



## Grado de nutrición y soledad social en el paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar No. 62

Nutritional Grade and social loneliness in the geriatric patient of Family Medicine Unit No. 62



<sup>1</sup> Dra. Karla Alejandra Rodríguez Olvera

Unidad de Medicina Familiar No. 62 - Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuautitlán, México

<https://orcid.org/0000-0001-7344-4604>

<sup>2</sup> Dr. Rubén Ríos Morales

Unidad de Medicina Familiar No. 62 - Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuautitlán, México

<https://orcid.org/0000-0001-5173-4635>

Recibido  
27/05/2024

Corregido  
15/06/2024

Aceptado  
20/07/2024

### RESUMEN

**Introducción:** la OPS considera geriátrico a una persona con edad  $\geq 60$  años. En este protocolo de estudio se estimará la asociación del estado nutricional y la soledad social, ya que en esta etapa de envejecimiento los pacientes suelen ser abandonados por sus familiares, lo cual implica cambios y deficiencias nutricionales.

**Objetivo:** estimar la asociación entre el grado de nutrición y la soledad social en el paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar No. 62.

**Material y métodos:** se realizará un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. Se utilizará una fórmula para el cálculo de muestra de una proporción finita con muestra calculada de 365 pacientes, utilizando muestreo aleatorio simple. Se incluirán pacientes derechohabientes, con edad de 65-75 años, y que firmen el consentimiento informado. Se utilizará *Mini Nutritional Assessment* para identificar a ancianos desnutridos con alfa de Cronbach de 0.9 y Escala ESTE II que evalúa soledad social con un Alfa de Cronbach de 0.72.

**Análisis de datos:** en un primer momento se realizará un análisis uni-variado para variables cualitativas, por medio de frecuencias y porcentajes, y se representará por medio de gráficas de barra. Para variables cuantitativas, si son de distribución libre, se analizarán con mediana y valores máximos-mínimos, y si son de distribución normal, con media y desviación estándar. En un segundo momento se realizará un análisis bivariado para estimar la relación entre las variables grado de nutrición y la soledad social. Se utilizará la prueba de U de Mann-Whitney con un valor de ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** se realizó un estudio para determinar la asociación entre el grado de nutrición y la soledad social en 365 pacientes adscritos de la UMF No. 62 IMSS, donde se encontró un 32.1% (117 pacientes) con grado de soledad baja, con grado de soledad media se encontró un 42.2% (154 pacientes), y con un grado de soledad alta un 25.8% (94 pacientes)



**Conclusión:** como conclusión, es posible decir que el trabajo de investigación mostró que una malnutrición en el paciente geriátrico sí se encuentra relacionada con una soledad social alta.

**PALABRAS CLAVE:** soledad social; estado nutricional; geriátrico.

### ABSTRACT

**Introduction:** The OPS considers a person aged > 60 years to be geriatric. In this study protocol, the association between nutritional status and social loneliness will be estimated, since at this stage of aging patients are usually abandoned by their relatives, bringing with them changes. and nutritional deficiencies.

**Objective:** Estimate the association between the degree of nutrition and social loneliness in the geriatric patient in the Family Medicine Unit No. 62.

**Material and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional and prospective study will be carried out. Using the formula for sample calculation of a finite proportion with a calculated sample of 365 patients, using simple random sampling. Entitled patients will be included, aged 65-75 years and who sign the informed consent. Mini Nutritional Assessment will be used to identify malnourished elderly with Cronbach's alpha of 0.9 and ESTE II Scale that evaluates social loneliness with a Cronbach's alpha of 0.72.

**Data analysis:** At first, a univariate analysis will be carried out for qualitative variables, through frequencies and percentages and will be represented by bar graphs; For quantitative variables, if they are freely distributed, they will be analyzed with median and maximum-minimum values, and if they are normally distributed, they will be analyzed with mean and standard deviation. In a second moment, a bivariate analysis will be carried out to estimate the relationship between the variable degree of nutrition and social loneliness, the Mann-Whitney U test will be used with a value of ( $p < 0.05$ ).

