



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

**PUCE TEC
TÉCNICO SUPERIOR DE ENFERMERÍA**

Tema:

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE QUISAPINCHA
MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Técnica Superior en Enfermería**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Katherine Aracelly Llerena Tarco

Directora:

Mg. Paola Catalina López López

Ambato – Ecuador

Septiembre 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **KATHERINE ARACELLY LLERENA TARCO**, con cédula de ciudadanía **1850866425**, autora del trabajo de graduación intitulado: "ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE QUISAPINCHA MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL", previo a la obtención del título de **TÉCNICA SUPERIOR EN ENFERMERÍA**, en **PUCE TEC**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, septiembre 2025



Katherine Aracelly Llerena Tarco

CC. 1850866425

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE QUISAPINCHA
MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Katherine Aracelly Llerena Tarco

Paola Catalina López López, Bioquím, Mg.

CC. 1802948255

CALIFICADOR

f. 

Ingrid Valeria Flores Zambrano, Lic, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Diego Sebastián Viera Pérez, Ing, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Christian Andrés Barragán Ramírez, Ing. PhD.


COORDINADOR GENERAL PUCE TEC

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARIA GENERAL
PROCURADURIA**

Ambato – Ecuador

Septiembre 2025

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a los tres grandes amores de mi vida a mi esposo, a mis padres y a mi sobrino, quienes con su amor infinito han llenado mi corazón de alegría, de paz y de esperanza. A ellos, que son mi fuerza en los días difíciles y mi fortaleza en momentos de duda. A quienes han secado mis lágrimas con abrazos sinceros y han celebrado mis logros como si fueran propios. Dedico esta meta a quienes han sido mi razón de vivir, mi impulso silencioso y mi luz constante. A ellos les entrego con todo mi amor este sueño hecho realidad, porque sin su compañía, su ternura y su fe en mí, este camino no habría sido posible. Este triunfo lleva impreso sus nombres, sus sonrisas y cada gesto de amor que me han regalado a lo largo de esta etapa.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por su bondad infinita por su fidelidad constante a lo largo de mi vida. Por cuidarme, protegerme y guiarme en cada paso de este camino, a él le debo todo. Con especial gratitud, agradezco a mi esposo Esteban, por ser mi apoyo incondicional, por su amor puro y su paciencia infinita. Gracias por estar siempre a mi lado, por impulsarme en los momentos difíciles y por creer en mí. Este logro también es tuyo. Extiendo mi agradecimiento profundo a mis padres, Amparo y Patricio, quienes han sido mi ejemplo de lucha, perseverancia y amor. Ellos me enseñaron a no rendirme, a superar cada obstáculo y a mantener siempre la esperanza viva. Gracias a sus enseñanzas y sacrificios, hoy puedo cumplir uno de mis sueños más importantes. Agradezco también a mis maestros por la paciencia y las buenas enseñanzas que me han brindado todo mi periodo universitario. Finalmente, a mi sobrino Dilan, el motor de mi vida y el causante de mis sonrisas. Gracias por llenar mis días de luz con cada abrazo, por pintar de colores los momentos grises y por darme un motivo más para seguir firme. Tu amor ha sido un regalo invaluable en este camino.

RESUMEN

El presente estudio evalúa a los adultos mayores de la parroquia Quisapincha, ubicada en la provincia de Tungurahua, que es considerada vulnerable por las condiciones de vida rurales, el acceso limitado a la salud y escasos recursos económicos. A partir de los 60 años, las personas ya son consideradas adultos mayores y en esta etapa aparecen varios cambios y es común que presenten enfermedades crónicas o problemas de alimentación, que afectan su salud y bienestar.

El objetivo general es determinar el estado nutricional de los adultos mayores de Quisapincha a través del índice de masa corporal, identificando riesgos que afectan la salud general. Esta investigación adopta un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo de tipo transversal, recolectando datos objetivos para el análisis.

Las condiciones sociales y geográficas de Quisapincha limitan el acceso a una alimentación adecuada y controles médicos frecuentes. El IMC fue una herramienta esencial para determinar si un adulto mayor se encontraba en un rango de peso normal, sobrepeso, obesidad o desnutrición.

En el análisis del IMC aplicado a 95 adultos mayores, se identificaron valores entre 19,48 y 38,23, con una diferencia de 18,75 unidades. Además, se obtuvo una media de 24,60, una mediana de 23,52 y una moda de 25,40, lo que refleja una tendencia hacia el peso normal. Por otro lado, el 69,5 % presentó peso adecuado, el 23,2 % sobrepeso y el 7,3 % obesidad. Cabe destacar que no se registraron casos de desnutrición. En consecuencia, los datos evidenciaron la necesidad de promover acciones preventivas en la población evaluada.

Palabras clave: nutrición, vejez, antropometría, salud, Quisapincha, riesgos.

ABSTRACT

The present study evaluates older adults from the parish of Quisapincha, located in the province of Tungurahua, which is considered a vulnerable area due to rural living conditions, limited access to healthcare, and scarce economic resources. From the age of 60, individuals are considered older adults, and during this stage, several physiological changes occur, often accompanied by chronic diseases or nutritional problems that affect their overall health and well-being.

The general objective is to determine the nutritional status of older adults in Quisapincha through the Body Mass Index (BMI), identifying risks that impact general health. This research adopts a quantitative approach with a descriptive cross-sectional design, collecting objective data for analysis.

The social and geographical conditions of Quisapincha limit access to proper nutrition and regular medical checkups. BMI was an essential tool to determine whether an older adult was within a normal weight range, overweight, obese, or undernourished.

In the BMI analysis of 95 older adults, values ranged from 19.48 to 38.23, with an 18.75-point difference. Additionally, the mean was 24.60, the median 23.52, and the mode 25.40, reflecting a trend toward normal weight. Furthermore, 69.5% had an adequate weight, 23.2% were overweight, and 7.3% were obese. Notably, no cases of undernutrition were recorded. As a result, the data highlight the need to promote preventive actions in the evaluated population.

Keywords: *nutrition, old age, anthropometry, health, Quisapincha, risks.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1. Población indígena	5
1.2. Grupos etarios.....	7
1.3. Estado nutricional.....	10
1.4. Parámetros de medición.....	14
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	19
2.1 Enfoque cuantitativo.....	19
2.2. Nivel / tipo descriptivo	19
2.3. Método transversal.....	19
2.4. Grupo de estudio: Población muestra	20
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	27
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	45

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Histograma del peso.....	28
Imagen 2. Histograma de la Talla.....	30
Imagen 3. Histograma del IMC.....	32
Imagen 4. Porcentaje general del estado nutricional.....	33
Imagen 5. Porcentaje por géneros	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Rangos del estado nutricional	21
Tabla 2. Frecuencia de clase	22
Tabla 3. Distribución de frecuencias del peso	22
Tabla 4. Medidas de tendencia central del peso	23
Tabla 5. Distribución de frecuencia de la talla	23
Tabla 6. Medidas de tendencia central de la talla	24
Tabla 7. Distribución de frecuencias del IMC	25
Tabla 8. Medidas de tendencia central del IMC	25
Tabla 9. Clasificación del estado nutricional de los Adultos Mayores	26

INTRODUCCIÓN

La condición nutricional de los adultos mayores ha adquirido una relevancia prioritaria dentro del ámbito de la salud pública a nivel mundial, especialmente en poblaciones vulnerables y de difícil acceso. En Ecuador, esta realidad se agrava en las comunidades indígenas, donde las condiciones geográficas, sociales y económicas dificultan tanto la vigilancia epidemiológica como la implementación de políticas de prevención. Quisapincha, una parroquia rural de la provincia de Tungurahua es un claro ejemplo de ello.

En esta localidad, la escasa información actualizada acerca de la situación alimentaria de los adultos mayores representa una seria limitación para el diseño de estrategias de atención primaria eficaces. Esta ausencia de datos concretos impide detectar a tiempo casos de desnutrición, sobrepeso u obesidad, generando una mayor vulnerabilidad frente a distintas enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, osteoporosis, anemia, deterioro cognitivo, sarcopenia y afecciones cardiovasculares.

Estas condiciones afectan directamente la calidad de vida, incrementan la dependencia funcional y elevan la mortalidad, sobre todo cuando no son tratadas con un enfoque preventivo. La situación se vuelve aún más preocupante cuando se considera que estos problemas nutricionales no se manifiestan de manera inmediata, sino que avanzan de forma silenciosa hasta que sus consecuencias se vuelven irreversibles. El hecho de no contar con datos fiables también invisibiliza a una comunidad históricamente relegada de las estadísticas oficiales, lo cual impide implementar políticas específicas y culturalmente adaptadas que respondan a sus verdaderas necesidades.

La problemática surge, en gran medida, por la escasa presencia de médicos y enfermeros que prestan atención en esta área geográfica. Las visitas de los profesionales de la salud a la comunidad son esporádicas y, en muchos casos, limitadas solo a campañas puntuales, lo que impide el levantamiento constante de información antropométrica básica, como el peso y la talla. Sin estas mediciones,

no es posible calcular el índice de masa corporal (IMC), una herramienta sencilla y fundamental para evaluar el estado nutricional. Además, las barreras administrativas y la limitada colaboración de autoridades locales y líderes comunitarios frenan la organización de campañas de vigilancia, seguimiento y control de la nutrición.

En consecuencia, se plantea como problema científico la ausencia de una valoración confiable y verificable del estado nutricional de los adultos mayores indígenas de Quisapincha a través del cálculo del índice de masa corporal. Este vacío de información obstaculiza la toma de decisiones en salud, tanto a nivel institucional como comunitario, y limita la capacidad del sistema para identificar situaciones críticas que requieren atención prioritaria. Superar esta brecha se vuelve entonces fundamental para establecer acciones preventivas, consolidar la labor del equipo sanitario, con énfasis en el personal de enfermería, y contribuir al bienestar integral de la población atendida.

La presente investigación tiene como **Objetivo general**:

Determinar el estado nutricional de los adultos mayores de Quisapincha a través del índice de masa corporal

Para lograrlo, se establecen tres **Objetivos específicos**:

- Investigar las causas probables de la condición nutricional en adultos mayores de la población indígena Quisapincha.
- Calcular el índice de masa corporal mediante la toma de medidas antropométricas en adultos mayores de la comunidad Quisapincha.
- Analizar los resultados obtenidos mediante la recolección de datos en adultos mayores de la población indígena de Quisapincha.

Estos objetivos están alineados con la Taxonomía, pues implican procesos de análisis, comprensión y aplicación del conocimiento en el contexto comunitario.

Desde el enfoque teórico, se considera la perspectiva de la gerontología social, la salud pública comunitaria y la nutrición clínica. La OMS define al adulto mayor como toda persona de 60 años o más. Esta etapa se puede subdividir en tres fases: la inicial (60–74 años), donde aún existe autonomía funcional; la intermedia (75-84 años), caracterizada por mayor fragilidad; y la avanzada (85 años en adelante), que implica altos niveles de dependencia. En este grupo etario, el estado nutricional está estrechamente relacionado con factores fisiológicos, psicosociales y culturales, y su evaluación debe realizarse considerando las particularidades del envejecimiento.

