



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADOS**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN NUTRICION Y DIETETICA CON MENCIÓN EN NUTRICION
COMUNITARIA**

TEMA:

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, ESTADO NUTRICIONAL Y
FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS, EN LA
PARROQUIA SINSAO DEL CANTÓN ZARUMA**

Autor:

RENE ADOLFO SALINAS PAUCAR.

Director:

KEYLA GUERRERO RUIZ

Milagro, 2024

DERECHOS DE AUTOR

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Rene Adolfo Salinas Paucar** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de Magíster en nutrición y dietética con mención en nutrición comunitaria, como aporte a la Línea de **Investigación Salud pública y bienestar humano integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 22 de mayo del 2024



RENE ADOLFO SALINAS PAUCAR

0706740750

Aprobación del Director del Trabajo de titulación

Yo, **Msc. Keyla Stefania Guerrero Ruiz**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por el **Md. Rene Adolfo Salinas Paucar** con el tema **Factores sociodemográficos, estado nutricional y funcionalidad en adulto adultos mayores de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma** que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, previo a la obtención del Grado **Magister en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Comunitaria**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, martes 27 agosto del 2024



Atentamente

GUERRERO RUIZ KEYLA STEFANIA, Msc.

C.I. 0929607711

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGISTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN COMUNITARIA**, presentado por **MED. SALINAS PAUCAR RENE ADOLFO**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, ESTADO NUTRICIONAL Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS, EN LA PARROQUIA SINSAO DEL CANTÓN ZARUMA", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	40.00
PROMEDIO	98.33
EQUIVALENTE	Excelente



LORENA DANIELA
DOMINGUEZ BRITO

Mgs. DOMINGUEZ BRITO LORENA DANIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



SUSANA ISABEL
REINOSO BRITO

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL
VOCAL



VANESSA PAULINA
VARGAS OLALLA

Mgs. VARGAS OLALLA VANESSA PAULINA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A mis padres, cuyo amor y sacrificio han sido mi mayor inspiración y sostén a lo largo de este viaje académico.

A mis hermanos, por su constante ánimo y comprensión.

A Mgs. Keyla Guerrero Ruiz por su sabiduría, paciencia y dedicación, sin la cual este trabajo no habría sido posible. A todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron con su apoyo y aliento, ¡gracias por ser parte de este logro!

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Mgs. Keyla Guerrero Ruiz por su orientación experta y su inquebrantable apoyo durante todo el proceso de investigación y redacción de este proyecto. También, a los Docentes UNEMI por sus conocimientos y experiencias brindadas, las cuales permitieron mejorar mi nivel profesional. Por último, agradezco a mi familia y amigos por su constante estímulo y comprensión, su apoyo emocional ha sido fundamental en este viaje académico. Muchas gracias a todos aquellos que han contribuido de alguna manera a la realización de esta tesis.

RESUMEN

El proceso de envejecimiento es un fenómeno fisiológico y gradual que involucra diversos factores, como la pérdida de independencia funcional, cambios en el peso y un incremento en enfermedades, todos los cuales pueden influir en el estado nutricional de las personas mayores. Por lo que el presente proyecto de investigación tuvo como objetivo relacionar los factores sociodemográficos y el estado nutricional con el grado de funcionalidad de adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma. La metodología empleada es de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, y descriptivo. El método que se seleccionó para este proyecto fue el hipotético deductivo, la técnica utilizada fue de medición antropométrica que incluyeron el uso de una balanza y tallímetro, además de la realización de una encuesta específicamente diseñada para esta población y la aplicación de la escala Lawton y Brody; teniendo como resultado que la funcionalidad dependerá del sexo, evidenciándose que en el sexo femenino predomina la autonomía, sin embargo en el sexo masculino hay una igualdad entre la autonomía y la leve dependencia, por otra parte se analizó las características sociodemográficas siendo uno de los principales los bajos ingresos económicos con un resultado en la población de estudio de ingresos mensuales ≤ 200 dólares, por lo que con un menor ingreso tiene una menor probabilidad de ingesta de alimentos saludables, mediante este estudio se ha concluido que en el estudio existe una mayor participación del sexo femenino, por otra parte se evidencia altas tasas de sobrepeso y obesidad, así como diferencias en la autonomía funcional entre hombres y mujeres según la escala aplicada. Estos hallazgos subrayan la complejidad demográfica, de salud y funcional de la muestra estudiada.

Palabras claves: Características sociodemográficas, envejecimiento, funcionalidad.

ABSTRACT

The aging process is a physiological and gradual phenomenon that involves various factors, such as loss of functional independence, changes in weight and an increase in diseases, all of which can influence the nutritional status of older people. Therefore, the objective of this research project was to relate sociodemographic factors and nutritional status with the degree of functionality of active older adults in the Sinsao parish of the Zaruma canton. The methodology used is quantitative, non-experimental, transversal and descriptive. The method that was selected for this project was the hypothetical deductive, the technique used was anthropometric measurement that included the use of a scale and stadiometer, in addition to carrying out a survey specifically designed for this population and the application of the Lawton scale and Brody; The result is that functionality will depend on sex, showing that in the female sex autonomy predominates, however in the male sex there is an equality between autonomy and slight dependence, on the other hand, the sociodemographic characteristics were analyzed, being one of the main . low economic income with a result in the study population of monthly income ≤ 200 dollars, so with a lower income there is a lower probability of eating healthy foods, through this study it has been concluded that there is a greater participation in the study of the female sex, on the other hand, high rates of overweight and obesity are evident, as well as differences in functional autonomy between men and women according to the scale applied. These findings underscore the demographic, health, and functional complexity of the sample studied.

Keywords: Sociodemographic characteristics, aging, functionality.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	14
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	19
Tabla 5.....	21
Tabla 6: Distribución de frecuencias de la variable edad	32
Tabla 7: Distribución de frecuencias de la variable ingreso mensual	34

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable sexo	30
Figura 2: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable acompañamiento.	31
Figura 3: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable edad	32
Figura 4: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable ingresos económicos	34
Figura 5: Representación gráfica de la variable IMC	36
Figura 6: Representación gráfica de la pregunta 1 de la escala.....	37
Figura 7: Representación gráfica de la pregunta 2 de la escala.....	38
Figura 8: Representación gráfica de la pregunta 3 de la escala.....	39
Figura 9: Representación gráfica de la pregunta 4 de la escala.	40
Figura 10: Representación gráfica de la pregunta 5 de la escala.....	42
Figura 11: Representación gráfica de la pregunta 6 de la escala.....	43
Figura 12: Representación gráfica de la pregunta 7 de la escala.....	44
Figura 13: Representación gráfica de la pregunta 8 de la escala.....	45
Figura 14: Representación gráfica de la capacidad funcional femenina de la escala	47
Figura 15: Representación gráfica de la capacidad funcional masculina de la escala.	48

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.5. DETERMINACIÓN DEL TEMA	5
1.6. OBJETIVO GENERAL	6
1.6.1. Objetivos específicos	6
1.7. DECLARACIÓN DE LAS VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN).....	6
1.8. JUSTIFICACIÓN	7
1.9. ALCANCE Y LIMITACIONES.....	9
CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL	10
2.1. ANTECEDENTES	10
2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.....	10
2.1.2. ANTECEDENTES REFERENCIALES	11
2.2. CONTENIDO TEÓRICO QUE FUNDAMENTA LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.2.1. ADULTO MAYOR.....	13
2.2.2. ENVEJECIMIENTO.....	13
2.2.3. ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	14
2.2.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	15
2.2.5. ESTADO NUTRICIONAL	16
2.2.6. EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	16
2.2.7. EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA	17
2.2.8. ÍNDICE DE MASA CORPORAL	17

2.2.9.	CONDICIÓN FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR	19
2.2.10.	SEDENTARISMO	20
2.2.11.	VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL.....	20
2.2.12.	PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA FUNCIONALIDAD.....	23
2.2.12.1.	DESNUTRICIÓN.....	23
2.2.12.2.	OBESIDAD.....	24
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO		26
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
3.2.	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	26
3.2.1.	Características de la población	26
3.2.2.	Tipo de muestra.....	27
3.3.	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	28
3.3.1.	Métodos empíricos	28
3.3.2.	Técnica	28
3.3.3.	Instrumentos para la toma de datos antropométricos	28
3.4.	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.....	29
4.	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	30
4.1.	Análisis de la situación actual.....	30
4.1.1.	Estudio de las características sociodemográficas de los adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.....	30
4.1.2.	Análisis del estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas peso, talla, índice de masa corporal.....	36
4.1.3.	Valoración del grado de funcionalidad de los adultos mayores mediante la aplicación de la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) 37	
4.2.	ANÁLISIS COMPARATIVO.....	48
5.	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1.	CONCLUSIONES.....	51

5.2. RECOMENDACIONES.....	53
6. BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se ha evidenciado que el envejecimiento se ha incrementado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre el 2000 y 2050, el número de adultos mayores de 65 años se duplicará y aumentará aproximadamente cuatro veces para los mayores de 80. Además del incremento del riesgo de padecer enfermedades, los hábitos alimentarios saludables y la actividad física contribuyen a lo largo de la vida a prevenir o retrasar enfermedades no transmisibles y otras afecciones. Asimismo, son fundamentales en todos los ciclos de vida, especialmente en los adultos mayores.

Los factores sociodemográficos, como edad, sexo, nivel socioeconómico, pueden influir en la funcionalidad y situación nutricional de los adultos mayores, las mujeres tienen una mayor proporción de grasa corporal y una menor masa muscular que los hombres, el nivel socioeconómico pueden afectar la alimentación y el acceso a servicios de salud, la proporción de masa muscular y grasa corporal puede afectar la funcionalidad y capacidad física de los individuos, una disminución en la masa muscular y un aumento en la grasa corporal se asocian con una disminución de la fuerza y capacidad física, lo cual puede limitar la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades cotidianas y participar en actividades físicas, la funcionalidad, por su parte, es fundamental para mantener la autonomía y calidad de vida en los adultos mayores. La vulnerabilidad a la que se exponen los adultos mayores se relaciona de forma directa con la presencia de dependencia en la realización de actividades básicas e instrumentadas, que incluso se asocian con mayores porcentajes de mortalidad, por ello, es indispensable proponer mayor empeño en el tamizaje por medio de la identificación de factores asociados a la acumulación de calorías y disminución de masa magra.

En el presente proyecto de investigación se utilizarán una escala de valoración de funcionalidad geriátrica, que ayudará a la población para tener un seguimiento respectivo de parte del personal médico de la parroquia y así poder afrontar de mejor manera cada factor de riesgo que afecten su salud.

Todos estos factores son elementos clave a considerar en el estudio de los adultos mayores activos, entenderlos y relacionar su impacto con la salud y calidad de vida proporciona herramientas para desarrollar intervenciones y programas que promuevan el envejecimiento saludable y el bienestar en esta población.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento trae consigo un deterioro biológico progresivo que conlleva un aumento en problemas de salud que son el resultado de la interacción de factores biomédicos y ambientales tales como estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, entre otros. Estos cambios se manifiestan en todos los sistemas del ser humano, tales como cardiovascular, renal, endocrino y sobre todo en el musculoesquelético. Dichas modificaciones fisiológicas inciden en el aumento de las limitaciones físicas, especialmente aquellas relacionadas con la pérdida de masa muscular y su funcionalidad debido a su vinculación con diferentes vías metabólicas, propiciando el desarrollo de sarcopenia (Bravo, 2021).

La población ecuatoriana está envejeciendo a un ritmo acelerado, al punto que se prevé que para el 2065 las personas que tienen más de 60 años constituirán el grupo mayoritario del país. Según las proyecciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, la prevalencia de personas adultas mayores con respecto al total de la población se incrementó del 6.6% al 7.5% entre los años 2010 y 2020 (Villacis B, 2012).

El envejecimiento es un proceso fisiológico y progresivo multifactorial donde se evidencia disminución de independencia funcional, variación del peso y el aumento de morbilidades, lo que llega a condicionar el estado nutricional de este grupo poblacional. La encuesta SABE mostró que 22 % de los adultos mayores ecuatorianos ha sufrido pérdida involuntaria de peso, lo cual podría conducir a una disminución de la capacidad inmunológica como a la pérdida de masa muscular, incrementando así el riesgo de enfermedades y aumento de caídas (Córdova et al., 2020).

El estado nutricional del adulto mayor es un problema prioritario en el sistema sanitario ecuatoriano, pues una adecuada nutrición permitirá mantener una buena calidad de vida en este grupo etario ya que está predispuesto a una dieta inadecuada, debido a los cambios inherentes del envejecimiento a nivel fisiológico, psicológico y social, así como también padecerá enfermedades crónicas que pueden producir una modificación de la conducta alimentaria, de manera que se impone implementar políticas sanitarias equitativas e inclusivas en la población geriátrica.

Por otra parte, es importante identificar los factores sociodemográficos asociados con el estado nutricional, pues esto permitirá tener un panorama más amplio sobre la malnutrición y de esta manera se podrá brindar un tratamiento adecuado a personas con alteraciones nutricionales.

Los cambios sociales, económicos, culturales, psicológicos en esta etapa del adulto mayor ocasionan que posteriormente tengan problemas en su orden y funcionamiento, por lo cual es importante realizarles una valoración de su funcionalidad para realizar acciones en un tiempo determinado y evitar el deterioro cognitivo y funcional.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Una evaluación geriátrica integral (EGI) se define como un proceso diagnóstico multidimensional cuyo objetivo es identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que puedan tener los adultos mayores. Su objetivo es desarrollar un plan de atención integral individualizado que incluya acciones preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y de seguimiento con un uso óptimo de los recursos sanitarios para lograr un mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida. El uso de escalas en una EGC ahorra tiempo durante la evaluación, ya que su uso como herramienta de

screening puede proporcionar una idea rápida, global e integral del estado de salud de los adultos mayores. El incremento de la masa grasa, así como la disminución de la masa muscular y ósea que se producen durante el proceso de envejecimiento, llevan consigo la aparición de diversas patologías como obesidad, sarcopenia, obesidad sarcopenia y osteoporosis, contribuyendo a la disminución de la salud y de la calidad de vida de las personas mayores que las padecen. Los procesos fisiológicos son multifactoriales y que se producen durante el envejecimiento de forma natural. El estilo de vida puede desempeñar un papel fundamental en su desarrollo y evolución. Se analiza que la desnutrición por exceso podría ser un factor de riesgo de dependencia para las personas mayores. Poseer un bajo nivel de estudios aumenta las posibilidades de padecer sobrepeso y obesidad en las mujeres mayores (Casanova et al., 2022).