**Results:** A study was carried out to determine the association between the degree of nutrition and social loneliness in 365 patients assigned to the UMF No. 62 IMSS, where 32.1% (117 patients) were found with a low degree of loneliness, with a degree of Medium loneliness was found in 42.2% (154 patients) and with a high degree of loneliness in 25.8% (94 patients).

**Conclusion:** In conclusion we can say that our research work showed us that malnutrition in geriatric patients is related to high social loneliness.

**KEYWORDS:** social loneliness; nutritional status; geriatric.

<sup>1</sup> Médica residente de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: [karla.ale.purple@gmail.com](mailto:karla.ale.purple@gmail.com)

<sup>2</sup> Médico especialista en Medicina Familiar, graduado de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Correo electrónico: [rubenum16@gmail.com](mailto:rubenum16@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El estado nutricional en la población geriátrica se ve afectado de forma negativa, y con esto se ve afectado el mantenimiento de la funcionalidad física y cognitiva. Esta funcionalidad alterada repercute en la calidad de vida de cada uno de los pacientes geriátricos, ya que con el paso de los años

se ha visto un aumento en la morbimortalidad por enfermedades aguda y crónicas en el adulto mayor, incrementando así el uso de los servicios de salud, la estancia hospitalaria y el costo médico en general (1).

Un estado nutricional adecuado en el paciente geriátrico será uno de los aspectos

más importantes para la conservación de la calidad de vida, así como de la autonomía de los pacientes geriátricos (2).

### **Factores de un estado de nutrición saludable**

Un paciente geriátrico es considerado por la organización mundial de la salud como “aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera un adulto mayor a toda persona de 60 años o más, la cual se encuentra en una etapa de envejecimiento que trae consigo deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales (3).

### **El paciente vulnerable**

Los pacientes geriátricos son los pacientes más vulnerables para sufrir problemas relacionados con la nutrición, ya que el paciente geriátrico no llega a consumir los nutrientes necesarios en cuanto a su requerimiento necesario. Cuando esto llega a suceder, existe un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético vital, por lo cual el paciente geriátrico llega a manifestar deterioro en las condiciones nutricionales con implicaciones en la salud.

El estado nutricional de este grupo de personas va a depender del estado nutricional que han llevado a largo de su vida, pero también de la nutrición que actualmente se encuentran llevando (4). La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos que ocurren en las personas mayores. Es un proceso patológico, el cual trae consigo

consecuencias muy negativas para la salud y la calidad de vida de los adultos mayores. Este síndrome produce alteraciones del estado inmunitario, agravación de procesos infecciosos y complicaciones de las diferentes patologías, lo que conlleva a que estén expuestos a deterioro de su capacidad funcional, hospitalizaciones con aumento de los recursos sanitarios, y finalmente aumento de la mortalidad (5).

Existen diferentes métodos tanto subjetivos como objetivos para evaluar el estado nutricional de este grupo poblacional, los cuales permiten contextualizar y relacionar el estado socioeconómico y alimentario con el de salud. Dichos métodos están constituidos por indicadores objetivos y subjetivos. Entre los primeros sobresalen los indicadores clínicos, que permiten explorar órganos y sistemas, y observar la presencia de síntomas o lesiones cutáneas propias de algunas condiciones de salud o relacionadas con el estado de nutrición del organismo y los antropométricos, los cuales consisten en la medición de dimensiones corporales (peso, talla, perímetros o circunferencias y pliegues de grasa) para conocer la composición corporal, y compararla con unos valores de referencia (6).

### **La malnutrición**

De igual manera, existen cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor, tales como (7):

### **Factores de importancia**

Factores físicos: los cuales comprenden problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, déficit mental, deterioro sensorial, e hipofunción digestiva (8).

