



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES ASOCIADOS A LA INSEGURIDAD
ALIMENTARIA EN LOS ADULTOS MAYORES EN UNA
COMUNIDAD RURAL DE ECUADOR, 2025-2026**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

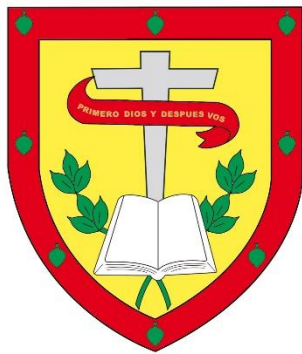
AUTORA: DAYSI MARIELA NAULA CHABLA

DIRECTOR: DR. EDISON GUSTAVO MOYANO BRITO, PHD

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES ASOCIADOS A LA INSEGURIDAD
ALIMENTARIA EN LOS ADULTOS MAYORES EN UNA
COMUNIDAD RURAL DE ECUADOR, 2025-2026**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA: DAYSI MARIELA NAULA CHABLA

DIRECTOR: DR. EDISON GUSTAVO MOYANO BRITO, PHD

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yo, Daysi Mariela Naula Chabla portadora de la cédula de ciudadanía N° 0150278901. Declaro ser la autora de la obra: “**Factores asociados a la inseguridad alimentaria en los adultos mayores en una comunidad rural de Ecuador, 2025-2026**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **3 de junio de 2026**

F:

Daysi Mariela Naula Chabla

C.I. 0150278901

Certificado

Yo, **Edison Gustavo Moyano Brito. Dr** con cédula de identidad N° **0102370285** en calidad de director del Trabajo de Titulación con el tema: “**Factores asociados a la inseguridad alimentaria en los adultos mayores en una comunidad rural de Ecuador, 2025-2026**”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **Daysi Mariela Naula Chabla**, bajo mi supervisión.

Atentamente



Validez únicamente en FirmaRC. Firmado
electrónicamente por:
**EDISON GUSTAVO MOYANO
BRITO**

Dr. Edison Gustavo Moyano Brito
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Agradecimiento

Expreso mi gratitud a la Universidad Católica de Cuenca por abrirme sus puertas y permitirme cumplir este gran sueño y de manera muy especial, a la Carrera de Enfermería, por haber sido mi segundo hogar durante estos años de formación académica y personal. Mi más sincero reconocimiento a cada uno de los docentes, quienes, con profunda vocación, paciencia y sabiduría, me brindaron los conocimientos y las herramientas necesarias para abrazar esta noble profesión con responsabilidad y humanismo.

Un agradecimiento infinito a mi tutor de tesis, Dr. Edison Gustavo Moyano Brito, por su voto de confianza desde el primer día, por guiarme con su experiencia y por brindarme un apoyo incondicional en el desarrollo de este proyecto de titulación. Su dirección no solo hizo posible este trabajo, sino que me inspiró a alcanzar la excelencia.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a Dios, el arquitecto de mi vida, por ser mi guía y mi luz en los momentos de mayor oscuridad. Te dedico este logro porque, cuando el camino se tornó difícil y las fuerzas parecían desvanecerse, me demostraste que nunca estuve sola. Gracias por darme salud y sabiduría para no rendirme. Te agradezco infinitamente por permitirme demostrar que los sueños más grandes sí se cumplen.

A mi madre Sandra, a la mujer que ha sido para mi el ejemplo mas claro de constancia, esfuerzo y disciplina que a través de su trabajo diario me enseñó que los sueños no se alcanzan por casualidad, sino con sacrificio responsabilidad y fe en uno mismo. Su fortaleza y su manera de enfrentar la vida a sido una inspiración permanente en mi camino académico y personal.

A mi hermana Evelyn, mi compañera de vida incondicional. Parece que fue ayer cuando compartíamos secretos y juegos de niñas, imaginando el futuro juntas. Hoy, al mirar atrás, me doy cuenta de que no hay mayor fortuna que haber crecido a tu lado. Gracias por tu alegría contagiosa, por tu paciencia y por ser ese apoyo silencioso pero inquebrantable en cada etapa de este camino universitario.

A mi compañero de aventuras Byron, te dedico este título con el alma llena de un agradecimiento que las palabras no alcanzan a dimensionar. Cuando la vida se puso difícil y me tocó transitar por los peores momentos, tú no diste un paso atrás; te quedaste ahí, firme. Gracias por recordarme quién era yo cuando el cansancio y la frustración me hacían dudar de todo y por no dejar que me rindiera jamás.

A mis queridas amigas Anita, Erika, Jhoana, Elizabeth, Heydi y Katty, mis compañeras de batallas y cómplices de este gran camino. Gracias por hacer de los años universitarios una de las etapas más hermosas de mi vida. Gracias por cada tarde de estudio que convertimos en risas, por los cafés compartidos, por los abrazos de aliento antes de cada examen y por sostenernos mutuamente cuando el cansancio de las prácticas clínicas parecía vencernos.

Con Amor,

Daysi Mariela Naula Chabla

Indice

Certificado	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria	VI
Indice.....	VII
Resumen	8
Abstract.....	9
1. Introducción.....	10
2. Métodos.....	12
2.1 Diseño y población de estudio.....	12
2.2 Instrumento de medición de inseguridad alimentaria	13
2.3 Variables independientes	13
2.4 Análisis estadístico.....	13
Tabla 1. Ítems de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) utilizados en el estudio.	14
3. Resultados	14
3.1 Características de la muestra y prevalencia de inseguridad alimentaria.....	14
3.2 Análisis bivariado.....	14
3.3 Análisis multivariable.....	15
Tabla 2. Factores asociados a la inseguridad alimentaria según categoría ELCSA, análisis bivariado (n=361).	16
Tabla 3. Asociaciones entre factores de riesgo e inseguridad alimentaria, regresión logística ordinal ajustada (n=359).	17
4. Discusión.....	18
4.1 Fortalezas y limitaciones	20
5. Conclusión	21
Referencias	23

Resumen

La inseguridad alimentaria es una crisis sanitaria prioritaria en América Latina que afecta desproporcionadamente a los adultos mayores rurales. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores demográficos, clínicos, conductuales y alimentarios asociados a la inseguridad alimentaria en adultos mayores de la parroquia Pindilig, Ecuador. Se realizó un estudio transversal analítico en 361 adultos mayores (≥ 65 años), Utilizando la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) de 8 ítems, categorizada en tres niveles: segura, leve y moderada/severa. Los datos se analizaron mediante ANOVA, chi-cuadrado y regresión logística ordinal multivariable. Los resultados revelaron que el 83.1% de los participantes presentaba inseguridad alimentaria (24.4% leve; 58.7% moderada/severa), mientras que la enfermedad crónica no mostró una asociación significativa ($p=0.693$). En el modelo ajustado, se identificaron como predictores independientes de riesgo el sexo femenino (OR = 1.82; IC95%: 1.15–3.11), la inactividad física (OR = 2.02; IC95%: 1.14–4.28), la dificultad para deglutir (OR = 2.68; IC95%: 1.47–5.03), dejar de comprar alimentos para priorizar otros gastos (OR = 2.62; IC95%: 1.60–4.83) y consumir 1–2 comidas al día (OR = 2.05; IC95%: 1.04–4.73); por el contrario, el uso de medicamentos continuos actuó como factor protector (OR = 0.48; IC95%: 0.28–0.81). Se concluye, que la inseguridad alimentaria es altamente prevalente en la población evaluada, estando determinada por factores funcionales, conductuales y económicos que evidencian la necesidad urgente de diseñar intervenciones de salud pública focalizadas.

