nutrición y Dietética | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 1 de septiembre del 2024 | No. DE PÁGINAS: | 64 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Estado nutricional, adultos mayores, estilo de vida. | | |
| PALABRAS CLAVES/KEYWORDS: | Estado nutricional; adultos mayores; MNA (Mini Nutritional Assessment); IMC (Índice de Masa Corporal); estilo de vida; cuestionario Fantástico; Miraflores; envejecimiento saludable. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): | | | |
| <p>Estudio observacional con enfoque mixto que describe el estado nutricional y el estilo de vida de adultos mayores que asisten al Centro de Atención Miraflores (2024–2025). Se aplicaron mediciones antropométricas (peso, talla, IMC) y el cribado Mini Nutritional Assessment (MNA), además del cuestionario FANTÁSTICO para estilo de vida. La media de edad fue de 73,48 años y el IMC medio de 25,17 kg/m², con predominio de sobrepeso frente a obesidad. En el MNA, la mayoría presentó estado nutricional normal, seguida de riesgo de malnutrición, mientras que la malnutrición franca fue minoritaria (6,56%). Por grupos etarios se observó mayor proporción de riesgo y malnutrición en los de mayor edad. En el FANTÁSTICO, la gran mayoría se ubicó en categorías favorables (adecuado/bueno), sugiriendo hábitos de autocuidado aún preservados. Se concluye que, aunque predomina la normalidad nutricional y estilos de vida aceptables, existe un contingente relevante en riesgo que justifica tamizaje periódico, educación alimentaria, fortalecimiento de redes de apoyo y, en casos necesarios, soporte nutricional específico. El trabajo aporta evidencia local para orientar intervenciones integrales y promover envejecimiento saludable en este grupo.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593 95-898-4158 +593 97-909-6937 | E-mail: wendy.lemos@cu.ucsg.edu.ec adriana.cerezo@cu.ucsg.edu.ec | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | Nombre: Poveda Loor, Carlos Luis | | |
| | Teléfono: +593 993592177 | | |
| | E-mail: carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |