



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

**Evaluación del estado nutricional relacionado con sus hábitos
alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal**

Dr. Arsenio de la Torre Marcillo.

AUTOR:

Matamoros Lojan Milena Anahi

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIAD EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TUTORA:

Dra. Bajaña Guerra Alexandra Josefina

Guayaquil, Ecuador

4 de mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Matamoros Lojan Milena Anahi**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética**.

TUTORA

f. _____

Dra. Alexandra Josefina Bajaña Guerra

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, 4 de mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Milena Anahi Matamoros Lojan**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Evaluación del estado nutricional relacionado con sus hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la torre Marcillo**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Nutrición y Dietética**, ha sido desarrollado 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, 4 de mayo del 2025

AUTORA

f. _____

Milena Anahi Matamoros Lojan



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Milena Anahi Matamoros Lojan**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Evaluación del estado nutricional relacionado con sus hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 4 de mayo del 2025

AUTORA

f. _____

Milena Anahi Matamoros Lojan

INFORME DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

MATAMOROS 2

ID : 64b91536e2b287172b1c209758e5970a7f55fcae



2%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : MATAMOROS 2.txt
Tamaño del archivo original : 166,38 kB
Número de palabras : 12.302
Número de caracteres : 80898

Depositante : Alexandra Josefina Bajaña Guerra
Fecha de depósito : 24 de abril de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 24 de abril de 2026

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la esperanza en los momentos de duda y por bendecirme con la oportunidad de cumplir este sueño. Todo este logro es gracias a su infinita bondad.

A mis padres, por ser mi apoyo incondicional en cada etapa de este camino. Gracias por sus sacrificios, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por enseñarme que los sueños se alcanzan con esfuerzo y perseverancia.

A mis hermanos, por estar siempre a mi lado, por hacer más llevaderos los momentos difíciles y por celebrar conmigo cada avance. Gracias por ser parte de este sueño.

A mi enamorado, gracias por estar presente desde el primer día en las buenas y en las malas, por motivarme a no rendirme y por ser un refugio en medio del cansancio y la incertidumbre, por escucharme y brindarme su ayuda en cualquier momento.

A mi tutora la Dra. Alexandra Bajaña, por su guía y acompañamiento constante durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por brindarme las herramientas necesarias para culminar este trabajo con éxito.

DEDICATORIA

A mi hermano, que, aunque la vida nos separo antes de tiempo, nunca dejaste de estar conmigo. Te convertiste en mi fuerza silenciosa para poder salir adelante, cada esfuerzo, cada lagrima y cada logro llevan tu recuerdo. Él triunfo también es tuyo mi ángel.

A Dios, por ser mi guía constante en este camino, por darme la vida, la fuerza y sabiduría necesaria para no rendirme, por iluminar cada paso que di para llegar hasta aquí, este trabajo es el reflejo de tu amor y de las bendiciones que has puesto en mi camino.

A mis padres, porque en su amor encontré siempre refugio, en sus palabras encontré aliento y en sus sacrificios la razón para nunca rendirme. Todo lo que soy y lo que he logrado es gracias a ustedes, los amo.

A mis hermanos, por ser una de las razones mas bonitas de mi vida y por llenar mis días de alegría, incluso en los momentos más difíciles, fueron mi mayor motivación para no rendirme.

A mi enamorado, quién con su amor, paciencia y apoyo constante me brindó fuerzas para seguir adelante en los momentos más difíciles de esta etapa. Tú compañía fue fundamental para alcanzar esta meta.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Martha Victoria Celi Mero

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Ing. Carlos Luis Poveda Loor

COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

Ing. Carlos Julio Santana Veliz

OPONENTE

ÍNDICE

ÍNDICE	IX
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	4
1.2. Delimitación de la investigación.....	5
1.2.1. Delimitación temporal.....	5
1.2.2. Delimitación de la muestra.....	5
1.2.3. Delimitación espacial	5
1.3. Formulación de objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación.....	6
1.5. Hipótesis.....	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación.	8
2.2. Bases Teóricas	12
2.2.1. Proceso de envejecimiento y sus modificaciones fisiológicas.....	12
2.2.2. Ciclo de vida en la actualidad.	14
2.2.3. Teoría Del Envejecimiento.....	14
2.3. Bases conceptuales.....	18
2.3.1. Estado nutricional del adulto mayor.....	18
2.3.2. Adultos mayores institucionalizados y factores de riesgo asociados con la pérdida de peso y el IMC bajo.....	20
2.3.3. Criterios diagnósticos de la desnutrición en personas mayores (GLIM/ESPEN).....	21
2.3.4. Indicadores Antropométricos y Bioquímicos.....	22
2.3.5. Cribado Nutricional: Mini Nutritional Assessment- MNA.....	23
2.3.6. Hábitos Alimenticios.....	24
2.3.7. Envejecimiento y desórdenes alimenticios.	28

2.3.8. Relación entre cómo se sienten los alimentos y el control de lo que comen las personas mayores.	28
2.4. Marco referencial	29
CAPITULO III.....	34
3. METODOLOGIA	34
3.1. Diseño del estudio	34
3.2. Población de estudio.	34
3.3. Criterios de selección	34
3.4. Selección de la muestra.....	34
3.5. Operacionalización de las variables.	35
3.6. Recolección de Datos.....	36
3.7. Procesamiento y Análisis de Datos	36
CAPITULO IV.....	36
Resultados	36
Discusión.....	47
CONCLUSIONES.	51
Conclusiones	51
Recomendaciones.....	53
Bibliografía	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	14
Tabla 2 Criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition.....	21
Tabla 3 Clasificación de Severidad	22
Tabla 4 Indicadores Bioquímicos.....	23
Tabla 5 Macronutrientes.....	24
Tabla 6 Vitaminas.....	26
Tabla 7 Recomendaciones de Minerales	27
Tabla 8.....	35
Tabla 9 Estadísticos descriptivos	36
Tabla 10 Sexo.....	37
Tabla 11 Distribución por edad	38
Tabla 12 Distribución de IMC.....	39

Tabla 13 Presencia de sarcopenia.....	40
Tabla 14 Resultados MNA	41
Tabla 15 Índice de alimentación saludable	42
Tabla 16 Distribución entre el sexo y sarcopenia.....	43
Tabla 17 Distribución entre IMC y Sarcopenia.....	44
Tabla 18 Correlación entre índice de alimentación saludable y Mini Nutritional Assessment.....	45
Tabla 19 Distribución MNA/ IAS	46
Tabla 20 Prueba de Chi Cuadrado.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de sexo entre adultos mayores	37
Figura 2 Distribución por edad	38
Figura 3 Distribución de IMC.....	39
Figura 4 Presencia de Sarcopenia	40
Figura 5 Resultados MNA	41
Figura 6 Índice de alimentación saludable.....	42
Figura 7 Distribución entre Sexo y Sarcopenia	43
Figura 8 Distribución del IMC/Sarcopenia.....	44
Figura 9 Distribución MNA/IAS	46

RESUMEN

El envejecimiento poblacional, se ha convertido en un fenómeno global, que presenta desafíos en la salud del adulto mayor. Objetivo general: Evaluar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo en Guayaquil, durante el año 2025. Metodología: Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo, transversal y relacional. Resultados: El análisis de las tendencias centrales y de dispersión proporciona una visión integral del perfil clínico del grupo evaluado (N=81). Con una media de 74,17 años, la población se encuentra en una etapa de vejez avanzada donde el control nutricional es crítico. El índice de masa corporal (IMC) promedio es de 27,96 confirma una tendencia generalizada hacia el sobrepeso, respaldada por un peso medio de 66,51kg frente a una talla media de 1,54m. En cuanto a las herramientas de cribado, el SARC-F presenta una media baja (1,26), lo que sugiere que, a nivel grupal, la sintomatología de pérdida de fuerza no es severa; sin embargo, la media del MNA (11,06 puntos) se sitúa justo en el umbral que separa el estado normal del riesgo de malnutrición. Finalmente, la alta varianza en el índice de alimentación saludable (131,25), refleja una enorme heterogeneidad en los hábitos alimenticios de los participantes. Conclusiones: Se denota la deficiencia severa en la calidad de la dieta de los adultos mayores del centro. El 67,9% de los participantes mantiene una alimentación calificada como “poco saludable”, o que “Necesita cambios”. Solo una tercera parte consume una dieta equilibrada.

Palabras Clave: Adulto mayor, nutrición, institucionalización, hábitos alimenticios, salud, índice de masa corporal.

ABSTRACT

Population aging has become a global phenomenon, presenting significant challenges to the health of older adults. General Objective: To evaluate the nutritional status and its relationship with dietary habits in older adults at the "Dr. Arsenio de la Torre Marcillo" Municipal Gerontological Center in Guayaquil during the year 2025. Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlational study will be conducted. Results: The analysis of central tendencies and dispersion provides a comprehensive view of the clinical profile of the evaluated group (N=81). With a mean age of 74.17 years, the population is in an advanced stage of old age where nutritional control is critical. The average body mass index (BMI) of 27.96 confirms a generalized trend toward being overweight, supported by a mean weight of 66.51 kg compared to a mean height of 1.54 m. Regarding screening tools, the SARC-F shows a low mean (1.26), suggesting that, at a group level, symptoms of strength loss are not severe; however, the MNA mean (11.06 points) sits right at the threshold separating a normal state from the risk of malnutrition. Finally, the high variance in the healthy eating index (131.25) reflects an enormous heterogeneity in the participants' dietary habits. Conclusions: A severe deficiency in the quality of the diet among the center's older adults is noted. 67.9% of the participants maintain a diet classified as "unhealthy" or "needs changes." Only one-third consume a balanced diet.

Keywords: Older adult, nutrition, institutionalization, dietary habits, health, body mass index

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI, transformando las estructuras sociales y los sistemas de salud a nivel global. En Ecuador, este proceso de transición demográfica plantea desafíos urgentes ya que la senescencia conlleva cambios fisiológicos, metabólicos y sociales que inciden directamente en la calidad de vida. Entre estos factores, el estado nutricional se erige como un pilar fundamental para el mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, exigiendo una atención integral que considere tanto la ingesta alimentaria como los cambios en la composición corporal propios de esta etapa.

Dentro del contexto clínico del adulto mayor, la malnutrición no solo es una manifestación de un déficit de peso, sino también una creciente preocupación por la desnutrición por exceso o por la pérdida de masa muscular. El sobrepeso y la obesidad, se encuentra con mucha frecuencia en esta población, debido a que se pueden enmascarar deficiencias nutricionales y sarcopenia, lo cual incrementa la fragilidad, el riesgo de caídas y la dependencia funcional(1).

Las herramientas de cribado como el Mini Nutritional Assessment (MNA), permiten la identificación de riesgos latentes que el Índice de Masa Corporal (IMC), por sí solo no logra detectar(2). Los hábitos alimenticios tienen un papel importante en esta dinámica, desde la selección de los nutrientes y la frecuencia de consumo, de manera que impactan en la reserva biológica del individuo. Sin embargo, la alimentación en el periodo de la vejez se ve influenciada por los factores propios de la edad y otros factores como los socioeconómicos y el acceso a alimentos de calidad. Una dieta deficiente acelera el deterioro metabólico, lo cual indica la necesidad de evaluar no solo lo que consume el adulto mayor, sino como estos hábitos se relacionan con el estado nutricional global del adulto mayor(3).

La presente investigación se lleva a cabo en el centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo, en la ciudad de Guayaquil, una institución que brinda servicios de atención a los adultos mayores. Este estudio surge de la necesidad de caracterizar el perfil nutricional de sus usuarios, de manera que se pueda establecer

una prevalencia de riesgos nutricionales y de su calidad de vida. Cuando se analizan las variables de un entorno institucional, es posible identificar brechas del manejo dietético.

Finalmente, con este trabajo se propone evaluar la relación entre los hábitos alimentarios de los adultos mayores y su estado nutricional, buscando de esta manera determinar si la calidad de la ingesta es predictor de salud nutricional en este grupo de edad. A través del enfoque cuantitativo y correlacional, los hallazgos encontrados proporcionaran información relevante para generar cambios en la nutrición geriátrica del país.

DESARROLLO

CAPITULO I

1.1.Planteamiento del problema

Con los años, el envejecimiento poblacional, se ha convertido en un fenómeno global, que presenta desafíos en la salud del adulto mayor. Por sí sola, la edad puede traer consigo el desarrollo de enfermedades que deben ser tratadas dependiendo de las necesidades individuales. A pesar de que no es un tema muy analizado dentro del tratamiento integral del adulto mayor, la nutrición desempeña un papel importante en la calidad de vida de los adultos mayores.

Para la OMS, una nutrición saludable es fundamental para la prevención de factores de riesgo relacionados con la dieta, como el sobrepeso y la obesidad, y las enfermedades no transmisibles asociadas(1). En Ecuador, como en otros países de américa latina, la población de adultos mayores se encuentra en constante aumento, por lo que el enfoque de salud ha tenido que cambiar con el paso del tiempo, se estima que en Ecuador hay 1.520.590 son adultos mayores aproximadamente, lo que representa un 9% del total de la población(2). El estado nutricional es un indicador clave de salud en esta población, ya que las deficiencias o excesos nutricionales pueden llevar a una serie de complicaciones, como fragilidad, sarcopenia, mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades crónicas no transmisibles y una disminución en la funcionalidad y autonomía(3,4).

La malnutrición (tanto por déficit como por exceso) continúa siendo un problema frecuente en este grupo de edad. Se estima que aquellos individuos con condiciones socioeconómicas vulnerables, están más expuestos a un estado de malnutrición con repercusiones directas en la salud, que puede ir desde afecciones cardiovasculares, hasta la muerte del paciente(5). Por el mismo estado fisiológico del envejecimiento, como la disminución progresiva del apetito, así como el desarrollo de alteraciones en la absorción de nutrientes, problemas en cavidad bucal, con pérdida de piezas dentales, y la polifarmacia, que hacen que los procesos de absorción y nutrición de nutrientes se vean afectados(6).

A pesar de que la nutrición es parte del manejo integral del adulto mayor, persisten obstáculos en la implementación efectiva de intervenciones nutricionales, como la falta de evaluación estandarizada y continua, así como la falta de monitoreo de los

hábitos alimentarios en poblaciones específicas de adultos mayores, especialmente en contextos comunitarios o institucionales como el Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo. A menudo, las intervenciones se basan en aproximaciones generales, que no individualizan las necesidades de cada paciente.

Investigaciones previas, sugieren la importancia del uso de herramientas de cribado nutricional y el uso de programas de educación nutricional personalizados para superar estos obstáculos (7,8). No obstante, la mayoría de las investigaciones realizadas en este campo se basan en poblaciones hospitalizadas o con patologías específicas, lo que limita la información y el estudio en pacientes que pueden tener o no condiciones médicas, y cuya nutrición es diversa, por lo que no se puede establecer una relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en centros gerontológicos municipales en el contexto ecuatoriano. Por lo tanto, en este contexto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores residentes en el Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo y cómo se relaciona este con sus hábitos alimentarios?