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, estado nutricional y la funcionalidad de los adultos mayores de la parroquia Sinsao?

1.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de la parroquia Sinsao?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores de la parroquia Sinsao?
- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad de los adultos mayores?

1.5. DETERMINACIÓN DEL TEMA

- Factores sociodemográficos, estado nutricional y la funcionalidad de los adultos mayores activos, en la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.

1.6. OBJETIVO GENERAL

- Relacionar los factores sociodemográficos y el estado nutricional con el grado de funcionalidad de adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.

1.6.1. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.
- Determinar el estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas peso, talla y su índice de masa corporal.
- Valorar el grado de funcionalidad de los adultos mayores mediante la aplicación de la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

1.7. DECLARACIÓN DE LAS VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN)

Tabla 1

Operacionalización de variables

<u>VARIABLES</u>	<u>DEFINICION</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>TIPO</u>
ESTADO NUTRICIONAL	EL ESTADO NUTRICIONAL ES UN INDICADOR DE LA SALUD Y DEL ESTADO FÍSICO DE LAS PERSONAS.	IMC	NORMAL SOBREPESO OBESIDAD	CUANTITATIVA
		PESO	NORMAL AUMENTADO	
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.	INDICADORES DE UN GRUPO DE PERSONAS LOS CUALES	EDAD	EDAD: 65-69 70-79 80-89 >90	CUANTITATIVA
		SEXO		

NOS PERMITEN CONOCER LA CALIDAD VIDA RELACIONA DOS CON ASPECTOS FISICOS, SOCIALES Y EMOCIONAL ES.	INGRESOS ECONOMICOS	SEXO: MASCULINO FEMENINO
	SOCIAL	INGRESOS ECONOMICOS: 0 100-200\$ 200-400\$ >500\$
		SOCIAL: SOLO ACOMPANADO

FUNCIONALIDAD

EL RESULTADO ENTRE LA INTERACCIÓN DE LA PERSONA (CON SU CAPACIDAD INTRÍNSECA FÍSICA Y MENTAL) Y LAS CARACTERÍSTICAS MEDIOAMBIENTALES, SE CONVIERTE EN EL PRINCIPAL INDICADOR DEL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES	DEPENDIENTE	DEPENDENCIA TOTAL	CUANTITATIVA
	INDEPENDIENTE	DEPENDENCIA GRAVE	
		DEPENDENCIA MODERADA	
		DEPENDENCIA LIGERA AUTONOMA	

1.8. JUSTIFICACIÓN

El estudio de los factores sociodemográficos, estado nutricional y funcionalidad en los adultos mayores activos es de vital importancia. Comprender cómo estos influyen en la salud y calidad de vida puede ayudar a desarrollar estrategias y programas de intervención que promuevan un envejecimiento saludable y activo, permite identificar grupos con mayor riesgo de desarrollar

enfermedades crónicas, discapacidades o deterioro funcional, lo que posibilita una intervención temprana y específica. Al conocer los factores sociodemográficos y el estado nutricional de los adultos mayores activos, se pueden diseñar intervenciones personalizadas y adaptadas a sus necesidades individuales. La información obtenida a partir de la investigación sobre estos factores puede servir de base para el diseño de políticas de salud dirigidas a promover un envejecimiento activo y saludable en la población adulta mayor.

La parroquia Sinsao perteneciente del cantón Zaruma, en la cual habitan aproximadamente 102 adultos mayores en los cuales se engloba los adultos activos y pasivos, distribuidos en los 8 barrios de una población total de 1589 habitantes según la última encuesta del INEC, de los cuales existen 82 adultos con hipertensión arterial, 46 con diabetes mellitus y 25 con discapacidad física.

Conocer el estado nutricional de los adultos mayores, permitirá tener un punto de partida para los diferentes ministerios de interés de social del Ecuador, debido a que tendrá un gran impacto en la salud y funcionalidad de los habitantes mayores de 65 años.

El motivo del estudio nos permitirá analizar la funcionalidad de cada adulto mayor de la parroquia, la cual tiene una alta morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales en sus complicaciones periféricas disminuyen la movilidad y funcionalidad de cada uno de ellos.

Realizar un primer estudio de los adultos mayores permitirá obtener resultados los cuales nos servirán para el inicio de proyectos de campo los cuales ayudarán a mejorar la calidad de vida de los ancianos y así enlentecer el envejecimiento y mantener al adulto mayor funcional hasta un grupo etario lejano.

Es importante realizar este tipo de investigación ya que actualmente el ministerio de inclusión económica y social no realiza monitoreos continuos en conjunto con el ministerio de salud

pública, mediante la utilización de escalas geriátricas que permitan identificar el punto de atención de este grupo etario.

1.9. ALCANCE Y LIMITACIONES

La investigación buscó contribuir de manera educativa desde el punto de vista nutricional y un análisis psicoactivo mediante la valoración de la funcionalidad de los adultos mayores, para fortalecer los puntos que tengan mayor impacto en cada uno de ellos.

También, se pretende anunciar los datos de la indagación que son del tipo antropométrico mediante la toma de medidas de la composición corporal y factores sociodemográfico, para el desarrollo y organización de programas y proyectos de mejoras de hábitos alimentarios saludables desde el enfoque familiar.

En relación con las limitaciones que presentamos, una de ellas podría ser el levantamiento de la información mediante la toma de datos en el campo, debido a la poca accesibilidad de la zona donde habitan los encuestados.

CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1.ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), indica que el envejecimiento progresivo es un fenómeno epidemiológico el cual se debe a múltiples factores como la reducción de la tasa de fecundidad, la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la expectativa de vida del Ecuador que en la actualidad alcanza los 75 años. Estimándose que la población total de adultos mayores, para el año 2050, ascenderá a 12.5 % debido al ritmo de crecimiento sostenido de esta población (Freire et al., 2010; Villacis B, 2012)

Por otra parte, el Índice de Registro Social (IRS), determinó que el 76% de la población de adultos mayores se halla en condiciones de pobreza, mientras que el 18% se encuentra en estado de vulnerabilidad y el 6% no cuenta con registro social (Yanez, 2024).

El deterioro funcional se ha asociado con niveles más bajos de satisfacción con la vida, así como con un aumento en la probabilidad de desarrollar depresión y enfermedades como las articulares y cerebrovasculares en esta población. Por lo que en varios estudios se manifiesta que es de gran importancia la identificación de la dependencia funcional y el riesgo de malnutrición en esta población para una intervención temprana con el objetivo de mejorar tanto el estado funcional y nutricional (Folven et al., 2018).

En dos estudios científicos se establece que el aislamiento social se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo en la población adulta, manifestándose que la actividad física disminuye el riesgo de padecer demencia en esta población. En Ecuador, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM) describen a las personas adultas mayores como "aquellas que han cumplido los 65 años o más". Esta definición es similar a la que utilizan la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Molina, 2024; Palma et al., 2021).

Según información del Ministerio de Salud de Chile, más del 54.75% de las personas mayores sufren malnutrición por exceso, siendo el sexo femenino el más afectado con una prevalencia de 57.34%, en comparación con el 50.71% de los hombres. Estas cifras indican que el sobrepeso, la obesidad y los cambios en la distribución de la grasa corporal durante el envejecimiento están asociados con un incremento en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la hipertensión, el aumento del colesterol LDL, los accidentes cerebrovasculares, la apnea del sueño, la resistencia a la insulina, la inflamación y algunos tipos de cáncer (Barrón-Pavón et al., 2023).

2.1.2. ANTECEDENTES REFERENCIALES

Miller y Mejía manifiestan en su publicación que, en Ecuador se observa un cambio demográfico significativo con el incremento en la proporción de personas mayores, quienes están experimentando un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes y problemas cardíacos. Este fenómeno está generando una mayor demanda de cuidados especializados debido a la creciente dependencia funcional entre los adultos mayores. Este contexto subraya la necesidad urgente de adaptar los servicios de salud y sociales para satisfacer estas nuevas demandas demográficas y de salud (Miller & Mejía, 2020).

Según Álvarez y colaboradores en su estudio realizado en Guayaquil encuentran que el 46.4% de adultos mayores de su estudio presentan sobrepeso, de los cuales el 40.2% tenían riesgo de malnutrición y el 56.3% presentan algún grado de dependencia funcional los cuales a lo largo de la vida les ha ocasionado diferentes comorbilidades siendo la más frecuente la

hipertensión arterial (HTA) presente en un 68.75% de la población de estudio (Córdova et al., 2020).

Barrón y colaboradores mediante su estudio realizado en mujeres perteneciente a Chillán se evidencian mediante la utilización de IMC que el 71.8% de la muestra presentaba malnutrición por exceso, lo que les ha ocasionado el sufrimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como HTA en una 70.4% y hipercolesterolemia con una prevalencia de 48.2% , por otra parte se evidencio que gran parte de la muestra de estudio es de bajos recursos y que el 77.5 tiene escolaridad de primaria (Barrón-Pavón et al., 2023)

Bauce en su estudio con relación al estado nutricional en Pinar del Río, revelo que la distribución según el IMC y el sexo, en un 61% se encontró con IMC de 21-23 kg/m² de superficie corporal, predominando en el sexo femenino con un 37.8%. Por otra parte, los factores más comunes asociados con un IMC bajo son: ingesta oral deficiente, dependencia alimentaria, úlceras por presión y problemas para la masticación (Bauce, 2020).

Para Gómez y colaboradores los pacientes de edad adulta están sometidos a numerosos cambios entre los más frecuentes que se citan son el incremento de masa grasa, la pérdida de masa muscular, el descenso de la masa ósea, pudiendo desencadenar el padecimiento a diferentes enfermedades como la obesidad, sarcopenia y osteoporosis, disminuyendo una adecuada calidad de vida y la dependencia en este grupo (Gómez-Cabello et al., 2012).

Según García y colaboradores han establecido que las condiciones sociodemográficas en las que se encuentra el adulto mayor son de gran impacto, ya que pueden afectar o favorecer en la calidad de vida del paciente, relacionándose directamente con la salud física y mental de estos (García et al., 2023).

Por otra parte, Agualongo en el 2020 en su artículo científico refiere que el nivel socioeconómico de esta población nos permitirá establecer los recursos disponibles dentro de este grupo, siendo de gran importancia ya que por medio de esta se puede acceder a servicio de salud con mayor rapidez. En comparación con hogares de baja economía donde existen deficiencias alimentarias, hacinamiento, todo tiene repercusión negativa en los miembros de la familia, lo cual está ligado al desarrollo inadecuado de cada individuo (Agualongo, 2020).

2.2. CONTENIDO TEÓRICO QUE FUNDAMENTA LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. ADULTO MAYOR

Los adultos mayores están sometidos a diferentes alteraciones biológicas en el funcionamiento y estructura corporal, como lo manifiesta el fisiólogo Alberto Haller en uno de sus artículos: “El envejecimiento no es similar de persona a persona, ni de órgano a órgano. Por lo que se puede hablar de un envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto riesgo, y de un envejecimiento exitoso, que es de bajo riesgo y alta funcionalidad” (Brizzolara, 2001).

2.2.2. ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento humano es universal, ubicuo e inevitable, en donde cada función fisiológica está siendo continuamente disminuida, la cual se da debido a la interacción de factores biomédicos y ambientales, como lo es el estilo de vida, hábitos alimentarios, la actividad física, y la presencia de patologías. (Bravo, 2021).

El envejecimiento y un estilo de vida sedentario se asocian con una disminución de la función muscular y la aptitud cardiorrespiratoria, lo que resulta en una capacidad deteriorada para realizar actividades diarias y mantener un funcionamiento independiente, lo que puede desencadenar muchas enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, los

accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la osteoporosis y la obesidad, entre otros (Izquierdo et al., 2021).

La OMS clasifica los adultos mayores de la siguiente manera:

Tabla 2

Clasificación del adulto mayor

<u>EDAD</u>	<u>CLASIFICACIÓN</u>
60-74 años	Ancianos jóvenes
75-84 años	Ancianos viejos
85-99 años	Ancianos longevos
Mayores a 100 años	Centenarios

(Organización mundial de la Salud, 2022)

2.2.3. ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

En la edad adulta, la alimentación es un factor importante en su diario vivir, debido a que una correcta alimentación equivale a una buena calidad de vida, o también esta puede generar múltiples enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus tipo 2, obesidad, HTA, osteoporosis, malnutrición y cáncer (Durán et al., 2017).

Por lo que los alimentos fundamentales para el consumo de este grupo de edad son los suplementos vitamínicos, los vegetales, frutas, proteínas, productos lácteos, por otra parte, se sugiere disminuir el 10% de consumo de azúcares, lo que equivale a 50 gramos o 12 cucharitas, y la restricción del 5% de consumo de sal diarios. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Mientras que Kehoe en su artículo manifiesta que el adulto mayor debe cumplir con cinco tiempos de alimentación, los cuales deben ser: desayuno, snack en la mañana, almuerzo, snack

en la tarde y la cena; todos estos deben ser bajo una ingesta saludable para mejorar el estado nutricional y contribuir con un envejecimiento saludable (Kehoe et al., 2019).