Palabras clave: inseguridad alimentaria; adultos mayores; Ecuador; zona rural; factores de riesgo; vulnerabilidad social

Abstract

Food insecurity is a major public health crisis in Latin America that disproportionately affects older adults in rural areas. This study aimed to determine the prevalence of food insecurity and its demographic, clinical, behavioral, and dietary factors among older adults in the parish of Pindilig, Ecuador. A cross-sectional analytical study was conducted among 361 adults aged 65 years or older. The 8-item Latin American and Caribbean Food Security Scale (ELCSA, by its Spanish acronym), which is categorized into three levels: secure, mild, and moderate/severe, was employed. Data were analyzed through ANOVA, chi-square tests, and multivariable ordinal logistic regression. The results revealed that 83.1% of the participants presented food insecurity (24.4% mild, 58.7% moderate/severe) while chronic disease did not show a significant association ($p = 0.693$). In the adjusted model, the identified independent risk predictors were female sex (OR = 1.82; CI95%: 1.15-3.11), physical inactivity (OR = 2.02; 95% CI: 1.14–4.28), difficulty swallowing (OR = 2.68; 95% CI: 1.47–5.03), skipping food purchases to prioritize other expenses (OR = 2.62; 95% CI: 1.60–4.83), and consuming 1–2 meals per day (OR = 2.05; 95% CI: 1.04–4.73); conversely, the use of ongoing medication acted as a protective factor (OR = 0.48; 95% CI: 0.28–0.81). It was concluded that food insecurity is highly prevalent in the studied population, driven by functional, behavioral, and economic factors that underscore the urgent need to design targeted public health interventions.

Keywords: food insecurity; older adults; Ecuador; rural area; risk factors; social vulnerability

1. Introducción

La seguridad alimentaria ocurre cuando todas las personas, en cualquier momento, puede acceder de manera física, social y económica a alimentos que son suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen las necesidades alimentarias y preferencias para llevar un estilo de vida activo y saludable, según la definición adoptada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 (1). Se estima que la prevalencia de la inseguridad alimentaria en este grupo etario varía significativamente dependiendo de la región y el nivel de economía del país, situándose en rangos que oscilan entre el 5% en naciones desarrolladas y superando el 40% en países de recurso bajos y medios (2).

A escala global, más de 1.300 millones de personas enfrentaban una situación de inseguridad alimentaria en 2022, cifra que aumentó en aproximadamente 119 millones debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 (3). Estudios recientes indican que, tras la crisis sanitaria, la inseguridad alimentaria severa aumentó globalmente, afectando a más de 800 millones de personas, con una incidencia particular en hogares con personas dependientes o con enfermedades crónicas (3).

Un estudio señala que los adultos mayores en situación de inseguridad alimentaria presentan un riesgo 50% mayor de sufrir tanto desnutrición asociado en deficiencia de micronutrientes como obesidad, esto se debe al consumo de alimentos ultraprocesados de bajo costo pero alta densidad calórica, directamente asociados con una mayor incidencia de diabetes tipo 2 e hipertensión, dificultando el control metabólico en la etapa senil (4). La inseguridad alimentaria en el adulto mayor opera dentro de un ciclo bidireccional de deterioro físico, la evidencia señala que la carencia de nutrientes críticos, especialmente proteínas de alta calidad, acelera la pérdida de masa muscular y la aparición de sarcopenia, lo que a su vez deriva en una reducción de la capacidad funcional (5).

Según investigaciones, la inseguridad alimentaria en los adultos mayores funciona dentro de un ciclo bidireccional de deterioro físico, la evidencia indica que la falta de nutrientes esenciales, especialmente proteínas de alta calidad, acelera la pérdida de masa muscular y la aparición de sarcopenia, desarrollando una disminución de la capacidad funcional y cognitiva (6). Esta limitación física impide que el individuo realice actividades básicas de la vida diaria, como moverse para conseguir alimentos o contar con suficiente fuerza para su preparación, estableciendo una barrera biológica que perpetúa la inseguridad alimentaria, que asociado a las enfermedades crónicas obliga al adulto mayor a priorizar el gasto en medicamentos por encima de la alimentación, lo que aumenta el riesgo de hospitalizaciones debido a desequilibrios metabólicos(5).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la falta de accesos de alimentación moderada o severa alcanzó el 40.6% en 2022 según el informe anual de la FAO y organismos asociados (7). Ecuador no escapa a esta realidad: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) reportó que el 18.1%

de los hogares ecuatorianos experimentó alimentación insegura, con mayor prevalencia en áreas rurales y entre grupos de alta vulnerabilidad, entre los que se encuentran los adultos mayores (8).

Por lo tanto, la inseguridad alimentaria está íntimamente relacionada con la ubicación geográfica áreas con escaso acceso o desiertos alimentarios y con la percepción de autoeficacia de los individuos, los adultos mayores que tienen mayor independencia y habilidad para resolver problemas tienden a tener una mejor percepción de su salud evidenciando niveles más bajos de inseguridad alimentaria (9). En cambio, los hogares liderados por mujeres, las personas con menor nivel educativo y los desempleados constituyen los grupos de mayor riesgo, en las zonas rurales, factores como la disponibilidad de tierras y la salud del jefe de la familia son elementos estructurales que influyen en la estabilidad del acceso a los alimentos (10).

La población adulta mayor es especialmente susceptible a la inseguridad alimentaria por la convergencia de múltiples determinantes: reducción de la fuerza muscular y la capacidad funcional, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, alteraciones de la deglución y la masticación, dependencia económica y limitada cobertura de redes de protección social en entornos rurales (11,12). En Ecuador, el envejecimiento poblacional es acelerado: según el Censo de Población y Vivienda 2022, los adultos mayores representan el 11.6% de la población total y se proyecta que alcanzarán el 18% para 2040 (13).

En países de Latino América, la inseguridad alimentaria se concentra especialmente en áreas rurales e indígenas, donde el cambio climático y el costo de los alimentos impactan directamente en la subsistencia (14). Las investigaciones sugieren que las intervenciones exitosas en estas comunidades, como las experiencias con grupos comunitarios en comunidades Quichuas, no solo mejoran la nutrición mediante el uso de alimentos tradicionales, sino que también fortalecen la autoeficacia y la identidad cultural, elementos clave para que el adulto mayor mantenga su independencia y salud mental (14,15).