Factores fisiológicos: como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones de fármacos - nutrientes, y la declinación de los requerimientos energéticos con el paso de los años (9).

Factores alimenticios: debido a que la dieta de los ancianos a menudo es restringida en frutas y verduras frescas, es necesario que tengan suplementos vitamínicos y minerales, ya que pueden mejorar la inmunidad y disminuir las infecciones en el adulto (10).

Factores psicosociales: sobresalen la pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, estilos de vida, soledad, depresión y anorexias (11).

Factores ambientales: en el caso de los adultos mayores que conviven con sus familias, no suelen presentar malnutrición, pero sí riesgo de malnutrición. Detectar problemas nutricionales en este grupo es complejo, ya que muchos de ellos no asisten a sus citas médicas, por ello van a ir aumentando los factores asociados a los problemas nutricionales (12), lo cual conlleva a que se disminuya la calidad de vida de este grupo etario.

Estos aspectos contribuyen a que se produzca una fragilización del anciano, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante (13).

## El envejecimiento

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años, y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y

en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas (14).

Los cambios en los estilos de vida, la disminución de la actividad física y el aumento de las necesidades en la ingesta de algunos nutrientes son factores que influyen y generan, por ende, una menor capacidad de regulación de esta. No obstante, también se adhieren los cambios sociales y económicos, iniciando una secuencia de alteraciones de la homeostasis, que conlleva al aumento de la incidencia de enfermedades metabólicas en esta edad. El estado de malnutrición, es decir, el mal comer que no es solo el no comer lo suficiente o con alimentos de calidad, es también la sobre alimentación calórica o de ciertos elementos como la sal. En este nuevo siglo, la situación de mala nutrición y en particular la obesidad es un tema de preocupación más importante (15). El problema de la obesidad y la desnutrición han llegado a tal punto que se considera la epidemia del siglo XXI en el mundo. La OMS reporta que desde el año 2012, la obesidad y la desnutrición se han incrementado en todo el mundo, con cifras que para el año de 2016 hicieron declarar una epidemia global, constituyendo así un importante problema de salud pública, que se ha ido aumentando. Actualmente, la prevalencia de obesidad va aumentando tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Por tal razón, es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel mundial (16).

En la revisión documental de artículos científicos se encontraron factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor, los cuales fueron los malos hábitos alimenticios y los altos niveles de sobrepeso y desnutrición en adultos mayores, debido a múltiples factores como el estrés, ansiedad y el sedentarismo, provocando un desequilibrio nutricional en este grupo etario.

Sin embargo, los adultos mayores, por múltiples factores, no tienen un adecuado acceso al consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor de deterioro ante de su estado de salud. No obstante, según artículos revisados se pudo interpretar que los hábitos alimenticios de los adultos mayores se encontraron que la mayoría consume tres comidas al día o más; sin embargo, el 8.2% consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización (17).

El bajo consumo de proteínas, especialmente las proteínas de alto valor biológico, identificado en la frecuencia diaria de consumo, representa otro factor de riesgo (17). Asimismo, los adultos mayores que viven con sus familiares, cónyuge o amigos tienen una prevalencia de desnutrición del 10%, debido a que tienen más posibilidades económicas y un rango de edad entre 60 a 75 años, y para los que se encuentran institucionalizados, la desnutrición llega a ser hasta el 60% (18).

Los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados a este fueron los parámetros dietéticos. Se sabe que un número insuficiente de comidas al día unido con la ausencia de determinados grupos de alimentos en la dieta del adulto mayor, son, a priori, indicativos de un mal estado nutricional. Lo que trae consigo desnutrición o alto niveles de sobrepeso en adultos mayores. Debido a los factores de riesgo como los son el estrés, la ansiedad y por último el sedentarismo que padece la población adulta mayor, al consumir alimentos no aptos para el mantenimiento de su propia salud, los ancianos se someten a diferentes riesgos nutricionales que les afecta de manera directa e indirecta (19).