2.2.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los factores sociodemográficos que se relacionan de manera directa con una malnutrición en la población adulta mayor incluyen:

- **Edad avanzada:** A medida que las personas envejecen, pueden enfrentar más dificultades para mantener una alimentación adecuada debido a cambios físicos, económicos y sociales.
- **Género:** Existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia y los tipos de enfermedades que pueden afectar el estado nutricional, así como en los roles tradicionales relacionados con la alimentación.
- **Nivel educativo:** Un nivel educativo más bajo puede influir en el conocimiento sobre nutrición y en la capacidad para tomar decisiones alimentarias saludables.
- **Situación económica:** La falta de recursos económicos puede limitar el acceso a alimentos nutritivos y afectar la calidad de la dieta.
- **Estado civil:** La situación marital puede influir en la disponibilidad de apoyo social y emocional, así como en la capacidad para mantener una alimentación adecuada.
- **Ubicación geográfica:** Vivir en áreas rurales o urbanas puede afectar la disponibilidad y el acceso a alimentos frescos y saludables.
- **Etnicidad y cultura:** Las prácticas alimentarias y las preferencias culturales pueden influir en la selección de alimentos y en la calidad de la dieta.
- **Redes de apoyo social:** El apoyo social y la interacción comunitaria pueden desempeñar un papel crucial en la promoción de hábitos alimentarios saludables y en la prevención de la malnutrición (Giraldo-Giraldo et al., 2023).

2.2.5. ESTADO NUTRICIONAL

En varios artículos científicos citan que el envejecimiento se asocia de forma independiente con el deterioro del estado nutricional, convirtiéndose en un problema de gran importancia en la patogénesis de la fragilidad en la población adulta mayor, observándose una pérdida progresiva de masa y función del músculo esquelético (sarcopenia); sin embargo, es importante destacar que el sobrepeso y la obesidad también son comunes en la población adulta mayor, favoreciendo a la progresión de enfermedades crónicas llegando a ocasionar limitaciones funcionales hasta discapacidad (Henaó et al., 2022; Piccoli et al., 2023).

La desnutrición, la disminución de energía proteica y la sarcopenia están fuertemente asociadas con una mayor morbilidad y mortalidad, lo que aumenta el riesgo de fragilidad, dependencia y deterioro de la calidad de vida en la vejez en cualquier entorno clínico (Piccoli et al., 2023).

Por lo que el estado nutricional es un factor de gran importancia, por lo que debe monitorearse a lo largo del tiempo para coordinar de manera oportuna programas efectivos de promoción y prevención que aumenten la concientización y promuevan estilos de vida saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida y los costos de esta. De igual manera, se pueden evaluar las condiciones crónicas prevenibles causadas por cambios en la dieta, tales como: la diabetes, eventos cerebrovasculares, HTA, sobrepeso, obesidad tipo 1 y 2, y la desnutrición (Henaó et al., 2022).

2.2.6. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

El sistema alimentario actual es insostenible debido a que la producción mundial de alimentos amenaza la estabilidad climática y la sostenibilidad de los ecosistemas. Teniendo en cuenta que un gran porcentaje de la población mundial sufre desnutrición, ya que una de cada nueve

personas está presentando desnutrición, y una de cada tres presenta sobrepeso o es obesa, estimándose que alrededor de 2 mil millones de personas padecen deficiencias de micronutrientes. Una dieta poco saludable es la principal causa de desnutrición y ambos se encuentran entre los 10 principales factores de riesgo que contribuyen a la carga mundial de morbilidad (Jouanne et al., 2021).

En América Latina, los problemas nutricionales de las personas mayores reflejan la transición nutricional, fenómeno caracterizado por una alta frecuencia de desnutrición excesiva y, en consecuencia, la propagación de enfermedades crónicas no transmisibles que caracterizan a la sociedad moderna, coexistiendo en pequeñas cantidades en comunidades de ingresos bajos. Es de vital importancia los beneficios que aporta la participación social en el bienestar y salud de las personas. En la población adulta mayor, esto es particularmente importante y se logra a través de la participación activa en actividades recreativas como la marcha, natación, el ciclismo, el golf, el tenis, la caminata o el senderismo, trabajo de gimnasio dirigido, baile o, simplemente, la expresión corporal mediante movimientos rítmicos (Henao et al., 2022).

2.2.7. EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

De acuerdo con lo establecido por la OMS, la antropometría “es un método incruento y poco costoso, aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y composición del cuerpo humano” (Bauce, 2020).

2.2.8. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es un índice estadístico que utiliza el peso y la altura de una persona para proporcionar una estimación de la grasa corporal en hombres y mujeres de cualquier edad. Se calcula tomando el peso de una persona en kilogramos, dividido por su altura, en metros al cuadrado (kg/m^2). El número generado a partir de esta ecuación es entonces el

número de IMC del individuo. El Instituto Nacional de Salud (NIH) ahora utiliza el IMC para definir a una persona como bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad (Forero, 2022; Weir, 2024).

Tabla 3
Clasificación BMI

<u>BMI</u>	<u>CLASIFICACIÓN</u>
Menor de 18.5	Bajo peso
18.5-24.5	Rango de peso saludable
25.0-29.9	Exceso de peso
30 y mas	Obeso

(Organización mundial de la Salud (OMS), 2024)

Debemos tener en cuenta que existen algunas peculiaridades en la medición del estado nutricional en la población adulta mayor, debido a que presentan cambios en la composición corporal, debido a la disminución de la altura y la masa muscular, el aumento de la grasa corporal, pérdida de fuerza y dificultades en la postura por encorvamiento y desgaste de los discos intervertebrales. En estas situaciones es muy importante la correcta clasificación del estado nutricional, y aunque el IMC no es el índice más preciso debido a estos cambios en la composición corporal, sí es uno de los más utilizados para realizar el tamizaje nutricional del adulto mayor (Cruz et al., 2019).

Por lo que a lo largo del tiempo los rangos establecidos por la OMS, ha sufrido diferentes variaciones en los puntos de corte para clasificar a los adultos mayores, debido a los cambios funcionales que se produce con el envejecimiento. El “consenso SENPE-SEGG” establece puntos de corte para la clasificación nutricional en el adulto mayor (Ruiz et al., 2021).

Tabla 4

Clasificación de estado nutricional por índice de masa corporal en la persona adulta mayor

<u>Clasificación</u>	<u>IMC</u>
Desnutrición Severa	<16 kg/m ²
Desnutrición Moderada	16-16.9 kg/m ²
Desnutrición leve	17-18.4 kg/m ²
Peso insuficiente	18.5-21.9 kg/m ²
Normopeso	22-26.9 kg/m ²
Sobrepeso	27-29.9 kg/m ²
Obesidad grado I	30-34.9 kg/m ²
Obesidad grado II	35-39.9 kg/m ²
Obesidad grado III	40-49.9 kg/m ²
Obesidad grado IV	≥50 kg/m ²

(Organización mundial de la Salud, 2024; Ruiz et al., 2021)

2.2.9. CONDICIÓN FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

La condición física de una persona mayor consiste entonces en la funcionalidad de las actividades cotidianas, entendida como actividad física que posibilita una vida activa de diversas formas, promoviendo un estilo de vida independiente, lo que obviamente está relacionado con la calidad de vida de un adulto mayor. Siendo de gran importancia la funcionalidad óptima en este grupo de población, ya que está relacionada con una persona saludable y, por ende, disminuye los riesgos de caída, permitiéndole estar con una adecuada condición física (García et al., 2023).

Debido a los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento, la limitación de la actividad de movimiento es una de las características funcionales relacionadas con la flexibilidad, que afecta significativamente la calidad de vida de las personas y se hace visible en el desempeño de las actividades diarias, debido a que está estrechamente vinculada con los

movimientos musculares, llegando a limitar la actividad y la amplitud del movimiento, y, por tanto, su autonomía al realizar actividades motoras, esto sucede por muchas razones como rigidez muscular, lesiones, dolor, artritis, entre otras (Heidari et al., 2019).

2.2.10. SEDENTARISMO

El sedentarismo se ha vuelto una problemática a nivel mundial, sobre todo en la edad adulta ya que se ha evidenciado en diferentes artículos que esta población pasa una media de más de 8 horas diarias siendo sedentarios; la cual se ha visto en aumento con el inicio de la pandemia COVID-19. El tiempo pasado sedentario (medido por equivalentes metabólicos de tarea (MET) $\leq 1,5$ [4]), ocasionando múltiples complicaciones a largo plazo, asociándose positivamente a un mayor riesgo de mortalidad, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes tipo 2, e inversamente con el estado cognitivo en la vejez (Ai et al., 2021).

Por otra parte, en la edad adulta la capacidad funcional y cognitiva disminuye, según las circunstancias del individuo y su capacidad de adaptación, evidenciándose que en esta etapa existe mayor sedentarismo, por lo que tareas cotidianas simples pueden requerir el máximo esfuerzo. Este fenómeno es común en todos los países y ha sido identificado como un factor que contribuye al desarrollo de varias patologías crónicas (Batsis et al., 2021; Ramirez et al., 2022).

2.2.11. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La valoración funcional en pacientes geriátricos nos permitirá diseñar tratamientos integrales en cuanto al cuidado adaptado a la condición de cada individuo, valorándose a través de la aplicación de varias escalas, entre las más utilizadas están los cuestionarios de actividades básicas de la vida diaria (abvd) y de actividades instrumentales de la vida diaria (aivd); sin embargo, al aplicarlas hay desventajas debido a que tan solo identifica en las personas con los

grados más graves de discapacidad y algunas de las actividades están influidas por el sexo y la cultura (Martínez et al., 2017).

Sin embargo, en Ecuador se recomienda el uso de la Escala de Lawton y Brody, ya que se ha demostrado que permite realizar una evaluación en plan terapéutico a nivel de los cuidados diarios para esta población (González et al., 2017; Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016).

Tabla 5

ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares 1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar 1
- No utiliza el teléfono 0

2. HACER COMPRAS:

- Realiza todas las compras necesarias independientemente 1
- Realiza independientemente pequeñas compras 0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra 0
- Totalmente incapaz de comprar 0

3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA

- Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente 1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

4. CUIDADO DE LA CASA

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1

- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa 1
- No participa en ninguna labor de la casa 0

5. LAVADO DE LA ROPA

- Lava por sí solo toda la ropa 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros 0
- No viaja 0

7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:

- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada 1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente 0
- No es capaz de administrarse su medicación 0

8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos 1
- Incapaz de manejar dinero 0

TOTAL:

En mujeres (8 funciones):

Dependencia total 0-1

Dependencia grave 2-3

Dependencia moderada 4-5

Dependencia ligera 6-7

En hombres (5 funciones):

Dependencia total 0

Dependencia grave 1

Dependencia moderada 2-3

Dependencia ligera 4

2.2.12. PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA FUNCIONALIDAD

2.2.12.1. DESNUTRICIÓN

La pérdida de peso es un signo frecuente en la deficiencia de macronutrientes, es una manifestación primaria común en pacientes de edad avanzada e inicia con una cascada catabólica de eventos adversos que conducen a una mayor morbilidad y mortalidad. Las causas de la pérdida de peso en la vejez son multifactoriales, pero pueden deberse a procesos patológicos como eventos catabólicos como: enfermedades o anorexia relacionada con la edad (“anorexia del envejecimiento”), una nutrición inadecuada, aumento de la inflamación, trastornos depresivos o cognitivos, así como un estado socioeconómico disminuido (Lengelé et al., 2021; Mathewson et al., 2021).

El catabolismo se puede producir dependiendo del tipo de desnutrición que presente el adulto mayor, por lo que la desnutrición se relaciona con enfermedades que conducen a una rápida atrofia del músculo esquelético, por otra parte, la desnutrición relacionada con la edad se asocia a una pérdida más lenta pero progresiva de masa muscular. El efecto del catabolismo proteico es claramente visible en la reducción de la masa muscular, la fuerza y función, lo que tiene un impacto significativo en la actividad física (Lengelé et al., 2021).

El fenómeno actual del envejecimiento de la población ha despertado un interés considerable en síndromes geriátricos como la sarcopenia. Se ha demostrado que la sarcopenia, la condición multifactorial establecida asociada con una pérdida progresiva de masa, calidad y función física del músculo esquelético, es altamente prevalente en el ámbito de atención residencial (Cruz et al., 2019; Norman et al., 2021; Rodríguez et al., 2019).

Actualmente, no existe una herramienta de evaluación de la nutrición geriátrica, ni indicadores nutricionales que sean adecuados para el diagnóstico de la desnutrición. La evaluación nutricional en el anciano es uno de los procesos más complejos, ya que se debe tener en cuenta la etiología multifactorial de la desnutrición y la alta variabilidad de los individuos evaluados (Forero, 2022).

2.2.12.2. OBESIDAD

La obesidad generalmente se define como una acumulación excesiva de grasa corporal (típicamente $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$); sin embargo, cabe recordar que los valores que determinan el estado nutricional cambian en las personas mayores, y en algunos casos se considera sobrepeso un $IMC \geq 32 \text{ kg/m}^2$. La composición corporal cambia con la edad, ya que la grasa corporal aumenta gradualmente entre los 30 y los 60 años, pudiendo desarrollarse entonces un estado de desnutrición u obesidad, coincidiendo con la pérdida de masa muscular (Hernández, 2020).

Se estima que durante las últimas cuatro décadas el porcentaje de la población con obesidad ha incrementado de manera constante a más del 40 %, al igual que las comorbilidades relacionadas con la obesidad, las cuales aumentan con la edad; pudiendo ocasionar riesgo de discapacidad, internación en residencias de ancianos y mortalidad temprana en los adultos mayores (Batsis et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud establece que tener un IMC demasiado alto es responsable del 21 por ciento de los casos de cardiopatía isquémica, el 23 por ciento de los accidentes cerebrovasculares isquémicos, el 58 por ciento de la diabetes tipo 2 y el 39 por ciento de la hipertensión (Curilem et al., 2022).

2.2.12.3. SARCOPENIA

Se caracteriza por ser una enfermedad muscular, asociada con pérdida de masa, fuerza y funcionamiento de los músculos, la cual es una característica del envejecimiento relacionada directamente con la disminución de la agilidad y la fuerza, creando una dependencia en esta población (Carrillo-Cervantes et al., 2022).

Esta desencadena múltiples consecuencias clínicas siendo una de las principales la pérdida de la funcionalidad, provocándole directamente dificultad para la deambulacion, para la realización de actividades básicas; disminuyendo la calidad de vida e incrementando la presencia de enfermedades crónicas y el riesgo de morbilidad de los adultos mayores (Carrasco, 2016).