Por otra parte, el IMC es una herramienta aceptada a nivel internacional para estimar el estado nutricional de las personas. Se calcula dividiendo el peso (kg) por la estatura (m²). En adultos mayores, valores menores a 22 kg/m² indican riesgo de desnutrición, mientras que un IMC mayor a 27 kg/m² sugiere sobrepeso u obesidad. Sin embargo, el IMC debe complementarse con otros indicadores clínicos, como la circunferencia braquial, la circunferencia de pantorrilla, la observación del tejido adiposo y el estado de la piel. Este abordaje integral permite al personal de enfermería diseñar planes de intervención personalizados, que respondan a la realidad biológica, cultural y social de cada persona adulta mayor.

En cuanto a la metodología, esta investigación adopta un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, lo cual permitirá recolectar datos en un momento específico del tiempo, sin alterar las condiciones de vida de los participantes. Se combinarán dos técnicas de recolección: primero, una revisión bibliográfica de fuentes científicas actuales y confiables como documentos de la OMS y literatura académica reciente para contextualizar el problema; y segundo, un trabajo de campo en la comunidad, en el que se tomarán medidas antropométricas (peso y talla) a personas de 60 años o más utilizando balanzas digitales y tallímetros calibrados.

Los datos se registrarán en fichas estructuradas y se analizarán mediante cuadros comparativos para clasificar a los participantes según su IMC. Esta información

servirá como insumo para proponer intervenciones preventivas, reforzar la educación para el autocuidado y actualizar los registros comunitarios.

Este estudio busca ser un aporte significativo para las instituciones de salud del primer nivel de atención, pero también para la comunidad de Quisapincha, al generar conocimiento útil y aplicable que permita fortalecer el rol de la enfermería comunitaria como agente transformador. Reconocer las necesidades reales de los adultos mayores y actuar sobre ellas no solo es una obligación ética, sino también una oportunidad para construir un sistema de salud más equitativo, humano y culturalmente pertinente.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Población indígena

Según (ACEID, 2022); Los pueblos indígenas han conservado a lo largo del tiempo sus formas de organización, sus costumbres y sus culturas propias, que representan una parte fundamental de la diversidad cultural del mundo. Sus necesidades, pensamientos y maneras de vivir son distintas a las de la sociedad mayoritaria, lo cual hace necesario que puedan participar activamente en todas las decisiones que los afecten. Esta participación es clave para que puedan seguir manteniendo y desarrollando su identidad cultural, ya sea que vivan en zonas rurales o urbanas, y así tener control sobre su presente y su futuro. Además, se reconoce diversos estudios y miradas sociales coinciden en señalar que los pueblos originarios indígenas han sido históricamente marginados, lo que los hace una población especialmente vulnerable. Muchos de ellos tienen una relación muy cercana con sus tierras y territorios, los cuales son esenciales para su modo de vida.

Por estas razones, es importante impulsar acciones específicas que los incluyan y que respeten sus derechos, proteger su existencia también es una forma de cuidar la diversidad cultural que pertenece a toda la humanidad. En Ecuador, considerado un Estado plurinacional e intercultural, las comunidades indígenas, afroecuatorianas y montubias gestionan de forma autónoma cerca del 40 % del territorio bajo sus propias estructuras de gobierno, lo que no solo garantiza la conservación de ecosistemas clave, sino también la salvaguardia de sus prácticas culturales, idiomas y formas de vida ancestrales. En la región Costa de Ecuador habitan los Épera, Awá, Chachi, Tsáchilas, Manta, Huancavilca y los Kichwa de la costa, quienes mantienen sus propias formas de gobierno, lenguas y tradiciones ancestrales, fortaleciendo la identidad intercultural y plurinacional del país (Maldonado, Robles, & Potes, 2021).

Según (ACNUR, 2024), la selva amazónica ecuatoriana late al ritmo de sus pueblos originarios: los quijos y el shuar mantienen viva una forma de vida donde prima el

trabajo en familia y el respeto al entorno. Sus asambleas comunales deciden juntos cómo cuidar el bosque, y usan plantas medicinales que han aprendido a reconocer desde niños. En sus rituales, invocan la energía de la naturaleza y comparten historias que pasan de generación en generación, recordándonos lo íntima que es la conexión entre su cultura y la vida selvática. En la Sierra, según la (CONAIE, 2025), la diversidad también se siente en las alturas: allí viven los Kichwa, Saraguro, Karankis, Quisapinchas, Salasacas y muchos otros grupos que hablan *kichwa* y español de manera natural.

Cada celebración desde la siembra hasta la cosecha, refuerza el sentido de pertenencia y demuestra cómo mantienen vivas sus costumbres en un Ecuador plurinacional. Según, (Parroquial, 2023) en la parroquia Quisapincha ubicada a 12km al suroeste de Ambato, en la provincia de Tungurahua, se encuentra a unos 3.000 metros sobre el nivel del mar, en Quisapincha, el kichwa no solo se habla con orgullo, sino que guía cada aspecto de su vida colectiva: familias enteras se reúnen en mingas para arar la tierra y sembrar papas, cebada, habas y hortalizas siguiendo el calendario andino, y luego celebran la *tarpu* como ofrenda a la Pachamama; al mismo tiempo, aprovechan su conocimiento botánico para recolectar plantas medicinales que usan en infusiones y ungüentos tradicionales.

Sus hogares, contruidos con adobe y techo de paja, albergan talleres artesanales donde curtidores expertos transforman pieles de ovino y camellos en sandalias, bolsos y cántaros, mientras tejedoras trabajan la *shikra* y la lana en vibrantes ponchos, esteras y bordados que narran leyendas ancestrales. Además, organizan festividades comunitarias como la Fiesta del Sol y las celebraciones de Corpus Christi que combinan rituales católicos con cantos y danzas autóctonas, reforzando la solidaridad y el sentido de identidad. La cría de crianza de ganado menor y la fabricación de artesanías no solo sostienen su economía, sino que también preservan técnicas transmitidas de generación en generación, haciendo de la lengua, la agricultura y el arte un tejido inseparable de su cultura (Paucar, Casicana, & Chadán, 2021).

1.2. Grupos etarios

Un grupo etario agrupa a las personas según la edad para entender mejor sus hábitos, intereses y necesidades, como influyen en aspectos como la economía, la formación académica y la atención médica. Aunque no hay reglas estrictas, generalmente hablamos de infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Al saber a qué grupo etario pertenece cada quien, es mucho más fácil crear políticas, programas o acciones que realmente respondan a lo que cada etapa de la vida requiere, porque un niño, un joven, un adulto o una persona mayor tienen intereses y prioridades distintas (Heredia, 2014).

Según (Ministerio de Protección Social, 2025), Los primeros cinco años de vida son fundamentales, pues en ese período los bebés no solo crecen a un ritmo sorprendente en estatura y peso, sino que también experimentan importantes cambios fisiológicos: desde el desarrollo de los sentidos (visión, audición y tacto) hasta el fortalecimiento de los músculos que les permite controlar la cabeza, sentarse, gatear y, finalmente, dar sus primeros pasos. Durante esta etapa, el cerebro de los pequeños forma una densa red de conexiones neuronales que sentará las bases de su aprendizaje futuro, mientras su sistema inmunológico comienza a madurar y su digestión se adapta al paso de la lactancia a alimentos sólidos.

A partir de los seis hasta los once años, inicia la niñez, periodo en el que los niños presentan cambios como el razonamiento, la atracción y aficiones, consolidan sus habilidades de comunicación, aprenden a negociar y resolver pequeños conflictos, y comienzan a forjar sus primeras amistades, estableciendo así las bases de sus relaciones sociales a futuro. Según (Cuidados y Educacion , 2021), ambos grupos etarios reciben atención prioritaria en programas de nutrición, estimulación temprana y protección integral de la niñez.

Durante estos años, el cariño y la dedicación de la familia, los juegos que incentivan la curiosidad, una alimentación balanceada y la participación en actividades comunitarias, como talleres de lectura o espacios de juego al aire libre, cooperan

para moldear la personalidad y reforzar la autoestima de los niños. Garantizarles un entorno seguro y estimulante no solo potencia su capacidad de aprendizaje y su bienestar emocional, sino que también sienta las bases para que, más adelante, sean adultos resilientes, creativos y comprometidos con su comunidad, incluso frente a desafíos como la pobreza y la falta de servicios.

La adolescencia, es el período de la vida que abarca aproximadamente de los 12 a los 18 años, durante el cual el cuerpo y las emociones experimentan transformaciones profundas. En esta etapa, el rápido estirón provoca un alargamiento significativo de huesos y extremidades, mientras los músculos ganan fuerza y la piel tiende a volverse más grasa, lo que con frecuencia conduce a la aparición de acné. Al mismo tiempo, las hormonas sexuales comienzan a activarse: en los varones se observa un cambio en la voz hacia tonos más graves y el crecimiento de vello en la cara, el pecho y la región púbica; en las niñas, se desarrolla el pecho, maduran el útero y los ovarios, y también aparece en diversas zonas corporales. Estos cambios fisiológicos suelen acompañarse de fluctuaciones emocionales y un marcado deseo de privacidad, pues la identidad personal comienza a formarse mediante altibajos de ánimo (Concepto, 2025).

Durante la adolescencia, los jóvenes tienden a buscar la aceptación dentro de su grupo de amigos a la vez que exploran sus propios intereses y objetivos. Hacia los 17–20 años, se alcanza la madurez física completa y el pensamiento adquiere mayor profundidad, preparándolos para la etapa juvenil, que muchos extienden hasta los 30 años. En el período juvenil, el foco se desplaza hacia la conquista de la autonomía: se toman decisiones sobre los estudios o el empleo, se afrontan responsabilidades económicas y se delinear los proyectos de vida. Cada avance desde el primer brote de barba o la modificación de la voz hasta la firma del primer contrato laboral-refleja un conjunto único de necesidades y desafíos. El equilibrio entre el respaldo familiar y el espacio para desarrollar la propia libertad se convierte, entonces, en la base para transitar hacia una adultez plena. (Concepto, 2025)

La adultez se inicia una vez superados los años de exploración juvenil y se extiende aproximadamente desde los 20 hasta los 60 años, aunque sus desafíos y

aprendizajes varían según la etapa. En la adultez temprana (20-40 años), muchas personas se enfocan en consolidar sus proyectos de vida: forjar una carrera profesional, formar una familia y crear lazos que brinden seguridad afectiva. Al llegar a la adultez media (40-60 años), suele generarse un equilibrio entre lo alcanzado y lo que aún se desea lograr, marcado por la reflexión sobre el propio recorrido, la transmisión de experiencias a generaciones más jóvenes y junto al cuidado continuo de la salud física y mental. Más allá de los 60, en la adultez tardía, comienza una nueva fase en la que se reconfiguran los roles sociales, ya sea a través de la jubilación, el voluntariado o el cuidado de nietos y se adapta la vida diaria para preservar la autonomía y el bienestar (Concepto, 2022).

En cada uno de estos tramos, el aprendizaje constante, la resiliencia ante los cambios y el apoyo de la comunidad resultan claves para vivir de manera plena y equilibrada. El envejecimiento conlleva un desgaste paulatino de las capacidades físicas, sensoriales y cognitivas debido a la acumulación de daños celulares; sin embargo, esta experiencia varía enormemente entre las personas mayores, su salud y calidad de vida dependen tanto de su entorno, viviendas accesibles, transporte seguro y redes de apoyo social, como del acceso a servicios de salud que promuevan la prevención, el manejo de enfermedades crónicas y la participación activa en la comunidad. Cuando estos factores se combinan favorablemente, los adultos mayores pueden mantener su autonomía, seguir contribuyendo a su entorno y disfrutar de una vejez plena y digna. (OMS, Envejecimiento y Salud, 2024)

(Verdugo, 2021), desde la perspectiva de la salud y la gerontología, se considera adulto mayor a quien ha alcanzado los 60 años o más, etapa que a su vez se divide en fase inicial (60–74 años), fase intermedia (75–84 años) y edad avanzada (85 años en adelante). En cada una de estas etapas, las personas experimentan transformaciones fisiológicas (como menor elasticidad vascular y muscular), psicológicas (adaptación a pérdidas y roles cambiantes), cognitivas (lenta recuperación frente a nuevos aprendizajes) y sociales (ajustes en redes de apoyo).