1.2. Delimitación de la investigación.

La presente investigación se delimita en 3 esferas:

1.2.1. Delimitación temporal.

Esta investigación se realizó en un periodo de tiempo establecido entre agosto del 2025 a febrero del 2026, donde se recopilaron datos necesarios para poder llevar a cabo este estudio.

1.2.2. Delimitación de la muestra

La población de estudio se centra en adultos de entre 60 a 90 años de edad, que se encuentre en el Centro gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo. Se obtuvo un total de 81 pacientes, distribuidos en 74 mujeres y 7 hombres.

1.2.3. Delimitación espacial

La investigación se realizó en el Centro gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo.

1.3. Formulación de objetivos.

1.3.1. Objetivo general

Evaluar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo en Guayaquil, durante el año 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer el estado nutricional de los adultos mayores, a través de la aplicación de herramientas de cribado nutricional validadas.
2. Describir los hábitos alimentarios de los adultos mayores, a través de la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos, con el índice de alimentación saludable.
3. Establecer la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores.

1.4. Justificación.

La presente investigación se justifica por su alta relevancia social y académica, al abordar una problemática crítica en el contexto de la gerontología del Ecuador: la relación existente entre el estado nutricional y los hábitos alimenticios en adultos mayores que asisten a centros comunitarios. El envejecimiento poblacional es un fenómeno global ineludible, siendo el Ecuador uno de los países donde la población de adultos mayores se aproxima a 1.520.590, lo que representa un 9% del total poblacional, cifra que se encuentra en aumento (9). Esta transición demográfica, hace que se deba implementar un cambio en el enfoque de salud pública, donde se debe priorizar la calidad de vida de la población de la tercera edad.

El motivo central para abordar este estudio radica en que a pesar de que el estado nutricional del adulto mayor es a menudo un aspecto subestimado o insuficientemente analizado dentro del manejo integral. Estas condiciones fisiológicas del envejecimiento, que incluyen la disminución del apetito, alteraciones en la absorción de los nutrientes y la polifarmacia (7), estos y otros factores, hacen que este sea un grupo vulnerable al desarrollo de malnutrición, tanto por déficit, como por exceso.

El estado nutricional es un indicador clave en la salud de la población adulta mayor, pues las deficiencias se asocian directamente con las complicaciones graves como:

fragilidad, sarcopenia, un mayor aumento del riesgo de infección y la disminución de la autonomía (10). En cuanto al vacío de conocimiento, este estudio busca centrarse en el ámbito comunitario e institucional, y no en un ambiente hospitalario. La literatura se centra en poblaciones de adultos mayores hospitalizados o con patologías específicas, lo que limita la extrapolación de hallazgos comunitarios en zonas urbanas marginales donde no existen centros gerontológicos gratuitos; esto causa una falta de evaluaciones estandarizadas y continuas de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población antes especificada. Por tanto, la problemática específica a resolver es la carencia de información precisa sobre la interrelación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores de los centros que deberían estar aportando gratuitamente bienestar a la población de adultos mayores.

Justificación Teórica.

El estudio generará conocimiento riguroso sobre la prevalencia de malnutrición en una población comunitaria no hospitalizada en Ecuador, mediante el uso de herramientas de cribado nutricional validadas. Además, esta investigación proporcionará una base de datos descriptiva sobre los hábitos alimenticios que servirá como línea base para estudios de intervención posteriores. El establecimiento de la relación entre los hábitos y el estado nutricional validará o refutará la hipótesis planteada, ofreciendo una perspectiva integral.

Justificación Práctica

Los resultados permitirán al Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo y a las entidades de salud pública identificar a los individuos en riesgo nutricional y priorizar recursos. Al conocer la relación específica entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional, se podrán hacer aproximaciones generales a la creación de programas de educación nutricional personalizados y pertinentes a la realidad de los usuarios. Al optimizar el estado nutricional, se impactará directamente en la reducción de la fragilidad, el riesgo de infecciones y la preservación de la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores.

1.5.Hipótesis

Existe asociación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores que residen en el Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre

Marcillo, donde los hábitos alimentarios inadecuados se correlacionan con mayor prevalencia de malnutrición.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

El estado nutricional en el adulto mayor se enfoca en la reserva óptima y el compromiso severo de las funciones vitales. El estado nutricional se clasifica en niveles, que dentro de las ciencias médicas son una combinación de indicadores, que contribuyen a la identificación de riesgo y ayudan a instaurar tratamientos oportunos. Estos niveles son los siguientes (11):

Estado nutricional óptimo (Normopeso saludable)

Es el estado de equilibrio donde el aporte de energía y nutrientes cubre las necesidades metabólicas y mantiene las funciones físicas y cognitivas. Es el estado de equilibrio donde el aporte de energía y nutrientes cubre las necesidades metabólicas y mantiene las funciones físicas y cognitivas. En este estado nutricional, el IMC se encuentra entre 23 y 28 kg/m². Hay preservación de la masa muscular, los niveles de albúmina son estables y el paciente tiene autonomía, con alta capacidad de respuesta ante eventos que demanden alto estrés.

Riesgo de malnutrición.

Considerada una zona intermedia, donde el paciente no presenta síntomas evidentes, pero sus reservas están al límite. El paciente presenta pérdida de peso involuntaria, disminución de la ingesta o un IMC cercano a 22 kg/m². En esta etapa se puede implementar el uso de suplementos ajustados a la dieta para revertir el proceso.

Desnutrición (malnutrición por déficit)

La desnutrición se divide en niveles de severidad, según corresponda:

- **Desnutrición Calórica (Marasmo)**

En este tipo de desnutrición predomina la pérdida de grasa y músculo, dejando al paciente con una imagen de debilidad y fragilidad. Se observan pliegues cutáneos reducidos, debilidad extrema y pérdida de las bolsas adiposas de Bichat.

- **Desnutrición Proteica (Kwashiorkor)**

Esta es una desnutrición aguda, que es producto de una enfermedad grave o de cirugías prolongadas. El paciente se encuentra con niveles bajos de albúmina, edema en miembros inferiores y mala cicatrización.

- **Desnutrición mixta**

Es la combinación de la desnutrición calórica y la desnutrición proteica. Es frecuente en pacientes hospitalizados crónicos, donde hay pérdida de las reservas grasas y de las proteínas plasmáticas.

Tabla 1

Tabla comparativa de los tipos de desnutrición

Parámetro	Valor normal	Marasmo	Kwashiorkor
Peso para la edad	> 90% del ideal	< 60% (Déficit severo)	60% - 80% (Enmascarado)
Albumina Serica	3.5 – 5.0 g/dL	Normal o levemente bajas	Muy baja (< 2.8 g/dL)
Proteínas totales	6.0 – 8.0 g/dL	Ligeramente disminuidas	Bajas (< 4.5 g/dL)
Hemoglobina	11.5 – 13.5 g/dL	10 – 11 g/dL (Anemia leve)	< 9 g/dL (Anemia moderada)
Glucosa Basal	70 – 100 mg/dL	< 60 mg/dL (Hipoglucemia)	< 50 mg/dL (Hipoglucemia)
Potasio Sérico	3.5 – 5.2 mEq/L	Generalmente normal	< 3.0 mEq/L (Hipopotasemia)
Linfocitos totales	> 2000 mm ³	1200 – 1800 mm ³	< 1000 mm ³ (Inmunodeficiencia)
Circunferencia braquial	> 13.5 cm (Niños)	< 11.5 cm (Atrofia severa)	Variable (por el edema)
Hígado	Sin infiltración	Normal	Esteatosis (Hígado graso)

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan **Fuente:** Donini L. Critical appraisal of definitions and diagnostic criteria for sarcopenic obesity based on a systematic review - PubMed [Internet]. 2020.

- **Obesidad Sarcopenica.**

En este estado nutricional, el paciente presenta un IMC elevado, superior a los 30 kg/m², pero con una composición corporal deficiente. Presenta exceso de tejido adiposo y poca masa muscular. Este es el nivel más engañoso y peligroso en la actualidad. El paciente tiene un IMC elevado (>30 kg/m²), pero su composición corporal es deficiente. Tiene un exceso de tejido adiposo, pero niveles críticos de pérdida muscular. Tiene alto riesgo de fragilidad y de desarrollo de enfermedades metabólicas.

El envejecimiento saludable, se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud, lo que ha llevado al desarrollo de políticas que enfatizan las necesidades de acción en múltiples sectores. La tercera edad, se caracteriza por presentar cambios en el peso del paciente, esto es un marcador de deficiencia de macronutrientes y/o un catabolismo producido por el desarrollo de otras comorbilidades, lo que incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad en esta población (12).

De acuerdo al estudio de Iglesias, 2020, Madrid, España; sobre “*Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos*”, y cuyo objetivo fue describir el estado nutricional de los ancianos en una residencia, empleando una metodología observacional, descriptiva y transversal, en una muestra de 113 personas, analizaron datos como composición corporal, deterioro cognitivo, tipo de alimentación, presencia de desnutrición. Se encontró que el 31% de los ancianos presentaban riesgo de desnutrición y un 22% presentaban signos de desnutrición. Un 92% de los pacientes presenta patologías asociadas. El 65,5% tenía una dieta basal/diabética. Los pacientes con mayor desnutrición fueron aquellos que presentaron deterioro cognitivo moderado-elevado. Se concluye que el estado nutricional de los pacientes se relaciona con la complejidad individual y con la calidad en la asistencia (11).

Un estudio enfocado en el uso de herramientas de cribado, es el desarrollado por Calleja et al, 2015, titulado: *“Eficacia y efectividad de las distintas herramientas de cribado nutricional en un hospital de tercer nivel”*, con el objetivo de evaluar la herramienta de cribado nutricional más adecuada para el paciente hospitalizado. Esta investigación es del tipo transversal. Se emplearon 4 métodos de cribado nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), Valoración Subjetiva Global (VSG). Se obtuvo que, de los 201 pacientes valorados, el riesgo de desnutrición detectado fue: VSG 62.1%, MUST 53.7%, NRS-2002 35.8%, MNA 68.6%. Se concluyó que las herramientas de cribado nutricional recomendadas en un centro hospitalario de tercer nivel y población envejecida serían el MUST por mejores resultados de sensibilidad y especificidad (13).

Por otra parte, en Latinoamérica, México, Nava (2024), realiza un estudio llamado: *“Estado nutricional de personas adultas mayores usuarias de centros gerontológicos en la Ciudad de México”*, cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional de las personas adultas mayores de albergues y residencias del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, en la ciudad de México. Este estudio es del tipo transversal, tuvo como población a mujeres adultas de 60 años de ambos sexos. Se encontró que, de las 127 personas adultas mayores estudiadas, el 48,1% de la población presenta malnutrición. Se concluyó que los factores de riesgo asociados se relacionan con el deterioro cognitivo (14).

Así mismo, Calderon et al., 2016, en su estudio llamado: *“Factores socioeconómicos asociados con la Desnutrición del adulto mayor que acude a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito”*, con una metodología descriptiva, tomó como referente a los adultos mayores de la consulta externa de la Geriatria del Hospital Carlos Andrade Marín, diagnosticados con desnutrición. Se realizó encuesta de factores socioeconómicos mediante Escala de Gijón, encontrándose desnutrición en 496 pacientes. Se concluye que el sexo femenino, la falta de apoyo social y los bajos ingresos económicos se asocian a mayor desnutrición en el adulto mayor (15).

A nivel local, Salous et al. 2018, investiga sobre el riesgo y estado ponderal en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guayaquil - Ecuador, teniendo como objetivo evaluar el estado ponderal y riesgo nutricional de adultos mayores que se

encontraban en centros gerontológicos de Guayaquil. Para esto, realizó un análisis a 479 personas a quienes se les aplicó la herramienta Nutrition Screening Initiative Checklist, mientras que el análisis del estado ponderal incluyó a 465 personas a través del índice de masa corporal. Como resultado, se encuentra que el 77% de los hombres y el 81% de las mujeres tenían riesgo nutricional grave, concluyéndose que los adultos mayores requieren mayor atención para reducir el estado de riesgo nutricional (16).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Proceso de envejecimiento y sus modificaciones fisiológicas.

Cambios fisiológicos y estructurales.

El envejecimiento celular es un proceso que provoca que las células aumenten de tamaño, pierdan su capacidad de división e inicien la acumulación de sustancias grasas, lo que deriva en una pérdida gradual de la función de los órganos (17).

A medida que avanza la edad, se observa pérdida de la estatura, de entre 2,5 y 7,5 cm, debido a los cambios que se producen en el sistema osteomuscular. La grasa subcutánea se reduce en las extremidades y se acumula en la zona abdominal. La temperatura corporal varía de forma gradual, lo que la hace más susceptible a cambios bruscos de temperatura.

Dentro de este contexto, el envejecimiento, se relaciona con la disminución progresiva de la reserva funcional del organismo, por lo tanto, reduce la capacidad de respuesta ante los estímulos que pueden ser fisiológicos, por enfermedad o déficit nutricional. Esta disminución de la capacidad adaptativa incrementa la vulnerabilidad del adulto mayor y favorece la aparición de complicaciones clínicas que pueden afectar su estado general de salud.

De igual modo, se aprecian cambios en el metabolismo y la hormonas que alteran la forma del cuerpo, notándose una baja progresiva de músculo y un incremento de grasa. Estas modificaciones desestabilizan el balance del organismo, tanto para funcionar como para metabolizar, propiciando problemas como la falta de músculo, debilidad y dificultad para moverse (10).

Asimismo, las variaciones en el aparato digestivo asociadas a la edad, como la menor movilidad intestinal, un estómago que se vacía despacio y la tendencia

al estreñimiento, pueden influir en las ganas de comer y en cómo se toleran los alimentos. Estas cuestiones, sumadas a dificultades para masticar y tragar, pueden repercutir en la cantidad de comida que se consume y agravar el estado nutricional (1,10).

Otras alteraciones por sistemas.

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios biológicos inevitables que afectan la homeostasis del organismo. Esta transformación marca la transición de un estado de bienestar físico a uno de creciente vulnerabilidad. Estos cambios no son eventos aislados; son una reconfiguración del sistema. La reserva funcional de los órganos disminuye de manera gradual pero constante(3).

Entender esta transición es clave. La disminución en la eficiencia de los procesos biológicos no solo afecta la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno, sino que también sienta las bases para el desarrollo de enfermedades crónicas comunes en la vejez(6). Desde un punto de vista clínico, los cambios en los sistemas crean un nuevo perfil de riesgo que requiere un manejo médico específico. La pérdida de elasticidad en los tejidos, la reducción en la velocidad de conducción nerviosa y el enlentecimiento de los procesos metabólicos no deben verse solo como señales de deterioro, son variables importantes que alteran la respuesta del cuerpo ante el estrés, la enfermedad y la medicación.

Esta fragilidad innata convierte al adulto mayor en un paciente complicado, cuya estabilidad depende de un equilibrio cada vez más delicado entre sus capacidades residuales y las demandas externas(9). A continuación, se describen los principales cambios que ocurren en sistemas clave del cuerpo humano. Estos cambios explican la sintomatología común y las complicaciones clínicas más frecuentes en esta etapa de la vida. La siguiente tabla resume las modificaciones estructurales y funcionales en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico y nefrourológico.