Finalmente, otro de los factores tenidos en cuenta tiene que ver con el estado nutricional, el cual, si es saludable, promueve en gran parte la presencia de un estado funcional y mental adecuado, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida de los individuos. El estado nutricional, como expresión concentrada del estado de salud, podría determinar la capacidad del adulto mayor para adaptarse a los cambios que la edad trae consigo. Además, la preservación del estado nutricional puede generar grados incrementados de autonomía y, con ello, un mejor desempeño familiar, laboral y social, y la sensación de plenitud (19).

## MÉTODOS

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 62 del IMSS, ubicada en Av. 16 de septiembre 39 Colonia Guadalupe, código postal 54800, Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México, siendo una unidad de primer nivel de atención.

Esta unidad brinda atención con 31 consultorios, en los cuales se da consulta de Medicina Familiar, Odontología, Medicina Preventiva, Psicología, Nutrición, Laboratorio y Estudios de Imagenología (rayos X, electrocardiograma y ultrasonido), con horario de atención de lunes a sábado con atención matutina de 08:00 - 14:00 horas, vespertina de 14:00- 20:00 horas, y sabatina de 08:00-14:00 horas.

### Diseño

1. Observacional: se recabarán los datos del grado de nutrición asociado con la soledad social en el paciente geriátrico, y sin llevar a cabo ninguna maniobra se verá si existe alguna modificación.
2. Analítico: se valorará al paciente con malnutrición asociado a la soledad social en el paciente geriátrico.

3. Transversal: se recolectarán los datos y medidas del paciente para determinar su estado nutricional y la soledad social en una sola ocasión a lo largo del desarrollo de este protocolo de investigación.
4. Prospectivo: se realizará la obtención de datos en el presente por medio de la toma de peso y talla, para con esto evaluar el índice de masa corporal en el paciente geriátrico. Posterior a esto, se realizará el test de mini nutricional y se relacionará con el grado de soledad social, para así poder encontrar relación entre estas.

### Universo de trabajo

Se obtuvo un total de 15 890 pacientes de 65 a 75 años, dato otorgado por el servicio de ARIMAC.

### Grupos de estudio y características de los casos y testigos

Pacientes de 65 a 75 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Criterios de selección

#### a. Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Pacientes de rango de edad de 65 a 75 años de edad.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado.
- Pacientes con adecuada capacidad auditiva para poder contestar las preguntas que se realizarán.

#### b. Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan el diagnóstico de tipo oncológico en etapa terminal.

- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo diagnosticado (depresión y que se encuentren en tratamiento con antidepresivos)
- Pacientes que se encuentren en duelo (por pérdida de familiar)

### Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Técnica de muestreo: aleatoria simple. Después de haber realizado una lista de cada uno de los pacientes obtenidos por el servicio de ARIMAC, se colocarán en una urna los datos de cada paciente para la selección aleatoria hasta completar la muestra necesaria, y se integran al protocolo de investigación los que cumplan los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra es de 365 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 62. Se aplicará una fórmula finita.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio para determinar la asociación entre el grado de nutrición y la soledad social en el paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 en el 2022 en 365 pacientes adscritos de la UMF No. 62 IMSS, donde se encontró un 32.1% (117 pacientes) con grado de soledad baja, con grado de soledad media se encontró un 42.2% (154 pacientes), y con un grado de soledad alta un 25.8% (94 pacientes) (ver Tabla 1 y Gráfica 1).

Se localizó una frecuencia de 79 pacientes con malnutrición, con un porcentaje del 21.6%; 213 pacientes con riesgo de malnutrición, con un porcentaje de 58.4%; y 73 pacientes con nutrición normal, con un porcentaje de 20% (ver Tabla 2 y Gráfica 2).