2.2.12.4. DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles aumentados de la glucosa en la sangre, por lo que la presencia de esta comorbilidad en la población adulta representa una disminución en la calidad de vida, debido a las diversas complicaciones que se puede generar, como es la pérdida de la visión, la cual se asocia de manera directa a la pérdida de la función, por otra parte, está la nefropatía diabética que afecta de manera rápida e intensa en el envejecimiento acelerando la disfunción renal, relacionándose directamente con la pérdida de la función debido a la clínica que se presenta con esta patología (Tessier et al., 2015).

2.2.12.5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El envejecimiento produce varios cambios estructurales y funcionales en la vasculatura arterial. Tanto la PA sistólica (PAS) como la PA diastólica (PAD) aumentan con la edad; sin embargo, después de los 60 años, predomina la rigidez arterial central y como consecuencia la PAS continúa aumentando mientras que la PAD disminuye a partir de entonces, asociándose con un

mayor riesgo de enfermedad isquémica, ictus hemorrágico, demencia vascular, enfermedad renal crónica y enfermedades de la rutina, las cuales aumentan el riesgo de pérdida de la funcionalidad y mortalidad de las personas que la padecen (Oliveros et al., 2020).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto es de tipo cuantitativo, ya que se basa en la obtención de datos cuantitativos. En la presente investigación se procederá a identificar los factores sociodemográficos, el estado nutricional y la funcionalidad mediante la toma de medidas antropométricas de adultos mayores activos de la parroquia Sinsao-Zaruma en el año 2024.

La investigación responde a un diseño de tipo no experimental dado que no hay manipulación alguna de las variables y se utilizan medios indirectos como la encuesta para conocer las particularidades de las variables de estudio, además de no influir en las respuestas que emitan los adultos mayores en relación con el cuestionario. La investigación trabaja con el diseño de corte transversal debido a que el levantamiento de información solo se realizará una vez. Se incluye también el diseño descriptivo ya que a partir de los resultados obtenidos en la recolección de información se puede dar detalles de las características sociodemográficas del estado nutricional y funcionalidad de esta población de estudio.

3.2. LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1. Características de la población

En cuanto a la población de estudio considera a 10 adultos mayores de sexo masculino y 25 de sexo femenino con edades comprendidas entre los 65-100 años de vida que residen en la parroquia Sinsao, considerando una factible población de 35 participantes.

Delimitación de la población

- Tiempo: Año 2024.
- Espacio: Parroquia Sinsao.
- Total: 35 pacientes.
- Característica: Adultos Mayores.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores a 65 años.
- Adultos mayores que no estén postrados en cama o hospitalizados.
- Adultos mayores que pertenezcan a la parroquia Sinsao.

Criterios de exclusión

- Adultos menores de 65 años.
- Adultos mayores pasivos.
- Adulto que no pertenece a la parroquia Sinsao.

3.2.2. Tipo de muestra

En cuanto a la muestra, no es probabilística de conveniencia del autor, como lo establece el documento donde se indica que las muestras no probabilísticas o dirigidas se originan de un proceso de selección orientado por las características de la investigación, más que por criterios estadísticos, dado que es delimitada la población de estudio y se incluye a todos (*Metodología de la Investigación, 2014*).

3.2.3. Tamaño de la muestra

Corresponde a la población total de 35 adultos mayores que habitan en la parroquia Sinsao del Cantón Zaruma.

3.2.4. Proceso de selección de la muestra

Debido a que este trabajo tiene una muestra no probabilística, el proceso de selección fue con adultos mayores voluntarios.

3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1. Métodos empíricos

El análisis de los datos, desde la recolección hasta su interpretación, permitió obtener resultados necesarios para determinar si las hipótesis fueron o no aceptadas. Se utilizó 1 método empírico considerando como técnica.

- Encuesta: Para determinar información sobre los factores sociodemográficos, composición corporal y su funcionalidad.

3.3.2. Técnica

Para el registro de peso se empleó una balanza donde se pidió que utilizaran una bata quirúrgica, para posteriormente retirarse los zapatos para proceder a tomar la muestra. En la toma de talla se utilizó un tallímetro de pared realizando la técnica adecuada colocando al adulto mayor de pie, con los hombros pegados a la pared, talones hacia atrás y pies semiabiertos.

Para la realización de la encuesta, se procedió a dar una breve inducción de las preguntas y finalidad de esta.

3.3.3. Instrumentos para la toma de datos antropométricos

Para la toma de peso (kg) se utilizó la báscula de piso móvil SECA 874 con serie 1000000186383 debidamente calibrada, para el registro de la talla (m) se empleó el Estadiómetro móvil seca 217, ambos con estándares de calidad y seguridad, ya que cuenta

con la aprobación CE, instrumentos que se encuentran en las unidades del Ministerio de Salud del Ecuador.

Para la obtención de información sobre las características sociodemográficas se empleó una encuesta, y para el diagnóstico de la funcionalidad del adulto mayor se utilizó una escala certificada y validada por el ministerio de inclusión social y económica del Ecuador.

3.4. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

El primer punto es crear una matriz de base de datos de los resultados que contenga los criterios de las preguntas de la escala. Para hacerlo posible, se utilizó el programa estadístico R–Estudio, Excel. Esta herramienta digital permite a los investigadores poder representar resultados de una investigación; en el caso del proyecto, se presentarán datos de estado nutricional, características sociodemográficas y escala de funcionalidad.

Con la matriz creada se procede a ingresar cada uno de los valores obtenidos, esto con la finalidad de tener una base de datos con la información.

Es importante que se establezcan los tipos de gráficos histogramas, frecuencias y tablas. La estadística utilizada es de tipo descriptiva, esto permite tener información porcentual de los criterios tanto del estado nutricional, de las características sociodemográficas y escala de funcionalidad.

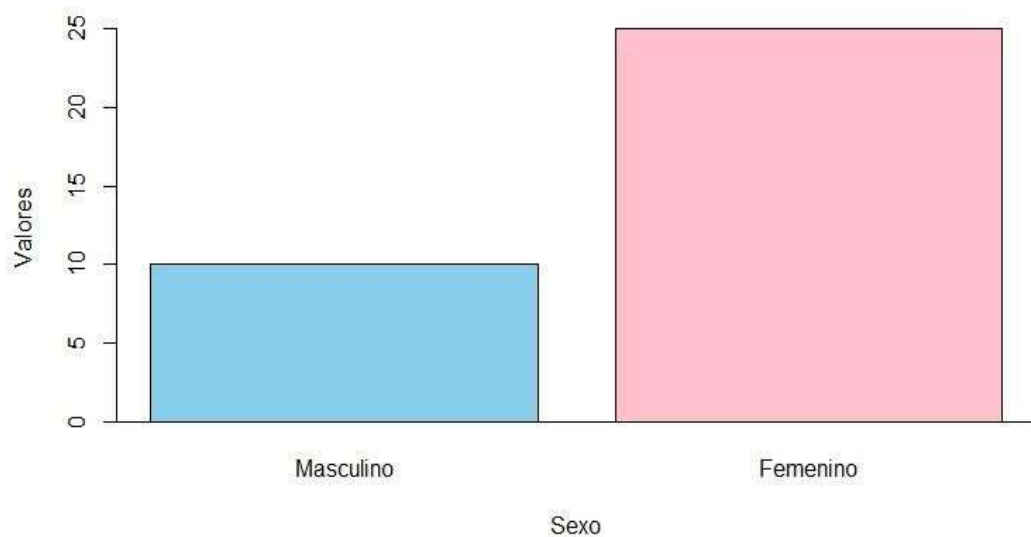
4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de la situación actual

4.1.1. Estudio de las características sociodemográficas de los adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma

Sexo

Figura 1: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable sexo



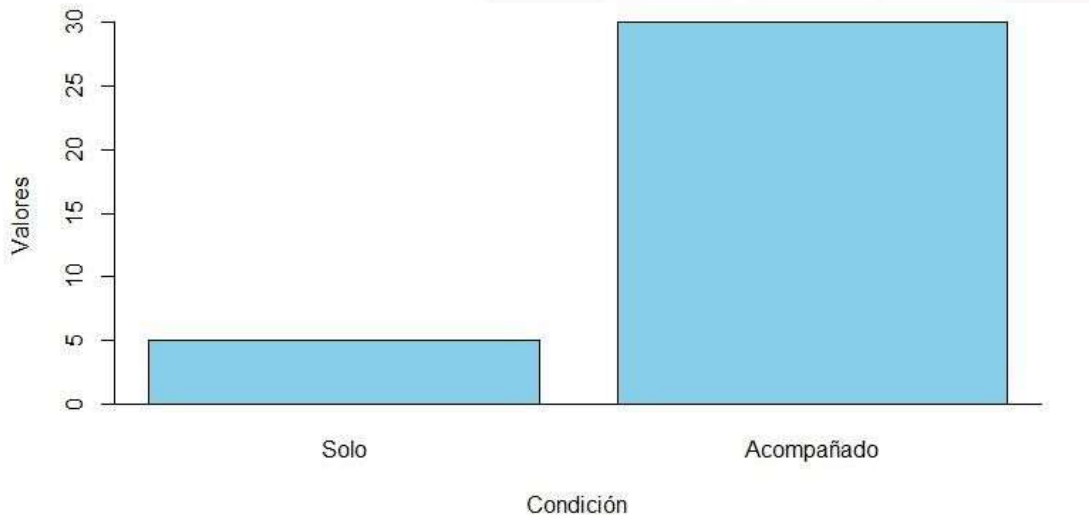
Fuente: Elaboración propia, 2024

Análisis: En la figura de la variable sexo consiste en un total de 35 individuos, de los cuales 10 son identificados como masculinos y 25 como femeninos. Esto representa una proporción de aproximadamente 28.6% para los individuos masculinos y 71.4% para los individuos femeninos. Este análisis revela una predominancia de participantes femeninos en la muestra.

Interpretación: Según los datos obtenidos indica una clara predominancia de participantes femeninos en la muestra, sugiriendo un posible sesgo hacia la inclusión de mujeres en comparación con hombres.

Acompañamiento

Figura 2: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable acompañamiento.



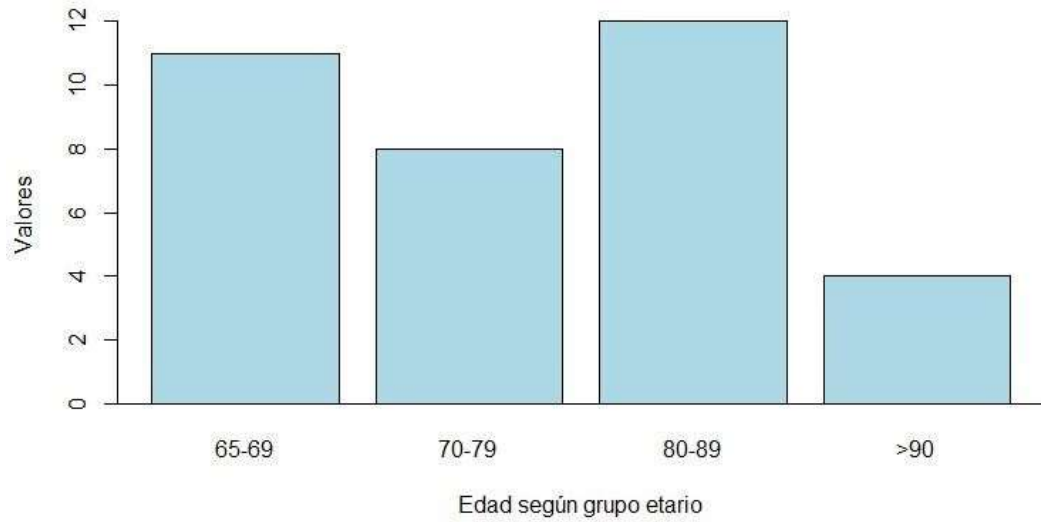
Fuente: Elaboración propia, 2024

Análisis: En la muestra analizada, se observa que la mayoría de las personas, del total de 35 personas encuestadas 29 respondieron acompañada aproximadamente el 82.9%, mientras 6 personas que alrededor del 17.1% están solas.

Interpretación: Según los resultados obtenidos la presencia de compañía es predominantemente común entre los individuos incluidos en la muestra, reflejando una preferencia o situación habitual de estar en compañía en lugar de estar solos.

Edad

Figura 3: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable edad.