Tabla 2

Tabla de cambios fisiológicos del adulto mayor

Sistema	Cambios Principales
Cardiovascular	El corazón incrementa de tamaño, las válvulas se vuelven rígidas y los vasos pierden su elasticidad, lo que eleva la presión arterial y el riesgo de hipotensión ortostática (17).
Respiratorio	Disminución de la elasticidad pulmonar, con reducción de la movilidad de los cilios. Esto reduce la capacidad de reserva respiratorio e incrementa el riesgo de infecciones (17).
Gastrointestinal	Menor producción de saliva, reducción del número de papilas gustativas, enlentecimiento del tránsito gastrointestinal (17).
Neurológico	Se observa atrofia cerebral y una disminución de neurotransmisores (17).
Nefrourológico	El flujo sanguíneo renal y la tasa de filtrado glomerular disminuyen significativamente, reduciendo la capacidad del cuerpo para manejar sobrecargas de líquidos o fármacos (17).

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan**2.2.2. Ciclo de vida en la actualidad.**

Hace cien años, las personas vivían un promedio de 50 años al nacer en países ricos. Hoy, viven más de 77 años. Se espera que vivan 85 años para 2025. Muchas ideas predicen que la vida seguirá siendo más larga. Se espera una vida de 105 años para 2065(12). Esto pasa por la buena salud pública. Los sistemas de salud son mejores. Muchos países, incluso en América Latina, como México, Venezuela, Brasil y Argentina, tienen estos sistemas. Las muertes han bajado. Por eso, las personas mayores viven más tiempo. La gente mayor de 60 años es un grupo más grande. En 1900, eran el 2% al 4% de la gente. Ahora, son más del 13% en algunos lugares de Latinoamérica. El problema es que estos países no cuidan bien a esta gente(13).

2.2.3. Teoría Del Envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud, clasifica a los grupos etarios de los mayores en(13):

- 65 a 74 años: edad avanzada
- 75 a 90 años: viejos ancianos
- Más de 90 años: grandes viejos o longevos

Asimismo, la OMS define el envejecimiento como:

“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (14).

Esta definición hace referencia a dos aspectos importantes: el envejecimiento que inicia desde la concepción y, por lo tanto, la vida es un proceso de constante envejecimiento, y varía de individuo en individuo. Es por este motivo que han surgido varias clasificaciones de las teorías del envejecimiento, dividiéndose en teorías biológicas y teorías sociales.

2.2.3.1. Teorías Biológicas.

Las teorías biológicas tratan de buscar por qué al proceso del envejecimiento. Por un lado, quieren saber por qué estamos destinados a envejecer y morir, incluso buscando el sentido mismo de la evolución de las especies y de los procesos fisiológicos que actúan en el envejecimiento. Hay dos líneas de pensamiento que hacen que todas las teorías puedan agruparse en dos modelos: las no estocásticas o deterministas y las estocásticas o ambientales(15).

Teorías no estocásticas o deterministas.

Estas teorías defienden que el envejecimiento no es el resultado de eventos aleatorios o ataques externos, sino un proceso biológico predeterminado. Se fundamenta en la observación de que cada especie posee una longevidad máxima que la caracteriza, esto sugiere que está en la genética cuando los sistemas biológicos empiezan a deteriorarse(15).

- **Teorías Genéticas.**

Esta corriente sostiene que la esperanza de vida está codificada dentro del genoma de cada organismo. Esta es la base que explica las diferencias abismales de longevidad entre especies que comparten entornos similares. Se la denomina la teoría de la longevidad específica de la especie(15).

- **Teoría de la mutagénesis intrínseca.**

A diferencia de otras mutaciones provocadas por el ambiente, esta teoría propone que el ADN posee un deterioro programado desde el origen. El material genético contendría errores latentes o mecanismos de degradación que se activan con el tiempo, provocando que las células y los tejidos pierdan funcionalidad de manera progresiva(15).

- **Teoría del Marcapasos (Neuroendocrina)**

Describe al cuerpo humano como un sistema regulado por un reloj biológico central, ubicado generalmente en el complejo hipotálamo-hipofisiario. Este marcapasos controla el ciclo vital mediante la liberación de hormonas en etapas específicas. Tal cual la existe una señal genética para dar inicio a las pubertad, este sistema envía una señal que detiene el crecimiento, ralentiza el metabolismo e inicia la degeneración progresiva de las células(15).

- **Teoría del Limite mitótico de Hayflick.**

Hayflick demostró que las células tienen un período de vida estimado. Los fibroblastos humanos dejan de dividirse tras un número aproximado de 50 a 80 mitosis. Una vez agotado el numero de divisiones, la célula entra en estado de senescencia, y ya no se puede regenerar. Esto se explica en órganos con baja capacidad de división , ya que sus células no pueden ser reemplazadas indefinidamente(15).

- **Teoría de los telómeros y telomerasas.**

Los telómeros son cubiertas protectoras situadas a los extremos de los cromosomas que mantienen la estabilidad del ADN. En cada división celular, debido a la incapacidad de las enzimas para copiar el extremo final, los telómeros se vuelven un poco más cortos. Cuando el telómero se reduce, el cromosoma se vuelve inestable y la célula recibe la orden de no morir o dejar de dividirse(15).

- **Teoría del Soma desechable**

Esta teoría propone que los organismos invierten energía de forma prioritaria en la reproducción de manera que perpetúan sus genes. El soma es simplemente un contenedor, cuando el individuo alcanza la madurez reproductiva y logra dejar descendencia, los sistemas de selección natural limitan el uso de recursos y deja de protegerlo. En ese momento se activan los gerontogenes que enlentecen los sistemas biológicos al considerarlos innecesarios(15).

Teorías estocásticas o ambientales.

Este grupo de teorías postula que el envejecimiento no es un evento predeterminado, sino el resultado de la acumulación aleatoria de daños provocados por el entorno. Si bien reconocen la existencia del genoma, sostienen que son los factores exógenos y al azar los que determinan el ritmo de degradación biológica, haciendo que el proceso sea variable entre individuos según la exposición ambiental a lo largo de la vida(15).

- **Teorías Genético-Ambientales.**

Estas teorías proponen que el envejecimiento surge de alteraciones en el ADN provocadas por agentes externos, diferenciándose de las teorías que creen en un reloj biológico interno. En este caso se analizan 3 vertientes: la regulación genética, la inestabilidad del genoma y la diferenciación terminal(15).

- **Teoría del Error catastrófico.**

Esta hipótesis sugiere que el envejecimiento es consecuencia de una serie de errores biosintéticos. O las agresiones ambientales provocan defectos en la transcripción del ADN, lo que genera proteínas y enzimas defectuosas. Cuando el estímulo es prolongado, se multiplica el error de forma exponencial, lo cual altera el equilibrio homeostático(15).

- **Teoría del uso y desgaste.**

En esta teoría se habla de sobre el deterioro mecánico y fisiológico irreversible. Aunque el estrés crónico y las agresiones externas, juegan un papel importante en los tejidos, algunos otros factores pueden fortalecerlo, como el ejercicio físico(15).

- **Teoría de las uniones cruzadas.**

Esta teoría se centra en la formación de enlaces moleculares anómalos que reducen la elasticidad y la funcionalidad de los tejidos. Estos entrecruzamientos, facilitados por la presencia de radicales libres y la radiación, provocan una pérdida de la estabilidad en órganos y vasos sanguíneos, aunque es un marcador común en enfermedades crónicas, no se considera una explicación universal, ya que existen individuos con altos niveles de entrecruzamiento que mantienen una alta funcionalidad(15).

- **Teoría de los radicales libres.**

Se considera como una de las teorías más importantes y aceptadas en la actualidad, donde sostienen que el envejecimiento es producto del daño oxidativo causado por las moléculas inestables con electrones no apareados. Estos radicales libres, derivados del metabolismo del oxígeno, destruyen las membranas celulares, con lo que la célula se degenera y se produce un declive vital(15).

2.2.2.2. Teorías psicosociales.

- **Teoría de la desvinculación.**

Propone que el envejecimiento exitoso consiste en un distanciamiento mutuo y recíproco entre el individuo y la sociedad. Bajo esta premisa, el mayor se retira de sus roles sociales para centrarse en su vida interior, mientras que la sociedad fomenta este retiro para permitir el relevo generacional y mantener su eficiencia operativa(15).

- **Teoría de la actividad.**

Surge como la antítesis de la desvinculación, defendiendo que el bienestar en la vejez está directamente vinculado al mantenimiento de los roles activos. La idea central es que la satisfacción vital depende de la capacidad del individuo para sustituir las funciones perdidas por nuevas actividades sociales(15).

2.3. Bases conceptuales.

2.3.1. Estado nutricional del adulto mayor.

- **Definición del estado nutricional.**

Para la OMS, un adulto mayor es toda persona que supera los 60 años de edad, sin embargo, dentro del estado ecuatoriano, el adulto mayor considera al adulto mayor a todos los ciudadanos de 65 años en adelante, encontrándose en Ecuador el 9% de la

concentración de adultos mayores pertenecientes a Latinoamérica. De acuerdo al censo nacional realizado en 2022, el 9% de la población ecuatoriana es adulta mayor, superando a los resultados obtenidos en 2018 de 6.5%, observándose un crecimiento poblacional (20).

Los hábitos alimentarios son comportamientos repetitivos, colectivos y conscientes, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar alimentos específicos en respuesta a las influencias sociales y/o culturales. La adquisición de los hábitos alimentarios inicia en la familia, durante la infancia y se van modificando a medida que crecen. La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), que se realizó en Ecuador entre 2009 y 2010, La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), revelo que los adultos mayores presentaban un IMC con: 39.5% sobrepeso, un 38.3% normopeso, un 19.5% obesidad y el 2.7% bajo peso, teniendo un 61.7% de adultos mayores con malnutrición , debido a una ingesta desequilibrada y requerimientos nutricionales deficientes (21,22).

- **Pérdida de peso involuntaria en adultos mayores.**

Las causas de pérdida de peso en los adultos mayores tienen múltiples causas; por lo general, suelen ser involuntarias y asociadas a enfermedades crónicas. Puede dividirse de la siguiente manera (23):

- Anorexia: Se produce por la desregulación del apetito, asociada a enfermedades como demencia o el uso continuo de fármacos.
- Ingesta inadecuada de calorías: La deficiencia proteico-calórica es la más común, y puede ser de inicio reciente o de larga duración. Esta se asocia a problemas gastrointestinales y de la deglución.
- Caquexia: Depleción de los depósitos de energía y proteínas, relacionada con la producción de citoquinas en enfermedades crónicas.
- Sarcopenia: Disminución de la masa muscular a consecuencia de los cambios fisiológicos que se exacerban con la poca actividad física.

- **Obesidad, inflamación y resistencia a la insulina.**

- **Inflamación de bajo grado:** La infiltración grasa que se produce en el síndrome metabólico genera que se infiltren macrófagos

proinflamatorios, que liberan TNF $-\alpha$ y la IL-6, que se dirigen al músculo, lo que consume las proteínas musculares.

- **Resistencia a la insulina:** Cuando hay resistencia a la insulina, el músculo pierde la capacidad de captar glucosa y de sintetizar nuevas proteínas, lo que acelera su atrofia.
- **Círculo vicioso:** Cuando el metabolismo es más lento, el cuerpo quema menos grasa, lo que desarrolla obesidad, incrementa la inflamación y se pierde mayor masa muscular (24).

2.3.2. Adultos mayores institucionalizados y factores de riesgo asociados con la pérdida de peso y el IMC bajo.

En un estudio realizado en Estados Unidos en 202 residencias geriátricas y un total de 6832 pacientes, se encuentra que los factores que se asocian a un IMC bajo y a pérdida de peso fueron: Dependencia para comer, ingesta oral deficiente, úlceras por presión, y problemas en la masticación. Otros factores incluyen: ser mujer, tener más de 85 años y tener fractura de fémur (23). Además de los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la presencia de factores socioeconómicos, psicológicos y funcionales, incrementa el riesgo de vulnerabilidad con un aumento del riesgo de malnutrición.

La condición social de cada individuo, como soledad, viudez, estado de ánimo depresivo, hace que, en ocasiones, el acceso a alimentos como vitaminas C, calcio, vitamina B9, zinc y magnesio sea limitado, lo que causa depleción de grasas y proteínas, iniciando un proceso de malnutrición. Por el contrario, aquellos adultos mayores que viven en compañía de otras personas, mantienen un nivel más óptimo en el consumo de alimentos saludables. Así mismo, aquellas personas con mayor posibilidad económica tienden a consumir alimentos ricos en nutrientes, de mejor calidad, y llevan un ritmo alimentario adecuado, lo que reduce su riesgo de desnutrición (17).

A nivel psicológico, la sensación de inutilidad o vulnerabilidad, desencadena en la persona mayor depresión, apatía, desinterés, que contribuyen a empeorar las comorbilidades. Las enfermedades más comunes son diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, osteoporosis, todas estas enfermedades requieren de tratamiento nutricional permanente, por esta misma razón, los adultos

mayores se ven expuestos a tomar medicamentos que pueden interferir con su estado nutricional, afectando los procesos de absorción y excreción (25).

2.3.3. Criterios diagnósticos de la desnutrición en personas mayores (GLIM/ESPEN).

Los criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition, o por sus siglas GLIM, se emplean para diagnósticos de desnutrición en el adulto mayor. Estos se conforman por 3 criterios fenotípicos y 2 criterios etiológicos (27).

Antes de aplicar los criterios diagnósticos, es necesario identificar si el paciente está en riesgo de desnutrición. Se emplean herramientas como MNA (Mini Nutritional Assessment) o MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Si el cribado es positivo, se procede a realizar una evaluación para el diagnóstico. Para confirmar la desnutrición, el paciente debe cumplir al menos un criterio fenotípico y un criterio etiológico (26).

Tabla 3 Criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition

A. Criterios Fenotípicos		B. Criterios Etiológicos.	
Pérdida de peso involuntaria	<ul style="list-style-type: none"> >5% en los últimos 6 meses 10% en un periodo mayor a 6 meses 	Reducción de la ingesta o asimilación	<ul style="list-style-type: none"> Ingesta \leq 50% de los requerimientos por $>$ 1 semana Cualquier reducción de la ingesta por $>$ 2 semanas. Problemas gastrointestinales (malabsorción, disfagia, diarrea severa)
	<ul style="list-style-type: none"> Adultos mayores ($>$70 años): $<$22 kg/m² Menores de 70 años: $<$ 20 kg/m² 		Inflamación o carga de enfermedad

Reducción de la masa muscular	Evaluada a través de medidas periféricas o técnicas avanzadas	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores bioquímicos alterados: Proteína C reactiva elevada o albúmina baja.

Fuente: Cederholm et al 2019.

Clasificación de Severidad.