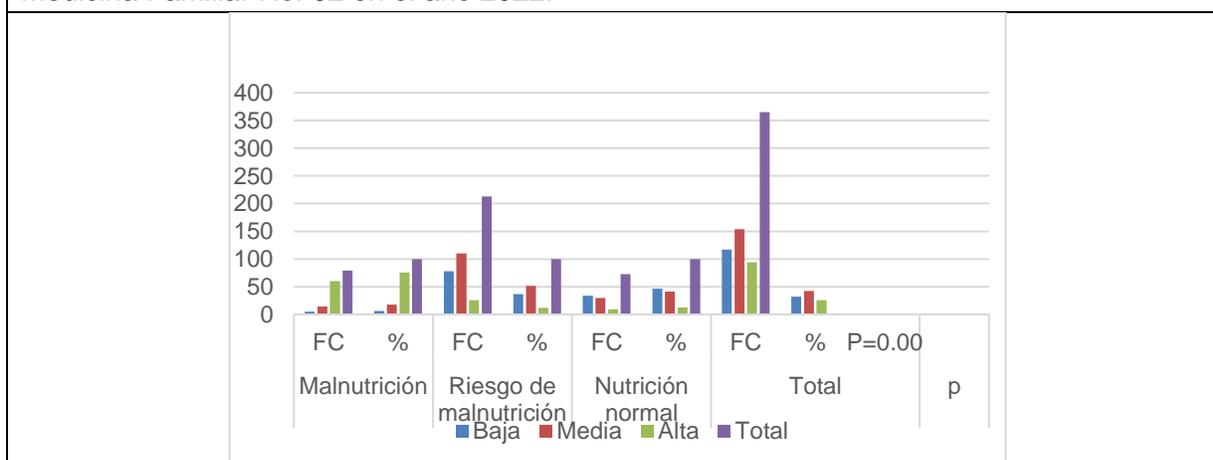
**Tabla 1.** Grado de nutrición y soledad social en el paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 en el año 2022.

Grado de nutrición \ Soledad social	Malnutrición		Riesgo de malnutrición		Nutrición normal		Total		p
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	P=0.00
Baja	5	6.3	78	36.6	34	46.6	117	32.1	
Media	14	17.7	110	51.6	30	41.1	154	42.2	
Alta	60	75.9	26	11.7	9	12.3	94	25.8	
Total	79	100	213	100	73	100	365	100%	

**Fuente:** Ficha de identificación. Realizada por Rodríguez Olvera KA y Ríos Morales R.

**Simbología:** FC: frecuencia, %: porcentaje, p: nivel de significancia estadística Kruskal-Wallis ( $p < 0.00$ ).

**Gráfica 1.** Grado de nutrición y soledad social en el paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 en el año 2022.



**Fuente:** Ficha de identificación. Realizada por Rodríguez Olvera KA y Ríos Morales R.

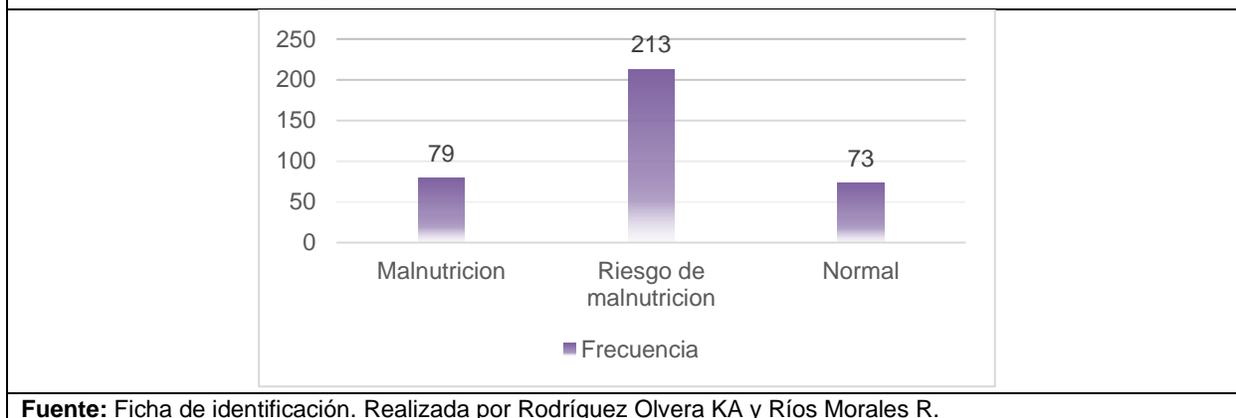
**Simbología:** frecuencia, %: porcentaje, p: nivel de significancia estadística Kruskal-Wallis ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 2.** Grado de nutrición en el paciente geriátrico de 65 a 75 años de la Unidad de Medicina Familiar número 62.