Fuente: Elaboración propia, 2024

Tabla 6: Distribución de frecuencias de la variable edad

Estadísticos	Edad_años
Media	77,03
Varianza	92,97
Desviación	9,64

Fuente: Elaboración propia, 2024

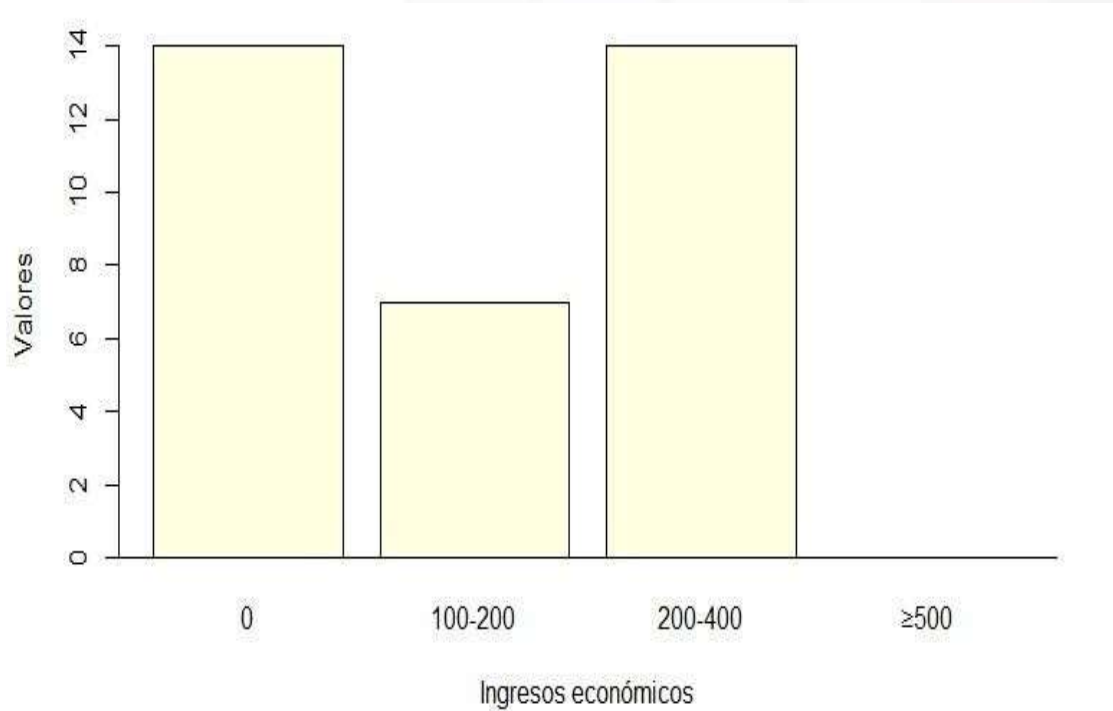
Análisis: La gráfica refleja una distribución desigual en el número de participantes por grupo de edad. El grupo de 80-89 años tiene la mayor cantidad de personas (12), representando el 34.29% del total de encuestados, seguido por el grupo de 65-69 años (11) con el 31.43%. El grupo de 70-79 años (8) constituye el 22.86% de los participantes, mientras que el grupo de ≥ 90 años (4) representa el 11.43%.

Y relación a la tabla 5, la media de edad de la muestra es de aproximadamente 77.03 años, lo que indica que, en promedio, las personas tienen alrededor de 77 años. La varianza de 92.97 años sugiere que hay una dispersión considerable en las edades de las personas encuestadas. Además, la desviación estándar de 9.64 años indica que la mayoría de las edades están dentro de aproximadamente 9.64 años de la media.

Interpretación: Según lo expuesto el grupo etario entre 80-89 años son lo de mayor frecuencia en el estudio demostrando un interés particular en entender las características, necesidades o comportamientos de los adultos mayores, posiblemente debido a su creciente relevancia demográfica y social en diversas áreas de estudio como la salud, la psicología o la sociología geriátrica.

Ingresos Económicos

Figura 4: Representación gráfica de la distribución de frecuencias de la variable ingresos económicos



Fuente: Elaboración propia, 2024

Tabla 7: Distribución de frecuencias de la variable ingreso mensual

Estadísticos	Ingresos_mensual
Media	128,57
Varianza	14894,96
Desviación	122,04

Fuente: Elaboración propia, 2024

Análisis: La figura 4 nos muestra la distribución de las respuestas de la encuesta sobre los ingresos económicos mensuales, la mayoría de los encuestados informaron tener ingresos en los rangos de \$0 y \$200-400, con 14 respuestas en cada uno de estos rangos. Siete respuestas se encuentran en el rango de \$100-200, mientras que ninguna persona reportó tener ingresos de al menos \$500.

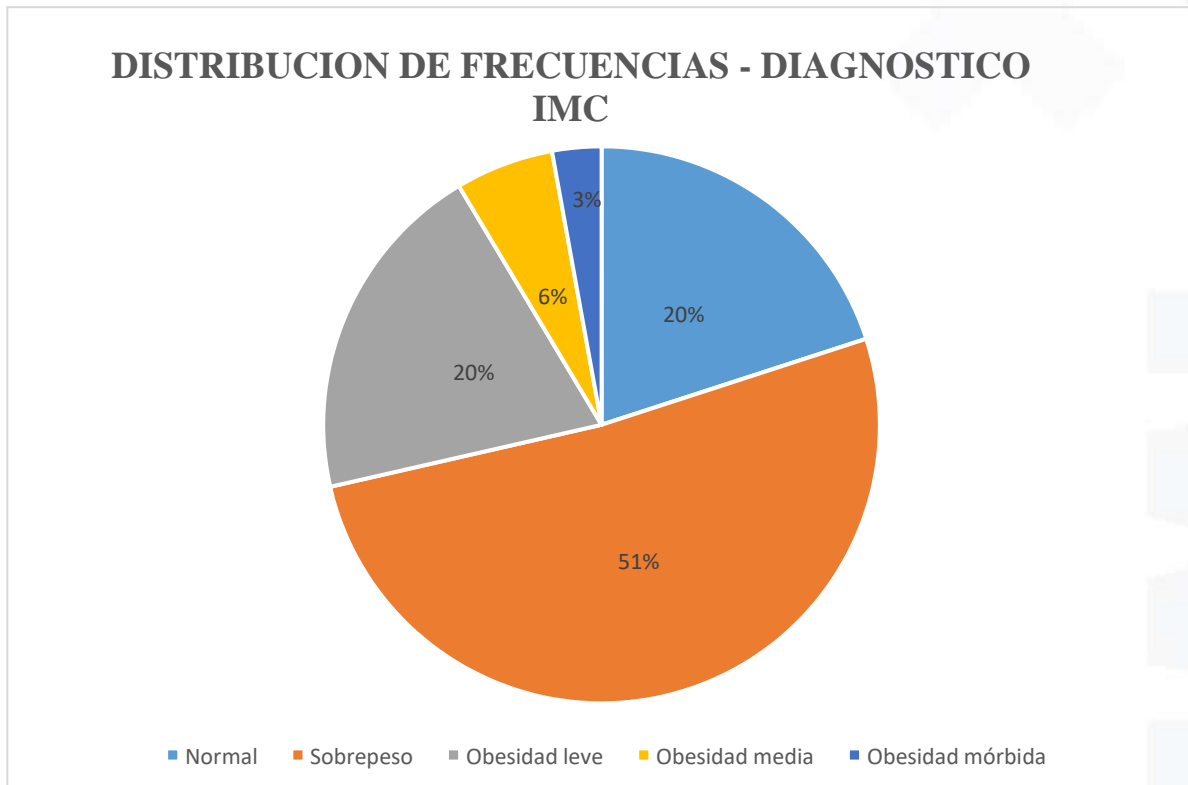
Los estadísticos describen la distribución de ingresos mensuales en la muestra de la encuesta. La media de ingresos mensuales es de \$128.57, lo que indica el valor promedio de los ingresos entre los encuestados. La varianza de \$14894.96 indica la dispersión de los ingresos alrededor de la media, donde una varianza mayor sugiere una mayor dispersión de los ingresos. La desviación estándar de \$122.04 indica que la mayoría de los ingresos se encuentran dentro de \$122.04 de la media, lo que sugiere una concentración de los ingresos alrededor del valor promedio.

Interpretación: Este análisis revela una concentración de respuestas en los rangos de ingresos más bajos y medios, lo que sugiere que la mayoría de los encuestados tienen ingresos moderados o bajos según los rangos proporcionados, lo cual revela un punto de interés social y económico de la población de estudio, lo cual podría influir en las limitaciones funcionales en un progreso de la línea de tiempo.

4.1.2. Análisis del estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas peso, talla, índice de masa corporal

Figura 5: Representación gráfica de la variable IMC

Fuente: Elaboración propia, 2024



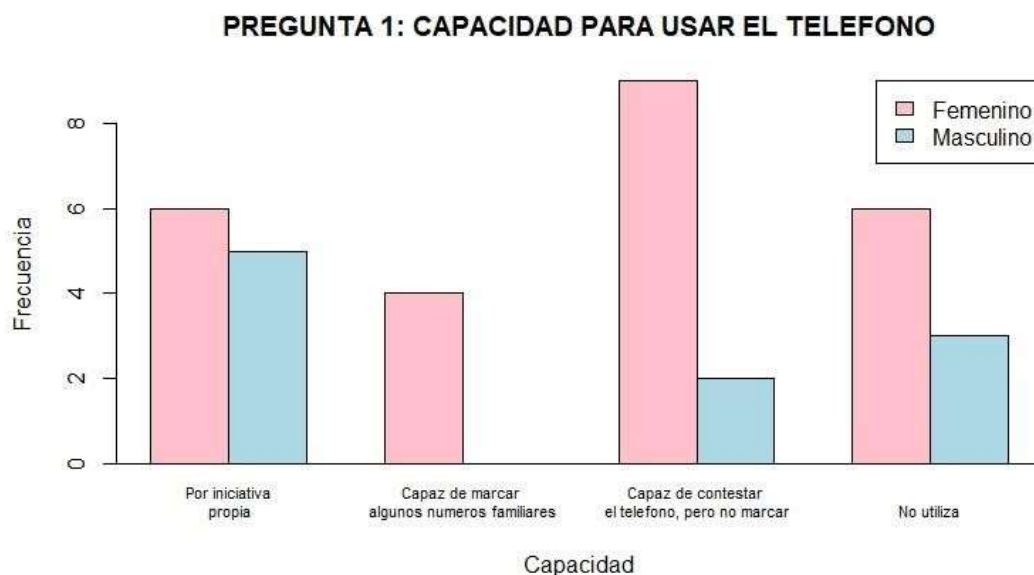
Análisis: Los datos muestran la distribución de los participantes según las categorías de peso determinadas por su Índice de Masa Corporal (IMC). La mayoría de los participantes, el 51.43% del total, caen en la categoría de sobrepeso, seguida por la categoría de obesidad leve, que representa el 20% del total. La categoría de peso normal comprende al 20% de los participantes, mientras que las categorías de obesidad media y obesidad mórbida tienen una representación más baja, con el 5.71% y el 2.86% respectivamente.

Interpretación: En relación a los datos obtenidos se observa una prevalencia significativa de sobrepeso y obesidad leve entre los participantes, con una proporción menor de individuos en las

categorías de peso normal, obesidad media y obesidad mórbida, lo que puede ser indicativo de patrones de salud y alimentación dentro de este grupo específico de participantes.

4.1.3. Valoración del grado de funcionalidad de los adultos mayores mediante la aplicación de la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Figura 6: Representación gráfica de la pregunta 1 de la escala



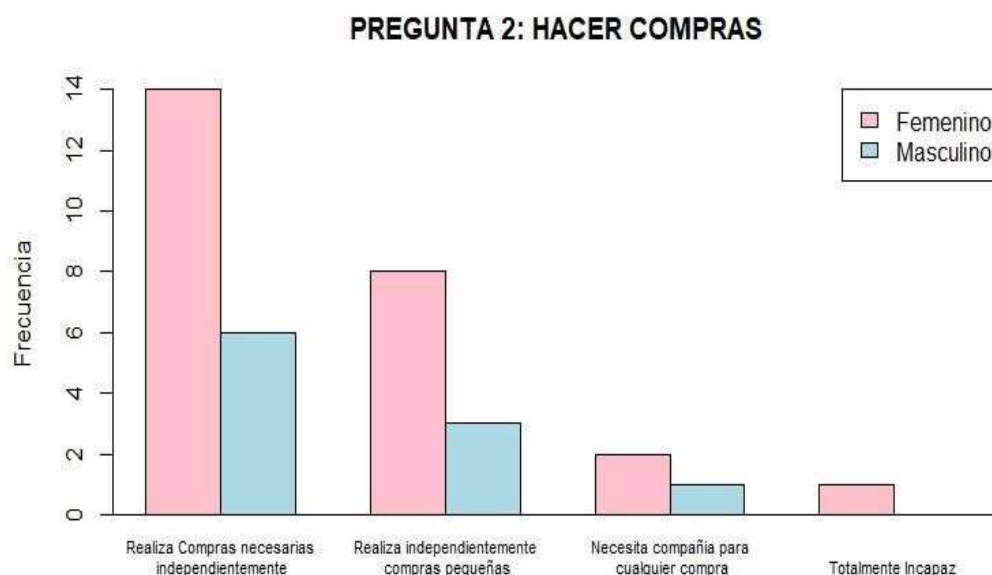
Fuente: Elaboración propia, 2024

Análisis: Las tablas comparativas de hombres y mujeres en cuanto a su capacidad para utilizar el teléfono muestran diferencias significativas en términos de habilidades y preferencias. En el caso de las mujeres, hay una variedad de capacidades identificadas, desde aquellas capaces de usar el teléfono por iniciativa propia hasta aquellas que pueden contestar llamadas, pero no marcar números específicos. Sin embargo, tanto hombres como mujeres muestran una tendencia similar hacia la no utilización del teléfono, aunque las mujeres tienden a tener una puntuación

ligeramente más alta en esta categoría. Por otro lado, los hombres muestran una carencia notable en la capacidad de marcar algunos números de familiares, lo que sugiere una diferencia en la familiaridad con esta tarea en comparación con las mujeres.

Interpretación: Según los datos obtenidos se ha evidenciado que las mujeres desarrollan gran variedad de capacidades, desde usar el teléfono por iniciativa propia hasta solo poder contestar llamadas, mientras que los hombres exhiben una notable carencia en cuanto al uso de tecnología.

Figura 7: Representación gráfica de la pregunta 2 de la escala.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: La capacidad de compra entre hombres y mujeres revelan diferencias significativas en términos de independencia y autonomía en el proceso de compra. En el caso de las mujeres, la mayoría muestra una capacidad considerable para realizar compras necesarias de manera independiente, con una puntuación significativamente alta de 14, mientras que una minoría necesita compañía para cualquier compra, lo que indica una dependencia más marcada. Por otro

lado, en el grupo de hombres, si bien la mayoría también puede realizar compras necesarias independientemente, la puntuación es ligeramente menor que en las mujeres, con un puntaje de 6. Además, hay una tendencia similar hacia la necesidad de compañía para realizar compras, aunque en menor medida que en las mujeres.

Interpretación: Según los datos recolectados en el presente estudio se observa diferencias claras en cuanto a la capacidad de compra entre hombres y mujeres, subrayando que el sexo femenino presenta mayor independencia en este aspecto, sin embargo, algunas mujeres todavía requieren compañía, lo que sugiere una variabilidad en su autonomía.

