

Estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del Estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022

Nutritional status and lifestyles of older adults who attend the Belén
outpatient of the Libertador municipality of the Mérida state, october -
december 2022

LINARES, CARIBAY¹; QUINTERO, OLGA¹

¹Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

**Autor de
correspondencia**
caribaybonizzu@gmail.com

Fecha de recepción
26/02/2024

Fecha de aceptación
09/04/2024

Fecha de publicación
25/05/2024

Autores

Linares, Caribay
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Correo-e: caribaybonizzu@gmail.com
ORCID: 0009-0007-0317-3205

Quintero, Olga
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
Correo-e: olgamaqp@gmail.com
ORCID: 0009-0000-0034-2682

Citación:

Linares, C. y Quintero, O. (2024). Estado nutricional y estilo de vida del adulto mayor. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del Estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022. *GICOS*, 9(2), 40-56
DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2024.09.02.03>



RESUMEN

En esta investigación se buscó determinar la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida del adulto mayor. Fue una investigación con un enfoque cuantitativo, analítico y de campo en 149 individuos. Se diseñó una matriz para el registro de las características sociodemográficas. Se aplicaron los instrumentos: cribado nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA), escala de estilo de vida. Los factores asociados a la malnutrición y las morbilidades también fueron evaluados. Resultados: edad $67,4 \pm 8,36$ años; sexo femenino (62,4%), casados o unión estable (36,2 %) y nivel educativo, secundaria (54,4%). Según el test Mini Nutritional Assessment, (MNA) el estado nutricional normal predominó en el 53 % y los parámetros antropométricos explorados fueron el peso $64,70 \pm 10,99$, la talla $1,58 \pm 0,07$, el Índice de Masa Corporal normal prevalencia en el sexo femenino, circunferencia braquial $25,87 \pm 1,82$ y perímetro de pantorrilla $33,02 \pm 1.65$. No obstante, el 46 % de los adultos mayores tuvieron riesgo de malnutrición. El 89% manifestaron estilo de vida no saludable. Los principales factores asociados que influyeron fueron el económico y el sociocultural. El 40,3% de los pacientes presentaron HTA. Hubo una relación estadísticamente significativa entre estado nutricional y estilo de vida con p-valor de 0,01, así como también entre estilo de vida y la diabetes mellitus tipo 2. Es importante aplicar escalas de evaluación en la atención primaria que permitan identificar el estado nutricional y el estilo de vida del adulto mayor, debido a que existe relación entre ambas variables.

Palabras clave: estado nutricional, estilos de vida, adulto mayor, salud pública.

ABSTRACT

This research sought to determine the relationship between nutritional status and lifestyle in the case of older adults. It was carried out with a quantitative, analytical and field approach in 149 individuals. A matrix was designed to record sociodemographic characteristics. The instruments were applied: nutritional screening Mini Nutritional Assessment (MNA), lifestyle scale. Factors associated with malnutrition and morbidities were evaluated. Results: age 67.4 ± 8.36 years; female (62.4%), married or in a stable union (36.2%) and educational level, secondary school (54.4%). According to the Mini Nutritional Assessment (MNA) test, normal nutritional status predominated in 53% and the anthropometric parameters explored were weight 64.70 ± 10.99 , height 1.58 ± 0.07 , Body Mass Index normal to female sex prevalence, calf circumference 25.87 ± 1.82 and calf circumference 33.02 ± 1.65 . However, 46% of older adults are at risk of malnutrition. The 89% reported an unhealthy lifestyle. The main associated factors that influenced were economic and sociocultural. The 40.3% of patients suffer from HTA. There was a statistically significant relationship between nutritional status and lifestyle with a p-value of 0.01, as well as between lifestyle and diabetes mellitus 2. It is important to apply evaluation scales in primary care that allow identifying the nutritional status and lifestyle of the elderly, because there is a relationship between both variables.

Keywords: nutritional condition, lifestyles, elderly, public health.