En la vejez los factores asociados a la inseguridad alimentaria trasciende la desnutrición física, impactando severamente la salud mental y cognitiva de este grupo poblacional (16). Investigaciones recientes demuestran que los adultos mayores que enfrentan dificultades para acceder a alimentos nutritivos tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir un declive acelerado de la memoria y funciones cognitivas, con indicadores que sugieren una reducción de hasta el 85% en ciertos procesos mentales (17).

Además, este fenómeno se vincula estrechamente con trastornos psicológicos, triplicando las probabilidades de padecer episodios depresivos graves, ya que la incertidumbre constante sobre la procedencia de la próxima comida genera un estado de estrés crónico y ansiedad que deteriora el bienestar emocional general (18). Se ha documentado una tendencia en la que este grupo da prioridad al gasto en alimentos en lugar de acceder a servicios sanitarios y transporte, lo que resulta en necesidades de salud insatisfechas (19).

Esta falta de atención no solo disminuye la satisfacción con la vida y el bienestar social, sino que se agrava en personas con discapacidad, quienes deben enfrentar gastos adicionales relacionados con su condición y barreras físicas que les impiden llevar a cabo tareas esenciales, como comprar o preparar alimentos, intensificando su aislamiento y vulnerabilidad(20).

La parroquia Pindilig, perteneciente al cantón Azogues, provincia del Cañar, es una zona rural andina con características socioeconómicas de alta vulnerabilidad: economía de subsistencia basada en la agricultura, altos índices de migración intergeneracional de la población económicamente activa y escasa oferta de servicios especializados de salud. Esta confluencia de factores estructurales sitúa a los adultos mayores de la parroquia en un escenario de riesgo elevado para la inseguridad alimentaria, especialmente a quienes asumen el rol de jefes de hogar en ausencia de los hijos migrantes.

La medición de la falta de alimentación insegura mediante escalas experienciales como la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) permite capturar la vivencia directa de las personas sobre el acceso a la alimentación (21). Validada en múltiples contextos de la región y recomendada como instrumento de referencia por la FAO, la ELCSA resulta especialmente apropiada para poblaciones rurales con economías informales, al reflejar la dimensión experiencial y subjetiva de la seguridad alimentaria con independencia del gasto del hogar o de la disponibilidad de alimentos en el mercado (21,22).

Pese a la magnitud del problema, los estudios que examinan factores de riesgo específicos para la inseguridad alimentaria en adultos mayores rurales de Ecuador son escasos. La mayor parte de la evidencia disponible proviene de contextos urbanos o de estudios nacionales que no desagregan por grupo etario ni por área geográfica. El presente trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia y los factores demográficos, clínicos, conductuales y alimentarios asociados a la inseguridad alimentaria en adultos mayores de Pindilig, con el propósito de proveer evidencia local para el diseño de políticas e intervenciones focalizadas en esta población.

2. Métodos

2.1 Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico en la parroquia Pindilig, cantón Azogues, provincia del Cañar, Ecuador. La población objetivo incluyó a todas las personas adultas mayores de 65 años o más, residentes permanentes de la parroquia, que consintieron voluntariamente participar. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo que impidiera la comprensión de las preguntas, individuos institucionalizados y aquellos con datos incompletos en las variables de interés. El tamaño de la muestra se determinó mediante el cálculo para poblaciones finitas, estableciendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La selección de los sujetos se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo una muestra final de 361 participantes. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de

Ética correspondiente y todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo al inicio de los procedimientos de evaluación.

2.2 Instrumento de medición de inseguridad alimentaria

La variable de resultado principal fue la inseguridad alimentaria del hogar, medida mediante la versión de 8 ítems de la ELCSA para hogares conformados únicamente por adultos (Tabla 1). Cada ítem se responde con sí (1 punto) o no (0 puntos), referido a los últimos tres meses. La puntuación total (0–8) se clasifica en: seguridad alimentaria (0 puntos), inseguridad leve (1–3 puntos), inseguridad moderada (4–6 puntos) e inseguridad severa (7–8 puntos). Para el análisis multivariable, las categorías moderada y severa se agruparon en una sola categoría (inseguridad moderada/severa), generando una variable ordinal de tres niveles (0 = segura, 1 = leve, 2 = moderada/severa).

2.3 Variables independientes

Se evaluaron 14 factores de riesgo seleccionados con base en la literatura existente y en las características particulares de la población rural de adultos mayores. Los factores demográficos incluyeron: edad (en años, variable continua), sexo (hombre/mujer), nivel educativo (sin escolaridad / primaria / secundaria o superior), nivel de ingresos mensuales aproximados (menos de un salario básico unificado [SBU] / un SBU / más de un SBU) y convivencia (con pareja / con hijos / con otros familiares / solo/a).

Los factores clínicos y funcionales comprendieron: presencia de enfermedad crónica (sí/no), uso de medicamentos continuos (sí/no), presencia de discapacidad (sí/no) y dificultad para deglutir (sí/no). Los factores conductuales incluyeron práctica de actividad física (sí/no) y tabaquismo activo (sí/no). Los factores alimentarios y de acceso incluyeron: haber dejado de comprar alimentos para priorizar otros gastos como medicamentos, vivienda o servicios básicos (sí/no), haber recibido orientación nutricional por profesionales de salud (sí/no) y número de comidas completas al día (categorizado en 1–2 comidas frente a 3 comidas).

2.4 Análisis estadístico

Se realizaron análisis univariados y bivariados para describir la muestra y examinar la asociación entre cada factor de riesgo y el nivel de inseguridad alimentaria. Las variables continuas se resumieron con media y desviación estándar (DE); las categóricas con frecuencias absolutas y relativas. La asociación bivariada se evaluó mediante el análisis de varianza (ANOVA) de una vía para variables continuas y la prueba de chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. Posteriormente, se aplicó regresión logística ordinal para estimar la asociación ajustada entre cada variable y el agravamiento de la inseguridad alimentaria, manteniendo constantes las demás covariables. El supuesto de proporcionalidad de odds fue verificado gráficamente. Los resultados se expresan como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%) obtenidos mediante bootstrap ($n=1000$ remuestreos). La variable edad fue estandarizada

(puntuación z) para facilitar la interpretación del OR. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los análisis se realizaron en Python 3.11 (librerías pandas y scipy).

Tabla 1. Ítems de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) utilizados en el estudio.

Ítem	Pregunta (ELCSA — últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos)
1	¿Alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?
2	¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?
3	¿Alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?
4	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
5	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
6	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
7	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?
8	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?

Nota: Puntuación: seguridad alimentaria=0; inseguridad leve=1–3; inseguridad moderada=4–6; inseguridad severa=7–8.