A esta edad, la vulnerabilidad aumenta ante enfermedades crónicas: la hipertensión arterial, que se manifiesta como elevación sostenida de la presión sanguínea y puede dañar vasos y órganos; la diabetes tipo 2, un trastorno metabólico que eleva la glucosa y afecta vasos pequeños y nervios; los accidentes cerebrovasculares, producidos por la obstrucción o ruptura de arterias cerebrales y responsables de déficits neurológicos; las demencias, como el Alzheimer, caracterizadas por deterioro progresivo de memoria y funciones ejecutivas; y diversos cánceres (por ejemplo, de colon, próstata o mama), que surgen de un crecimiento celular descontrolado y requieren detección temprana y tratamiento especializado. Estos desafíos hacen esencial un enfoque integral de prevención, diagnóstico y cuidado.

En Quisapincha muchos adultos mayores enfrentan serias dificultades para disfrutar de una vejez digna: al tratarse de una zona rural, a menudo carecen de infraestructura básica, como el acceso al agua potable, electricidad confiable y transporte adecuado, lo cual compromete su salud y autonomía. Además, la escasez de atención médica en la comunidad dificulta la detección temprana y la prevención de enfermedades crónicas, así como la orientación sobre actividad física y cuidados específicos para su edad. Esto se agrava por recursos económicos limitados, que impiden una alimentación balanceada y el acceso a medicamentos esenciales. Sin un apoyo institucional y sin programas de promoción de la salud adaptados a su realidad, muchos mayores permanecen aislados y desprotegidos frente a las múltiples necesidades que surgen con el paso de los años (OMS, Envejecimiento y Salud, 2024).

1.3. Estado nutricional

La valoración del estado nutricional busca comprender de manera integral cómo la alimentación y los hábitos de vida influyen en la salud de niños y adolescentes, identificando tanto carencias como excesos que puedan alterar su crecimiento y desarrollo. Al analizar factores como la ingesta habitual de alimentos, el funcionamiento de órganos clave y el impacto de la nutrición en la energía y el bienestar general, este proceso permite detectar a tiempo desequilibrios nutricionales y orientar recomendaciones personalizadas. De este modo, se facilita

la prevención de problemas a largo plazo, se mejora la efectividad de las intervenciones dietéticas y se promueve un desarrollo saludable y sostenido (Rosell, Riera, & Galera, 2023). Mantener un buen estado nutricional significa lograr el punto justo entre lo que comen y lo que su cuerpo realmente necesita para funcionar sin sobresaltos.

Para saber dónde están, hay quien recurre a análisis especializados y pruebas de composición corporal, pero en el día a día basta con fijarse en hábitos sencillos: incluir frutas, verduras y proteínas magras; beber suficiente agua; moderar las raciones; evitar platos ultra procesados y realizar actividad física a diario con algo de ejercicio. Detrás de estas guías están profesionales que pueden acompañar: desde el nutricionista que ajusta su menú, al médico que controla sus parámetros clínicos, pasando por educadores que inspiran hábitos saludables y trabajadores sociales que facilitan el acceso a alimentos de calidad. Y, con el aumento de la conciencia sobre alimentación y salud, este campo promete cada vez más salidas profesionales para quienes quieran dedicarse a nutrir cuerpos y comunidades. (Europea, 2024).

La desnutrición se instala cuando el organismo no obtiene las calorías y los nutrientes que necesita, ya sea por una dieta insuficiente, falta de acceso a los alimentos, dificultades para digerir o absorber lo consumido, o trastornos que disminuyen el apetito; incluso la carencia de una sola vitamina puede desencadenar deficiencias graves. En sus etapas iniciales, suele pasar inadvertida, pero al avanzar provoca cansancio, mareos y pérdida de peso, y en los casos más críticos deja secuelas permanentes, debilitando el sistema inmunitario y los órganos, y abriendo la puerta a discapacidades, enfermedades crónicas o la muerte (MedlinePlus, Desnutrición, 2023).

Cuando este desequilibrio es tan severo, se habla de desnutrición grave, que suele originarse en factores socioeconómicos (pobreza, conflictos, inseguridad alimentaria), barreras para adquirir o preparar comida (falta de transporte, discapacidades), enfermedades crónicas o cirugías digestivas que afectan la absorción, trastornos psiquiátricos e incluso fármacos que reducen el apetito o

alteran el metabolismo (Manual MSD, 2023) . En esta fase el cuerpo consume sus reservas: la grasa desaparece, los músculos se atrofian y los huesos sobresalen bajo una piel reseca y un cabello quebradizo; además pueden surgir diarrea, mala absorción, presión arterial baja, menor fuerza cardíaca, respiración superficial, apatía, irritabilidad, deterioro cognitivo y debilidad muscular que dificulta hasta las tareas más simples.

Tener un peso saludable es estar dentro de un rango que permite sentir agilidad y energía, la dieta formada en porciones adecuadas ayuda a que el cuerpo este bien, sin aumentar el riesgo de enfermedades como la diabetes o problemas del corazón, suele indicar un equilibrio entre músculo y grasa, mientras que valores más bajos pueden señalar falta de nutrientes y los más altos, exceso de grasa. También vale la pena medir la cintura, porque la grasa alrededor del abdomen influye mucho en la salud. Con estos datos, podemos ajustar la dieta, realizar actividad física y cuidar mejor el cuerpo ayuda a prevenir enfermedades a futuro (salud , 2025).

El sobrepeso suele originarse cuando, de manera sostenida, ingerimos más calorías de las que nuestro cuerpo quema: un desequilibrio de energía que se refleja al consumir habitualmente alimentos ricos en azúcares, grasas saturadas o calorías vacías y al llevar un estilo de vida sedentario horas frente a pantallas, trabajo sentado, que reduce el gasto energético. Dormir menos de siete horas o tener un sueño fragmentado también juega en contra, pues altera las hormonas que controlan el apetito y nos hace más propensos a picar entre comidas.

El estrés crónico, al elevar niveles de cortisol, incentiva la ingesta de (comidas de confort) y favorece el depósito de grasa abdominal. Además, condiciones médicas como el síndrome de ovario poliquístico o el síndrome metabólico, así como procesos naturales, embarazo, menopausia, que modifican el equilibrio hormonal, pueden inducir aumento de peso al alterar el metabolismo y la distribución de la grasa corporal. No menos importante es el entorno: la falta de espacios seguros para caminar, la abundancia de restaurantes de comida rápida y la escasez de mercados con productos frescos condicionan nuestras elecciones diarias. Incluso

la herencia genética influye, haciendo que algunas personas retengan peso con más facilidad.

Reconocer estos factores individuales, sociales y ambientales es clave para entender por qué sube la báscula y para diseñar cambios que recuperen el equilibrio energético y promuevan un peso saludable (National & Lung, 2022). La obesidad es una enfermedad crónica compleja definida por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m², cuya prevalencia ha crecido de forma alarmante hasta afectar a más de 650 millones de adultos en todo el mundo; esta acumulación excesiva de grasa corporal no solo aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos cánceres, sino que también repercute en la movilidad, el sueño y la salud ósea y reproductiva (OMS, Obesidad, 2025).

Su origen es multifactorial: surge de un desequilibrio prolongado entre las calorías consumidas y las gastadas, potenciado por dietas ricas en azúcares y grasas saturadas, estilos de vida sedentarios, factores genéticos y hormonales que regulan el apetito y el metabolismo, y entornos que dificultan el acceso a alimentos saludables y a espacios seguros para la actividad física (Clinic, 2023). Para revertir esta tendencia, la OMS aboga por políticas públicas que promuevan entornos más sanos y, a nivel individual, se recomienda adoptar hábitos de alimentación equilibrada, mantenerse activo de forma regular y someterse a controles médicos periódicos que identifiquen y gestionen tempranamente los riesgos asociados.

En Quisapincha, muchos adultos mayores enfrentan una nutrición deficiente marcada por la falta de recursos económicos: al necesitar el dinero, suelen vender la mayor parte de su cosecha en lugar de reservar alimentos frescos para su propio consumo, lo que limita el acceso diario a frutas, verduras y proteínas que ayudan a preservar la salud. Además, las costumbres indígenas y la escasa información sobre la alimentación balanceada los dejan sin guía para prevenir problemas como la desnutrición, el sobrepeso u otras dolencias relacionadas con una dieta inadecuada.

Esta combinación de pobreza, prácticas tradicionales y desconocimiento nutricional no solo debilita su sistema inmunitario y su masa muscular, no solo eso, también incrementa el riesgo de enfermedades crónicas, como la hipertensión o la diabetes y reduce su capacidad para mantenerse activos. Para revertir esta situación, es fundamental impulsar programas comunitarios de educación alimentaria, promover el autoconsumo de productos propios y facilitar el acceso a consultas médicas periódicas, de modo que los adultos mayores de la parroquia Quisapincha disfruten de una vejez más sana y digna.

1.4. Parámetros de medición

La antropometría consiste en tomar con precisión medidas como el peso, la talla, los perímetros de cabeza, tórax, cintura y cadera, además del grosor de pliegues cutáneos, para captar de forma certera la composición y distribución de grasa y músculo en el cuerpo, así como su evolución a lo largo del ciclo vital. Las guías del (MSP, 2020) y (Witril & Castro, 2020) recalcan que, al integrar el Índice de Masa Corporal (IMC) con indicadores como la proporción cintura, cadera y el porcentaje de grasa derivado de pliegues, se logra diagnosticar tempranamente desajustes nutricionales, atrofia muscular o acumulación excesiva de tejido adiposo.

Esto no solo constituye un aspecto clave para monitorear el crecimiento y la salud de bebés y niños, sino también para diseñar rutinas de actividad física adecuadas en adolescentes y planes de fortalecimiento muscular en adultos y mayores, siempre ajustados a las demandas de cada etapa. Además, la antropometría aporta datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica, por ejemplo, en estudios poblacionales sobre malnutrición o riesgo cardiovascular y sirve como indicador de impacto de intervenciones en políticas públicas de salud.

Con herramientas sencillas una cinta métrica resistente, un plicómetro calibrado y una báscula de alta precisión los profesionales pueden recolectar datos estandarizados que, al ser analizados con rigor, guían decisiones terapéuticas y comunitarias para mejorar el bienestar integral y fomentar una vejez dinámica y equilibrada. Para controlar el peso de forma confiable, lo esencial es usar una

báscula digital bien calibrada sobre una superficie firme y nivelada. Lo ideal es pesar siempre a primera hora de la mañana, después de ir al baño y antes de desayunar, con ropa liviana o descalzo para que la lectura refleje realmente el cuerpo sin influencias externas.