Cuando se confirma el diagnóstico, se clasifica el nivel de desnutrición basado en los criterios fenotípicos más graves:

Tabla 4 Clasificación de Severidad

Nivel de severidad	Pérdida de Peso (6 meses)	IMC (en >70 años)	Masa Muscular
Grado 1: Moderada	5% - 10%	20 - 22 kg/m ²	Reducción leve/moderada
Grado 2: Severa	> 10%	< 20 kg/m ²	Reducción severa

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

2.3.4. Indicadores Antropométricos y Bioquímicos.

Medidas Periféricas y Composición corporal

Debido a que el IMC no distingue entre grasa y músculo y que la estatura disminuye con la edad, las medidas periféricas son vitales (14):

- **Circunferencia de la pantorrilla:** se considera la medida más sensible para evaluar la masa muscular en el anciano. Un valor < 31 cm es un fuerte indicador de sarcopenia y desnutrición.
- **Pliegues cutáneos (tricipital y subescapular):** Ayudan a estimar la reserva de grasa subcutánea. Sin embargo, su precisión disminuye por la pérdida de elasticidad de la piel y la redistribución de la grasa hacia el abdomen.

Indicadores bioquímicos más empleados.

Los análisis de sangre indican la respuesta metabólica y el riesgo de complicaciones. Estos deben interpretarse con cuidado ya que se ven afectados por la inflamación.

Tabla 5 Indicadores Bioquímicos.

Indicador	Importancia en el Adulto Mayor
Albúmina	Es el mejor predictor de morbilidad. Niveles < 3.5 g/dL sugieren desnutrición crónica o inflamación severa (26).
Prealbúmina	Útil para monitorear cambios agudos. Refleja el estado nutricional de los últimos 2-3 días debido a su vida media corta (26).
Hemoglobina	Detecta anemias (ferropénica o por enfermedades crónicas), las cuales causan fatiga extrema y aumentan el riesgo de caídas(26).

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

En la persona mayor, es vital examinar los datos del cuerpo con precaución. Los cambios naturales del cuerpo con la edad pueden afectar su fiabilidad. La estatura menor, los cambios en la postura y cómo se distribuye la grasa cambian el significado del peso corporal, si se mira solo(22).

Por esto, se deben usar otras mediciones junto con las del cuerpo. Estas ayudarán a tener una idea completa del estado nutricional. Un ejemplo es la medida de la pantorrilla. Sirve para ver la fuerza muscular. También ayuda a notar pronto si hay pérdida de músculo o problemas de movimiento.

Sobre las pruebas de laboratorio, estas ayudan en la evaluación nutricional. Muestran cambios en el cuerpo o la sangre ligados a la nutrición. Sin embargo, se deben ver de forma completa. Muchas enfermedades pueden cambiar estos resultados. Esto limita su uso como únicas señales(25).

2.3.5. Cribado Nutricional: Mini Nutritional Assessment- MNA

El Mini Nutritional Assessment es una herramienta reconocida por su eficacia en el cribado nutricional de la persona adulta mayor, válida para su uso en comunidad o en el medio hospitalario; esto permite detectar el riesgo de desnutrición franca. Esta herramienta se diferencia de las otras porque tiene mayor probabilidad de detección de desnutrición en etapas tempranas, ya que incluye aspectos tanto físicos como mentales, que causan problemas en el estado nutricional de esta población (13).

El MNA está conformado por 18 preguntas que incluyen categorías como: Parámetros antropométricos, valoración global, estado nutricional, historia dietética, autopercepción de salud, dando un total de 30 puntos. Una puntuación superior a 23,5 se clasifica como bien nutrido, un resultado entre 17 y 23,5 indica riesgo de malnutrición, y una puntuación menor a 17 es indicativa de desnutrición. La versión MNA-SF cuenta con 6 preguntas, que se pueden realizar en 3 minutos. Cuando el puntaje es mayor o igual a 12, se debe dar asesoría nutricional. Si se obtiene un resultado menor a 11, se debe realizar la versión completa del tamizaje (25).

2.3.6. Hábitos Alimenticios.

- **Definición y componentes de los hábitos alimenticios.**

Los hábitos alimenticios se definen como el conjunto de hábitos adoptados por un individuo que influyen en la manera en la que se preparan y consumen alimentos, los cuales son condicionados por factores como la disponibilidad y el acceso a los mismos. Estos hábitos se adquieren durante los primeros años de vida y se afianzan durante la escolarización y la adolescencia. Los hábitos alimentarios se originan en el seno familiar, ya que es allí donde se comparten las prácticas de alimentación, se establecen los patrones culturales y los estilos de vida. Estos hábitos se fortalecen en el ámbito escolar, se comparan con los de la comunidad y se ven influenciados por el entorno social. Además, están relacionados con las costumbres, el medio geográfico y la disponibilidad de alimentos (28).

- **Tipos de ingesta y calidad de la dieta.**

Consumo de macronutrientes.

Tabla 6 Macronutrientes

Macronutrientes	Aporte
Proteínas	Los requerimientos de proteína en los adultos mayores son más elevados debido a que existe pérdida de músculo. Una dieta con mayor cantidad de proteína, acompañada de ejercicio físico, del tipo isométrico, favorece la síntesis y utilización de proteínas. La síntesis proteica muscular requiere al menos 30 g de proteínas totales o 15 g de aminoácidos esenciales.

	<p>Por lo general, se recomienda una ingesta proteica de al menos 1 a 1,2 g x kg/día. Se aconseja no superar los 1,6 g x kg/día, salvo excepciones de malnutrición o enfermedad crítica (27). Las principales fuentes de proteína son las carnes magras y carnes de aves, pescados, mariscos, productos lácteos, legumbres como frijoles, lentejas, garbanzos, frutos secos y semillas (28).</p>
Grasas	<p>La ingesta de grasas es fundamental como fuente de energía, como aporte de ácidos grasos esenciales y lipoproteínas. El porcentaje de grasa recomendado es del 23%. Las grasas consumidas deben ser principalmente ácidos grasos insaturados, con no más del 10% de la ingesta total de energía proveniente de ácidos grasos saturados y no más del 1% de ácidos grasos trans (29). Las principales fuentes de grasas saludables (30): aceite de oliva, aguacate, frutos secos, pescados azules, nueces, semillas, aceite de girasol, lácteos.</p>
Hidratos de carbono	<p>Se recomienda que el aporte de carbohidratos sea del 65% de la ingesta calórica total, dependiendo del aporte de carbohidratos simples. Los carbohidratos deben proceder principalmente de cereales integrales, verduras, frutas y legumbres. Las frutas y verduras frescas son opciones adecuadas(30).</p>

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

Consumo de micronutrientes.

Recomendaciones de vitaminas

Una ingesta adecuada de vitaminas es necesaria para una alimentación saludable.

Tabla 7 Vitaminas

Vitamina	Recomendaciones y fuentes
Vitamina A	La vitamina A o retinol participa activamente en la transmisión del estímulo luminoso, lo que permite tener una mejor visión. La ingesta de betacarotenos y otros carotenoides contribuye a la defensa del organismo, neutralizando radicales libres y reduciendo la incidencia de enfermedades cancerígenas. Las recomendaciones diarias son de 500 a 600 µg. La vitamina A se encuentra en las espinacas, productos lácteos y el hígado. Otras fuentes son las verduras de hoja verde, zanahoria (31). Se lo puede incluir a través de pures enriquecidos, como pures de zanahoria o calabaza al vapor acompañados de aceite de oliva.
Vitamina C	El ácido ascórbico es una vitamina hidrosoluble. Tiene influencia en la oxidación de las lipoproteínas LDL y en la prevención de aterosclerosis. Las recomendaciones diarias para el adulto mayor son de 60 mg/día. Se encuentra principalmente en frutas cítricas (32). Se lo puede ofrecer en forma de zumos o bebidas por la mañana.
Vitamina D	La vitamina D, interviene en la regulación del calcio y el fósforo sérico. En adultos mayores, la ingesta de vitamina D debe ser mayor, debido a que la exposición al sol en ocasiones es mínima, lo que disminuye su absorción o la hidroxilación de la vitamina. Las recomendaciones diarias de vitamina D, son de 10 a 20 ug/día en adultos mayores. Se encuentra en productos lácteos, hongos, hígado, entre otros (33). Para su consumo, están disponibles en lácteos, donde los puede ofrecer en forma de yogurt.
Vitamina E	La vitamina E, es un potente antioxidante. En altas dosis podría tener un rol en hacer más lento el desarrollo del Alzheimer. La dosis de protección frente a enfermedades cardiovasculares es de 100 a 400 mg/día. Considerando la información disponible, una ingesta de 10 a 15 mg de alfa-tocoferol al día constituye una ingesta adecuada para un adulto mayor. Se encuentra en frutos secos, hortalizas verdes, entre otras (34). Los ancianos pueden

	consumirlo en frutos secos triturados, acompañados de yogurt u otros cereales.
Ácido Fólico	El ácido fólico actúa dentro de la función cognitiva, manejo de la depresión, y trastornos neuropsiquiátricos del adulto mayor. Contribuye a la prevención y al tratamiento de la anemia macrocítica. Se sugiere como ingesta adecuada 400ug/día de vitamina B12 (35). Ofrecerlas en forma de puré de lentejas o garbanzos .

Elaborado por: Milena Anahí Matamoros Lojan

Recomendaciones de Minerales.

Tabla 8 Recomendaciones de minerales

Minerales	Recomendaciones y Fuentes
Calcio	El envejecimiento se acompaña con pérdida progresiva de minerales y de sustancia ósea, lo que aumenta el riesgo de fractura. Los adultos mayores se encuentran predispuestos a la desmineralización ósea, conocida como osteoporosis. Por este motivo el consumo de calcio es necesario en los adultos mayores, con ingestas diarias de 1300 mg/día para ambos sexos (36).
Fosforo	El fósforo desempeña un papel importante en los tejidos blandos. Se suele recomendar una ingesta diaria de fósforo de 800mg día(36).
Magnesio	El magnesio interviene en la transmisión nerviosa. Alrededor del 60% del magnesio corporal se encuentra en el hueso. Las recomendaciones diarias son de 224 mg día (35).
Hierro	La absorción de hierro está influida por las necesidades corporales, el pH gástrico y los alimentos ingeridos. El consumo de al menos 75 mg de ácido ascórbico o 90 g de carne, pescado, hígado, pollo y otros. Los requerimientos de hierro son de 13,7 mg/día para varones y 11,3 mg/día para mujeres (37).
Zinc	El zinc es necesario para la función enzimática, relacionado con la síntesis de proteínas y ácidos nucleicos. La ingesta diaria

	recomendada es de 9.8 mg para mujeres y 14 mg para hombres (38).
--	--

Elaborado por: Milena Anahí Matamoros Lojan

Hidratación en el adulto mayor.

El agua constituye el 60% del peso corporal. En los adultos mayores representa el 50%. La cantidad de agua que se calcula para el adulto mayor es de 1000 ml por cada 1000 calorías. Considerando que las personas mayores tienden a la deshidratación, se sugiere incrementar la ingesta de líquidos entre 1500 y 1800 ml/día (39).

2.3.7. Envejecimiento y desórdenes alimenticios.

La vejez trae cambios en cómo comemos. Los problemas de comer mucho o muy poco son ahora un buen tema para investigar. No sabemos mucho sobre por qué cambia nuestra forma de comer al envejecer. Esto se debe, en parte, a que tampoco entendemos bien cómo funciona el cuerpo para controlar cuánta energía gasta y usa. Esto es cierto a cualquier edad. En las personas, desde la química hasta el cuerpo mismo, no se entiende del todo todavía. Por ejemplo, sabemos que las personas jóvenes tienen muchas formas de mantener un balance de energía estable (39). Esto se debe a las sensaciones de hambre y saciedad. El cuerpo controla esto tanto en partes externas como internas. Hoy en día, el aumento de peso a nivel mundial en las últimas tres décadas muestra que estas formas del cuerpo no funcionan tan bien. Sin embargo, se sabe que estas formas de controlar la energía protegen a niños y jóvenes (37).

En la vejez, estos cambios pueden tener muchas razones. Esto se llama "anorexia del envejecimiento". También es clave saber qué cosas afectan cómo el cuerpo maneja su energía. Con el tiempo, muchas de estas formas pueden verse afectadas por la edad. Esto es muy importante para controlar la comida. Es vital reconocer esto pronto y tratarlo (40).

2.3.8. Relación entre cómo se sienten los alimentos y el control de lo que comen las personas mayores.

En la edad avanzada, el sentido del sabor y del olor son muy importantes. Ayudan a controlar la energía del cuerpo. Muchos estudios muestran que, con los años, se nos hace más difícil sentir y reconocer la sal y otros sabores. Esto pasa en parte porque

tomamos medicinas que cambian el sabor. También ocurre porque el olfato y el gusto se pierden un poco. No se sabe bien si sentir menos el gusto y el olor al envejecer causa problemas para controlar la energía (40).

Tener el gusto y el olfato funcionando bien es necesario para la primera parte de la digestión. Esto incluye producir más saliva, jugos del estómago, y fluidos del páncreas e intestinos. Todo esto empieza la digestión. La primera etapa de cómo el cuerpo procesa la comida después de comer comienza cuando el olor, el sabor y los pensamientos sobre la comida activan el cuerpo. Esto activa partes del sistema nervioso. Luego, muchos procesos empiezan para preparar al cuerpo para tomar los nutrientes (40).

Pensar en la comida, verla y olerla puede hacer que produzcamos más saliva. Esta saliva es entre un cuarto y un tercio de la que necesitamos para masticar, pero no para tragar. La saliva tiene enzimas. Estas enzimas empiezan a romper los almidones. Si producimos más saliva al comer la mayoría de los alimentos, la digestión y cómo el cuerpo usa los carbohidratos puede ser más rápida (43).

2.4. Marco referencial

2.4.1. Descripción del Centro Gerontológico Municipal

- **Modelo de atención del centro.**

El Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo, es una institución emblemática en Guayaquil, Ecuador, dedicada a la atención integral y gratuita e los adultos mayores de la ciudad. Se encuentra ubicado en el norte de Guayaquil, específicamente frente a la puerta 2 del Centro Comercial Alban Borja. Es un espacio diseñado para ser un punto de encuentro seguro, recreativo y de salud para personas de la tercera edad.

- **Objetivo y misión.**

El centro tiene como misión prevenir el deterioro físico y cognitivo de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía y bienestar emocional. Buscar resolver las necesidades socioeconómicas mediante servicios de calidad que no tienen costo para los usuarios.

- **Área Física:** Ofrece fisioterapia y gerontogimnasia, actividades fundamentales para combatir la sarcopenia y mejorar el equilibrio, reduciendo el riesgo de caída.
- **Área Cognitiva:** Cuentan con una sala de neuropsicoestimulación, donde se trabajan habilidades mentales y emocionales para prevenir enfermedades degenerativas y análisis y la comprensión.
- **Área Psicológica y Social:** Brindan talleres de psicología y espacios de socialización para evitar la depresión y el aislamiento, factores que aceleran el envejecimiento.
- **Terapia Ocupacional:** Talleres donde los adultos mayores desarrollan destrezas manuales y emprendimientos.