3. Resultados

3.1 Características de la muestra y prevalencia de inseguridad alimentaria

La muestra final incluyó 361 adultos mayores. La edad media fue de 73.2 años (DE: 6.8), con un rango de 65 a 94 años. El 68.7% fueron mujeres. El 89.5% tenía escolaridad primaria o inferior, y el 82.5% reportó ingresos mensuales inferiores al SBU. El 54.6% convivía con su pareja. Respecto a los factores clínicos, el 54.6% padecía alguna enfermedad crónica, el 48.8% tomaba medicamentos continuos y el 13.0% presentaba algún tipo de discapacidad. El IMC medio fue de 27.8 kg/m² (DE: 4.9).

El 83.1% de los participantes presentó algún nivel de inseguridad alimentaria: el 24.4% (n=88) inseguridad leve y el 58.7% (n=212) inseguridad moderada o severa. Solo el 16.3% (n=59) se clasificó como alimentariamente seguro. El ítem más frecuentemente afirmado fue la preocupación por el agotamiento de alimentos (70.4%), seguido por haber dejado de tener una alimentación saludable (54.3%) y la alimentación basada en poca variedad de alimentos (47.6%).

3.2 Análisis bivariado

En el análisis bivariado (Tabla 2), ocho de los 14 factores examinados mostraron asociación estadísticamente significativa con el nivel de inseguridad alimentaria. La edad presentó una relación inversa significativa: los participantes con seguridad alimentaria fueron en promedio 2 años mayores que los de inseguridad moderada/severa (74.2 vs. 72.2 años; $p=0.011$). El sexo femenino se asoció con mayor inseguridad alimentaria ($p=0.013$): el 74.5% de quienes presentaron inseguridad moderada/severa eran mujeres, frente al 59.3% en el grupo seguro.

El nivel educativo mostró una relación inversa con la seguridad alimentaria ($p=0.016$): la ausencia de escolaridad fue más prevalente en el grupo de inseguridad moderada/severa (27.8%) que en el grupo seguro (15.3%). La enfermedad crónica no mostró asociación estadísticamente significativa con la inseguridad alimentaria ($\text{Chi}^2=0.73$; $p=0.693$), con una distribución homogénea entre los tres grupos: 59.3% en seguros, 52.3% en inseguridad leve y 54.2% en inseguridad moderada/severa. El uso de medicamentos continuos se asoció de forma inversa con la inseguridad alimentaria ($p=0.001$): fue más frecuente en el grupo seguro (66.1%) que en el de inseguridad moderada/severa (40.6%). La discapacidad no alcanzó significancia estadística ($p=0.376$).

La inactividad física se concentró en el grupo de mayor inseguridad: el 29.7% de los participantes con inseguridad moderada/severa no realizaba actividad física, frente al 13.6% en el grupo seguro ($p<0.001$). El tabaquismo activo fue más prevalente en el grupo de inseguridad moderada/severa (9.4% vs. 0.0% en seguros; $p=0.024$). La dificultad para deglutir mostró la asociación más sólida entre los factores clínicos, siendo reportada por el 37.3% de los participantes con inseguridad moderada/severa frente al 10.2% en el grupo seguro ($p<0.001$). Haber dejado de comprar alimentos para priorizar otros gastos ($p=0.003$), la falta de orientación nutricional ($p=0.007$) y el consumo de 1–2 comidas al día ($p=0.034$) también mostraron asociaciones significativas.

3.3 Análisis multivariable

En el modelo de regresión logística ordinal ajustado (Tabla 3), seis variables resultaron predictores independientes y significativos del agravamiento de la inseguridad alimentaria. El sexo femenino se asoció con 1.82 veces mayor probabilidad de peor categoría de inseguridad alimentaria respecto al sexo masculino (OR: 1.82; IC95%: 1.15–3.11). El uso de medicamentos continuos constituyó el único factor protector en el modelo ajustado (OR: 0.48; IC95%: 0.28–0.81), sugiriendo su papel como indicador indirecto de acceso al sistema de protección social. La inactividad física duplicó las probabilidades de mayor severidad de inseguridad (OR: 2.02; IC95%: 1.14–4.28). La dificultad para deglutir fue el predictor clínico de mayor magnitud (OR: 2.68; IC95%: 1.47–5.03). Haber dejado de comprar alimentos para priorizar otros gastos resultó predictor significativo (OR: 2.62; IC95%: 1.60–4.83). Finalmente, consumir únicamente 1–2 comidas completas al día, en comparación con las 3 habituales, se asoció con el doble de probabilidades de inseguridad de mayor severidad (OR: 2.05; IC95%: 1.04–4.73). La edad, el nivel educativo, los ingresos, la convivencia, la enfermedad crónica, la discapacidad, el tabaquismo, la falta de orientación nutricional y el acceso a mercados no alcanzaron significancia estadística en el modelo ajustado.

Tabla 2. Factores asociados a la inseguridad alimentaria según categoría ELCSA, análisis bivariado (n=361).

Característica	Total n=361	Segura n=59 (16.3%)	Leve n=88 (24.4%)	Mod/Sev n=212 (58.7%)
Factores demográficos				
Edad, media (DE)	73.2 (6.8)	74.2 (6.9)	74.6 (7.0)	72.2 (6.6)
<i>p=0.011 (ANOVA)</i>				
Sexo, n (%)				
Mujer	248 (68.7)	35 (59.3)	53 (60.2)	158 (74.5)
Hombre	113 (31.3)	24 (40.7)	35 (39.8)	54 (25.5)
<i>p=0.013 ($\chi^2=8.668$)</i>				
Nivel educativo, n (%)				
Sin escolaridad	83 (23.0)	9 (15.3)	14 (15.9)	59 (27.8)
Primaria	240 (66.5)	45 (76.3)	65 (73.9)	129 (60.8)
Secundaria o superior	38 (10.5)	5 (8.5)	9 (10.2)	24 (11.3)
<i>p=0.016 ($\chi^2=18.877$)</i>				
Ingresos mensuales, n (%)				
< 1 SBU	298 (82.5)	47 (79.7)	73 (83.0)	177 (83.5)
≥ 1 SBU	63 (17.5)	12 (20.3)	15 (17.0)	35 (16.5)
<i>p=0.467 ($\chi^2=3.573$) — NS</i>				
Convivencia, n (%)				
Con pareja	199 (55.1)	31 (52.5)	48 (54.5)	120 (56.6)
Con hijos	93 (25.8)	16 (27.1)	23 (26.1)	52 (24.5)
Solo/a	50 (13.8)	10 (16.9)	10 (11.4)	30 (14.2)
Otros familiares	19 (5.3)	2 (3.4)	7 (8.0)	10 (4.7)
<i>p=0.745 ($\chi^2=5.113$) — NS</i>				
Factores clínicos y funcionales				
Enfermedad crónica, n (%)				
Sí	197 (54.6)	35 (59.3)	46 (52.3)	115 (54.2)
No	164 (45.4)	24 (40.7)	42 (47.7)	97 (45.8)
<i>p=0.693 ($\chi^2=0.734$) — NS</i>				
Medicamentos continuos, n (%)				
Sí	176 (48.8)	39 (66.1)	50 (56.8)	86 (40.6)
No	185 (51.2)	20 (33.9)	38 (43.2)	126 (59.4)
<i>p=0.001 ($\chi^2=15.086$)</i>				
Discapacidad, n (%)				
Sí	47 (13.0)	11 (18.6)	10 (11.4)	26 (12.3)
No	314 (87.0)	48 (81.4)	78 (88.6)	186 (87.7)
<i>p=0.376 ($\chi^2=1.957$) — NS</i>				
Dificultad para deglutir, n (%)				
Sí	106 (29.4)	6 (10.2)	19 (21.6)	79 (37.3)
No	255 (70.6)	53 (89.8)	69 (78.4)	133 (62.7)
<i>p<0.001 ($\chi^2=19.551$)</i>				