Colocar los pies juntos y distribuir el peso de manera uniforme, esperar a que los dígitos en la pantalla dejen de parpadear y anotar el resultado inmediatamente en una libreta repetir este mismo proceso una vez por semana, siempre en las mismas condiciones, ayuda a identificar pequeñas subidas o bajas de peso antes de que se convierta en un problema mayor. Complementar esta rutina con pequeños cambios como beber más agua, añadir una porción extra de fruta o verdura al día y caminar un poco más contribuye a que el cuerpo mantenga estabilidad (MedlinePlus, Control de peso, 2023)

Según, (Manual de antropometría, 2022) la talla es, en pocas palabras, la altura que se mide desde la coronilla hasta el talón, y funciona como un faro que guía para saber si alguien está creciendo o envejeciendo de manera saludable. Al tomar con cuidado, acostado en bebés y de pie en niños mayores y adultos obtenemos un valor que ayuda a comparar con tablas de crecimiento por edad y sexo, para detectar rápidamente si hace falta apoyo nutricional, ajustes en la actividad física o cuidados médicos específicos. De este modo, ese simple número se convierte en una herramienta poderosa para acompañar tu salud en cada etapa de la vida.

La talla en los primeros años revela si el desarrollo físico del niño progresa adecuadamente. Para menores de 24 meses, el tallímetro se utiliza en posición horizontal (infantómetro): el bebé yace boca arriba sobre una base perfectamente nivelada, mientras un asistente mantiene la cabeza alineada y otro estira las piernas con suavidad para que los talones queden contra la regla móvil; luego, sin mover al bebé, se lee la cifra en centímetros y milímetros en la ventanilla y se anota al instante como tres dígitos para los centímetros y uno para los décimos, garantizando así una medida fiel de su crecimiento.

Cuando el niño supera los dos años, el tallímetro se debe colocar verticalmente: el sujeto se para descalzo con talones, pantorrillas, glúteos, espalda y nuca pegados a la varilla, la mirada al frente y brazos relajados, y el operador desliza la pieza móvil hasta tocar suavemente la coronilla. La lectura, expresada en centímetros y milímetros, se registra de inmediato, cuidando de no inclinar ni comprimir al individuo, lo que permite comparar su estatura mes a mes con las referencias de crecimiento según sexo y edad. Más allá de la infancia, la misma técnica vertical sirve para adultos y personas mayores, pues mantiene la consistencia de las mediciones a lo largo de la vida. Antes de cada toma es clave ubicar el equipo en un piso nivelado con buena iluminación, limpiar y confirmar que la escala esté en centímetros.

Registrar el dato sin distracciones y anotar en el formulario que garantiza detectar cambios en la postura, pérdidas de altura en la vejez o alteraciones que requieran intervención, y así ajustar programas de ejercicio, rehabilitación o cuidados nutricionales según las necesidades específicas de cada etapa vital. En el artículo de Pediatría Integral se explica que medir la circunferencia de la cabeza desde la frente hasta la parte más saliente de atrás es como asomarse al interior del cerebro en crecimiento.

Con una cinta métrica firme y sin estirarse, se ajusta alrededor de la cabeza en su punto más ancho y se repite la lectura al menos tres veces para asegurar precisión. En recién nacidos a término, ese perímetro ronda los 35 cm, aumenta casi medio centímetro cada semana durante los primeros tres meses y sigue creciendo hasta cerca de los dos años, cuando alcanza su talla final. Cuando la medida supera en más de 2,5 desviaciones estándar el valor esperado para la edad y el sexo, hablamos de macrocefalia, que puede obedecer a causas tan diversas como un exceso de líquido en el cerebro (hidrocefalia), crecimiento anómalo del tejido cerebral o incluso variantes familiares benignas; por ello, el diagnóstico combina la historia clínica, pruebas de imagen y, cada vez con más frecuencia, análisis genéticos.

En cambio, si el perímetro se mantiene por debajo de dos desviaciones estándar, se detecta microcefalia, un signo que obliga a descartar orígenes genéticos, infecciosos o vasculares mediante exámenes detallados y cribados neurológicos. Gracias a protocolos y algoritmos clínicos, los pediatras de atención primaria y los neuropediatras, pueden coordinarse mejor para acompañar a cada niño según cómo evoluciona su crecimiento craneal (Alvaro & Gomez, 2020)

El perímetro torácico es la medida que refleja el tamaño y la forma de la caja torácica en un momento determinado, sirve para entender cómo está evolucionando el desarrollo del pecho, lo cual está estrechamente ligado al crecimiento pulmonar y al estado nutricional, especialmente en los primeros años de vida. Para medir el perímetro torácico, consiste en colocar una cinta métrica e inextensible alrededor del pecho, justo a la altura del cartílago xifoides, sin apretar la piel, para capturar el (volumen) del tórax en reposo respiratorio. En los recién nacidos, este contorno suele ubicarse entre 31 y 35 cm ligeramente menor que el perímetro cefálico y se mide con el bebé tranquilo, acostado y respirando de manera natural.

Al comparar estos valores con las curvas de referencia por edad y sexo, los profesionales pueden identificar tempranamente riesgos nutricionales (como la desnutrición aguda) o problemas respiratorios (limitación del desarrollo pulmonar) y hacer un seguimiento preciso del crecimiento torácico durante los primeros años de vida (Witiril & Castro, 2020)

El perímetro braquial, también conocido como la circunferencia media del brazo, es un método rápido y práctico para evaluar la cantidad de músculo y grasa bajo la piel de los niños, convirtiéndose en un indicador de su estado nutricional general (Torre & Quiroga, 2022). Para tomar la medida, se pide al pequeño que mantenga el brazo relajado junto al cuerpo, se localiza el punto medio entre el hombro y el codo, y se rodea suavemente con una cinta métrica que no se estire ni comprima la piel, asegurándose de que quede perfectamente horizontal. Tras anotar la lectura, se repite dos veces más y se promedia para garantizar precisión. Según la OMS, valores iguales o superiores a 12,5 cm indican un estado nutricional

adecuado, medidas entre 11,5 y 12,4 cm señalan un riesgo de desnutrición moderada, y por debajo de 11,5 cm reflejan desnutrición aguda severa, permitiendo así detectar a tiempo a aquellos niños que requieren apoyo alimentario inmediato.

Según (Fernandes Filho, 2017), la evaluación de los pliegues cutáneos se basa en la premisa de que la grasa bajo la piel refleja las reservas energéticas del organismo: al pellizcar zonas específicas y medir el grosor de ese pliegue con un adipómetro, obtenemos un valor que, al introducirse en ecuaciones reconocidas, permite estimar la densidad corporal y la proporción de grasa total

Según, (Jan, 2023), el Índice de Masa Corporal (IMC) es un método práctico y económico para estimar la grasa corporal: basta con dividir tu peso en kilogramos entre el cuadrado de tu estatura en metros (kg/m^2). Con este dato obtenido, se clasifica tu estado nutricional en seis categorías: por debajo de 18,5 indica bajo peso; de 18,5 a 24,9 es el rango saludable; de 25 a 29,9 señala sobrepeso; y a partir de 30 se habla de obesidad en sus tres grados, siendo 30-34,9 la clase uno, 35-39,9 la dos y 40 o más la tres. Aunque el índice de masa corporal no mide directamente la grasa ni distingue músculo de tejido adiposo, guarda una relación suficiente con técnicas más complejas y con el riesgo de padecer enfermedades como diabetes, hipertensión o problemas cardiovasculares, lo que lo convierte en una señal de alerta útil.

Para implementar el índice de masa corporal en Quisapincha, se visitará a cada adulto mayor en un espacio con buena luz y piso estable. Se realizará personalmente la toma de medidas. Con una báscula portátil y un tallímetro sencillo, se pedirá que el adulto mayor se quite el calzado y, con ropa ligera, se suba a la báscula; a continuación, se medirá la altura de pie, apoyando talones, glúteos y nuca contra la regla y deslizando suavemente la pieza móvil hasta tocar la cima de la cabeza. Una vez ya obtenido dos valores, se procederá a calcular el IMC, la interpretación de los datos recolectados se ubicará al adulto mayor en las categorías de peso saludable, sobrepeso u obesidad, explicando en palabras sencillas cómo ese número se relaciona con su salud.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo es una manera de investigar que procura acercarse a la comprensión del entorno utilizando de números y datos medibles. Su valor radica en ofrecer resultados claros y confiables, que sirven de base para tomar decisiones fundamentadas y comparar distintos contextos de forma objetiva. Este tipo de enfoque facilita la recolección de información que puede ser expresada numéricamente, lo cual resulta útil para describir situaciones reales como el estado nutricional de los adultos mayores. A través de indicadores como el peso, la talla y el índice de masa corporal, se busca obtener información y datos claros de las condiciones en las que se encuentra la población estudiada.

2.2. Nivel / tipo descriptivo

El estudio será de tipo descriptivo, cuyo propósito es observar, registrar y caracterizar detalladamente las condiciones existentes sin modificarlas. Esta clase de estudio permite identificar los principales factores relacionados con la salud nutricional en una comunidad, enfocándose en describir las características de los participantes y su entorno. El objetivo no es intervenir ni aplicar tratamientos, sino comprender la situación actual desde una perspectiva clara y objetiva. Esta descripción se convierte en un insumo clave para futuras acciones o políticas que busquen mejorar el bienestar general de los adultos mayores.

2.3. Método transversal

El método transversal es una forma de investigación que permite observar y comprender una realidad en un momento específico. Gracias a este enfoque, se pueden conocer las condiciones presentes de una situación sin necesidad de hacer un seguimiento en el tiempo, lo que facilita información clara, rápida y representativa del contexto estudiado. La elección de este método obedece a su practicidad y a la facilidad de ejecución, especialmente en zonas donde el acceso

puede presentar ciertas limitaciones logísticas. Además, este enfoque permite obtener resultados inmediatos que reflejan de forma fiel la situación nutricional actual de los adultos mayores sin intervenir en su dinámica cotidiana. Cabe destacar que este proceso ha sido previamente coordinado con las autoridades comunitarias, quienes han otorgado su consentimiento y expresado su disposición para colaborar con el desarrollo del estudio.

2.4. Grupo de estudio: Población muestra

El grupo de estudio está conformado por la población adulta mayor de la comunidad rural de Quisapincha, ubicada en la provincia de Tungurahua, Ecuador. Esta localidad cuenta con una población total de 10.105 habitantes, de los cuales 1.870 corresponden a personas adultas mayores. Este tipo de selección es adecuado para estudios comunitarios, permite trabajar con los adultos mayores disponibles y dispuestos.

Sin embargo, se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que no se conocen datos reales, se trabajará con personas que se autoidentifican como adultos mayores, considerando como criterio de inclusión una edad comprendida entre los 60 y los 85 años.

Este rango ha sido seleccionado porque abarca una etapa de la vida en la que suelen presentarse transformaciones importantes a nivel físico, funcional y nutricional, que repercuten directamente en el modo en que las personas experimentan su entorno y bienestar.

Tipo de recolección de la Información

La recolección de datos se realizará mediante dos estrategias complementarias. Por un lado, se efectuará una revisión documental, en la que se analizarán fuentes oficiales y antecedentes teóricos relacionados con la nutrición en adultos mayores. Por otro lado, se realizará una fase de recolección de datos en el entorno comunitario, en el que se emplearán un consentimiento informado para asegurar la

participación voluntaria y explicar de forma clara el propósito, las etapas y la confidencialidad del estudio (Anexo 1), entrevistas, con el fin de conocer de primera mano las experiencias, hábitos y percepciones de los adultos mayores (Anexo 2), cuestionarios cuantitativos, este instrumento consta de ítems de respuestas abiertas y cerradas que permitirán recopilar datos medibles sobre alimentación de los adultos mayores (Anexo 3) y guía de medidas antropométricas, utilizada para registrar peso, talla e índice de masa corporal con procedimientos estandarizados (Anexo 4).