El centro gerontológico atiende a miles de beneficiarios tanto en su sede principal como a través de una red de 10 clubes de adultos mayores distribuidos en zonas como el norte y el sur de la ciudad. También implementan programas de desnutrición donde se entregan suplementos proteicos para elevar los niveles de albúmina y mejorar la salud de los asistentes. Atiende en dos horarios: 09h00 a 12h00 y de 14h00 a 17h00.

2.5. Marco Normativo.

2.5.1. Constitución de la República del Ecuador.

Los artículos 36, 37 y 38 de la Constitución de la República del Ecuador, establecen que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, ...”(40).

Este artículo presenta la obligación que tiene tanto el sector público como el privado de brindar atención prioritaria a los mayores de 65 años, visibilizando problemas urgentes como la violencia y la exclusión económica, sin embargo, en la práctica, esta prioridad suele reducirse a una simple fila preferencial en los bancos. La inclusión económica real es casi nula debido a un mercado laboral profundamente edadista que los descarta de forma prematura, y la protección contra la violencia choca con un sistema judicial lento.

Desde este punto de vista, la "atención prioritaria" es una forma de hacer invisible a la gente. El gobierno y las empresas dan cosas pequeñas, como descuentos o filas rápidas, esto hace creer que se incluye a todos.

Pero así se evitan los problemas de fondo. Es dar poco para arreglar mucho. Les dan un lugar en el autobús. Pero no pueden ganar dinero trabajando. El trabajo no contrata por la edad, esto es injusto. También es un error para la economía, se pierde gente que sabe mucho. La gente mayor no puede trabajar, tienen que depender de otros. El sistema de justicia no ayuda rápido, a veces no quiere ayudar.

Siguiendo esta idea, la justicia lenta no es solo falta de trabajo. Es un tipo de daño del sistema. El artículo 36, habla de una debilidad especial. El sistema debe actuar rápido. Debe ser acorde a la urgencia de la vida, si se trata igual a un adulto mayor y a uno joven, se usan los mismos tiempos lentos. El sistema ignora que el tiempo no es igual para todos. Esto significa que no se hace justicia. Al final, la idea de tu texto muestra esto. La ley en Ecuador parece moderna. Pero oculta una sociedad, que ve a la gente mayor como un peso, no como ciudadanos completos.

“Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. 2. El trabajo remunerado. 3. La jubilación universal. 4. Rebajas en los servicios públicos...”(40)

Este artículo detalla un catálogo de derechos materiales exigibles que el Estado debe garantizar para asegurar una vida digna en la vejez. Esto incluye el acceso gratuito e integral a la salud y medicamentos, el derecho a un trabajo remunerado que se adapte a sus condiciones físicas y cognitivas, y la implementación de una jubilación universal para quienes no pudieron aportar al sistema formal. Además, establece beneficios económicos directos, como rebajas significativas en servicios básicos, transporte y eventos culturales, aliviando la carga financiera de este grupo.

Siguiendo esta misma idea, el Artículo 37 no es solo una lista de ayudas, es un intento de proteger la vida material, esto es frente a un sistema que a menudo olvida a la gente que no produce. El artículo anterior, es referente de cómo tratar a las personas. Este se centra en lo mínimo necesario para vivir, convierte la salud y las

medicinas en derechos, no deberían depender de cuánto dinero tenga alguien. Una pensión para todos reconoce algo importante, no podemos dejar que la falta de trabajo formal y los problemas pasados lleven a pasar hambre al final de la vida buscamos romper un ciclo.

Pero la efectividad de estos derechos materiales choca con un problema. Es el mismo problema que tiene la atención especial. Hay una gran diferencia entre lo que dice la ley y lo que pasa en realidad. El derecho a un "trabajo pagado y adecuado" no tiene sentido. Pasa en un lugar que, como dijimos antes, deja de lado a las personas mayores. Lo hace por prejuicios sobre la productividad. Si el gobierno no crea formas reales de incluir a todos sin bajar el sueldo por ello. Entonces, este punto se queda solo como una idea, del mismo modo, los descuentos en servicios y transporte ayudan al bolsillo a corto plazo. Pero son solo curas temporales, si no van de la mano con un sistema de salud, un sistema que realmente dé las medicinas prometidas. Y evite que el dinero de las personas mayores. Sea gastado en medicinas privadas.

“Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales...”(40).

Este artículo define la responsabilidad del Estado en la creación de políticas públicas con enfoque de diversidad, reconociendo que las necesidades de un adulto mayor varían según su género, etnia o si vive en el campo o ciudad. El objetivo de este artículo es fomentar la autonomía de la persona para que no dependa totalmente de terceros y, fundamentalmente, garantizar su derecho a participar activamente en el diseño y ejecución de las leyes que les afectan, dejando de ser sujetos pasivos para convertirse en actores sociales.

Siguiendo esta idea, el Artículo 38 busca cambiar cómo vemos a las personas mayores, ya no son solo quienes necesitan cuidado, ahora son personas activas en la política y la sociedad. Se sabe que la vida es distinta en la ciudad y en el campo. La exclusión no afecta a todos por igual. En la ciudad, el problema puede ser moverse o sentirse solo. En el campo, la dificultad es tener acceso a servicios básicos

y proteger la tierra que poseen. El Estado pide políticas que miren el género y el origen étnico. Esto reconoce que la vejez se vive de manera diferente según estos factores. Así, se intenta que las leyes no sean iguales para todos y no sirvan a quienes están al margen.

Sin embargo, pasar de "sujeto pasivo" a "actor social" es difícil. Faltan formas reales para participar. Para que las personas mayores ayuden a crear leyes, no basta con decir que tienen ese derecho, hay que romper la barrera del Estado que actúa como padre. Este Estado cree que sabe qué es lo mejor sin preguntar; si los programas no se comparten de forma real y no hay ayuda para la autonomía en el campo, este artículo podría ser solo palabras bonitas. Podría no hacerse realidad. Las personas mayores seguirían esperando participar mientras otros deciden sobre su vida.

2. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM)

Promulgada para profundizar los derechos constitucionales, esta ley es el eje rector del centro.

“Art. 5.- Persona adulta mayor. Para efecto de la presente Ley, se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad...”(41).

Este artículo establece el criterio de edad para ser considerado adulto mayor, y simplifica el acceso a sus derechos al eliminar trabas burocráticas, permitiendo que la sola presentación del documento de identidad sea suficiente para exigir sus beneficios. Sin embargo, lo más relevante es su enfoque humanista e intercultural, ya que reconoce excepciones para personas en situación de extrema precariedad y respeta las formas de identificación propias de las comunas y nacionalidades indígenas, garantizando que ninguna condición social o cultural sea un impedimento para el ejercicio de su ciudadanía.

“Art. 9.- Deberes del Estado. Corresponde al Estado los siguientes deberes: a) Elaborar y ejecutar políticas públicas, planes y programas que se articulen al Plan Nacional de Desarrollo, enmarcadas en la garantía de los derechos de las personas adultas mayores...(41)”

Este artículo define la responsabilidad del Estado no solo como un proveedor de servicios, sino como un planificador estratégico que debe articular políticas públicas enfocadas en un envejecimiento digno y saludable. Su mandato principal es garantizar un sistema de salud que no solo sea reactivo, sino preventivo, con especial énfasis en la geriatría y en el tratamiento prioritario de enfermedades complejas.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Diseño del estudio

Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo, transversal y relacional. Este diseño permitirá caracterizar el estado nutricional y hábitos alimentarios de la población en un momento determinado.

3.2. Población de estudio.

La población está conformada por 500 adultos mayores que residen de manera permanente en el centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo durante el periodo de estudio.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Adultos mayores de 65 años
- Residentes permanentes del centro gerontológico
- Capacidad de comunicación y comprensión de preguntas

Criterios de Exclusión.

- Adultos mayores con condiciones médicas agudas que impidan su participación
- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo.

3.4. Selección de la muestra.

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión. Se informará a los participantes sobre el propósito del estudio para garantizar la confiabilidad y el anonimato de los datos.

3.5. Operacionalización de las variables.

Tabla 9

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Medición	Definición	Resultado
Estado nutricional	Condición de salud de un individuo determinada por la relación entre la ingesta de nutrientes y los requerimientos metabólicos del organismo (1)	Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)	Instrumento de cribado validado, empleado en adultos mayores, que consta de 6 preguntas sobre ingesta de alimentos, pérdida de peso, movilidad, estrés psicológico o enfermedad aguda, problemas neuropsicológicos e Índice de Masa Corporal (7)	<ul style="list-style-type: none"> ● \geq 12 puntos: Estado nutricional normal. ● 8-11 puntos: Riesgo de desnutrición ● 0-7 puntos: Desnutrición.
Medidas antropométricas	Conjunto de técnicas sistemáticas que cuantifican las dimensiones del cuerpo humano (8)	Índice de Masa Corporal (IMC)	El IMC se basa en la altura y el peso para medir a los individuos (9)	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajo peso: <22 kg/m² ● Normopeso: 22–27kg/m² ● Sobrepeso: 27–30 kg/m² ● Obesidad: 30 kg/m²
Hábitos alimentarios	Patrones de consumo de alimentos y bebidas que un individuo o grupo social mantiene a lo largo del tiempo (10)	Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FFQ) Índice de alimentación saludable.	Adaptado a la cultura alimentaria ecuatoriana y diseñado para población adulta mayor (10)	<p>Bajo: 50 menos</p> <p>Moderado: 51 a 80</p> <p>Alta: Más de 80</p>

Fuente:

3.6.Recolección de Datos

Se realizarán entrevistas con los adultos mayores que cumplan los criterios de inclusión. Cada entrevista y medición tomará aproximadamente 20-30 minutos por participante.

3.7.Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos recolectados serán organizados en una tabla de Excel y luego exportados a un software estadístico como SPSS.

- **Análisis Descriptivo:** Se calcularán frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (ej. categorías de estado nutricional, frecuencia de consumo de alimentos). Para variables cuantitativas (ej. IMC, puntuación MNA-SF), se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico).
- **Análisis Relacional:** Para evaluar la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios, se utilizarán pruebas estadísticas apropiadas.
 - Para variables categóricas (MNA-SF vs. frecuencia de consumo de un grupo de alimentos), se empleará la prueba de Chi-cuadrado (**chi²**).

Para variables cuantitativas (IMC comparada con la ingesta de calorías o macronutrientes estimados del FFQ), se calcularán coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según la distribución de los datos.

CAPITULO IV

Resultados

Tabla 10 Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos				
	N	Media	Desv. estándar	Varianza
Talla	81	1,54	,060	,004
Peso	81	66,51	9,64	92,98
IMC	81	27,96	3,82	14,59
Edad	81	74,17	7,33	53,79
SARC-F	81	1,26	1,37	1,89
MNA	81	11,06	2,26	5,134
IAS	79	72,33	11,45	131,25

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

El análisis de las tendencias centrales y de dispersión proporciona una visión integral del perfil clínico del grupo evaluado (N=81). Con una media de 74,17 años, la población se encuentra en una etapa de vejez avanzada donde el control nutricional es crítico. El índice de masa corporal (IMC) promedio es de 27,96 confirma una tendencia generalizada hacia el sobrepeso, respaldada por un peso medio de 66,51kg frente a una talla media de 1,54 m.

En cuanto a las herramientas de cribado, el SARC-F presenta una media baja (1,26), lo que sugiere que, a nivel grupal, la sintomatología de pérdida de fuerza no es severa; sin embargo, la media del MNA (11,06 puntos) se sitúa justo en el umbral que separa el estado normal del riesgo de malnutrición. Finalmente, la alta varianza en el índice de alimentación saludable (131,25), refleja una enorme heterogeneidad en los hábitos alimenticios de los participantes.

Tabla 11 *Sexo*

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	74	91,4%
Masculino	7	8,6%
Total	81	100,0%

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

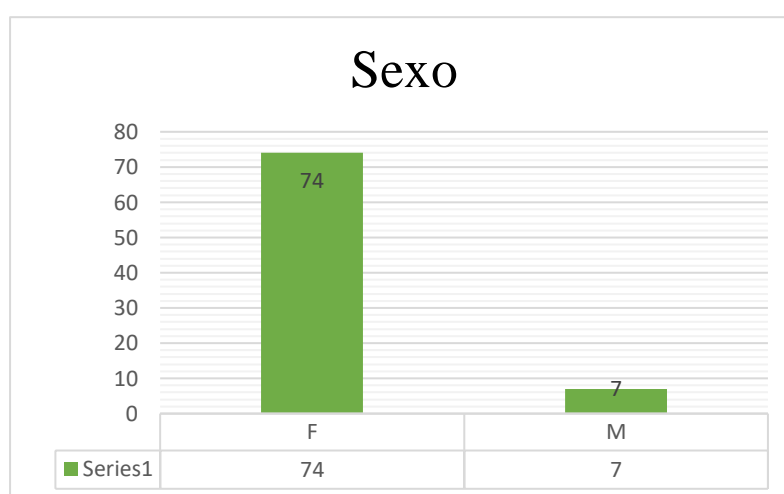


Figura 1 Distribución de sexo entre adultos mayores

La muestra de estudio presenta una composición demográfica con una marcada prevalencia del sexo femenino, representando el 91,4% del total frente a un reducido

8,6% de participación masculina. Esta disparidad estadística, donde por cada hombre hay aproximadamente diez mujeres, sugiere una feminización del envejecimiento en el contexto evaluado o una mayor propensión de las mujeres a participar en programas de control nutricional y salud.

Desde el punto de vista clínico, este predominio femenino es un factor determinante para el análisis de los resultados posteriores, ya que las patologías metabólicas, la distribución de la masa grasa y el riesgo de fragilidad presentan comportamientos biológicos diferenciados según el sexo, lo que obliga a interpretar los hallazgos nutricionales bajo una perspectiva de género predominante.

Tabla 12 *Distribución por edad*

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
65-75 años	49	60%
76-85 años	26	32%
86 años en adelante	6	7%
Total	81	100%

Elaborado por: Milena Anahí Matamoros Lojan

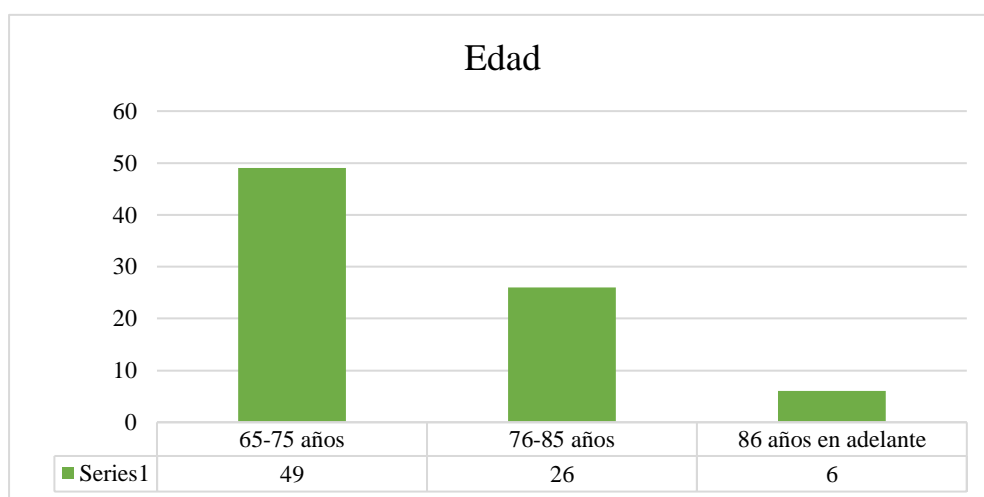


Figura 2 *Distribución por edad*

Se observa una distribución de adultos mayores con edades entre 65 a 75 años que corresponden a un 60% de la población, un 32% corresponde a edades entre 76 a 85 años, y solo un 7% corresponde a adultos mayores con más de 85 años. Esto indica que hay mayor población concentrada en el inicio del envejecimiento, con mayor posibilidad de detección de enfermedades del tipo nutricional.