Los adultos mayores constituyen una población en crecimiento, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Se estima que el porcentaje actual de esta población a nivel mundial es del 12%, cifra que se duplicará para el 2050 y se estima que en el 2030 una de cada 6 personas tendrá 60 años o más (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En América Latina y el Caribe el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos y para el 2022 vivían 86,6 millones de personas mayores de 60 años, representando el 13,4% de la población total (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022). Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2023), permiten estimar que la población de Venezuela mayor de 60 años para el año 2030 será de aproximadamente cinco millones de personas.

Actualmente la esperanza de vida en el mundo es de 73,4 años (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019) y en Venezuela es de 72,9 años (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). La OMS (2022) define a los adultos mayores como “todas las mujeres y hombres mayores de 60 años y los clasifica en: adulto mayor de edad avanzada, de 60 a 74 años; anciano, de 75 a 90 años y “longevos”(mayores de 90 años párr.7). Por otra parte, la ONU considera como adulto mayor a “toda persona de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo”(párr.4). En Venezuela, se considera a la mujer mayor de 55 años como adulto mayor, edad mínima requerida en su proceso de jubilación (Ley de los Seguros Sociales, 2012).

Según Gil et al. (2011) el adulto mayor presenta ciertas particularidades que lo hacen vulnerable y el riesgo de padecer trastornos nutricionales es considerado como uno de los principales síndromes geriátricos; también definen la malnutrición como la “alteración de la composición y función corporal, consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas y otros nutrientes representando un riesgo para la salud. El aporte excesivo es obesidad y si es deficiente es desnutrición” (p.90).

La OMS (2019) plantea que existe una gran variedad de factores que influyen en la salud de los adultos mayores como es el caso de los genes, el sexo, la etnia, el nivel socioeconómico, el grado de instrucción, la vida en pareja, el entorno físico y social que repercuten en el mantenimiento de hábitos saludables. En este grupo etario es de suma importancia llevar una dieta equilibrada, realizar actividad física en forma periódica y practicar estilos de vida saludables.

Vargas (2004) define el estilo de vida de una persona por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que haya desarrollado durante el proceso de socialización. Para la OMS (2022) es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. Según Lalonde (1974) el estilo de vida es el conjunto de decisiones de las personas que afectan su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control.

En este grupo poblacional se pueden encontrar numerosas patologías, propias del envejecimiento y de los estilos de vida, adquiridos en las diferentes etapas del ciclo vital. Uno de los principales síndromes geriátricos es la

malnutrición (Gil et al., 2011, p. 90) considerado como un grave problema a la salud por las complicaciones que puede ocasionar. Además, la presencia de factores de riesgo en el adulto mayor con malnutrición aumenta su fragilidad, condición que se puede agravar si existe un estilo de vida inadecuado o no saludable. Para Herrera (2013), la adopción de un estilo de vida saludable tiene una gran influencia en la calidad de vida y longevidad del ser humano, debido a que la relación existente entre estilo de vida no saludable y patologías actualmente tienen un peso considerable en la génesis de las enfermedades no transmisibles. Al respecto, Barrón et al. (2017) señalan que el estilo de vida influye en la longevidad en un 51%.

El envejecimiento también puede venir acompañado de cambios psicosociales y ambientales como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos que influyen de manera importante en la dieta y en la calidad de vida (Tello y Varela, 2016).

Para brindar una atención apropiada al adulto mayor, el personal de salud debe estar adecuadamente capacitado para garantizar una correcta evaluación y seguimiento. En algunos países se emplea la evaluación geriátrica integral la cual consta de una serie de componentes que no difiere mucho de la evaluación en otras etapas de la vida. Esta evaluación geriátrica consta de cinco componentes: valoración biomédica, psicológica, social, funcional y preoperatoria, en casos particulares. La evaluación biomédica requiere de la anamnesis, el examen físico y algunos exámenes de laboratorio complementarios. La evaluación nutricional forma parte de la valoración geriátrica integral (Rodríguez et al. 2014).