Estas entrevistas estarán acompañadas de la evaluación física a través del registro de peso y talla, utilizando una báscula digital, tallímetro portátil y cinta métrica flexible que ayudara a obtener datos reales de las medidas obtenidas.

Procesamiento y análisis de la investigación

Una vez definidas y aplicadas las técnicas metodológicas, iniciamos con la fase de recolección de datos, registrando las diferentes medidas antropométricas como el peso, talla y el IMC de los 95 adultos mayores de Quisapincha. Esta recopilación cuidadosa asegura la fidelidad de la información y ayuda a obtener un análisis detallado acerca del estado nutricional de los adultos mayores. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las siguientes tablas.

Tabla 1 Rangos del estado nutricional

Promedio	Clasificación
<18,5	Bajo peso
18,5–24,9	Peso normal
25–29,9	Sobrepeso
≥30	Obesidad

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1 presenta los rangos del estado nutricional del adulto mayor y ayuda a conocer si está por debajo del peso adecuado, en un estado normal, con sobrepeso o si existe obesidad, lo cual puede alertar sobre posibles riesgos para la salud.

Tabla 2. Frecuencia de clase

	Rangos	Numero de intervalos	Ancho de intervalos	Límite inferior y límite superior
Formulas	$R = V. \text{ Mayor} - V. \text{ Menor}$	$ni = \sqrt{n}$	$i = R/ni - 1$	LRi y LRs
Peso	31,90	8	3,99	50,50 y 82,40
Talla	0,26	8	0,03	1,46 y 1,72
IMC	18,75	8	2,34	19,48 y 38,23

Fuente: elaboración propia

La tabla 2 reúne los cálculos clave de las mediciones antropométricas (peso, talla e IMC), el rango que abarca toda la muestra, la cantidad de intervalos establecidos, el ancho de cada segmento y los límites inferior y superior que definen cada categoría.

Tabla 3. Distribución de frecuencias del peso

INTERVALOS		Peso					
	MARCA DE CLASE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA PORCENTUAL		
Li	Ls	Xi	Fi	fa	fr	f%	Xi * Fi
50,50	54,49	52,49	3	3	0,03	3,16	157,48
54,49	56,83	55,66	4	7	0,04	4,21	222,64
56,83	59,18	58,00	8	15	0,08	8,42	464,03
59,18	61,52	60,35	15	30	0,16	15,79	905,21
61,52	63,86	62,69	17	47	0,18	17,89	1065,75
63,86	66,21	65,04	10	57	0,11	10,53	650,35
66,21	68,55	67,38	15	72	0,16	15,79	1010,69
68,55	70,90	69,72	23	95	0,24	24,21	1603,64
			95		1,00	100 %	6079,80

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 se encuentra la tabla de distribución de frecuencia del peso de los 95 adultos mayores tomados como muestra, en la siguiente tabla se puede observar que está compuesta por intervalos (Li y Ls), la marca de clase que marca el punto medio de cada tramo, frecuencia absoluta que indica cuantas personas se encuentran en ese intervalo, la frecuencia acumulada muestra cuántos llegan hasta ese punto, la frecuencia relativa traduce esos conteos en proporción del total y la

frecuencia porcentual lo expresa en porcentaje, lo que permite comparar de forma rápida la importancia de cada grupo. Además, al multiplicar la marca de clase por su frecuencia se obtiene la base para calcular la media, mediana, moda del peso, un parámetro fundamental para apreciar la dispersión de los datos y detectar tendencias de aumento o disminución ponderal en la comunidad.

Tabla 4- Medidas de tendencia central del peso
Medidas de tendencia central

Media	64,00
Mediana	63,90
Moda	77,82

Fuente: elaboración propia

La tabla 4 presenta las medidas de tendencia central derivadas de la distribución de peso de los 95 adultos mayores, la media aritmética, que indica el valor promedio, la mediana, que marca el punto donde la mitad de los participantes registra un peso inferior y la otra mitad un peso superior; y la moda, que identifica el peso que más se repite en la muestra. Estas estadísticas ofrecen una visión precisa de los patrones de variación ponderal en la comunidad.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de la talla

Intervalos		Marca de clase		Talla			
Li	Ls	Xi	Fi	Frecuencia absoluta	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa	Frecuencia porcentual
1,46	1,49	1,48	3	3	3	0,03	3,16
1,49	1,53	1,51	0	3	3	0,00	0,00
1,53	1,56	1,54	0	3	3	0,00	0,00
1,56	1,59	1,57	6	9	9	0,06	6,32
1,59	1,62	1,61	28	37	37	0,29	29,47
1,62	1,66	1,64	32	69	69	0,34	33,68
1,66	1,69	1,67	15	84	84	0,16	15,79
1,69	1,72	1,70	11	95	95	0,12	11,58
			95			1,00	100 %

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5 se encuentra la tabla de distribución de frecuencia de la talla de los 95 adultos mayores tomados como muestra, en la siguiente tabla se puede observar que está compuesta por intervalos; límite inferior (Li) y límite superior (Ls), la marca de clase que marca el punto medio de cada tramo, frecuencia absoluta que indica cuantas personas se encuentran en ese intervalo, la frecuencia acumulada muestra cuántos llegan hasta ese punto, la frecuencia relativa traduce esos conteos en proporción del total y la frecuencia porcentual lo expresa en porcentaje, lo que

permitió comparar de forma rápida la importancia de cada grupo. Además, al multiplicar la marca de clase por su frecuencia se obtiene la base para calcular la media, mediana, moda de la talla, un indicador clave para valorar la variabilidad y detectar posibles patrones de crecimiento o desproporción corporal en la comunidad.

Tabla 6. *Medidas de tendencia central de la talla*
Medidas de tendencia central

Media	1,63
Mediana	1,97
Moda	1,53

Fuente: elaboración propia

La tabla 6 presenta las medidas de tendencia central derivadas de la distribución de la talla de los 95 adultos mayores, la media aritmética, que indica el valor promedio de la distribución, la mediana, que marca el punto donde la mitad de los participantes registra una talla inferior y la otra mitad una talla superior y la moda, que identifica la talla que más se repite en la muestra. Estas estadísticas ofrecen una visión precisa de los patrones de variación ponderal en la comunidad.

Tabla 7. Distribución de frecuencias del IMC

ÍNDICE DE MASA CORPORAL							
INTERVALOS		MARCA DE CLASE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA PORCENTUAL	
Li	Ls	Xi	Fi	fa	fr	f%	Xi * Fi
19,48	21,83	20,65	10	10	0,11	10,53	206,54
21,83	24,17	23,00	42	52	0,44	44,21	965,93
24,17	26,51	25,34	31	83	0,33	32,63	785,61
26,51	28,86	27,69	3	86	0,03	3,16	83,06
28,86	31,20	30,03	4	90	0,04	4,21	120,12
31,20	33,55	32,37	2	92	0,02	2,11	64,75
33,55	35,89	34,72	0	92	0,00	0,00	0,00
35,89	38,23	37,06	3	95	0,03	3,16	111,19
			95		1,00	100 %	2337,19

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7 se encuentra la tabla de distribución de frecuencia del IMC de los 95 adultos mayores tomados como muestra, en la siguiente tabla se puede observar que está compuesta por intervalos; límite inferior (Li) y límite superior (Ls), la marca de clase que marca el punto medio de cada tramo, frecuencia absoluta que indica cuantas personas se encuentran en ese intervalo, la frecuencia acumulada muestra cuántos llegan hasta ese punto, la frecuencia relativa traduce esos conteos en proporción del total y la frecuencia porcentual lo expresa en porcentaje, lo que permitió comparar de forma rápida la importancia de cada grupo. Además, al multiplicar la marca de clase por su frecuencia se obtuvo la base para calcular la media, mediana, moda del IMC, un indicador clave para detectar si existen desviaciones que puedan representar riesgos nutricionales en la comunidad.

Tabla 8. Medidas de tendencia central del IMC

Medidas de tendencia central	
Media	24,60
Mediana	23,52
Moda	25,40

Fuente: elaboración propia

La tabla 8 presenta las medidas de tendencia central derivadas de la distribución del IMC de los 95 adultos mayores, la media aritmética, que indica el valor promedio, la mediana, que marca el punto donde la mitad de los participantes registra un IMC inferior y la otra mitad un IMC superior; y la moda, que identifica el IMC que más se repite en la muestra. Estas estadísticas ofrecen una visión precisa de los patrones de variación ponderal en la comunidad.

Tabla 9. Clasificación del estado nutricional de los Adultos Mayores

Estado nutricional de los adultos mayores			
Genero	clasificación	Cantidad	porcentaje
Mujeres	Obesidad	7	7,37%
Mujeres	sobrepeso	10	45%
Hombres		12	55%
Mujeres	peso normal	43	65%
Hombres		23	35%
	TOTAL	95	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 9 se observa el panorama nutricional de los 95 adultos mayores en Quisapincha, se evidencia que apenas siete mujeres con un (7,37 %) viven con obesidad, mientras que el sobrepeso afecta a diez mujeres y doce hombres. Por otro lado, un amplio grupo de 43 mujeres tienen el (65 %) y 23 hombres tienen el (35 %) considerado un peso dentro de rangos normales.

Estos porcentajes no surgen al azar, provienen de dietas donde las legumbres y cereales predominan por su bajo costo, lo que deja en un segundo plan o las proteínas de calidad y las frutas o verduras frescas. A esto se suma la dificultad para acceder a consultas médicas periódicas, de modo que existe desequilibrios que podrían corregirse a tiempo, pero pasan desapercibidos.

Además, los procesos naturales de la vejez reducen la masa muscular y enlentecen el metabolismo, haciendo más complejo mantener un peso saludable. En conjunto, estos datos permiten observar tanto el exceso como la falta de peso en la comunidad. Comprender esta realidad es el primer paso para trazar rutas de apoyo que incluyan prevención y promoción de salud nutricional.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se exponen los hallazgos obtenidos tras aplicar las herramientas de evaluación a los adultos mayores de la comunidad, quienes conformaron el grupo de estudio. Tomando como referencia los datos recogidos en campo, se construyeron tablas y representaciones gráficas que permitieron observar con mayor claridad cómo se distribuyen las distintas condiciones nutricionales en esta población.

El análisis no se limita a cifras, busca también interpretar lo que hay detrás de los números, reconociendo cómo los hábitos de vida, la escasa disponibilidad de atención médica, la alimentación y la actividad física inciden directamente en el bienestar de los adultos mayores.

Para comprender el estado nutricional de los adultos mayores de Quisapincha, hemos centrado nuestro análisis en el peso corporal, una de las medidas antropométricas más importantes. Los datos obtenidos en el trabajo de campo ya presentadas anteriormente en tablas de distribución de frecuencias ayudan a tener datos concretos y un análisis correcto de los diferentes parámetros de medición.

En la presente imagen se visualiza la distribución del peso de los 95 adultos mayores de Quisapincha, el tramo más elevado abarca de 68,55 kg a 70,90 kg, con 23 personas concentradas en este rango. Esto nos indica que casi un cuarto de la muestra presenta un peso notablemente alto, muy por encima de lo que se espera debido a su estatura media.