Grado de nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Malnutrición	79	21.6
Riesgo de malnutrición	213	58.4
Nutrición normal	73	20.0
Total	365	100.0

**Fuente:** Ficha de identificación. Realizada por Rodríguez Olvera KA y Ríos Morales R.

**Gráfica 2.** Grado de nutrición en el paciente geriátrico de 65 a 75 años de la Unidad de Medicina Familiar número 62.



**Fuente:** Ficha de identificación. Realizada por Rodríguez Olvera KA y Ríos Morales R.

## DISCUSIÓN

Se realizó una gráfica cruzada en la cual se evidencia que los pacientes que tienen una soledad social baja son un total de 117 pacientes, en los cuales predomina el riesgo de malnutrición con 78 pacientes; una soledad social media con un total de 154 pacientes en donde predomina el riesgo de malnutrición, con un total de 110 pacientes; y una soledad social alta con un total de 94 pacientes, en donde predomina una malnutrición. Por lo tanto, es posible decir que los pacientes con una soledad social alta son los pacientes que se encuentran con malnutrición, y los pacientes que se encuentran con una soledad social baja y media se encuentra en el rango de riesgo de malnutrición.

La hipótesis de investigación no se comprueba, ya que el grado de malnutrición de los pacientes es del 21.6% con una soledad social baja de 6.3 pacientes. Se rechaza la hipótesis, ya que en la revisión documental de artículos científicos se encontró documentado por Abreu Viamontes (2018) (16) que la mayoría de los pacientes consume tres comidas al día o más; sin embargo, el 8.2% consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes

que contribuye a los procesos de fragilización y malnutrición.

Deossa (2016) (18) refiere que los adultos mayores que viven con sus familiares, cónyuge o amigos tienen una prevalencia de desnutrición del 10%, debido a que tienen más posibilidades económicas y un rango de edad entre 60 a 75 años. En el presente estudio se pudo observar que los pacientes que se encuentran con sus cónyuges en efecto tienen un mayor riesgo de desnutrición, pero fue de un 69% con un total de 252 pacientes.

Avendaño (2022) (19) refiere que para los que se encuentran institucionalizados la desnutrición llega a ser hasta de un 60%, comparado con el presente estudio, donde los pacientes trabajadores tienen un porcentaje de 16.4%, con 164 pacientes. Cabe mencionar que los pacientes con una soledad social alta se encuentran con malnutrición, lo cual sería significativo en el presente protocolo de estudio, ya que esto se relaciona con que los pacientes se encuentren en un estado de depresión, ansiedad y muchas veces abandono social por parte de los familiares, pobreza, limitación para realizar sus alimentos en caso de vivir solos, entre otros factores de riesgo. Lo que sucede es que el sesgo de

edad que se utilizó en los artículos mencionados fue de 60 a 75 años, y en nuestro protocolo de estudio se utilizaron pacientes con una edad de 65 a 75, y solamente se estudió una cantidad de 365 pacientes.