Tabla 13 *Distribución de IMC*

Índice de Masa Corporal		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	31	38,3%
Obesidad	9	11,1%
Peso Bajo	3	3,7%
Sobrepeso	38	46,9%
Total	81	100,0%

Elaborado por: Milena Anahi Matamoras Lojan

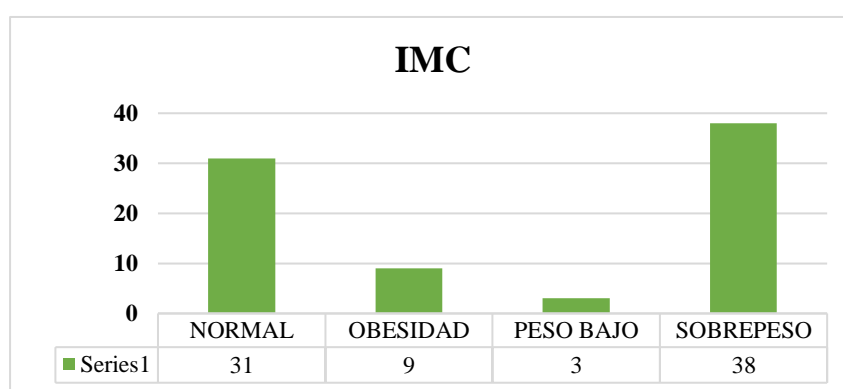


Figura 3 *Distribución de IMC*

El perfil nutricional de la muestra revela una tendencia crítica hacia la malnutrición con un porcentaje de más del 50%, con un predominio del sobrepeso (46,9%) y la obesidad (11,1%), que en conjunto afectan a más de la mitad de los evaluados (58%). Esta acumulación de adiposidad es un indicador de riesgo metabólico significativo para el adulto mayor, mientras que el porcentaje de peso bajo (3,7%), aunque minoritario, señala un foco de vulnerabilidad relacionado con la desnutrición proteico-energética.

El hecho de que solo el 38,3% de la población se encuentre en un rango de peso normal subraya la necesidad de intervenciones dietéticas preventivas, considerando que el exceso de peso en esta etapa de la vía suele estar asociado a un aumento de enfermedades no transmisibles y a una pérdida progresiva de la capacidad funcional.

Tabla 14 *Presencia de sarcopenia*

Sarcopenia		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	74	91,4%
Sarcopenia	7	8,6%
Total	81	100,0%

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

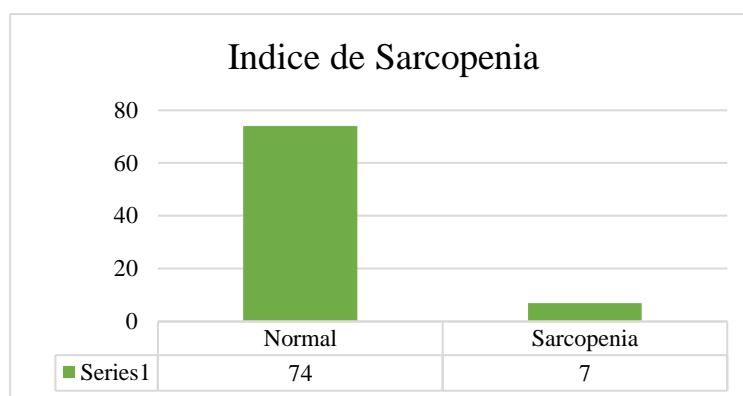


Figura 4 *Presencia de Sarcopenia*

El análisis de la composición muscular revela que la gran mayoría de la población estudiada (91,4%) mantiene una condición muscular normal; sin embargo, se identifica la presencia de sarcopenia en el 8,6% de los participantes.

Aunque estadísticamente este porcentaje parezca bajo, desde la perspectiva gráfica representa un hallazgo de alta relevancia clínica, ya que la sarcopenia implica una pérdida progresiva y generalizada de la masa y la fuerza del músculo esquelético. Esta condición es un predictor directo de la fragilidad, aumento en el riesgo de caídas, discapacidad física y deterioro de la calidad de vida.

Tabla 15 Resultados MNA

Resultados MNA		
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	38	46,9%
Riesgo De Malnutrición	43	53,1%
Total	81	100,0%

Elaborado

por: Milena Anahi Matamoros Lojan

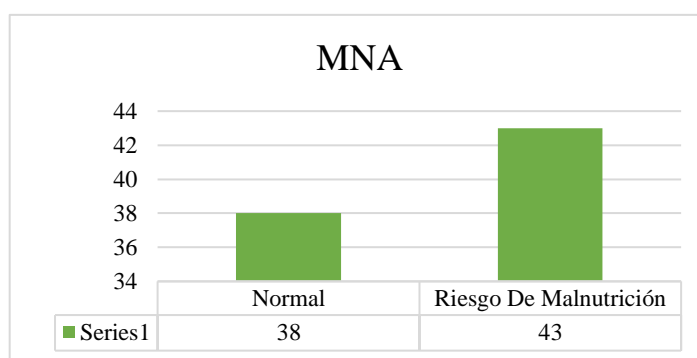


Figura 5 Resultados MNA

La evaluación mediante Mini Nutritional Assessment (MNA) revela un escenario clínico de especial cuidado, donde más de la mitad de la muestra (53,1%) se encuentra en riesgo de malnutrición, superando al 46,9% que presenta un estado nutricional normal.

Este hallazgo es determinante, ya que el riesgo de malnutrición en el adulto mayor es un indicador temprano de vulnerabilidad biológica que precede a la desnutrición clínica severa.

La alta prevalencia de este riesgo sugiere que, a pesar de los niveles de sobrepeso observados en otros indicadores, existe una deficiencia latente en la calidad de la ingesta o una interferencia por factores fisiológicos y socioeconómicos que comprometen la estabilidad nutricional del individuo.

Tabla 16 *Índice de alimentación saludable*

Índice de alimentación saludable		
	Frecuencia	Porcentaje
Necesita Cambios	6	7,4%
Poco Saludable	49	60,5%
Saludable	26	32,1%
Total	81	100,0%

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

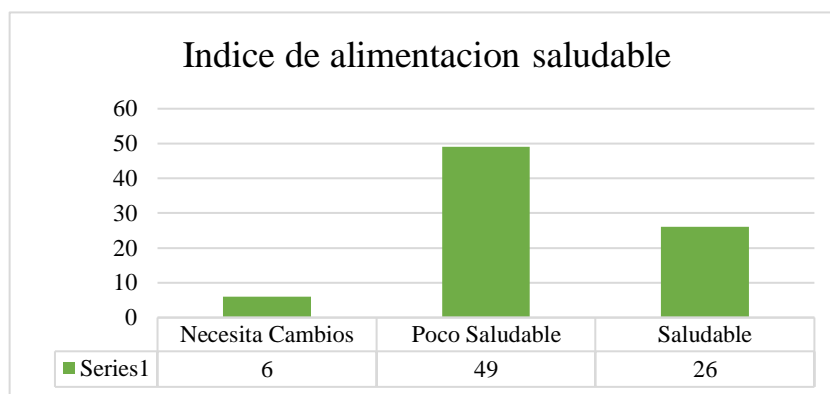


Figura 6 *Índice de alimentación saludable*

El análisis del Índice de Alimentación Saludable revela una realidad preocupante respecto a los hábitos alimentarios del grupo, donde el 60,5% de los participantes mantiene una dieta calificada como “Poco saludable”. Su a esto se suma el 7,4% que se encuentra en la categoría de “Necesita cambios”, se concluye que casi el 68% de la muestra no cumple con los estándares nutricionales óptimos para un envejecimiento exitoso.

Solo el 32,1% de los adultos mayores evaluados consume una dieta equilibrada que se ajusta a las recomendaciones dietéticas. Estos resultados sugieren que la malnutrición observada en el grupo no se debe necesariamente a la falta de alimentos, sino a una selección inadecuada de los mismos, con una probable alta ingesta de alimentos procesados o carbohidratos simples y una baja presencia de frutas, verduras y proteínas de alta calidad.

Tabla 17 *Distribución entre el sexo y sarcopenia*

Tabla cruzada. Sexo y Sarcopenia				
		Sarcopenia		Total
		Normal	Sarcopenia	
Sexo	F	67	7	74
	M	7	0	7
Total		74	7	81

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

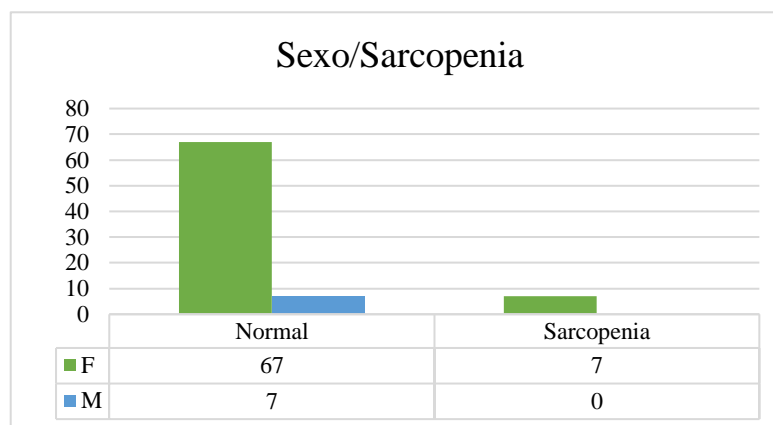


Figura 7 *Distribución entre Sexo y Sarcopenia*

Al cruzar las variables de sexo y presencia de sarcopenia, se observa un fenómeno de exclusividad clínica en la muestra: 100% de los clasificados con sarcopenia corresponden al sexo femenino. Mientras que en los hombres la totalidad de los sujetos evaluados presenta una condición muscular normal, en las mujeres la prevalencia de esta patología alcanza un 9,5% de su subgrupo.

Este hallazgo sugiere que esta población específica, el género femenino, presenta mayor susceptibilidad al deterioro de la masa y la función muscular, posiblemente influenciado por factores hormonales postmenopáusicos, una mayor reserva muscular basal o una mayor longevidad.

Tabla 18 Distribución entre IMC y Sarcopenia

Tabla cruzada. IMC y sarcopenia				
		Sarcopenia		Total
		Normal	Sarcopenia	
IMC	Normal	30	1	31
	Obesidad	8	1	9
	Peso Bajo	1	2	3
	Sobrepeso	35	3	38
Total	74	7	81	

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

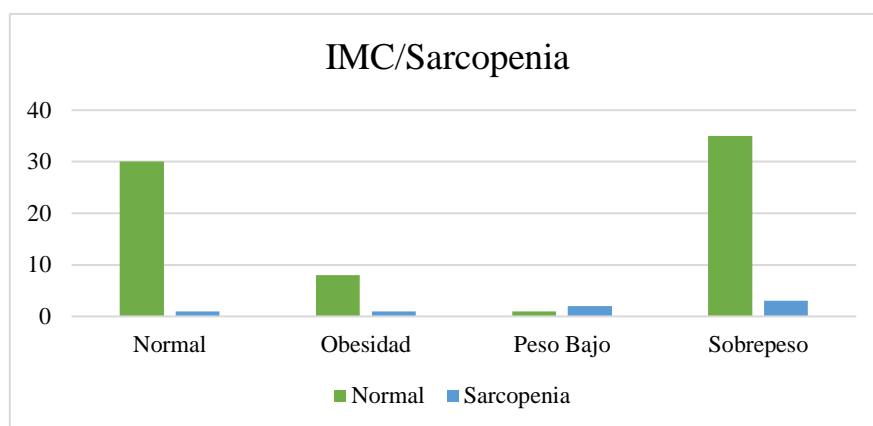


Figura 8 Distribución del IMC/Sarcopenia

El análisis cruzado revela una distribución heterogénea de la sarcopenia a través de los diferentes niveles de composición corporal, rompiendo el paradigma de que la pérdida muscular es exclusiva del bajo peso. Si bien el grupo de peso bajo presenta la mayor proporción relativa (2 a 3 personas presentan la patología), es clínicamente significativo que el 57% de los casos de sarcopenia (4 a 7) ocurren en adultos mayores con sobrepeso u obesidad.

Este fenómeno evidencia la presencia de obesidad sarcopénica, una condición de alto riesgo donde el exceso de tejido adiposo enmascara la deficiencia de masa muscular, lo que acelera el deterioro funcional y aumenta la carga metabólica. Por tanto, los resultados sugieren que un IMC elevado no actúa como factor protector frente a la degradación muscular en esta población, sino que puede coexistir con ella, agravando el pronóstico de movilidad del paciente.

Tabla 19 *Correlación entre índice de alimentación saludable y Mini Nutritional Assessment*

Correlaciones		IAS	MNA
IAS	Correlación de Pearson	1	0,124
	Sig. (bilateral)		0,275
	N	79	79
MNA	Correlación de Pearson	0,124	1
	Sig. (bilateral)	0,275	
	N	79	81

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

El análisis estadístico de correlación de Pearson arroja un coeficiente de $r=0,124$, lo que indica una relación lineal positiva, pero muy débil entre el índice de alimentación saludable y el Mini Nutritional Assessment.

Al observar el valor de significancia bilateral ($p=0,275$), el cual es considerablemente superior al umbral estándar de $0,05$, se concluye que no existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables en esta muestra.

Desde el punto de vista clínico, este resultado sugiere que el estado nutricional de los adultos mayores evaluados no depende exclusivamente de la calidad teórica de su dieta actual; otros factores intervinientes como la presencia de patologías crónicas, el uso de múltiples medicamentos, la capacidad de absorción intestinal o el nivel de actividad física podrían estar ejerciendo una influencia más determinante sobre el estado nutricional global que la simple selección de alimentos.