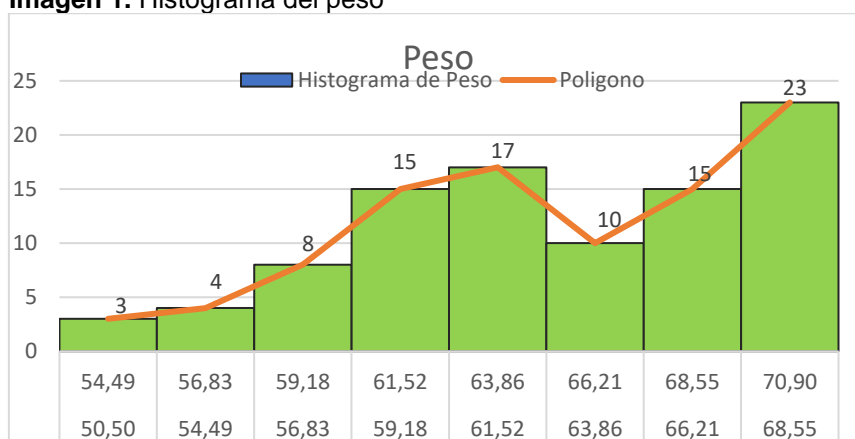
De manera secundaria, el intervalo de 61,52 kg a 63,86 kg reúne a 17 participantes, y el de 59,18 kg a 61,52 kg agrupa a 15. Estos dos grupos suman más de un tercio del total, lo que sugiere que una parte importante de la comunidad mantiene un peso cercano al promedio de la zona, debido a dietas basadas en granos, tubérculos y verduras locales que ciertos adultos mayores consumen en su vida diaria.

En el extremo inferior, apenas tres personas pesan entre 50,50 kg y 54,49 kg, y cuatro entre 54,49 kg y 56,83 kg. Estos casos de peso bajo podrían asociarse a procesos de fragilidad, pérdida de músculo o limitaciones económicas que restringen la variedad y cantidad de alimentos consumidos.

En el lado opuesto, quince adultos rondan los 66,21–68,55 kg y diez los 63,86–66,21 kg; aunque no son la cifra más alta, siguen mostrando una tendencia al sobrepeso. Esta acumulación de kilos eleva el riesgo de hipertensión, diabetes y molestias en las articulaciones, especialmente cuando la actividad física disminuye al dejar de trabajar en el campo.

Factores como el envejecimiento del metabolismo, la preferencia por alimentos procesados y la escasa oferta de espacios de recreación para mayores agravan la situación. A su vez, el aislamiento social y la falta de acceso regular a servicios de salud pueden empeorar tanto el bajo peso como el exceso de kilos.

Imagen 1. Histograma del peso



Fuente: elaboración propia

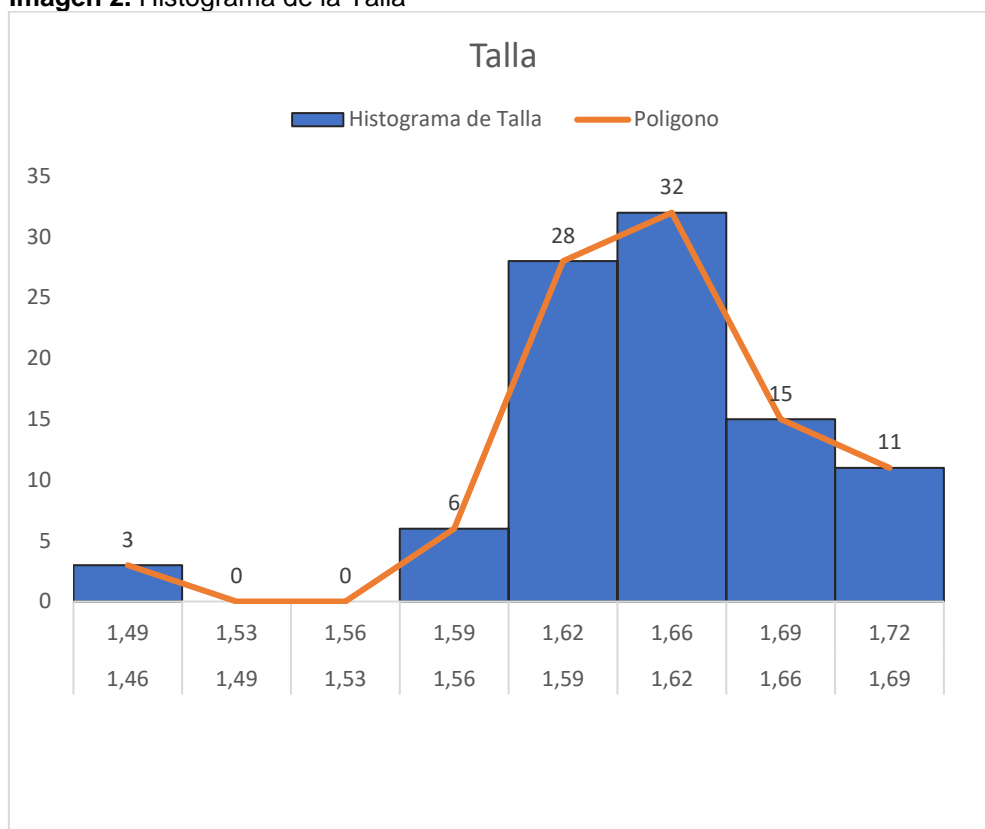
La talla, más allá de ser un simple dato numérico, aporta información valiosa sobre la composición corporal y el decrecimiento óseo de los adultos mayores. Al medir la altura de forma precisa, podemos calcular índices como el IMC con mayor exactitud y detectar posibles alteraciones en la proporción entre peso y estatura.

Además, conocer la talla permite identificar pérdidas de estatura relacionadas con la compresión vertebral, afecciones comunes en la tercera edad. Este indicador, combinado con el peso y otras circunferencias, ofrece un estado completo de la salud nutricional.

En la imagen 2 se puede observar la estatura de las personas adultas mayores evaluadas en la comunidad. Según los datos recolectados, la mayoría de los participantes se ubicaron en los intervalos comprendidos entre 1,58 m y 1,66 m, lo que se evidencia tanto en la tabla como en el histograma de frecuencias.

En particular, los valores más frecuentes se ubicaron en el tramo de 1,60 a 1,63 metros, seguido por quienes midieron entre 1,63 y 1,66 metros, con un total de 60 personas distribuidas en esos dos grupos, lo cual representa más del 60 % del total de la muestra. Es común que en la etapa adulta mayor se presente una leve reducción en la estatura, consecuencia de procesos naturales como la pérdida de densidad ósea y la compresión progresiva de las vértebras con el paso del tiempo.

En los extremos del gráfico, es decir, en los tramos de 1,46 a 1,49 m y 1,69 a 1,72 m, se encontraron menos casos, lo que sugiere que hay pocos individuos con estaturas significativamente por debajo o por encima del promedio.

Imagen 2. Histograma de la Talla

Fuente: elaboración propia

En la imagen 3, se representa el IMC de los adultos mayores de Quisapincha, se observa que la mayoría de los participantes se sitúa en el límite que separa el peso normal del sobrepeso. Concretamente, 42 personas (el grupo más numeroso) presentan un IMC entre 24,17 y 26,51.

Este rango, aunque todavía se considera saludable, se acerca a la frontera del sobrepeso; implicando un riesgo creciente de desarrollar resistencia a la insulina, hipertensión arterial y dislipidemias si no se corrige a tiempo mediante cambios en la alimentación y ejercicio moderado.

El siguiente tramo, de 26,51 a 28,86, agrupa a 31 individuos, lo que evidencia que casi un tercio de la muestra ya ha cruzado ese límite. En esta etapa, el tejido adiposo extra tiende a liberar sustancias inflamatorias que pueden dañar el endotelio vascular, elevando la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y complicaciones metabólicas como la diabetes tipo 2.

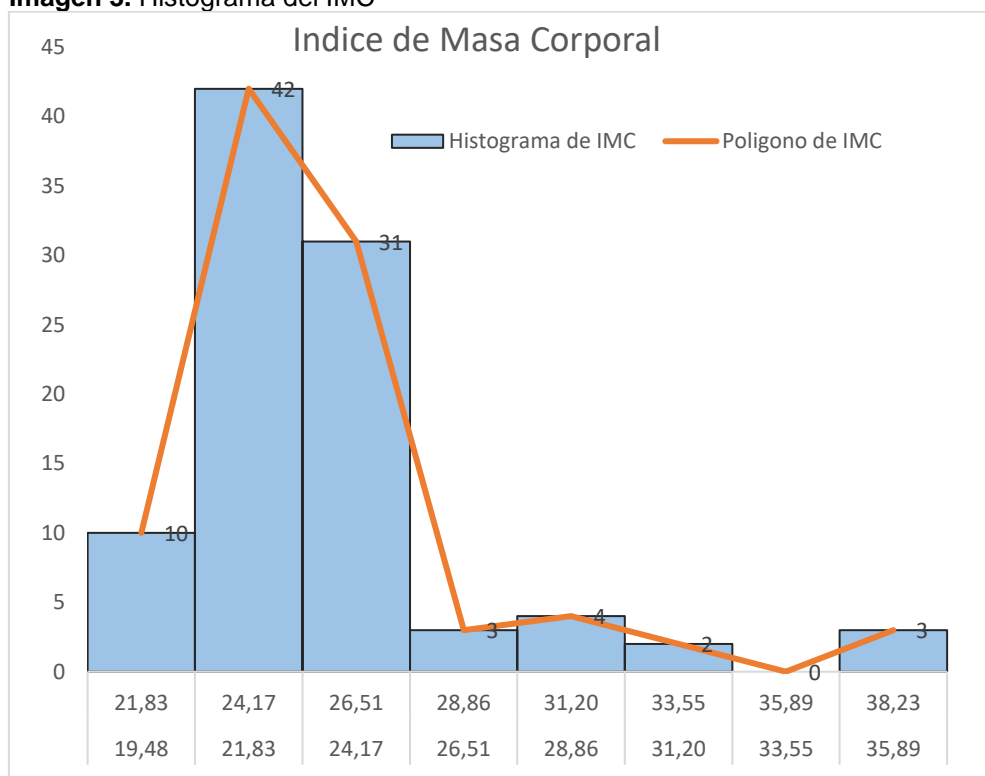
Además, en edades avanzadas, el exceso de peso sobrecarga las articulaciones, favoreciendo la artrosis y limitando la movilidad.

Por otro lado, diez adultos muestran un IMC más bajo, entre 19,48 y 21,83. Aunque este rango está dentro de lo considerado normal, quienes se sitúan en su extremo inferior pueden estar expuestos a una menor reserva muscular y ósea; factores que aumentan la vulnerabilidad a las caídas, la pérdida de masa magra (sarcopenia) y, en algunos casos, a deficiencias nutricionales por ingesta insuficiente.

Finalmente, los valores de IMC por encima de 31,20, aunque poco frecuentes, reflejan la presencia de obesidad en la comunidad. Estos casos concentran un riesgo elevado de hipertensión grave, alteraciones hormonales, problemas respiratorios y mayor incidencia de síndromes metabólicos.

El conjunto de una dieta con alimentos muy energéticos, la disminución de la actividad física diaria y las barreras de acceso a servicios de salud agravan aún más estas condiciones.