Factores conductuales				
Actividad física, n (%)				
No realiza	81 (22.4)	8 (13.6)	9 (10.2)	63 (29.7)
Sí realiza	280 (77.6)	51 (86.4)	79 (89.8)	149 (70.3)
<i>p</i> <0.001 ($\chi^2=16.743$)				
Tabaquismo activo, n (%)				
Sí	24 (6.6)	0 (0.0)	4 (4.5)	20 (9.4)
No	337 (93.4)	59 (100.0)	84 (95.5)	192 (90.6)
<i>p</i> =0.024 ($\chi^2=7.440$)				
Factores alimentarios y de acceso				
Dejó de comprar alimentos por otros gastos, n (%)				
Sí	94 (26.0)	11 (18.6)	33 (37.5)	50 (23.6)
No	267 (74.0)	48 (81.4)	55 (62.5)	162 (76.4)
<i>p</i> =0.003 ($\chi^2=11.597$)				
Sin orientación nutricional profesional, n (%)				
No recibió	180 (49.9)	23 (39.0)	45 (51.1)	112 (52.8)
Sí recibió	181 (50.1)	36 (61.0)	43 (48.9)	100 (47.2)
<i>p</i> =0.007 ($\chi^2=10.071$)				
Comidas completas al día, n (%)				
1–2 comidas	73 (20.2)	8 (13.6)	10 (11.4)	55 (25.9)
3 comidas	286 (79.2)	51 (86.4)	78 (88.6)	157 (74.1)
<i>p</i> =0.034 ($\chi^2=10.417$)				
Acceso a mercados con alimentos saludables, n (%)				
Sí	163 (45.2)	22 (37.3)	41 (46.6)	98 (46.2)
No	198 (54.8)	37 (62.7)	47 (53.4)	114 (53.8)
<i>p</i> =0.517 ($\chi^2=1.320$) — NS				

Mod/Sev = moderada/severa. SBU = Salario Básico Unificado. NS = no significativo. Los valores en cursiva corresponden al estadístico de prueba y el valor *p* de cada variable.

Tabla 3. Asociaciones entre factores de riesgo e inseguridad alimentaria, regresión logística ordinal ajustada (n=359).

Variable	OR no ajustado (IC95%)	OR ajustado (IC95%)	p-valor
Factores demográficos			
Edad (por 1 DE)	0.75 (0.61–0.93)	0.87 (0.69–1.09)	0.216
Sexo femenino	1.87 (1.23–2.93)	1.82 (1.15–3.11)	0.013 *
Educación (ascendente)	0.74 (0.53–1.00)	1.12 (0.72–1.69)	0.621
Ingresos (ascendente)	0.86 (0.54–1.52)	0.63 (0.31–1.17)	0.142
Vive solo	0.97 (0.56–1.91)	0.98 (0.46–2.27)	0.967
Factores clínicos y funcionales			
Enfermedad crónica	0.93 (0.60–1.39)	1.27 (0.79–2.08)	0.325

Medicamentos continuos	0.44 (0.28–0.68)	0.48 (0.28–0.81)	0.007 *
Discapacidad	0.76 (0.42–1.44)	0.59 (0.25–1.33)	0.198
Dificultad para deglutir	3.03 (1.95–5.12)	2.68 (1.47–5.03)	0.001 *
Factores conductuales			
Inactividad física	3.06 (1.77–6.63)	2.02 (1.14–4.28)	0.020 *
Tabaquismo activo	3.98 (1.91–∞)	3.00 (0.92–∞)	0.068
Factores alimentarios y de acceso			
Dejó de comprar alimentos	1.93 (1.27–2.94)	2.62 (1.60–4.83)	<0.001 *
Sin orientación nutricional	1.91 (1.26–2.76)	1.48 (0.88–2.72)	0.137
Comidas insuficientes (1–2/día)	2.40 (1.34–4.66)	2.05 (1.04–4.73)	0.040 *

OR = odds ratio. IC95% = intervalo de confianza al 95% (bootstrap, 1000 remuestros). La edad fue estandarizada (puntuación z). * p<0.05.

4. Discusión

Este estudio transversal analítico identificó una prevalencia de inseguridad alimentaria del 83.1% en adultos mayores de la parroquia rural Pindilig, con predominio de la categoría moderada/severa (58.7%). Esta cifra es considerablemente superior a la reportada por el estudio ECHORN en cuatro islas del Caribe Oriental, donde el 27.3% de los adultos de 40 años o más presentó algún nivel de inseguridad alimentaria (12). Asimismo, supera los datos de la ENSANUT 2018 para Ecuador (18.1% a nivel nacional)(8). Los de estudios regionales en adultos mayores rurales de Colombia (≈34%) (23). Sin embargo, los valores son compatibles con los comunicados en zonas rurales andinas de alta vulnerabilidad socioeconómica, donde la inseguridad alimentaria en adultos mayores puede superar el 60–70% (24). La elevada prevalencia en Pindilig refleja la confluencia de pobreza rural estructural, migración intergeneracional y limitado acceso a servicios de protección social.

La enfermedad crónica no mostró asociación estadísticamente significativa con la inseguridad alimentaria ni en el análisis bivariado ($p=0.693$) ni en el modelo ajustado (OR: 1.27; IC95%: 0.79–2.08). Este resultado puede explicarse por la alta homogeneidad de morbilidad crónica en la muestra: más de la mitad de los adultos mayores de Pindilig padece enfermedades crónicas con independencia de su estado de seguridad alimentaria (59.3% en seguros, 54.2% en inseguridad moderada/severa), lo que limita la variabilidad necesaria para detectar una asociación estadística. Este hallazgo contrasta con estudios que sí reportan dicha asociación (25,26). Posiblemente porque en contextos rurales andinos la enfermedad crónica está tan difundida en la población adulta mayor que pierde su valor discriminatorio como predictor de inseguridad alimentaria.