Tabla 20 *Distribución MNA/ IAS*

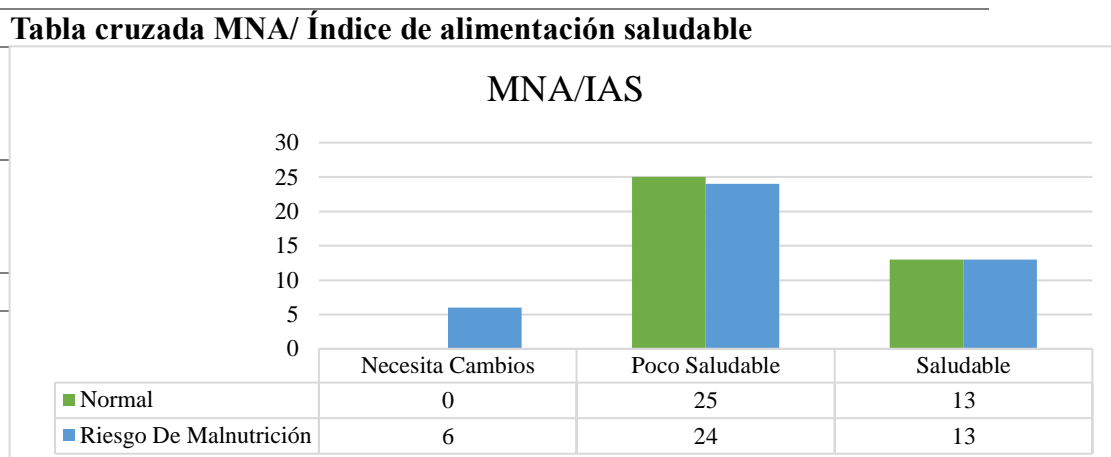


Figura 9 *Distribución MNA/IAS*

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

La distribución cruzada entre el MNA y el Índice de Alimentación Saludable, revela una paradoja nutricional significativa: la calidad de la dieta no garantiza por si sola un estado nutricional óptimo en la vejez.

Se observa que, incluso en el grupo con un MNA Normal, la mayoría (25 a 38 personas) mantiene una alimentación calificada como “Poco Saludable”, lo que sugiere que su estabilidad actual podría ser temporal o depender de una reserva biológica que se verá afectada a largo plazo. Por otro lado, en el grupo de riesgo de malnutrición, la totalidad de los individuos que “necesitan cambios” se concentran en esta categoría de vulnerabilidad.

Un hallazgo llamativo es que el número de personas con una dieta “saludable”, es idéntico (13 personas) tanto en quienes tienen un estado normal como en quienes están en riesgo, lo que refuerza la idea de que la malnutrición en el adulto mayor es multicausal y puede estar ligada a factores metabólicos o fisiológicos que impiden que una buena alimentación se traduzca siempre en un estado nutricional adecuado.

Tabla 21 *Prueba de Chi Cuadrado*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,734 ^a	2	,057
Razón de verosimilitud	8,029	2	,018
N de casos válidos	81		

Elaborado por: Milena Anahi Matamoros Lojan

Los resultados de la Prueba de Chi-cuadrado arrojan un valor de 5,734 con una significación asintótica de 0,57, lo cual sitúa la relación entre el estado nutricional (MNA) y el índice de alimentación (IAS), en un umbral limítrofe de la significancia estadística convencional ($p < 0.05$).

Aunque técnicamente el valor supera ligeramente el margen de error del 5%. La razón de verosimilitud de 0,18 sugiere con mayor fuerza que si existe una asociación real entre la calidad de la dieta y el riesgo de malnutrición, la cual podría confirmarse plenamente con un tamaño de muestra ligeramente superior.

Discusión

El análisis del estado nutricional y la composición corporal en el adulto mayor, constituye un pilar fundamental de la geriatría moderna, dada la estrecha relación entre la reserva metabólica y la preservación de la funcionalidad. En el presente estudio, los hallazgos obtenidos a través de herramientas de cribado validadas internacionalmente, como el Mini Nutritional Assessment y el SARC-F, revelan una compleja interacción entre el riesgo de malnutrición y la prevalencia de enfermedades por exceso, como el sobrepeso y la obesidad.

Esta interacción complicada, muestra que las personas mayores están en un punto biológico clave. El peso por sí solo no dice mucho sobre su salud. Tener sobrepeso u obesidad no significa que tengan buenas reservas para su metabolismo(20).

Al contrario, esto a menudo esconde falta de vitaminas y minerales. También muestra que sus tejidos se están dañando. Esta situación se llama la "paradoja de la obesidad en la vejez". Hace que sea difícil para los médicos saber el estado de salud. El exceso de grasa puede ocultar la falta de proteína. Esto debilita cómo el cuerpo responde a emergencias o cirugías(25).

La herramienta Mini Nutritional Assessment (MNA) es muy útil aquí. Va más allá de solo medir el Índice de Masa Corporal (IMC). La MNA mira cuánta comida come la persona. También mira qué tan bien se mueven y cómo está su mente. Esto ayuda a encontrar la falta de nutrición antes de que sea un problema grande(27).

Los resultados del cuestionario SARC-F también muestran el peligro de la sarcopenia. Esta es la pérdida de músculo y fuerza. El SARC-F mide esto y muestra que la pérdida de independencia está ligada a esto. Es preocupante ver que la obesidad y la sarcopenia a menudo ocurren juntas. Esto se llama obesidad sarcopénica. En este caso, la grasa entra en los músculos. Esto hace que el metabolismo sea menos eficiente(30).

También aumenta el riesgo de caídas. Así, las personas mayores pueden ser metabólicamente débiles, aunque parezcan tener mucho peso. Esta conexión entre cómo comemos y cómo funcionamos apoya la idea de que la energía guardada es la forma en que nuestro cuerpo se prepara para envejecer. Las pruebas muestran que las personas con mejores resultados en el MNA resisten mejor las enfermedades duraderas.

Por otro lado, los que corren riesgo de comer mal ven su función empeorar más rápido. Esto sugiere que lo que comemos no solo ayuda, sino que puede prevenir problemas. Puede retrasar la invalidez y hacer que los últimos años de vida sean mejores(40).

La cantidad de enfermedades por comer demasiado que vimos en este estudio nos obliga a pensar de nuevo en las reglas de comida para personas mayores. Debemos dar más importancia a las proteínas y a controlar la inflamación que viene con la grasa. No es suficiente con tener comida; debemos asegurarnos de que ayuda a mantener los músculos fuertes. Esto es lo más importante para poder moverse y ser independiente(26).

De acuerdo al estudio de Velasco et al 2023, en su estudio titulado “Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios, Ibarra 2023”. El estudio es del tipo descriptivo transversal, donde se examinó a 60 adultos mayores de más de 60 años. Se emplearon datos sociodemográficos, hábitos alimenticios, Mini Nutritional Assessment y la encuesta de calidad de alimentación del adulto mayor.

Se encontró que, del total de las personas estudiadas, 53,33% son hombres y un 46,67% son mujeres, con una edad promedio de $69,83 \pm 10,69$ años. Al menos el 5% de los sujetos tienen malnutrición y el 58,3% está en riesgo de malnutrición. Con respecto al IMC, el 20% tenía delgadez, el 36,67% sobrepeso y obesidad. El 96,67% presentó calidad en la atención. No se encontró asociación entre el riesgo nutricional y los hábitos alimenticios (42).

En relación con el estudio de Velasco, existe una convergencia significativa en la prevalencia del riesgo nutricional, donde ambos trabajos reportan cifras superiores al 50% mediante la herramienta MNA (53,1% en el estudio actual). No obstante, se observa una divergencia marcada en el estado ponderal, mientras que en Ibarra el 20% de los adultos mayores presentan delgadez, en esta investigación dicho porcentaje es drásticamente menor (3,7%), predominando la malnutrición por exceso.

Ambos estudios no presentan asociación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional ($p > 0,05$), lo que refuerza la teoría de que el estado nutricional en la senescencia está mediado por factores metabólicos y fisiológicos.

Dominguez et al. 2024, en la investigación “Valoración del estado nutricional en personas institucionalizadas en Asunción, Paraguay”, cuyo objetivo fue valorar el estado nutricional en personas mayores institucionalizadas en una residencia geriátrica en Paraguay.

La metodología fue observacional, descriptiva, de corte transversal realizada en hombres y mujeres mayores de 60 años. Se empleó el Full MNA. Se encontró que, de las 77 personas, el 54,6% del sexo femenino. Se identificó dentro del nivel desnutrido al 16,9% de la muestra, mientras que el 27,3% se encuentra en el nivel “riesgo de desnutrición” y el 36,3% presentó un estado normal de nutrición. Se halló que el 19,5% se encontraba con sobrepeso y obesidad (43).

En contraste con este estudio, Domínguez destaca que las mujeres presentan mayor proporción de desnutrición, hallazgo similar observado en esta investigación, donde el 100% de los casos de sarcopenia corresponden al sexo femenino. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición establecida en el estudio, supera a la registrada en este grupo. El estudio paraguayo tiene una edad media de 77 años, mientras que esta tiene una edad media de 74 años.

Por otra parte, el estudio de Andrade et al. 2023, en su investigación “Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE-Totoracocha”. La metodología empleada tuvo un enfoque cuantitativo, con muestreo no probabilístico de conveniencia conformado por 100 personas adultas mayores.

La población se caracterizó por tener ser un 74% femenina, y un 26% de masculina, con un 39% de ellos en edades entre 65 a 67 años. La prevalencia encontrada fue del 44% de estado nutricional normal, sin embargo, los diagnósticos nutricionales por exceso son del 51%, un 63% tiene malnutrición (44) .

En el estudio de Andrade, se observa alta coincidencia en cuanto al perfil demográfico y ponderal con la presente investigación. La muestra es mayoritariamente femenina con alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. A pesar de las similitudes físicas, los resultados estadísticos difieren en cuanto a la correlación de variables, Andrade sostiene que el estado nutricional está directamente relacionado con los hábitos alimentarios, mientras que en este estudio arrojó una correlación débil y no significativa ($r=0,124$; $p=0,275$). Esta discrepancia sugiere que, en la población evaluada, la calidad de la dieta no es el único predictor del estado nutricional global.

Salous et al 2020, realizan un estudio titulado “Evaluación del riesgo y estado ponderal en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guayaquil-Ecuador”, cuyo objetivo es evaluar el estado ponderal y riesgo nutricional de adultos mayores que se encontraban en centros gerontológicos de Guayaquil. En su metodología, se realiza un análisis nutricional a 479 personas con la herramienta Nutrition Screening Initiative Checklist, mientras que el análisis de estado ponderal incluyó a 465 personas a través de la medición del índice de masa corporal (IMC).

Se encontró que el 77% de los hombres y 81% de mujeres se encontraban en riesgo nutricional grave. Un 46% de las mujeres presentaban normopeso y un 26% delgadez (44). Este estudio, comparado con la actual investigación, coincide en la estabilidad del estado ponderal normal, en la mayoría de adultos mayores examinados, situándose entre el 45% y el 61% en el estudio de 2020, frente al 38,3% del presente análisis.

Finalmente, Almachi, 2021, en su artículo “Evaluación del estado nutricional del adulto mayor perteneciente al centro de salud Morete, Puyo”, tuvo como objetivo evaluar la nutrición de las personas adultas mayores que acuden al centro de salud

Morete-Puyo. Este estudio es del tipo no experimental, con diagnóstico transversal. Se emplearon historias clínicas y el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA).

Se obtuvo que el 70% de los adultos mayores tenían malnutrición, con IMC entre 19 a 21, tienen pérdida de apetito el 87%, el 57% ha perdido peso entre 1 a 3 kg(45). Almachi reporta un 70% de malnutrición y un 100% de problemas neuropsicológicos. Mientras que en Puyo predomina la delgadez (73% con IMC entre 19 y 21), en este estudio el problema central es el sobrepeso (46,9%).

Dado que la muestra no es probabilística, no se puede extrapolar los resultados a la población de adultos mayores, ni tampoco a los usuarios del centro gerontológico. Esto se apoya en la correlación de Pearson, que no es significativa ($p=0,275$). No obstante, la prueba de Chi cuadrado arroja un valor limítrofe ($p=0,057$) y la razón de verosimilitud de 0,018 sugiere con mayor fuerza una asociación.

CONCLUSIONES.

Conclusiones

- La población evaluada está conformada mayormente por mujeres, con una edad promedio de 74,17 años. Predomina la malnutrición en exceso, con un 58% de la muestra, presentando sobrepeso y obesidad. A pesar del exceso de peso, el 53,1% se encuentra en riesgo de malnutrición según el MNA, lo que evidencia que el IMC alto, no garantiza un estado nutricional óptimo en el adulto mayor.
- Este descubrimiento permite saber, si el sobrepeso en personas mayores no siempre significa que estén bien nutridas. Esto se debe a que pueden tener problemas de metabolismo, faltarles nutrientes y perder fuerza con el tiempo. Por eso, revisar completamente su nutrición es muy importante. Permite encontrar problemas que las medidas comunes de peso y tamaño no muestran. También, los resultados muestran que debemos pensar en envejecer como algo complicado y con muchas causas. Cambios en el cuerpo, en cómo funciona el metabolismo y en la vida social afectan mucho la nutrición.
- La edad avanzada de los participantes es un riesgo extra. Aumenta la posibilidad de que su cuerpo funcione peor, coman menos y su cuerpo no use

bien los nutrientes. Existe una prevalencia de sarcopenia del 8,6%, afectando exclusivamente al sexo femenino. Es notable la presencia de obesidad Sarcopenica, ya que el 57% de los casos de sarcopenia se registraron en pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que sugiere que el exceso de grasa corporal está enmascarando la pérdida de masa muscular.

- Esta conclusión resalta la necesidad de ir más allá del peso al evaluar el estado nutricional, pues la composición del cuerpo puede estar desajustada aunque haya kilos de más. La unión de mucha grasa con poca masa muscular es una señal de alerta importante, ya que aumenta la posibilidad de debilidad, de necesitar ayuda para las tareas diarias y de que moverse sea más difícil.
- El músculo que se va perdiendo en las mujeres podría deberse a aspectos naturales de la edad, como la pérdida gradual de tejido muscular, alteraciones hormonales y menos movimiento. Estas circunstancias contribuyen a una menor fuerza y capacidad para hacer cosas, lo que impacta directamente en la independencia y el bienestar de las personas mayores.
- Se denota la deficiencia severa en la calidad de la dieta de los adultos mayores del centro. El 67,9% de los participantes mantiene una alimentación calificada como “poco saludable”, o que “Necesita cambios”. Solo una tercera parte consume una dieta equilibrada.
- El comportamiento alimentario da a entender que la comida no es muy buena, tal vez porque no se comen muchas cosas que nos cuidan y hay poca variedad de nutrientes, lo que puede no ser bueno para estar sano. Comer mal en este momento de la vida puede hacer que aparezcan problemas de nutrición, se pierda músculo y se sea más propenso a enfermedades de larga duración.
- La baja proporción de personas que tiene una dieta balanceada señala que hay que mejorar cómo enseñamos sobre nutrición para que la comida del día a día sea mejor, animando a que coman de forma más correcta y que les sirva a largo plazo.