## CONCLUSIONES

Este trabajo mostró que una malnutrición en el paciente geriátrico se encuentra relacionada con una soledad social alta, ya que los pacientes se sienten abandonados por los cuidadores primarios, y esto les hace tener episodios de ansiedad y depresión significativos que generan que el paciente no se preocupe por su salud y deje de consumir alimentos ricos en proteínas, por lo cual el paciente se comienza a nutrir mal y llegue a sufrir un síndrome de fragilidad en donde se vuelva más vulnerable hacia todo lo que lo rodea. Como ya se mencionó en el análisis de resultados, la hipótesis inicial es rechazada, ya que en esta se mencionaba la malnutrición relacionada con una soledad social baja.

Así también, es posible mencionar que los pacientes con una soledad social alta se encuentran con malnutrición, lo cual sería significativo en el protocolo de estudio, ya que se relaciona con que los pacientes se encuentren en estado de depresión, ansiedad y muchas veces abandono social por parte de los familiares; pobreza, limitación para realizar sus alimentos en caso de vivir solos, entre otros factores de riesgo. Es posible comprender que la etapa de envejecimiento trae consigo deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales, que fue lo que se pudo comprender al realizar este protocolo de investigación.

Se logró entender que en realidad los pacientes geriátricos son pacientes vulnerables a sufrir problemas relacionados con la nutrición, ya que el paciente geriátrico no consume los nutrientes necesarios en cuanto a los requerimientos que este debería consumir. Cuando esto llega a suceder, existe un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético vital, por lo cual el paciente geriátrico llega a manifestar un deterioro en las condiciones nutricionales con implicaciones en la salud.

## REFERENCIAS

1. Janery Tafur Castillo MG. Factors that affect the nutritional status of the elderly. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. s.f.;13(5):2018.
2. Aguilar J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. s.f.;4(1):161-168.
3. Mella R. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *PSYKHE*. 2004;13(1):79-89.
4. Barros Lazaeta C. Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores. *CPU. Estudios Sociales*. Santiago. 2020;77.
5. Organización Mundial de la Salud. Ciudadanos amigables con el mayor estado nutricional: Una guía. Río de Janeiro. Brasil. 2019.
6. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Serie. Recursos humanos para la salud. Washington, D. C.: OPS; 2022;(59).
7. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, HennisAnselm J., Palloni A et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *RevPanam Salud Pública [Internet]*. Junio, 2005 [citado el 21 de noviembre, 2016];17(5-6):307-322.
8. Ávila C, Roberta R. Estudio de investigación sobre la mortalidad en los adultos mayores en la guajira. 2018;23:8-10.
9. Riveros Ríos M. Valoración de factores

biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos. An. Fac.Cienc. Méd. (Asunción). 2020;48(2).

Salud de la Nación; 2022.

10. Jiménez Sanz M, Sola Villafranca JM, Pérez Ruiz C, Turienzo Llata MJ, Larrañaga Lavin G, Mancebo Santamaría MA, Hernández Barranco MC. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. 2021;26(2):345-354.
11. Sánchez-Ruiz F, De la Cruz-Mendoza F, Cereceda-Bujaico M. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. Lima. An. Fac. Med. 2014;75(2).
12. Dania MD, Shainer RT, Renato, Djukanovic LD. Desnutrición en el adulto mayor. 2021;26(5):607- 76.
13. Peña P. Nutrición en la vejez. Comer bien, una respuesta para vivir mejor. Servicio informativo Iberoamericano. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura Chile. 2019;(2):1-5.
14. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. Hospital Universitario General Calixto García Iñiguez.
15. Abreu Viamontes C, Burgos YD, Cañizares Inojosa D, Viamontes Cardoso A. Estado nutricional en adultos mayores. Cuba Rev.biomed 2018;12(5).
16. Acosta LD, Carrizo ED, Peláez E, Torres V. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. Rev. bras.geriatr. gerontol. 2019.
17. Deossa-Restrepo GC, Restrepo-Betancur LF, Velásquez-Vargas JE, Varela-Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Rev Univ. Salud. 2016;18(3):494-504. Disponible a partir de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072016000300009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000300009&lng=en)
18. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: documento de resultados. Buenos Aires: Ministerio de