El sexo femenino emergió como predictor independiente significativo de mayor inseguridad alimentaria (OR ajustado: 1.82). El 74.5% de quienes presentaron inseguridad moderada/severa eran mujeres, evidenciando una desigualdad de género en el acceso a los alimentos que está ampliamente documentada en la literatura global (27,28). En el contexto de Pindilig, donde la migración masculina deja frecuentemente

a las mujeres adultas mayores a cargo del hogar con ingresos propios limitados, este resultado tiene implicaciones programáticas directas, este hallazgo contrasta con el estudio ECHORN, donde el sexo no fue predictor global, aunque sí se identificaron perfiles de riesgo diferenciados al estratificar (25).

El uso de medicamentos continuos fue el único factor protector independiente en el modelo ajustado (OR: 0.48). Este resultado, aparentemente contraintuitivo, es congruente con lo reportado en estudios de adultos mayores con enfermedades crónicas controladas: el acceso mantenido al sistema de salud puede actuar como indicador de integración en redes de protección social que facilitan también el acceso a programas de asistencia alimentaria o de apoyo comunitario(29). Esta interpretación debe considerarse con cautela dado el diseño transversal del estudio.

La inactividad física se asoció de forma independiente con mayor inseguridad alimentaria (OR: 2.02). La relación bidireccional entre sedentarismo y deterioro nutricional en adultos mayores está bien establecida: la inactividad contribuye a la sarcopenia y la fragilidad, condiciones que a su vez reducen la capacidad de acceder, preparar y consumir alimentos adecuados (30). La inactividad física puede también funcionar como marcador de peor estado de salud funcional o de mayor dependencia, condiciones reconocidas como factores de riesgo para la inseguridad alimentaria en adultos mayores (31).

La dificultad para deglutir fue el predictor clínico de mayor magnitud en el modelo ajustado (OR: 2.68). La prevalencia de disfagia del 29.4% en esta muestra es compatible con la reportada en adultos mayores rurales de otras zonas andinas con acceso limitado a atención odontológica y fonoaudiológica especializada. La disfagia restringe la variedad y la cantidad de alimentos que pueden consumirse de forma segura, conduciendo a restricción dietética, pérdida de peso y deterioro del estado nutricional(32).La inclusión de esta variable diferencia favorablemente el presente estudio de otras investigaciones regionales sobre inseguridad alimentaria que no recogen información clínica sobre la función deglutoria.

Haber dejado de comprar alimentos para priorizar gastos en medicamentos, vivienda o servicios básicos fue predictor independiente de mayor inseguridad (OR: 2.62). Este fenómeno —denominado en la literatura como dilema alimento-medicamento o «food-medication trade-off»— ha sido documentado en adultos mayores de bajos ingresos en contextos latinoamericanos (33).Constituye un mecanismo concreto mediante el cual la pobreza se traduce en inseguridad alimentaria. Sus implicaciones para el diseño de políticas de subsidio de medicamentos esenciales y de programas de asistencia alimentaria son directas.

El consumo de 1–2 comidas completas al día fue predictor independiente de inseguridad alimentaria más severa (OR: 2.05). Este resultado es coherente con la literatura que señala el número de alimentación diaria como indicador de la suficiencia de la dieta en adultos mayores y como consecuencia observable de la restricción alimentaria por inseguridad(34).Su significancia en el modelo ajustado refuerza la validez concurrente de la ELCSA en esta población, al mostrar que la inseguridad medida por la escala se expresa de forma tangible en la conducta alimentaria.

Un hallazgo distintivo de esta investigación es la inexistencia de una asociación estadísticamente significativa entre la enfermedad crónica y la inseguridad alimentaria, lo cual contradice la literatura convencional (34,35). Este fenómeno se explica por la alta homogeneidad de morbilidad en la muestra, más de la mitad de los participantes padece enfermedades crónicas, independientemente de su estado nutricional(34).

En el contexto de Pindilig, la enfermedad crónica está tan normalizada y difundida entre los adultos mayores que pierde su capacidad discriminatoria como predictor de inseguridad alimentaria. En cambio, el sexo femenino emergió como un predictor de riesgo independiente (OR: 1.82), evidenciando una brecha de género donde las mujeres, frecuentemente a cargo del hogar tras la migración de los varones, enfrentan mayores barreras económicas y de acceso a alimentos (36).

En Ecuador enfrentan una vulnerabilidad extrema vinculada a la pobreza estructural y la migración, superando incluso los promedios nacionales de la ENSANUT (18.1%) (35,37). Los hallazgos de Pindilig se alinean más con contextos de exclusión severa donde la inseguridad alimentaria supera el 70%, validando que el entorno rural andino presenta riesgos únicos no capturados en promedios nacionales o caribeños(38).

La forma en que los adultos mayores perciben las causas de la inseguridad alimentaria varía notablemente según su perfil. Se pueden clasificar en dos grupos principales de factores: las causas económicas y sociales como la carencia de recursos económicos y apoyo social y las causas relacionadas con la ubicación y la salud, distancia a los comercios y limitaciones físicas(39). Esta clasificación es fundamental, ya que muestra que incluso aquellos adultos mayores que cuentan con los medios económicos pueden enfrentar inseguridad alimentaria si residen en áreas rurales con escasa accesibilidad o si sus condiciones de salud les impiden hacer compras de manera independiente(40).

4.1 Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas del estudio se destacan: la utilización de la ELCSA, instrumento validado regional y culturalmente apropiado para la medición de inseguridad alimentaria; la inclusión de variables clínicas específicas —disfagia, número de comidas, medicamentos continuos— que enriquecen el análisis más allá de los determinantes sociodemográficos convencionales; y un tamaño muestral que permitió el análisis multivariable con 14 covariables. La aplicación del instrumento en una población rural andina contribuye a cubrir un vacío de evidencia en el contexto ecuatoriano.

Las principales limitaciones son: el diseño transversal, que no permite establecer causalidad ni dirección en las asociaciones observadas; el alcance monocéntrico (parroquia Pindilig), que limita la generalización a otras zonas rurales ecuatorianas con distintos perfiles socioeconómicos, agroclimáticos o de servicios y la posibilidad de sesgo de recuerdo inherente a la ELCSA, parcialmente atenuada por el período de referencia de tres meses.

5. Conclusión

La inseguridad alimentaria afecta a más de cuatro de cada cinco adultos mayores de la parroquia rural Pindilig, con una prevalencia que supera ampliamente las cifras nacionales y regionales comparables. La enfermedad crónica, pese a su alta frecuencia en la muestra, no constituyó un predictor independiente de inseguridad alimentaria, lo que puede explicarse por su distribución uniforme entre todos los grupos de seguridad alimentaria en esta población. Los predictores independientes identificados —sexo femenino, inactividad física, dificultad para deglutir, priorización de gastos no alimentarios y número insuficiente de comidas— configuran un perfil de riesgo multidimensional que demanda respuestas integrales y multisectoriales.