- Se determinó que no existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0,275$), entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional. Mientras que la correlación lineal entre las puntuaciones (Pearson) es débil, la asociación entre las categorías (MNA Riesgo vs. IAS Poco Saludable/Necesita Cambios) puede ser real. El argumento debe ser revisado para reflejar que, si bien la dieta no es el único predictor, es un factor asociado significativo, tal como lo sugiere la razón de verosimilitud.
- Existe una prevalencia de sarcopenia del 8,6%, afectando exclusivamente al sexo femenino. Es notable la presencia de obesidad sarcopénica, ya que el 57% de los casos de sarcopenia se registraron en pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que sugiere que el exceso de grasa corporal está enmascarando la pérdida de masa muscular.
- Se determinó que no existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0,275$), entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional. Mientras que la correlación lineal entre las puntuaciones (Pearson) es débil, la asociación entre las categorías (MNA Riesgo vs. IAS Poco Saludable/Necesita Cambios) puede ser real. El argumento debe ser revisado para reflejar que, si bien la dieta no es el único predictor, es un factor asociado significativo, tal como lo sugiere la razón de verosimilitud.

Recomendaciones

- Se recomienda al centro gerontológico Dr. Arsenio de la Torre Marcillo, institucionalizar el uso del Mini Nutritional Assessment y el SARC-F de manera trimestral.
- Usar estas herramientas con frecuencia ayudará a detectar a tiempo los cambios en la nutrición y el funcionamiento de las personas mayores. Esto facilitará actuar antes de que los problemas se vuelvan más serios. Usarlas siempre también ayudará a seguir mejor cómo cambia cada persona, notando si aumenta el riesgo de comer mal, perder fuerza o capacidad con el tiempo.

- Además, usarlas como parte de las revisiones regulares mejorará el cuidado nutricional en el centro. Esto dará datos valiosos para una atención más ordenada y adaptada a lo que realmente necesita la gente que se atiende.
- Es necesario diseñar intervenciones que no solo busquen la reducción del peso, sino la preservación muscular. Se recomienda integrar programas de ejercicio de resistencia adaptados, especialmente para las mujeres, quienes muestran mayor vulnerabilidad a la pérdida muscular.
- Estas intervenciones deben enfocarse sobre todo en mejorar la forma del cuerpo, pensando que en las personas mayores mantener los músculos es más clave que solo bajar de peso. Ponerse a hacer ejercicio adaptado y con ayuda puede servir para no perder fuerza, poderse mover bien y seguir haciendo cosas por uno mismo. Esto es aún más relevante para las mujeres, pues son más propensas a que sus músculos se debiliten con la edad, algo que puede influir mucho en que sigan siendo independientes y vivan mejor.
- Dado que casi un 68% tiene una dieta deficiente, es necesario realizar talleres prácticos de selección de alimentos. La intervención debe enfocarse en sustituir carbohidratos simples y alimentos procesados por proteínas de alta calidad y fibra, por lo que es imperativo priorizar la reeducación sobre la calidad de los macronutrientes, enfocándose en reducir la densidad calórica proveniente de azúcares y harinas refinadas.
- Estos talleres se deben imaginar como algo que se puede tocar y sentir, con consejos que se pueden poner en la comida de cada día de las personas mayores sin que sea un lío. Lo que se dice, además de ser importante, tiene que mostrar maneras de cambiar comidas, cuánta cantidad comer y cómo hacer que la comida de siempre sea mejor, de una forma que funcione.
- La idea principal es animar a escoger comidas que sean mejores y que se puedan seguir, apoyando cambios lentos que mejoren lo que se come sin poner barreras que sean muy duras de mantener.

- Se recomienda implementar como eje central la técnica de “orden de ingesta”. Se debe consumir primero la fibra, luego proteínas y grasas y al final carbohidratos. Esta acción reduce el impacto glucémico sin requerir cambios drásticos en el presupuesto o cultura alimentaria.
- Seguir este plan es una forma fácil y buena para que el cuerpo reaccione mejor después de comer, y también te ayuda a sentirte más lleno. Lo mejor es que puedes hacerlo sin cambiar mucho lo que comes normalmente.
- Por ser tan fácil, esto puede ser algo bueno para enseñar a la gente sobre nutrición, ayudando a los adultos mayores a hacer pequeños cambios que duren en su dieta.
- Extender la educación nutricional a los cuidadores y familiares, utilizando herramientas visuales para asegurar la reducción de carbohidratos simples.
- Incluir a quienes cuidan y a la familia en la enseñanza de nutrición es clave, pues a menudo son los que eligen y cocinan la comida. Su ayuda promueve seguir mejor los consejos y ayuda a mantener los cambios en la dieta fuera del lugar donde se da la enseñanza.
- Usar imágenes y materiales de aprendizaje sencillos ayuda a ver qué comidas hay que comer menos o cambiar, haciendo que las reglas de nutrición se entiendan y apliquen mejor en el día a día.

Bibliografía

1. OMS. Nutrición - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/nutricion>
2. INEC. Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: inec destaca datos claves en el día mundial de la población – Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. 2023 [citado 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>
3. Sanchez E. Full article: Nutritional care in older adults: are we doing everything? An expert opinion review [Internet]. 2024 [citado 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03007995.2024.2380007>
4. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 1 de enero de 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169 PubMed PMID: 30312372; PubMed Central PMCID: PMC6322506.
5. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr Edinb Scotl*. junio de 2015;34(3):335-40. doi:10.1016/j.clnu.2015.03.001 PubMed PMID: 25799486.
6. Valentini A, Federici M, Cianfarani MA, Tarantino U, Bertoli A. Frailty and nutritional status in older people: the Mini Nutritional Assessment as a screening tool for the identification of frail subjects. *Clin Interv Aging*. julio de 2018;Volume 13:1237-44. doi:10.2147/CIA.S164174
7. Donini L. Critical appraisal of definitions and diagnostic criteria for sarcopenic obesity based on a systematic review - PubMed [Internet]. 2020 [citado 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31813698/>
8. Byker Shanks C, Bruening M, Yaroch AL. BMI or not to BMI? debating the value of body mass index as a measure of health in adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 25 de febrero de 2025;22(1):23. doi:10.1186/s12966-025-01719-6
9. Miller T, Mejía-Guevara I. El envejecimiento de la población en Ecuador: [Internet]. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/05/el_envejecimiento_poblacion_ecuador.pdf
10. de Sire A, Ferrillo M, Lippi L, Agostini F, de Sire R, Ferrara PE, et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 25 de febrero de 2022;14(5):982. doi:10.3390/nu14050982 PubMed PMID: 35267957; PubMed Central PMCID: PMC8912303.

11. Iglesias L, Bermejo JC, Vivas Á, León R, Villacieros M, Iglesias L, et al. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos*. 2020;31(2):76-80.
12. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*. 12 de agosto de 2021;13(8):2764. doi:10.3390/nu13082764 PubMed PMID: 34444924; PubMed Central PMCID: PMC8399049.
13. Calleja Fernández A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Eficacia y efectividad de las distintas herramientas de cribado nutricional en un hospital de tercer nivel. *Nutr Hosp*. mayo de 2015;31(5):2240-6. doi:10.3305/nh.2015.31.5.8606
14. Nava Baltazar B, Flores Luna MDLG, Palacios Martínez M, Salazar Jiménez MDC, González JM. Estado nutricional de personas adultas mayores usuarias de centros gerontológicos en la Ciudad de México: Nutritional status of elderly users of gerontological centers in México City. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades*. 22 de julio de 2024;5(4). doi:10.56712/latam.v5i4.2417
15. Calderon et al (2016). Factores socioeconómicos asociados con la Desnutrición del adulto mayor que acude a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito. *Revista Cambios*. Vol XV. Numero 1. <https://revistahcam.iess.gob.ec/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frevistahcam.iess.gob.ec%2Findex.php%2Fcambios%2Farticle%2Fdownload%2F194%2F65%2F>.
16. Salous AE, Ordoñez-Araque R, Velásquez AI, Moreno LZ, Araujo CM, Gamboa RA. Evaluación del riesgo y estado ponderal en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guayaquil- Ecuador [Internet]. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/NUTRICION_COMUNITARIA_3-2020_art_7.pdf
17. Rodríguez E. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano [Internet]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2003_i.pdf
18. Cifuentes Ruiz P, Herradón Pliego EM. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA TERCERA [Internet]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10115/25357>
19. Salusplay. TEMA 4. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO [Internet]. [citado 9 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/geriatría/tema-4-teorias-del-envejecimiento>
20. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2025 [citado 5 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
21. Manual_Encuestador_SABE-I.pdf [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Esta_sociales/adulto_mayor/Manual_Encuestador_SABE-I.pdf

22. Camila AS, Daniela PC, Nathalia SP. Nutritional status and eating habits of senior adults between 65 to 75 years of age care at the primary level of the UNE – Totoracocha health center. Cuenca 2022. Vol. 5. 2023;5.
23. SENPE. VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO. Edición: Galénitas-Nigra Trea ISBN: 978-84-95364-55-5. https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/valoracion_nutricional_anciano.pdf [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/valoracion_nutricional_anciano.pdf
24. Rubio-Ruiz ME, Guarner-Lans V, Pérez-Torres I, Soto ME. Mechanisms Underlying Metabolic Syndrome-Related Sarcopenia and Possible Therapeutic Measures. *Int J Mol Sci.* 2 de febrero de 2019;20(3):647. doi:10.3390/ijms20030647 PubMed PMID: 30717377; PubMed Central PMCID: PMC6387003.
25. Moscoso LA. Valoracion Nutricional del adulto mayor [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/valoracion-nutricional-persona-adulta-mayor.pdf>
26. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9 [Internet]. [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://mailing.ordesa.com/ordesa-academy-healthy-aging/materiales/criterios-glim-desnutricion.pdf>
27. Fresenius Kabi [Internet]. 2022 [citado 7 de marzo de 2026]. Consumo adecuado de proteínas en la tercera edad. Disponible en: <https://www.nutricionemocional.es/pacientes-y-cuidadores/consumo-adecuado-de-proteinas-en-la-tercera-edad>
28. National council on aging. What Are the Best Sources of Protein? Here's What to Know [Internet]. 2025 [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncoa.org/article/what-are-the-best-sources-of-protein-heres-what-to-know/>
29. Wagner C. Ingesta total de grasas para la prevención del aumento de peso no saludable en adultos y niños: Directrices de la OMS. En: Total Fat Intake for the Prevention of Unhealthy Weight Gain in Adults and Children: WHO Guideline [Internet] [Internet]. World Health Organization; 2023 [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594749/>
30. OMS. Alimentación saludable [Internet]. [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

31. MayoClinic D personal de M. Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Vitamina A. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/drugs-supplements-vitamin-a/art-20365945>
32. Mayo Clinic D personal de M. Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Vitamina C. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/drugs-supplements-vitamin-c/art-20363932>
33. National Institutes of Health.(2022). Datos sobre la vitamina D. <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/VitaminD-DatosEnEspanol.pdf> [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/VitaminD-DatosEnEspanol.pdf>
34. National Institutes of Health. Office of Dietary Supplements - Vitamina E [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminE-DatosEnEspanol/>
35. Merrell BJ, McMurry JP. Folic Acid. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554487/> PubMed PMID: 32119374.
36. Carral San Laureano F, Oliveira Fuster G, Aguilar Diosdado M. Homeostasis del calcio, fósforo y magnesio. Med Integral. 1 de octubre de 2000;36(7):261-6.
37. National Institutes of Health (2022). Datos sobre el hierro. <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Iron-DatosEnEspanol.pdf> [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Iron-DatosEnEspanol.pdf>
38. Olsson PR, colaborador E. 5 cosas que debe saber sobre el zinc y sus Beneficios | Salud de la bandera [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.bannerhealth.com/es/healthcareblog/teach-me/5-zinc-benefits-and-why-you-need-it-in-your-diet>
39. Ministerio de Salud Pública. Modelo de sistema nacional de salud. ministerio de salud 2013. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/manual_mais_2013.pdf
40. Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
41. Constitución de la Republica del Ecuador (2019). Ley Organica de las personas adultas mayores. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf [Internet]. [citado 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf

42. Espinosa JSV, Calderón CAV. Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios, Ibarra 2023. Horiz Enferm. 18 de diciembre de 2023;(13):91-104. doi:10.32645/13906984.1232
43. Camila AS, Daniela PC, Nathalia SP. Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores entre 65 a 75 años de edad atendidos en el nivel primario del centro de salud UNE – Totoracocha. Cuenca 2022 Recibido: 23 / 04 / 2023 Aceptado para publicación: Vol. 5. 2023;5.
44. Salous AE, Ordoñez-Araque R, Velásquez AI, Moreno LZ, Araujo CM, Gamboa RA. Evaluación del riesgo y estado ponderal en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guayaquil- Ecuador [Internet]. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/NUTRICION_COMUNITARIA_3-2020_art_7.pdf
45. Almachi,E (2021). Evaluación del estado nutricional del adulto mayor perteneciente al centro de salud Morete Puyo. Universidad Regional Autónoma de los Andes. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/14067/1/UA-ENF-EAC-006-2021.pdf> [Internet]. [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/14067/1/UA-ENF-EAC-006-2021.pdf>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Matamoros Lojan Milena Anahi**, con C.C: # 0706156676 autor/a del trabajo de titulación: **Evaluación del estado nutricional relacionado con sus hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo**, previo a la obtención del título de **Licenciada 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, 4 de mayo de 2026

f. _____

Nombre: **Matamoros Lojan Milena Anahi**

C.C: **0706156676**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Evaluación del estado nutricional relacionado con sus hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo.		
AUTOR(ES)	Milena Anahi Matamoros Lojan		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Alexandra Josefina Bajaan Guerra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Nutrición y Dietética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Nutrición		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de mayo de 2026	No. DE PÁGINAS:	59
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, nutrición, bienestar		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto mayor, nutrición, institucionalización, hábitos alimenticios, salud, índice de masa corporal.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El envejecimiento poblacional, se ha convertido en un fenómeno global, que presenta desafíos en la salud del adulto mayor. Objetivo general: Evaluar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios en adultos mayores del Centro Gerontológico Municipal Dr. Arsenio de la Torre Marcillo en Guayaquil, durante el año 2025. Metodología: Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo, transversal y relacional. Resultados: El análisis de las tendencias centrales y de dispersión proporciona una visión integral del perfil clínico del grupo evaluado (N=81). Con una media de 74,17 años, la población se encuentra en una etapa de vejez avanzada donde el control nutricional es crítico. El índice de masa corporal (IMC) promedio es de 27,96 confirma una tendencia generalizada hacia el sobrepeso, respaldada por un peso medio de 66,51kg frente a una talla media de 1,54m. En cuanto a las herramientas de cribado, el SARC-F presenta una media baja (1,26), lo que sugiere que, a nivel grupal, la sintomatología de pérdida de fuerza no es severa; sin embargo, la media del MNA (11,06 puntos) se sitúa justo en el umbral que separa el estado normal del riesgo de malnutrición. Finalmente, la alta varianza en el índice de alimentación saludable (131,25), refleja una enorme heterogeneidad en los hábitos alimenticios de los participantes. Conclusiones: Se denota la deficiencia severa en la calidad de la dieta de los adultos mayores del centro. El 67,9% de los participantes mantiene una alimentación calificada como “poco saludable”, o que “Necesita cambios”. Solo una tercera parte consume una dieta equilibrada.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- (registrar teléfonos)	E-mail: milena.matamoros@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ing. Carlos Luis Poveda Loor		
	Teléfono: +593-4-(registrar teléfonos)		
	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):			