Cabe recalcar que los adultos mayores de la comunidad Quisapincha atraviesan por una edad especialmente vulnerable y algunos de ellos con limitaciones por diversos factores, que alteran el bienestar y sobre todo el estado nutricional y evitan que no reciban los alimentos necesarios para mantener una dieta saludable, salud de calidad y una vida digna.

Imagen 3. Histograma del IMC

Fuente: elaboración propia

En la imagen 4, refleja de manera clara la distribución porcentual del estado nutricional de los adultos mayores evaluados, tomando como base su índice de masa corporal. La categoría de peso normal predomina de forma notoria, con un 69,5 % de los participantes dentro de este rango. Este dato representa un resultado positivo, indica que más de dos tercios de la población mantiene una relación adecuada entre peso y estatura.

Sin embargo, también se identifican situaciones que requieren atención. Un 23,2 % de los evaluados presenta sobrepeso, lo que señala un riesgo potencial para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas o articulares, especialmente en edades avanzadas. Aunque no se trata de un porcentaje alarmante, sí es lo suficientemente significativo como para considerar estrategias preventivas.

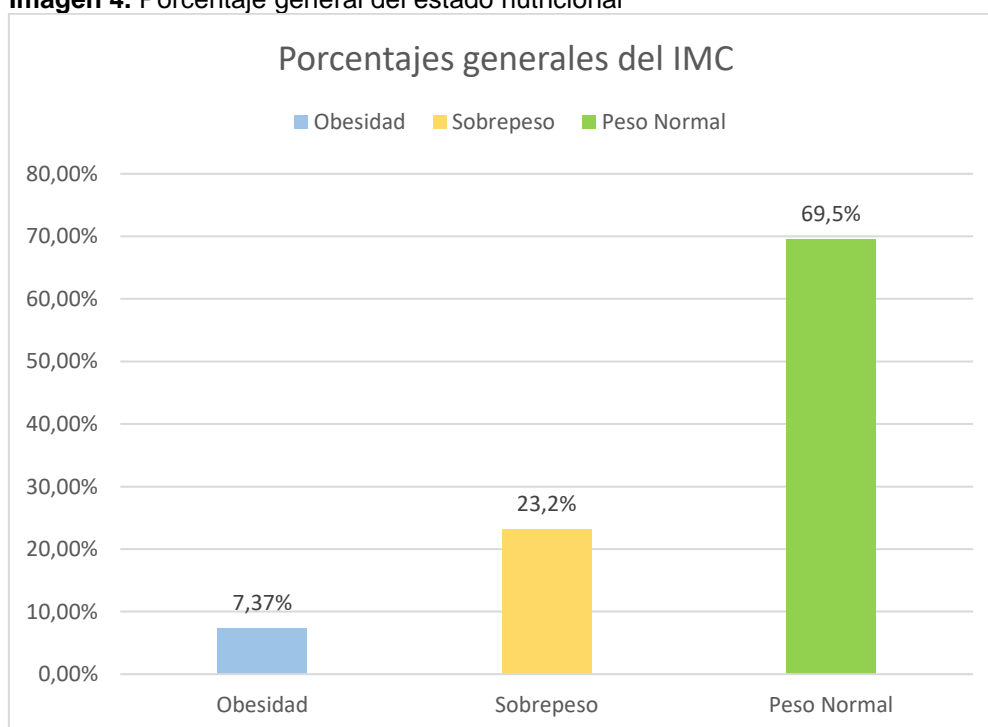
Por otro lado, el grupo en condición de obesidad representa un 7,37 % del total. Aunque esta proporción es menor en comparación con las otras categorías, no debe minimizarse su importancia. Las personas con obesidad en esta etapa de la

vida pueden enfrentarse a mayores complicaciones de salud y requerir un acompañamiento más cercano desde los servicios de atención primaria.

No obstante, este dato también debe analizarse considerando el contexto en el que viven estos adultos mayores. Muchos de ellos enfrentan condiciones socioeconómicas limitadas, acceso restringido a servicios de salud preventiva y rutinas diarias marcadas por el trabajo físico o la falta de atención médica oportuna.

A pesar de estas barreras, mantener un peso corporal dentro de los rangos recomendados podría estar relacionado con prácticas alimenticias tradicionales o con un estilo de vida más activo. Sin embargo, no puede descartarse que, en algunos casos, un IMC dentro del rango normal o incluso bajo o elevado, no refleje necesariamente un buen estado de salud, razón por la cual se requiere un análisis más profundo de otros indicadores complementarios.

Imagen 4. Porcentaje general del estado nutricional



Fuente: elaboración propia

En la imagen 5, compara los estados nutricionales entre mujeres y hombres permite identificar diferencias relevantes en los patrones de peso observados en la población adulta mayor evaluada. La categoría de peso normal tiene una mayor

representación entre las mujeres, quienes alcanzan un 65 %, frente al 35 % que corresponde a los hombres.

Esta diferencia no solo marca una tendencia dentro del grupo estudiado, sino que también invita a reflexionar sobre los posibles factores que podrían influir en esta distribución.

Es posible que, en el caso de las mujeres, ciertos hábitos cotidianos, como una alimentación más controlada o una mayor disposición hacia el autocuidado, estén influyendo positivamente en el mantenimiento de un peso saludable. Además, muchas de ellas pueden estar involucradas en actividades domésticas constantes que, aunque no se perciban como ejercicio formal, requieren esfuerzo físico y contribuyen al gasto calórico diario.

Por otro lado, los hombres podrían estar más expuestos a estilos de vida sedentarios, a una menor conciencia nutricional o incluso a rutinas alimenticias menos equilibradas, lo que explicaría su menor presencia en esta categoría.

En el caso del sobrepeso, los porcentajes se invierten. Los hombres concentran un 55 % de los casos, mientras que las mujeres representan el 45 % restante. Esta situación plantea una señal de alerta, el sobrepeso en varones adultos mayores puede estar asociado a estilos de vida más sedentarios o a factores metabólicos que requieren atención específica.

En cuanto a la obesidad, se destaca un hallazgo particularmente interesante su presencia fue registrada únicamente en mujeres, alcanzando un 7,37 % del total de participantes. Aunque el porcentaje no es elevado en términos generales, el hecho de que esta condición afecte solo a un grupo es un dato que debe analizarse con atención.

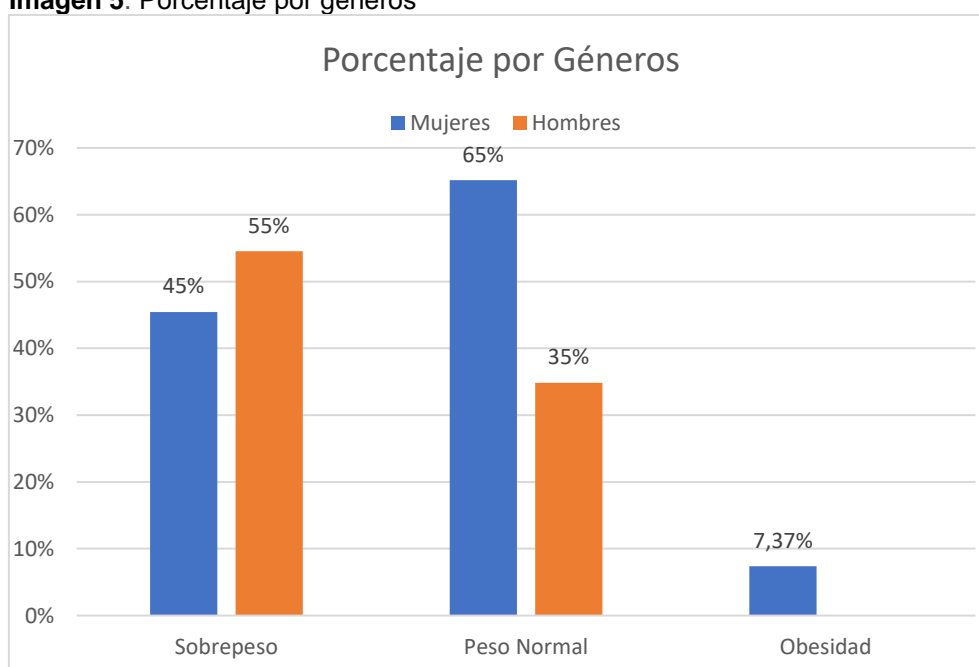
Es probable que este resultado esté influenciado por factores hormonales relacionados con el envejecimiento femenino, así como por una menor frecuencia de actividad física o limitaciones funcionales que reducen su movilidad diaria.

También algunas mujeres enfrentan barreras sociales o emocionales que dificultan el acceso a estilos de vida más activos y saludables.

Estos resultados, al observarse desde una mirada integral, evidencian que el estado nutricional no puede evaluarse únicamente desde cifras generales.

Cada grupo presenta particularidades que responden a experiencias de vida, roles sociales, condiciones de salud previas y acceso a recursos, por lo que cualquier estrategia de intervención debe contemplar estos matices para lograr un impacto real en la calidad de vida de la población adulta mayor.

Imagen 5. Porcentaje por géneros



Fuente: elaboración propia

Este escenario permite concluir que, aunque no se detectaron casos de desnutrición, el perfil nutricional de los adultos mayores de Quisapincha presenta señales claras de riesgo por sobrepeso y primeras manifestaciones de obesidad. Estos hallazgos ponen en evidencia una creciente tendencia hacia dietas desequilibradas y estilos de vida menos activos, factores que pueden agravar problemas en la salud. Al entender esta realidad desde una perspectiva integral, no solo cuantitativa, podemos valorar con mayor precisión cómo influyen las condiciones socioeconómicas y culturales en su salud. Esta claridad en el

diagnóstico alimenta el diseño de intervenciones más sensibles a las necesidades reales de la comunidad y orienta con solidez las siguientes fases de la investigación.

El presente análisis muestra una visión integral del estado nutricional de los adultos mayores de la comunidad de Quisapincha, construido a partir de mediciones directas y de un trabajo de campo que fue más que un simple ejercicio técnico. Las tablas, histogramas y porcentajes expuestos ofrecen un diagnóstico preciso de cómo se distribuyen el peso, la talla y el índice de masa corporal en la población evaluada; sin embargo, detrás de cada número hay una historia que se vivió en el terreno, con sus retos, aprendizajes y realidades sociales.

El análisis muestra que, aunque la mayoría de los adultos mayores mantiene un peso y un IMC dentro de lo que se considera normal, existe un segmento significativo que se ubica en el límite entre el peso saludable y el sobrepeso, e incluso algunos casos de obesidad. Estas condiciones no se pueden entender únicamente desde la estadística; responden también a hábitos alimenticios arraigados, a la reducción de la actividad física con el paso de los años y a limitaciones en el acceso a atención médica preventiva.

Durante el levantamiento de la información, el equipo enfrentó retos que marcaron el proceso. En algunos sectores, el acceso a los hogares fue limitado y hubo cierta resistencia inicial de parte de la comunidad, motivada por desconfianza o por el desconocimiento sobre el objetivo de la investigación. En ocasiones, el tiempo necesario para las mediciones se veía reducido por compromisos personales de los participantes o por actividades comunitarias que coincidían con las visitas.

También influyó el hecho de que muchos adultos mayores viven dispersos en zonas alejadas, lo que exigió mayor planificación y desplazamientos prolongados. Estas vivencias no solo retrasaron el cronograma en algunos momentos, sino que también obligaron a reforzar el trabajo de comunicación y acercamiento para generar un clima de confianza.