Desde la perspectiva de la salud pública, los hallazgos sugieren la necesidad de: (1) incorporar la ELCSA como herramienta de tamizaje rutinario en el primer nivel de atención para adultos mayores rurales; (2) implementar programas de actividad física adaptada de base comunitaria; (3) fortalecer la detección y el manejo de la disfagia en la atención primaria geriátrica; y (4) diseñar programas de asistencia alimentaria que reconozcan el dilema alimento-medicamento en hogares de bajos ingresos con adultos mayores. Investigaciones futuras deben examinar estas asociaciones longitudinalmente e incorporar medidas de salud mental, redes de apoyo social y variabilidad estacional de la disponibilidad de alimentos en contextos andinos rurales.

El abordaje de la inseguridad alimentaria en el adulto mayor, desde la perspectiva de Dorothea Orem, exige transformar los predictores de riesgo identificados en factores condicionantes básicos que limitan la agencia de autocuidado. En este contexto, la inseguridad alimentaria representa un déficit evidente en el cumplimiento del requisito de autocuidado universal denominado "mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos". Debido a que la prevalencia local supera las cifras nacionales y se configura a través de un perfil multidimensional (sexo femenino, inactividad, disfagia y dilemas económicos), la disciplina de enfermería debe estructurar sus intervenciones mediante la movilización de los tres sistemas de atención contemplados por la teoría, garantizando así una respuesta metódica, integral y adaptada a la realidad andina.

Para aquellos adultos mayores que presentan el predictor de dificultad para deglutir, se activa el Sistema Totalmente Compensatorio de Orem, puesto que el individuo carece de la capacidad biológica y psicomotora para satisfacer de forma segura su necesidad nutricional. Las intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención se centran en la valoración clínica de la disfagia mediante el uso de herramientas específicas, complementada con la modificación de la consistencia de los alimentos y el uso de espesantes. Asimismo, el personal de enfermería asume o delega de manera supervisada la alimentación asistida, garantizando una postura terapéutica adecuada durante y después de la ingesta para mitigar el riesgo crónico de broncoaspiración, compensando de este modo la pérdida total de la autonomía en este proceso vital.

Por otra parte, los predictores relacionados con la inactividad física, el número insuficiente de comidas y la priorización de gastos no alimentarios se abordan eficazmente bajo el Sistema Parcialmente Compensatorio, donde la responsabilidad de las acciones se comparte entre el profesional de enfermería y el adulto mayor. Las intervenciones incluyen el diseño y la dirección de programas comunitarios de actividad física adaptada al entorno rural andino, orientados a preservar la capacidad funcional, estimular el apetito y mejorar la motilidad gastrointestinal. De manera simultánea, ante el dilema de elegir entre comprar alimentos o medicamentos, enfermería interviene mediante la revisión de la polifarmacia para optimizar el régimen terapéutico y gestiona la articulación intersectorial con redes de asistencia social, logrando que el paciente reciba el soporte externo necesario mientras continúa ejecutando sus capacidades remanentes de autocuidado.

Finalmente, el Sistema de Apoyo-Educación resulta fundamental para intervenir sobre el perfil de riesgo general de manera específica, sobre el predictor del sexo femenino, reconociendo que las mujeres rurales suelen asumir el rol de cuidadoras y preparadoras de alimentos, postergando frecuentemente su propia nutrición, bajo este sistema el profesional de enfermería institucionaliza la aplicación de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) como una estrategia de tamizaje rutinario en la consulta comunitaria y las visitas domiciliarias. A partir de los resultados obtenidos, se despliegan intervenciones educativas dirigidas a fortalecer los conocimientos del adulto mayor y sus redes de apoyo sobre técnicas de enriquecimiento calórico-proteico utilizando recursos locales, estrategias de conservación alimentaria frente a la variabilidad estacional y el reconocimiento temprano de signos de alerta nutricional, potenciando así de forma sostenible su agencia de autocuidado.

Referencias

1. Rome Declaration and Plan of Action [Internet]. [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.fao.org/4/w3613e/w3613e00.htm>
2. Qian H, Khadka A, Martinez S, Singh S, Brenowitz W, et al. Food Insecurity Memory and Dementia Among US Adults Aged 50 Years and Older. Rev. JAMA Netw Open. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];16(11):. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2812086?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamanetworkopen.2023.44186.
3. Zereyesus Y. International Food Security Assessment, 2023-2033. Rev. Department of Agriculture Economic. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];1:49. Disponible en: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details?pubid=107270>
4. Segura O, Kammar A, NavarroA, Araneda J, Mancilla J, et al. Food Insecurity Is Associated with the Quality of Diet of Non-Institutionalized Older Adults from a Southern Chilean Commune: A Cross-Sectional Study. Rev. Nutrients [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026];14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35010911/>
5. Wang X, Cao H, Wu X, Xia Y, Wu S. Association of food insecurity with diet quality and anthropometric measurements among American elderly: results from 2017 to 2020 National Health and Nutrition Examination Survey. Rev. Nutrition. [Internet] 2025 [citado 7 de marzo de 2026];133(12):1506–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40488641/>
6. Aljahdali A, Leung C. Food insecurity and health-related quality of life among a nationally representative sample of older adults: cross-sectional analysis. Rev.Geriatrics. [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026];24(1):126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38302907/>
7. FAO F. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Rev. FAO. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];1:337. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/items/258c4bcf-0489-4544-986d-ce6d00118dea>
8. Instituto Nacional De Estadística y Censos (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Rev.Ministerio de Salud Pública. [Internet] 2018 [citado 7 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
9. Crowther V, Davis J, Green R, Moton B, Simmons V, et al. Factors Associated With Food Insecurity Among a Community-Based Sample of Older Adults in a North Florida County. Rev. Gerontol Geriatr Med. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026]; 1:10. Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38204920/>
10. Kalinaki H, Martianto D, Riyadi H. Food security and its determinants among rural households: A case study in Buwenge eastern Uganda. Rev. BIO Web of Conferences. [Internet] 2025 [citado 7