Figura 8: Representación gráfica de la pregunta 3 de la escala.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: La figura revela la diversidad de habilidades en la preparación de comida entre las mujeres encuestadas. La mayoría (puntuación de 20) demuestra una capacidad considerable para organizar, preparar y servir comidas por sí mismas, reflejando un alto nivel de autonomía en la cocina. Sin embargo, un grupo más pequeño (puntuación de 3) muestra habilidades limitadas, siendo capaz de preparar comidas solo si se les proporcionan los ingredientes. Además, hay

mujeres que pueden preparar, calentar y servir comidas, pero no siguen dietas específicas (puntuación de 2), lo que indica una autonomía en la cocina, pero con ciertas limitaciones. Por último, no se identificaron mujeres que necesiten que los preparen y sirvan la comida (puntuación de 0), lo que sugiere que todas tienen al menos algún grado de habilidad para la preparación de alimentos. Estos resultados destacan la importancia de considerar la diversidad de habilidades y necesidades al analizar la capacidad de preparación de comida en este grupo demográfico.

Interpretación: Los resultados proporcionan un análisis claro y detallado de las habilidades culinarias entre las mujeres encuestadas, destacando la variabilidad en sus capacidades y niveles de autonomía. Es interesante ver que la mayoría tiene una alta autonomía en la cocina, lo que refleja una fuerte capacidad para gestionar sus necesidades alimenticias. La presencia de un grupo con habilidades limitadas y otro que no sigue dietas específicas indica que, aunque muchas mujeres son independientes en la cocina, aún existen diferentes niveles de competencia.

Figura 9: Representación gráfica de la pregunta 4 de la escala.

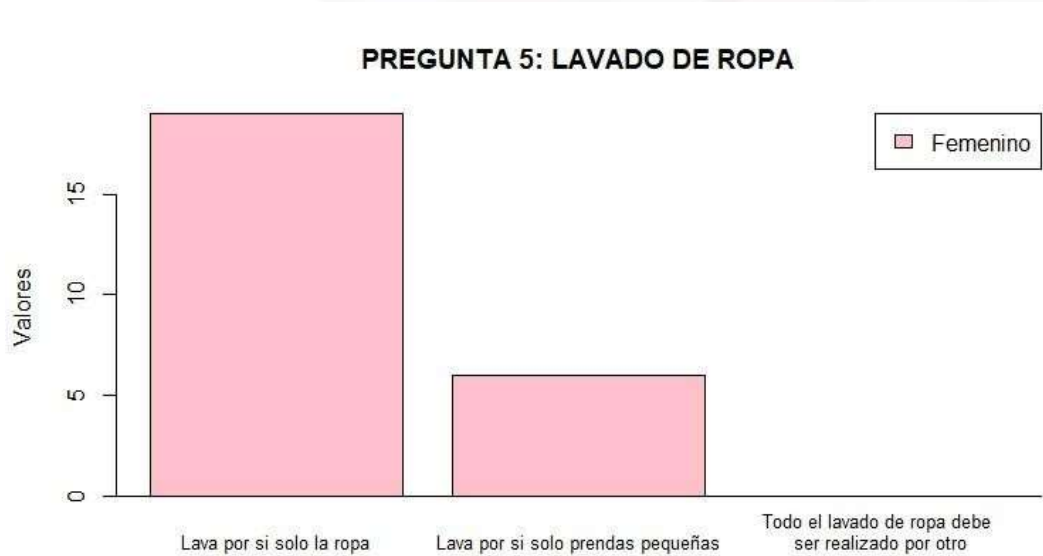


Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: La figura proporciona una visión detallada de la capacidad de cuidado del hogar en mujeres, con cinco niveles de habilidad distintos. La mayoría de las mujeres encuestadas (puntuación de 16) se dedican a tareas ligeras como lavar platos o hacer las camas, lo que sugiere un grado significativo de participación en el mantenimiento del hogar. Un número considerable (puntuación de 5) mantiene la casa sola o con ayuda ocasional, lo que indica una autonomía en el cuidado del hogar, aunque con posible colaboración. Sin embargo, algunas mujeres (puntuación de 4) necesitan ayuda en todas las labores de la casa, lo que sugiere una dependencia significativa en el mantenimiento del hogar.

Interpretación: Los datos muestran una visión detallada y estructurada de las habilidades y niveles de autonomía en el cuidado del hogar entre las mujeres encuestadas. Destaca la variedad de roles que desempeñan las mujeres, desde aquellas que son muy independientes en tareas domésticas básicas hasta aquellas que necesitan ayuda constante para realizar cualquier labor en el hogar. Este análisis subraya la importancia de reconocer las diferentes capacidades y necesidades dentro de este contexto, lo cual es crucial para entender mejor cómo se distribuyen las responsabilidades y las dinámicas domésticas.

Figura 10: Representación gráfica de la pregunta 5 de la escala.

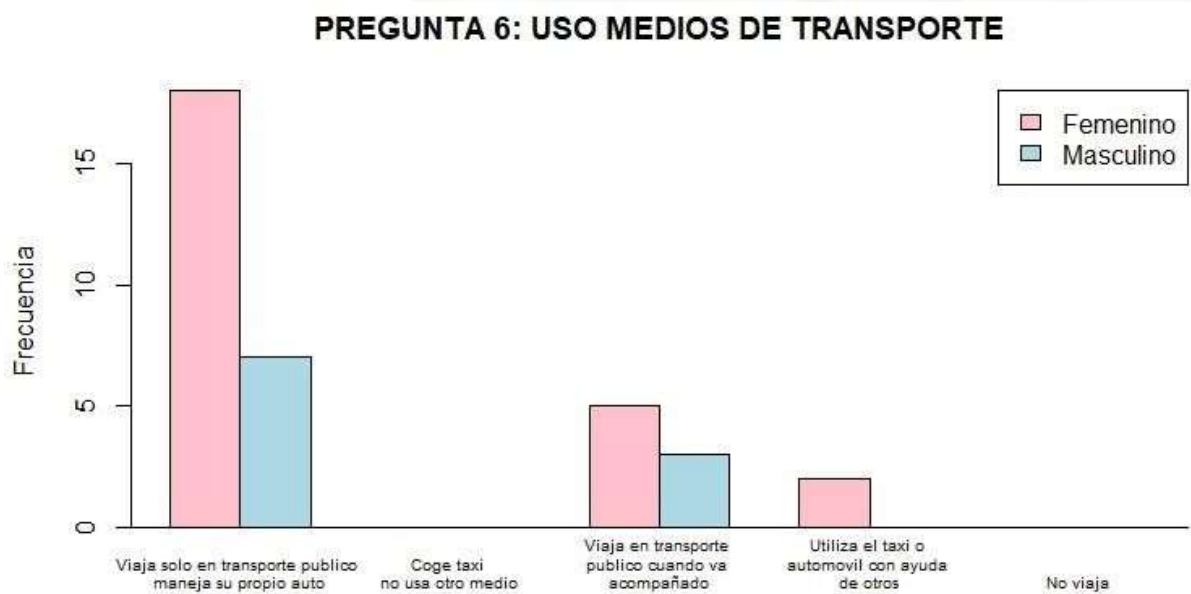


Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: La figura describe la capacidad de lavado de ropa en mujeres, presentando tres niveles de habilidad distintos. La mayoría de las mujeres encuestadas (puntuación de 19) son capaces de lavar la ropa por sí mismas, reflejando un alto grado de autonomía en esta tarea doméstica. Un grupo más reducido (puntuación de 6) indica que pueden lavar pequeñas prendas por sí mismas, aunque posiblemente requieran asistencia para tareas más complejas. No se identificaron mujeres que necesiten que todo el lavado de ropa sea realizado por otro.

Interpretación: Según los datos obtenidos se destaca niveles variados de autonomía en la realización de tareas domésticas, es alentador ver que la mayoría de las mujeres son capaces de realizar el lavado de ropa por sí mismas, lo que refleja una habilidad y autonomía significativas en esta área.

Figura 11: Representación gráfica de la pregunta 6 de la escala.



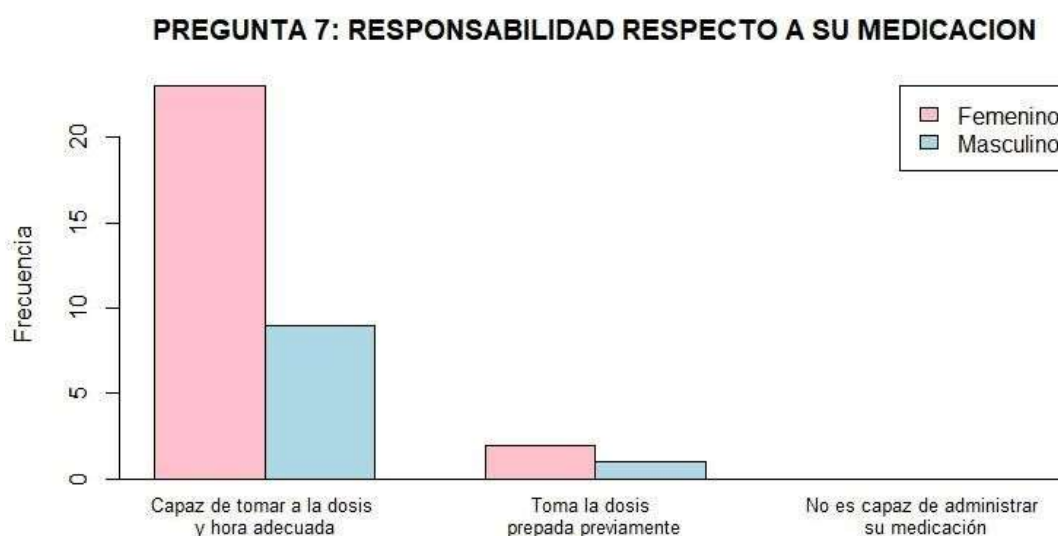
Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: Al comparar el uso de medios de transporte entre hombres y mujeres, se observan algunas diferencias significativas. En el caso de las mujeres, la mayoría (puntuación de 18) viajan solas en transporte público o manejan su propio coche, lo que refleja un alto nivel de independencia y autonomía en la movilidad. Sin embargo, para los hombres, si bien hay una cantidad considerable (puntuación de 7) que también viajan solos en transporte público o manejan su propio coche, este número es menor en comparación con las mujeres. Además, ninguno de los hombres encuestados depende del taxi como su principal medio de transporte, a diferencia de algunas mujeres que optan por este medio. Estos resultados sugieren una diferencia en los patrones de movilidad entre hombres y mujeres, con las mujeres mostrando una mayor independencia en el uso de medios de transporte.

Interpretación: El texto proporciona una perspectiva interesante sobre las diferencias en los patrones de movilidad entre hombres y mujeres. Destaca cómo las mujeres muestran una mayor

independencia al utilizar medios de transporte como el transporte público o sus propios vehículos, en comparación con los hombres. Esta autonomía en la movilidad sugiere una mayor diversidad de opciones y una capacidad para manejar sus propios desplazamientos de manera más independiente. La ausencia de hombres que dependen del taxi como principal medio de transporte también resalta una diferencia en las preferencias y necesidades de movilidad entre ambos géneros. En resumen, el texto ofrece una visión sobre cómo las diferencias de género pueden influir en los patrones de movilidad y autonomía en el uso de medios de transporte.

Figura 12: Representación gráfica de la pregunta 7 de la escala



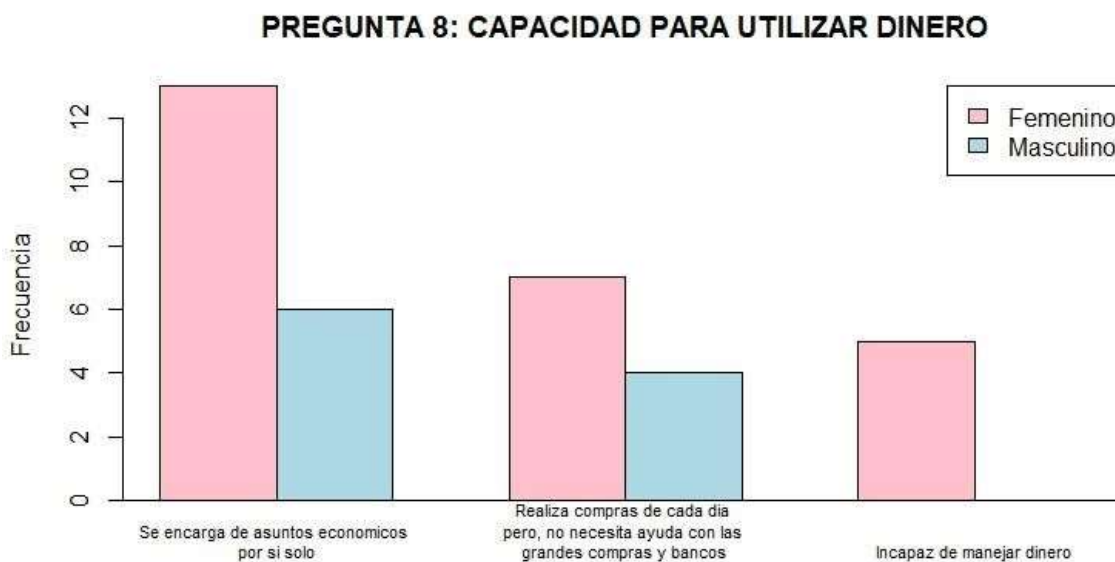
Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: Al comparar la responsabilidad respecto a la medicación entre hombres y mujeres, se observa una diferencia significativa en el grado de capacidad para tomar la medicación a la dosis y hora adecuada. En el sexo femenino, la mayoría (puntuación de 23) es capaz de administrarse su medicación a la dosis y hora adecuada, mostrando un alto nivel de responsabilidad en este aspecto de su cuidado de la salud. Por otro lado, en el sexo masculino, si bien una cantidad considerable (puntuación de 9) también muestra esta capacidad, con menor cantidad debido a la

proporción de encuestados. Además, en ambos grupos, la cantidad de personas que no son capaces de administrarse su medicación es igualmente baja (puntuación de 0).