En conjunto, los hallazgos retratan a una población que, si bien no presenta desnutrición, sí enfrenta riesgos crecientes asociados al exceso de peso y a estilos de vida menos activos. Esta realidad, sumada a las barreras de acceso a servicios de salud y a las particularidades culturales, exige que cualquier estrategia de intervención parta no solo de los datos, sino también del entendimiento profundo de su entorno y de la confianza construida en el contacto directo. El trabajo de campo en Quisapincha no solo dejó cifras y gráficos, sino también la certeza de que el éxito de un diagnóstico comunitario depende tanto de la rigurosidad técnica como de la sensibilidad humana con la que se aborda a las personas que lo hacen posible.

CONCLUSIONES

- El presente estudio logró alcanzar su objetivo principal, que fue determinar el estado nutricional de los adultos mayores de la comunidad indígena de Quisapincha, utilizando como herramienta principal el índice de masa corporal (IMC). A través del desarrollo de esta investigación, se obtuvo una visión concreta del estado físico de esta población, permitiendo identificar tanto aspectos positivos como áreas que requieren atención.
- Se investigaron las posibles causas que influyen en el estado nutricional de los adultos mayores. Entre ellas se destacan factores como el entorno social y económico que enfrentan las zonas rurales, las dificultades que existen para recibir atención médica oportuna, una dieta basada en productos locales y las dificultades económicas que afectan la variedad alimentaria. Estos elementos explican por qué, si bien una mayoría presenta peso adecuado, también existen casos de sobrepeso y obesidad que podrían agravarse con el tiempo si no se interviene adecuadamente.
- Se calculó el IMC de cada participante mediante la recolección de datos físicos básicos como el peso corporal y la estatura, tomadas de forma directa y precisa en el contexto comunitario. Esto permitió categorizar a los adultos mayores según su estado nutricional y generar estadísticas claras que facilitan la interpretación de los resultados.
- Finalmente, se procedió a analizar los datos recolectados, lo cual evidenció que un 69,5 % de los adultos mayores se encuentra dentro del rango de peso normal, mientras que el 23,2 % presenta sobrepeso y el 7,3 % obesidad. No se identificaron casos de desnutrición, lo cual representa un hallazgo alentador. Sin embargo, los porcentajes de exceso de peso sugieren la necesidad de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud adaptadas a las realidades de esta población.

- En conjunto, esta investigación no solo aporta datos cuantitativos, sino también una comprensión más humana del entorno en el que viven los adultos mayores de Quisapincha, destacando la importancia de generar acciones orientadas al cuidado nutricional, con respeto a su cultura, edad y contexto social.

RECOMENDACIONES

- Fomentar el seguimiento nutricional periódico en la comunidad de Quisapincha, a través de brigadas de salud que se trasladen hasta la zona y realicen controles básicos como peso, talla y evaluación del IMC. Esto permitirá detectar a tiempo posibles riesgos y dar seguimiento a los casos identificados con sobrepeso u obesidad.
- Fortalecer la educación alimentaria en la comunidad adulta mayor, promoviendo la ingesta de alimentos locales con alto valor nutricional, pero reduciendo el uso excesivo de grasas, azúcares y harinas refinadas. Esta orientación puede adaptarse a la realidad cultural y económica de la comunidad, utilizando un lenguaje sencillo y visual.
- Diseñar estrategias locales que impulsen estilos de vida activos a través del ejercicio, como caminatas guiadas, rutinas adaptadas o talleres de movimiento, que no requieran infraestructura ni recursos costosos, pero que incentiven el mantenimiento del peso saludable y mejoren la movilidad de los adultos mayores.
- Incluir a los líderes comunitarios y familiares en los procesos de mejora nutricional, fomentando su participación en charlas, capacitaciones o encuentros que fortalezcan la conciencia colectiva sobre el cuidado en la vejez.
- Impulsar nuevas investigaciones locales, que profundicen en temas relacionados como enfermedades crónicas, salud mental, calidad de vida y acceso a servicios de salud, con el fin de generar propuestas integrales que respondan a las verdaderas necesidades de esta población rural.

BIBLIOGRAFÍA

ACEID. (2022). *Interculturalidad* . Obtenido de <https://aacid-ecuador.ec/sectores-de-trabajo/interculturalidad/>

ACNUR. (2024). *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*. Obtenido de Pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador: de la reivindicación al protagonismo político.: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Pueblos_indigenas/Pueblos_y_nacionalidades_indigenas_Ecuador.pdf

Alvaro, M., & Gomez, A. (2020). *Pediatría integral*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-10/alteraciones-del-perimetro-cefalico-macrocefalia-y-microcefalia/>

Clinic, M. (23 de Julio de 2023). *obesidad* . Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>

CONAIE. (2025). Obtenido de Nacionalidades de la Sierra.: <https://conaie.org/category/nacionalidades-sierra/>

Concepto. (6 de Mayo de 2022). Obtenido de Grupo Etario: <https://concepto.de/grupo-etario/>

Concepto. (2025). *Adolescencia* . Obtenido de <https://concepto.de/adolescencia-2/>

Cuidados y Educación . (7 de Julio de 2021). Obtenido de Primera infancia : <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderias/PrimeraInfancia.pdf>

Europea, U. (28 de Febrero de 2024). *Medicina y Salud* . Obtenido de <https://universidadeuropea.com/blog/estado-nutricional/>

Fernandes Filho, J. (2017). *Evaluación y comparación de cinco calibres de pliegues cutáneos*. Obtenido de <https://doi.org/10.20960/nh.985>

Heredia, C. (2014). *Revista Estomatologica . Los grupos de edad en la investigación científica*. Peru.

Jan, A. (2023). *Fisiología, Índice de masa corporal* . Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535456/>

Maldonado, P., Robles, J., & Potes, V. (2021). *Territorios de vida* . Obtenido de Un análisis nacional sobre la situación de los territorios de vida: Ecuador: <https://report.territoriosoflife.org/es/analisis-regional-y-nacional/ecuador/>

Manual de antropometria. (2022). Obtenido de <file:///C:/Users/point/Downloads/ManualdeAntropometria.pdf>

Manual MSD. (2023). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n?ruleredirectid=755>

MedlinePlus. (2023). *Control de peso.* Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/weightcontrol.html>

MedlinePlus. (2023). *Desnutrición.* Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000404.htm>

Ministerio de Protección Social. (2025). Obtenido de Ciclo de vida: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/ciclovida.aspx>

MSP. (2020). *Ministerio de Salud Pública de Ecuador* . Obtenido de Manual de procedimientos de antropo: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ANTROPOMETRIA.pdf>

National, H., & Lung. (24 de Marzo de 2022). *Sobrepeso*. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/causas>

OMS. (1 de Octubre de 2024). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

OMS. (7 de mayo de 2025). *Obesidad*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Parroquial, G. (2023). *Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Quisapincha*. Obtenido de Turismo y cultura: <https://gadquisapincha.gob.ec/index.php/turismo-y-cultura/>

Paucar, E., Casicana, A., & Chadán, G. (2021). *Subsecretaría de Educación Intercultural Bilingüe*. Obtenido de Cartilla de saberes, sabidurías y conocimientos del pueblo Kisapincha.: https://educacionbilingue.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/CARTILLA-PUEBLO-KISAPINCHA-ZONA-3_compressed.pdf

Rosell, C., Riera, L. J., & Galera, M. R. (2023). *Valoración del estado nutricional*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31_valor_estado_nutr.pdf

Salud . (2025). Obtenido de *Peso saludable* : <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Peso-saludable.aspx>

Torre, B., & Quiroga, T. (2022). Perímetro braquial como indicador del estado nutricional . <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol13.Iss2.193>.

Verdugo, M. (2021). Gerontología Social (Teoría y Práctica). *Medica Panamericana*

Witril, A., & Castro, P. (2020). *Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*.
Obtenido de Manual de técnicas antropométricas.:
<https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-08/Manual%20de%20T%C3%A9cnicas.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para la toma de medidas antropométricas

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio titulado: “*Dinámicas de los hábitos alimenticios y los estados nutricionales en comunidades indígenas de Tungurahua*”, con fines exclusivamente académicos y científicos. Este estudio busca conocer mejor la relación entre los hábitos alimentarios y la salud nutricional en nuestras comunidades.

Como parte de este estudio, se le tomarán medidas de peso, talla, perímetros corporales y se calculará el índice de masa corporal (IMC). Estas mediciones **no son invasivas**, no generan dolor ni daño alguno, y serán tomadas por personal capacitado.

Toda la información será tratada de manera **confidencial y anónima**, y sólo se usará para fines de investigación. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto le cause ningún perjuicio.

Al firmar este documento, usted declara haber recibido esta información de forma clara y acepta participar **de manera voluntaria**.

Nombre del participante: _____

Firma o huella dactilar: _____

Cédula: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Nombre del investigador responsable: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 2. Herramientas de Evaluación Nutricional

Entrevista estructurada: Hábitos alimentarios

Objetivo: Identificar prácticas y costumbres alimenticias de la persona entrevistada.

Duración estimada: 20 a 30 minutos

Tipo de entrevista: Conversacional dirigida, con preguntas abiertas.

- Preguntas guía:

1. ¿Cuáles son los alimentos que consumes con mayor frecuencia en el desayuno, almuerzo y cena?
2. ¿Con qué frecuencia consumes productos procesados como papas fritas, gaseosas o fideos instantáneos?
3. ¿Qué alimentos consideras “tradicionales” en tu comunidad?
4. ¿Quién toma las decisiones sobre qué se cocina en tu hogar?
5. ¿Has notado cambios en tu forma de alimentarte en los últimos cinco años? Cuéntame un poco sobre eso.

Anexo 3. Cuestionario cuantitativo sobre hábitos alimentarios

Objetivo: Medir frecuencia de consumo y percepciones sobre alimentación.

Tipo de escala: Escala de frecuencia tipo Likert.

Instrucciones: Marca con una “” la opción que mejor refleje tu situación en cada fila.

Ítem	Nunca	1 vez/semana	2-3 veces	4-6 veces	Diario
Consumo de frutas frescas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de vegetales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de cereales ancestrales (quinua, maíz, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de alimentos fritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de azúcar o bebidas azucaradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso a huertos o producción propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar habitual donde se adquieren los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación en ferias o trueques de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepción sobre la alimentación saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepción sobre alimentos industriales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota metodológica: Se aplicará una prueba piloto para validar consistencia interna (análisis Alfa de Cronbach será estimado durante la elaboración del artículo).

Anexo 4. Guía de mediciones antropométricas

Objetivo: Evaluar el estado nutricional a través de indicadores físicos estándar.

Indicador	Instrumento	Procedimiento	Datos
Peso	Báscula digital calibrada	Persona de pie, sin zapatos, con ropa ligera	
Talla	Tallímetro	De pie, talones juntos, cabeza alineada	
Circunferencia de cintura	Cinta métrica flexible	Medir a la altura del ombligo, sin ropa	
Circunferencia de cadera	Cinta métrica	Medir en la parte más ancha de los glúteos	
IMC	Cálculo: $\text{peso} \div (\text{altura})^2$	Clasificación según tabla OMS (ver abajo)	

Clasificación del IMC (según OMS):

- Bajo peso: < 18.5
- Normal: 18.5 – 24.9
- Sobrepeso: 25 – 29.9
- Obesidad: ≥ 30

- Consideraciones:
- Las mediciones deben realizarse en un entorno privado.
- Se debe contar con el consentimiento informado del participante.
- Todos los instrumentos deben ser calibrados antes de su uso.