- de marzo de 2026]; 4:171. Disponible en: https://www.bio-conferences.org/articles/bioconf/pdf/2025/22/bioconf_fisaed2025_03003.pdf
11. Pilgrim A. An overview of appetite decline in older people. Rev. Europe Funders Group. [Internet] 2020 [citado 7 de marzo de 2026];5(27):29–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26018489/>
 12. Fideles I, Almeida R, Barroso R, Costa J, Zandonadi R, et al. Food Insecurity among Low-Income Food Handlers: A Nationwide Study in Brazilian Community Restaurants. Rev. Environ Res Public Health. [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026];18(3):1160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26018489/>
 13. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Resultados del Censo de Población y Vivienda 2022. Quito: INEC; 2023. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
 14. Hernández A, Vásquez O, Gutiérrez F, Cordero O, Celedón N, et al. Analysis of Food Security of Older Rural Indigenous People in Latin America and the Caribbean. Rev. Foods [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026]; 4;13(11). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2304-8158/13/11/1772>
 15. Segall A, Luz V, Amaral M, Ferreira B, Emperaire L, et al. Validation of a food security experience scale among indigenous populations in Brazil. Rev. Equity in Health. [Internet] 2025 [citado 7 de marzo de 2026];24(1):175. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40517230/>
 16. Tetteh J, Ekem G, Malm K, Yawson O, Otchi E, et al. Food insecurity and associated health and social determinants among older adults in Ghana: Analysis of the WHO's study on global AGEing and adult health (SAGE), 2014–2015. Rev. Preventive Medicine Reports. [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026];41(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38560593/>
 17. Wang H, Abbadi N. Food Insecurity, Race and Ethnicity, and Cognitive Function Among United States Older Adults. Rev. J Nutr. [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026];154(1):233–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37984739/>
 18. Tamargo J, Cruz Y. Food insecurity and epigenetic aging in middle-aged and older adults. Rev. Social Science y Medicine. [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026]; 1:350. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953624003939>
 19. Wolfe W, Frongillo E, Valois P. Development of Older Adult Food Insecurity Index to Assess Food Insecurity of Older Adults. Rev. Nutr Health Aging. [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026];26(7):739–46. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12876575/>
 20. Kwan K, Ho M, Chau H, Chee H, et al. Associations of food insecurity with geriatric syndromes in the economically deprived community-dwelling Chinese older adults: the mediating role of malnutrition risk. Rev. European Geriatric Medicine [Internet] 2025 [citado 7 de marzo de 2026]; 16(6):2259–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41162741/>
 21. Martinez J, Hromi A, Galusha D, Oladele C, Acosta L, et al. Risk factors for household food insecurity in the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network cohort study. Rev. Front Public

- Health. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026]; 23;11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38074748/>
22. Alán V, Oscar R, Pablo G, Mónica A, Miriam L. Prevalence of food insecurity and its association with depressive and anxiety symptoms in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico: A secondary analysis of ENCOVID-19 survey. Rev. Frontiers medicine. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026]; 13:10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2023.1110584/full>
 23. González L, Restrepo S, Mancilla L, Sepúlveda D, Estrada A. Desigualdades en el consumo de alimentos en hogares colombianos: Resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Rev. Promoción de la Salud. [Internet] 2021 [citado 7 de marzo de 2026];26(1):98–117. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351480784_Inequalities_in_food_consumption_the_Colombian_households_Results_from_the_National_Survey_of_Nutritional_Status
 24. Cruz V, Martínez B, Cuevas L, Flores M, Shamah T. Dieta intake and adequacy of energy and nutrients in Mexican older adults: results from two National Health and Nutrition Surveys. Rev. Salud Publica Mex. [Internet] 2021 [citado 7 de marzo de 2026];59(3):285–98. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351480784_Inequalities_in_food_consumption_the_Colombian_households_Results_from_the_National_Survey_of_Nutritional_Status
 25. Martinez J, Hromi A, Galusha D, Oladele C, Acosta L, et al. Risk factors for household food insecurity in the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network cohort study. Rev. Front Public Health. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1269857/full>
 26. Seligman H, Laraia B, Kushel M. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income nhanes participants. Rev. Nutrition. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];140(2):304–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20032485/>
 27. López L, Franco Á. Review of food policy approaches: From food security to food sovereignty (2000–2013). Rev. Cad Saude Publica. [Internet] 2020 [citado 7 de marzo de 2026];31(7):1355–69. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10540898/>
 28. Howe M, Giroux S, Waldman K, Bruicker J, Babb A, et al. The Interactions of Food Security, Health, and Loneliness among Rural Older Adults before and after the Onset of COVID-19. Rev.Nutrients. [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026]; 14(23). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11357022/>
 29. Fong J. Risk Factors for Food Insecurity among Older Adults in India: Study Based on LASI, 2017–2018. Rev. Nutrients. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];15(17). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37686826/>
 30. Communications B, Islam K, Rana J, Ahmed S, Sultana M, et al. Exploring The Health Issues, Nutritional Well-being, And Food Security of The Elderly Population In Bangladesh. Rev.

- Bioresearch Communications. [Internet] 2025 [citado 7 de marzo de 2026];11(1):1769–79. Disponible en: <https://www.banglajol.info/index.php/BRC/article/view/78891>
31. Shuremu M, Belachew T, Hassen K. Nutritional status and its associated factors among elderly people in Ilu Aba Bor Zone, Southwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study. Rev. BMJ Open. [Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];13(1). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/13/1/e067787.full.pdf>
 32. Barrett C. Actions now can curb food systems fallout from COVID-19. Rev. Nat Food. [Internet] 2020 [citado 7 de marzo de 2026];1(6):319–20. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s43016-020-0085-y>
 33. Tso R, Forde C. Unintended Consequences: Nutritional Impact and Potential Pitfalls of Switching from Animal- to Plant-Based Foods. Rev. Nutrients. [Internet] 2021 [citado 7 de marzo de 2026];13(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444686/>
 34. Encalada J, Abril V, Wong S, Alvarado S, Bedoya M, et al. Socioeconomic Status and Nutritional Status as Predictors of Food Insecurity in Older Adults: A Case Study from Southern Ecuador. Rev. Environmental Research and Public Health [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026];19(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564865/>
 35. Ferede Y, Derso T, Sisay M. Prevalence of malnutrition and associated factors among older adults from urban and rural residences of Metu district, Southwest Ethiopia. Rev. BMC Nutrition Health [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026];8(1):52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35637535/>
 36. Hernández A, Vásquez O, Castillo L, Erices J, Guzmán A, et al. Food Security in the Rural Mapuche Elderly: Analysis and Proposals. Rev. Nutrients [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026];16(23). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11643924/>
 37. Ferede Y, Derso T, Sisay M. Prevalence of malnutrition and associated factors among older adults from urban and rural residences of Metu district, Southwest Ethiopia. Rev. BMC Nutrition. [Internet] 2022 [citado 7 de marzo de 2026]; 8(1):52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35637535/>
 38. Kumar S, Bansal A, Shri N, Nath N, Dosaya D. Effect of food insecurity on the cognitive problems among elderly in India. Rev. BMC Geriatrics [Internet] 2021 [citado 7 de marzo de 2026];21(1):725. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8684220/>
 39. Archenti G, Bullón L, Cusirramos S. Seguridad alimentaria en familias de Yurimaguas, Perú: Características y factores asociados. Rev. Agroindustrial Science. [Internet] 2024 [citado 7 de marzo de 2026];13(3):157–62. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/377194896_Food_security_in_families_of_Yurimaguas_Peru_Characteristics_and_associated_factors

40. Mavegam B, Coughenour C, Godbole A, McDonough I. Senior food insecurity in the USA: a systematic literature review. Rev. Public Health Nutr. Internet] 2023 [citado 7 de marzo de 2026];26(1):229–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36329645/>

Yo, **Daysi Mariela Naula Chabla** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0150278901**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Factores asociados a la inseguridad alimentaria en los adultos mayores en una comunidad rural de Ecuador, 2025-2026**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **3 de junio de 2026**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**DAYSI MARIELA NAULA
CHABLA**

F:

Daysi Mariela Naula Chabla

C.I. 0150278901