Interpretación: La presente investigación destaca claramente que la mayoría de las mujeres encuestadas son capaces de cumplir con la dosis y hora adecuada de su medicación, lo cual refleja un alto nivel de responsabilidad y autogestión en su cuidado de la salud. Por otro lado, aunque una cantidad considerable de hombres también demuestra esta capacidad, la proporción es menor en comparación con las mujeres. La baja incidencia de personas incapaces de administrarse su medicación en ambos grupos subraya una competencia generalizada en este aspecto crucial de la salud.

Figura 13: Representación gráfica de la pregunta 8 de la escala.



Fuente: Elaboración propia, 2024

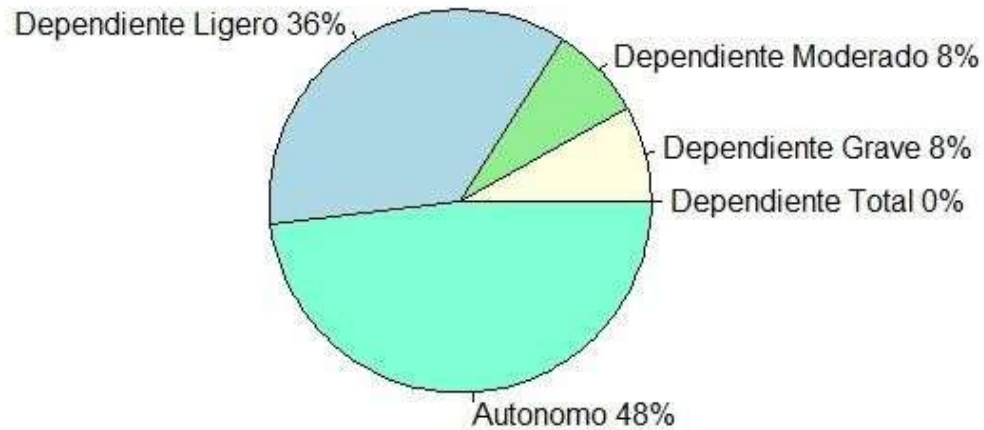
Análisis: Al comparar la capacidad para utilizar el dinero entre hombres y mujeres, se observa que tanto hombres como mujeres muestran cierto grado de autonomía en asuntos financieros, pero con diferencias en la distribución de las habilidades. En el sexo femenino, una proporción

considerable (puntuación de 13) se encarga de los asuntos económicos por sí sola, mostrando un alto nivel de independencia financiera. Además, otro grupo significativo (puntuación de 7) realiza compras diarias sin necesitar ayuda con grandes compras o transacciones bancarias, lo que indica un grado de autonomía financiera menor en comparación con el primer grupo. Por otro lado, en el sexo masculino, una cantidad notable (puntuación de 6) se encarga de los asuntos económicos por sí sola. Además, un grupo más reducido (puntuación de 4) realiza compras diarias sin necesitar ayuda con grandes compras o transacciones bancarias. Se observa que en ambos sexos hay una minoría que se considera incapaz de manejar dinero, aunque esta proporción es mayor en el sexo femenino.

Interpretación: Según los datos obtenidos se visualiza cómo hombres y mujeres gestionan sus asuntos económicos y muestra diferencias interesantes en términos de autonomía financiera. Es alentador ver que una proporción significativa tanto de hombres como de mujeres son capaces de manejar sus finanzas de manera independiente, ya sea encargándose completamente de sus asuntos económicos o realizando compras diarias sin necesidad de ayuda para transacciones mayores. Sin embargo, también señala que hay una minoría en ambos grupos que se considera incapaz de manejar dinero, con una proporción ligeramente mayor en el sexo femenino.

Figura 14: Representación gráfica de la capacidad funcional femenina de la escala

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS – CAPACIDAD FUNCIONAL FEMENINA



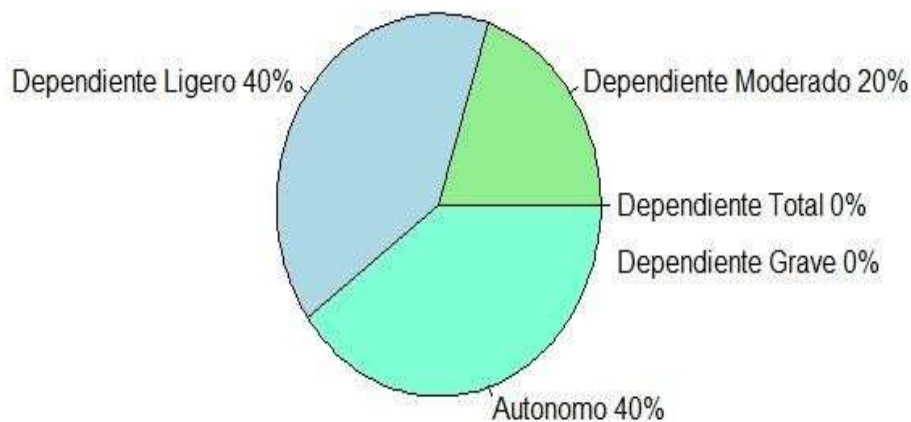
Fuente: Elaboración propia, 2024

Análisis: Con relación al diagnóstico de la capacidad funcional femenina, podemos observar que, de las 25 personas encuestadas, el 48% son autónomos en sus actividades, el 36% presentan una dependencia ligera, mientras que dependencia moderada y grave únicamente 8% y finalmente 0% dependencia total.

Interpretación: Estos resultados ofrecen una visión detallada de cómo se distribuyen los niveles de autonomía y dependencia entre las mujeres encuestadas, destacando la mayoría con capacidad para realizar sus tareas diarias de manera independiente.

Figura 15: Representación gráfica de la capacidad funcional masculina de la escala.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS – CAPACIDAD FUNCIONAL MASCULINA



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Análisis: Con relación al diagnóstico de la capacidad funcional masculina, podemos observar que, de las 10 personas encuestadas, el 40% son autónomos en sus actividades, el 40% presentan una dependencia ligera, mientras que dependencia moderada 20% y finalmente una dependencia grave y total 0%.

Interpretación: Estos resultados ofrecen una visión equilibrada de cómo se distribuyen los niveles de autonomía y dependencia entre los hombres encuestados, subrayando la mayoría con capacidad para realizar sus actividades diarias de manera autónoma o con asistencia mínima.

4.2. ANALISIS COMPARATIVO

En cuanto a los factores sociodemográficos, en los resultados obtenidos en las 35 personas encuestadas, se constató que los ingresos económicos de esta población son bajos con un ingreso mensual que varía de 0 hasta 400\$, valores que no son apropiados para cubrir las necesidades de

esta población. Como concluyen en su artículo científico Chavarría y colaboradores, que la población adulta mayor con menores ingresos económicos presenta mayores factores de riesgo en cuanto a su estilo de vida por la baja ingesta de verduras, frutas y lácteos, ya que tienen una capacidad limitada para el consumo de alimentos (Chavarría Sepúlveda et al., 2017).

Por otra parte, la realización de actividad física o la dependencia para desarrollar actividades diarias son de gran relevancia en los adultos mayores, aunque este dato no fue valorado con exactitud, mediante la aplicación de la escala de Lawton y Brody en las preguntas 3,4,5 y 6 se determinó que la funcionalidad difiere según el género, se observa que, en las mujeres, la autonomía es predominante, mientras que en los hombres hay una distribución equitativa entre la autonomía y una leve dependencia, siendo estos más propensos a adquirir diferentes patologías. Tal como lo cita Curilem y colaboradores en su artículo que es de gran importancia la combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia muscular, siendo una estrategia efectiva para mitigar complicaciones metabólicas y a la mejoría en la función física de esta población, prolongando la independencia funcional y la calidad de vida de los adultos mayores (Curilem et al., 2022).

En su artículo científico Di Lorito menciona que la implicación de los adultos mayores en la actividad física conlleva numerosos beneficios para su salud y puede retardar ciertos efectos negativos asociados al proceso de envejecimiento. (Di Lorito et al., 2021). Por lo que la OMS recomienda que los adultos mayores realicen al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada o 75 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa, ya que mantenerse activo reduce las enfermedades no transmisibles, la depresión y el deterioro cognitivo (World Health Organization, 2010).

El IMC evaluado en la muestra del estudio encontró que la mayoría de los participantes presentaban sobrepeso y obesidad, las cuales a largo plazo podrían causar diferentes comorbilidades por lo que mediante la valoración ICC se determina que el 80% presenta un riesgo alto de presentar patologías relacionadas con el funcionamiento mientras que el 20% presentan un riesgo moderado. A estos resultados se suma los de Oleas y colaboradores quienes indican se utiliza el IMC como un método para diagnosticar exceso de grasa corporal, encontrándose un punto de corte de ≥ 25 kg/m² posee una alta sensibilidad y especificidad (Oleas Galeas et al., 2017). Similar al estudio de Otero y Rosas que mostro que el exceso de peso fue el hallazgo nutricional más frecuente (Otero, 2017).

La malnutrición está relacionada con la aparición de otras enfermedades, aumentando el riesgo de hospitalización y de sufrir caídas. Sin embargo, la evaluación del estado nutricional a nivel mundial no es una prioridad, lo cual impide la detección temprana de problemas nutricionales (Córdova et al., 2020). Evidenciándose en este estudio que debido a las múltiples comorbilidades que presenta la muestra se ha ido deteriorando su dependencia funcional y calidad de vida, aumentando su morbimortalidad.

Dado que los entornos sociales favorables y los hábitos de vida saludables son cruciales para mantener un buen estado de salud, es intrigante explorar investigaciones que enfoquen las condiciones de vida como influencias clave en los hábitos alimenticios y la nutrición.

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas estudiadas sexo, edad, acompañamiento, e ingresos económicos las cuales demostraron una mayor representación del sexo femenino en comparación con el masculino, sugiriendo una posible tendencia demográfica. Además, se observa una distribución significativa de participantes en los grupos de edad de 65-69 años y 80-89 años, lo que refleja una muestra con una marcada presencia de adultos mayores. El acompañamiento se presentó alrededor del 82.9%, se encuentra acompañada, sugiriendo que la presencia de compañía es común entre los participantes encuestados. En cuanto a los ingresos económicos, la mayoría de los participantes se encuentran en el rango de \$200-\$400. En conjunto, estos datos ofrecen una visión demográfica y socioeconómica diversa de los participantes en el estudio.
- Se observó una prevalencia considerable de sobrepeso y obesidad entre los participantes, con el 51.43% clasificados como sobrepeso y el 20% como obesidad leve, mientras que solo el 20% se encuentra en la categoría de peso normal. Aunque la categoría de peso normal también tiene una presencia significativa, las categorías de obesidad media y obesidad mórbida muestran una representación más baja en comparación.

- Con relación a la escala de Lawton y Brody en su diagnóstico de la capacidad funcional, se observó una diferencia en la distribución de la capacidad funcional entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres, el 40% muestra autonomía en sus actividades, seguido por un 40% que presenta dependencia ligera. En contraste, el 48% de las mujeres son autónomas, con un 36% mostrando dependencia ligera. Además, se observa que solo un 20% de los hombres tienen dependencia moderada, mientras que, para las mujeres, tanto la dependencia moderada como la grave representan solo el 8% cada una. Es notable que no se identificaron casos de dependencia total en ninguna de las muestras. Estos hallazgos sugieren que, si bien hay similitudes en los niveles de autonomía y dependencia entre hombres y mujeres, existe una ligera variación en la distribución de la capacidad funcional entre los dos géneros.

5.2. RECOMENDACIONES

- Dado que la muestra estudiada revela una mayor representación del sexo femenino en comparación con el masculino, así como una presencia significativa de adultos mayores en los grupos de edad de 65-69 años y 80-89 años, se recomienda que los programas y políticas sociales y de salud dirigidos a esta población y aborden temas de interés. Además, dado que aproximadamente el 82.9% de los participantes están acompañados, es importante fomentar la creación de redes de apoyo social y comunitario para promover el bienestar social, emocional y el envejecimiento saludable entre los adultos mayores.
- Al observar una diferencia en la distribución de la capacidad funcional entre hombres y mujeres, con una mayor proporción de mujeres mostrando autonomía en comparación con los hombres, se recomienda que los programas de atención médica y servicios sociales consideren estas diferencias de género al diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la autonomía y la calidad de vida de la población. Instruir actividades que mejoren la capacidad funcional de cada adulto mayor. Además, es importante identificar y abordar las necesidades específicas de aquellos con dependencia ligera, moderada o grave, proporcionando los recursos y apoyos necesarios para mejorar su funcionalidad y promover su independencia en la medida de lo posible.

- Se presentó una prevalencia considerable de sobrepeso y obesidad entre los adultos mayores participantes, se recomienda implementar intervenciones específicas dirigidas a esta población. Esto podría incluir programas de ejercicio adaptados a las necesidades y capacidades de los adultos mayores, así como talleres educativos sobre hábitos alimenticios saludables y la importancia del control del peso. Además, es crucial promover la atención médica preventiva en este grupo, incluyendo la evaluación mensual del índice de masa corporal, para identificar y abordar tempranamente cualquier factor de riesgo cardiovascular o metabólico que pueda surgir

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agualongo, D. (2020). [El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación, por A. Garcés]. *Revista Vínculos*, 5(2), 19-27.
- Ai, M., Morris, T., Ordway, C., Quinoñez, E., D'Agostino, F., Whitfield, S., Hillman, C., Pindus, D., McAuley, E., Mayo, N., De La Colina, A., Phillips, S., Kramer, A., & Geddes, M. (2021). The Daily Activity Study of Health (DASH): A pilot randomized controlled trial to enhance physical activity in sedentary older adults. *Contemporary Clinical Trials*, 106, 106405. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106405>
- Barrón-Pavón, V., González-Stager, M. A., & Rodríguez-Fernández, A. (2023). Relación entre la composición corporal y el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres mayores activas de Chillán (Chile). *Revista Española de salud pública*, 97, e202306045.
- Batsis, J., Roderka, M., Rauch, V., Seo, L. M., Li, X., DiMilia, P., Gooding, T., Gilbert, D., McClure, A., & Roth, R. (2021). Impact of Diet and Exercise on Weight and Cognition in Older Adults: A Rapid Review. *American Journal of Health Promotion*, 35(3), 456-466. <https://doi.org/10.1177/0890117120983795>
- Bauce, G. (2020). Evaluación antropométrica de un grupo de pacientes adultos mayores. *Revista Digital de Postgrado*, 9(2), e225. <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.2.e225>
- Bravo, C. (2021). Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Revista chilena de nutrición*, 48(5), 741-747. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000500741>
- Brizzolara, A. (2001, enero 1). *Cambios fisiológicos de la tercera edad*. <https://www.medwave.cl/puestadia/congresos/1110.html>

- Carrasco, B. k. (2016). Sarcopenia y dependencia funcional (DF) en el anciano. *Gaceta Médica de México*. https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_444-451.pdf
- Carrillo-Cervantes, A. L., Medina-Fernández, I. A., Sánchez-Sánchez, D. L., Cortez-González, L. C., Medina-Fernández, J. A., Cortes-Montelongo, D. B., Carrillo-Cervantes, A. L., Medina-Fernández, I. A., Sánchez-Sánchez, D. L., Cortez-González, L. C., Medina-Fernández, J. A., & Cortes-Montelongo, D. B. (2022). Sarcopenia como factor predictor de dependencia y funcionalidad en adultos mayores mexicanos. *Index de Enfermería*, 31(3), 170-174.
- Casanova, Durantez, C., Hernández, Á., López, R., & Martín. (2022). Description and clinical application of comprehensive geriatric assessment scales: A rapid systematic review of reviews. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 222(7), 417-431. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.01.002>
- Chavarría Sepúlveda, P., Barrón Pavón, V., & Rodríguez Fernández, A. (2017). Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 361-372.
- Córdova, L. Á., Martínez, D. S., Pérez, D. F., Nieto, V. H. S., Morán, J. A. I., & Pazmiño, C. L. A. (2020). Caracterización nutricional y funcional de adultos mayores de una comunidad de Guayaquil, Ecuador. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.067>
- Cruz, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2,

- Bautmans, I., Baeyens, J.-P., ... Schols, J. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Curilem, C., Guandalini, R., Liabeuf, G., Bahamondes, C., Bruneau, J., & Berral, F. J. (2022). Effect of exercise on the memory of overweight or obese older adults: Systematic review. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 14(1), 58-74. <https://doi.org/10.18004/rdn2022.jun.01.058.074>
- Durán, S., Candia, P., & Pizarro, R. (2017). Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1311-1318. <https://doi.org/10.20960/nh.1081>
- Folven, K., Biringer, E., & Abrahamsen, J. F. (2018). Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF) Predicts Institutionalisation in an Intermediate Post-Acute Care Setting. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(2), 199-204. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0879-2>
- Forero. (2022). [Concordancia entre criterios de clasificación nutricional en adultos mayores, Colombia, por A. Y. Forero]. *Universidad y Salud*, 24(2), 124-134. <https://doi.org/10.22267/rus.222402.266>
- Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Susana, T., Buendía, P., Salinas, J., & Álvarez, P. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009–2010*.
- García, D. M., Toro-López, M., Ramírez, M. A., Sánchez-Muñoz, O. E., Cadena, A. F., & Ramírez-Gutiérrez, J. (2023). Características antropométricas y condición física de adultos

- mayores físicamente activos del municipio de Armenia, Colombia 2022. *Universidad y Salud*, 26(1), E9-E16. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.317>
- Giraldo-Giraldo, Estrada-Restrepo, Deossa-Restrepo, Giraldo-Giraldo, Estrada-Restrepo, & Deossa-Restrepo. (2023). Malnutrición asociada con factores sociodemográficos en adultos mayores de Medellín (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud*, 21(2), 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10916>
- Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J. A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: La obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 22-30.
- González, R., Gandoy, M., Díaz, M. C., González, R., Gandoy, M., & Díaz, M. C. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4), 184-188.
- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: Justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003>
- Henao, A. M., Fajardo, E., & Nuñez, M. L. (2022). Estado nutricional del adulto mayor jubilado que forma parte a un grupo de apoyo. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(2), 8-17. <https://doi.org/10.22463/17949831.3240>
- Hernández, S. H. G. (2020). [Generalidades de la obesidad sarcopénica en adultos mayores, por G. S. Brenes]. 37, 7.
- Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L.-K., de Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M.,

- Harridge, S. D. R., Kirk, B., ... Fiatarone Singh, M. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824-853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Jouanne, M., Oddoux, S., Noël, A., & Voisin-Chiret, A. S. (2021). Nutrient Requirements during Pregnancy and Lactation. *Nutrients*, 13(2), 692. <https://doi.org/10.3390/nu13020692>
- Kehoe, L., Walton, J., & Flynn, A. (2019). Nutritional challenges for older adults in Europe: Current status and future directions. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 78(2), 221-233. <https://doi.org/10.1017/S0029665118002744>
- Lengelé, L., Bruyère, O., Beudart, C., Reginster, J.-Y., & Locquet, M. (2021). Impact of Malnutrition Status on Muscle Parameter Changes over a 5-Year Follow-Up of Community-Dwelling Older Adults from the SarcoPhAge Cohort. *Nutrients*, 13(2), 407. <https://doi.org/10.3390/nu13020407>
- Martínez, F., Cortés, J. M., Cartagena, Y., Alfonso, C., Sánchez, M. I., & Leal, M. (2017). Valoración de la capacidad funcional en ancianos mayores de 70 años con la escala Short Physical Performance Battery. *Atención Familiar*, 24(4), 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.10.002>
- Mathewson, S. L., Azevedo, P. S., Gordon, A. L., Phillips, B. E., & Greig, C. A. (2021). Overcoming protein-energy malnutrition in older adults in the residential care setting: A narrative review of causes and interventions. *Ageing Research Reviews*, 70, 101401. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101401>
- Metodología de la Investigación 2014*. (s. f.). Recuperado 19 de mayo de 2024, de https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

- Miller, T., & Mejía, I. (2020). *El envejecimiento de la población en Ecuador*:
https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/05/el_envejecimiento_poblacion_ecuador.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2016, enero 2). *Anexos de la Norma Técnica para Atención Domiciliaria*. <https://www.inclusion.gob.ec/anexos-de-la-norma-tecnica-para-atencion-domiciliaria/>
- Molina, D. S. (2024). [La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad, por S. A. Camino]. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260-272.
<https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i1.992>
- Norman, K., Haß, U., & Pirlich, M. (2021). Malnutrition in Older Adults—Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*, 13(8), 2764. <https://doi.org/10.3390/nu13082764>
- Oleas Galeas, M., Barahona, A., & Salazar Lugo, R. (2017). Índice de masa corporal y porcentaje de grasa en adultos indígenas ecuatorianos Awá. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 67(1), 42-48.
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99-107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización mundial de la Salud. (2022, octubre 1). *Envejecimiento y salud*. Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización mundial de la Salud. (2024, marzo 1). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Otero. (2017). [VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DE LA CIUDAD DE PASTO, COLOMBIA, por Rosas]. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 23-34.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000300023>
- Palma, E., Escarabajal-Arrieta, M. D., Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25.
<https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Piccoli, G. B., Cederholm, T., Avesani, C. M., Bakker, S. J. L., Bellizzi, V., Cuerda, C., Cupisti, A., Sabatino, A., Schneider, S., Torreggiani, M., Fouque, D., Carrero, J. J., & Barazzoni, R. (2023). Nutritional status and the risk of malnutrition in older adults with chronic kidney disease - implications for low protein intake and nutritional care: A critical review endorsed by ERN-ERA and ESPEN. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 42(4), 443-457.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.01.018>
- Ramirez, G. A., Benavides, G. P., Guacho, J. D., & Planta, J. R. (2022). Obesidad en los adultos mayores, riesgos y consecuencias. *RECIAMUC*, 6(1), 319-331.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.319-331](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.319-331)
- Rodríguez, A. I., Ruiz, M. D., Wanden, C., & Artacho, R. (2019). Prevalence and Diagnosis of Sarcopenia in Residential Facilities: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 10(1), 51-58. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy058>
- Ruiz, F., Moscoso L, Godoy M, Burgos G, Bermont G, & Bautista N. (2021). Valoración nutricional en la persona adulta mayor-Subdirección de enfermedades no transmisibles. *Ministerio de Salud*, 85.
- Tessier, D., Ávila, J., & Aguilar, S. (2015). *Diabetes y cambios en el estado funcional de los ancianos: ¿Una realidad?* 5.

- Villacis B (with Carrillo D). (2012). *Pais atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-tendra-mas-adultos-mayores-menos-ninos-y-adolescentes-en-2050/>
- Weir, C. B. (2024). BMI Classification Percentile And Cut Off Points. En A. Jan, *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/>
- Yanez, D. (2024). *Informe del Estado Situacional del Servicio de Cuidado Gerontológico Integral para Personas Adultas Mayores provisionado por el MIES y Entidades Cooperantes*. 15.

ANEXOS

TABLA FRECUENCIA IMC

Categorías	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentual
Normal	7	0,20	20,00
Sobrepeso	18	0,51	51,43
Obesidad leve	7	0,20	20,00
Obesidad media	2	0,06	5,71
Obesidad mórbida	1	0,03	2,86
Total	35	1,00	100

BASE DE DATOS

Edad_años	Ingresos_mensual	Peso_Kg	Talla_m	Imc	Circunferencia_cadera_cm	Circunferencia_cintura_cm	Indice_cintura_cadera_cm
66	300	61,7	1,55	25,68	97	95	0,98
67	0	88,7	1,5	39,42	117	126	1,08
74	0	62,4	1,46	29,27	105	98	0,93
87	0	73,2	1,5	32,53	125	117	0,94
77	0	51,8	1,46	24,30	97	90	0,93
67	0	80,6	1,6	31,48	110	109	0,99
99	0	50,8	1,6	19,84	95	91	0,96
81	0	64,4	1,44	31,06	103	99	0,96
74	200	54	1,49	24,32	86	83	0,97
98	0	53,2	1,46	24,96	96	97	1,01
67	200	76,3	1,53	32,59	107	100	0,93
72	0	44,5	1,36	24,06	94	89	0,95
90	150	71,2	1,6	27,81	96	108	1,13
90	0	51,4	1,41	25,85	105	93	0,89
85	0	62,1	1,6	24,26	90	95	1,04
66	200	89,9	1,7	31,11	105	108	1,03
79	150	66,8	1,38	35,08	106	102	0,96
81	0	61	1,45	29,01	102	92	0,97
81	150	69,8	1,55	29,05	101	99	0,98
80	250	87	1,58	34,85	129	127	0,98
68	150	62	1,5	27,56	94	92	0,98
87	100	60	1,47	27,77	99	97	0,98
75	0	61	1,54	25,72	90	91	1,01
89	0	92	1,66	33,39	109	107	0,98
87	150	47,3	1,36	25,57	96	94	0,98
69	200	71	1,6	27,73	100	98	0,98
70	100	90	1,44	43,40	109	105	0,96
68	200	72,7	1,57	29,49	99	98	0,99
68	200	57	1,48	26,02	98	96	0,98
66	400	60,5	1,51	26,53	98	96	0,98
82	200	61,5	1,5	27,33	106	102	0,96
68	300	47	1,45	22,35	93	91	0,98
74	300	55,4	1,42	27,47	96	94	0,98
65	300	56,7	1,46	26,60	100	96	0,96
79	300	60,5	1,47	28,00	100	96	0,96

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____ con número de cedula _____, declaro que he sido informado e invitado a participar en el estudio FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, ESTADO NUTRICIONAL Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS, EN LA PARROQUIA SINSAO DEL CANTÓN ZARUMA que cuenta con el respaldo y aprobación de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI). Entiendo que este estudio busca conocer datos relacionados con las medidas antropométricas, y valorar la funcionalidad de los adultos mayores activos de la parroquia Sinsao, la cual llevare a cabo en el GAD Parroquial. Facilitaré la información completa que conozco, y se me solicitará, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados de la investigación. Estoy de acuerdo con los procedimientos de recolección de información y toma de medidas antropométricas que se me ha propuesto.

La evaluación de los parámetros nutricionales pertinentes tendrá una duración aproximada de alrededor de 30 minutos. Se me ha explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

NOMBRE Y APELLIDOS

CEDULA

FIRMA

PROFESIONAL RESPONSABLE

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

Encuesta diagnóstica de las características sociodemográficas, composición corporal y funcionalidad en adultos mayores activos, en la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.

Objetivo: Correlacionar los factores sociodemográficos, el estado nutricional con el grado de funcionalidad de adultos mayores activos de la parroquia Sinsao del cantón Zaruma.

I. DATOS PERSONALES		
NOMBRES Y APELLIDOS:		
1. ¿USTED VIVE SOLO O ACOMPAÑADO?		
SOLO		
ACOMPAÑADO		
2. SEXO		
FEMENINO		
MASCULINO		
3. ¿CUANTOS AÑOS TIENE USTED?		
II. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS		
¿CUAL ES SU APORTACIÓN ECONÓMICA MENSUAL EN SU NÚCLEO FAMILIAR?		
\$ 0		
\$100 – \$200		
\$200 - \$400		
≥ \$500		
III. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO _____	TALLA _____	IMC _____

ESCALA LAWTON Y BRODY

FUENTE: MINISTERIO DE ATENCION INTERREGIONAL/ SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL /DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor.

La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No utiliza el teléfono	0
2. HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4. CUIDADO DE LA CASA	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
5. LAVADO DE LA ROPA	
- Lava por sí solo toda la ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1

- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	
En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1	Dependencia total 0
Dependencia grave 2-3	Dependencia grave 1
Dependencia moderada 4-5	Dependencia moderada 2-3
Dependencia ligera 6-7	Dependencia ligera 4
Autónoma 8.	Autónomo 5.

La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. 2

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

<u>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:</u>	<u>7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</u>
2. HACER COMPRAS:	8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	

RESPALDO FOTOGRÁFICO



UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!

@UNEMIEcuador