Esta evaluación geriátrica también incluye estrategias de promoción para la salud buscando fomentar hábitos o estilos de vida saludables en este grupo etario, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas o sus temibles complicaciones y otros daños a la salud. El área ambulatoria, primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema de salud, constituye una valiosa oportunidad para la valoración, seguimiento y control de este grupo poblacional, que cada vez se incrementa más; pero a la vez se convierte en un problema de salud pública por la demanda en morbilidad, agravado por las discapacidades y las condiciones socioeconómicas, donde cada vez existen más ancianos con múltiples patologías, agravadas por los cuadros de depresión, ansiedad, soledad, abandono, que influyen en su estado anímico.

Es por esto, que el propósito de este estudio fue determinar la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida de los adultos mayores pertenecientes al Ambulatorio Belén en la ciudad de Mérida, Venezuela, durante el último trimestre del año 2022.

Existen múltiples instrumentos para medir el estado nutricional y el estilo de vida desde los más simples al alcance de cualquier profesional de salud hasta los más sofisticados. Igualmente, múltiples pruebas bioquímicas, pero en el nivel de atención primaria existe una oportunidad valiosa para realizar prevención y detección precoz de patologías silentes donde el adulto mayor sea abordado desde el punto de vista biopsicosocial, inmerso en un ambiente, sea este hogar, habitación, institución geriátrica, donde se puede detectar precozmente problemas de malnutrición y la realización de las intervenciones oportunas.

Se realizó un estudio analítico, transversal de campo, aplicado a 149 adultos mayores que acudieron al Ambulatorio Belén del municipio Libertador del estado Mérida durante el trimestre octubre-diciembre de 2022. Estos adultos mayores viven en una población accesible, ubicada en las adyacencias del ambulatorio. La institución de salud fue seleccionada por conveniencia, encontrándose en una ubicación céntrica, facilitando el acceso para la atención médica. El muestreo utilizado fue el no probabilístico, por conveniencia o intencional. Para la recolección de los datos se usaron las técnicas de observación y la encuesta, previa aceptación y consentimiento informado a la población femenina en edad superior a 55 años y al adulto mayor masculino de 60 y más años.

Se utilizaron varios instrumentos para la recolección de los datos. En primer lugar, una matriz de registro que permitió obtener los datos relacionados con las características socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo) y morbilidad en los adultos mayores. Posteriormente se aplicó el Test “Mini Nutritional Assessment” (MNA). El tercer instrumento utilizado fue la escala de estilo de vida, diseñada por Walker et al. (1990) y modificado por Delgado et al. (2008). Por último, a través de una matriz de registro de datos, se recolectaron los factores asociados que influyeron en el desequilibrio nutricional del adulto mayor, descritos por Andrade (2018), quien los divide en cuatro: biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos.

El MNA fue diseñado por Guigoz et al. (1994), validado en diferentes países y es utilizado en diferentes escenarios: área de hospitalización, en la casa y en el área ambulatoria. Dicho instrumento toma en consideración 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Dentro de los parámetros antropométricos se evalúa el índice de masa corporal (IMC) donde se relaciona el peso/estatura² y según el resultado se clasifica al individuo en: bajo peso si es menor a 18,5; normal entre 18,5 y 24,9; sobrepeso de 25 a 29,9 y obesidad mayor a 30 (OMS, 2019). El puntaje máximo en el test MNA es 30, con las categorías de: malnutrición para el puntaje menor a 17, riesgo de malnutrición: entre 17 y 23,5 y estado nutricional satisfactorio por encima de 24 puntos. Tiene un valor alfa de Cronbach es de 0,778 para los 18 ítems (Muñoz et al., 2021).

El tercer instrumento utilizado fue la escala de estilo de vida, diseñada por Walker et al. (1990) y modificado por Delgado et al. (2008). Presenta una validez interna de $r > 0.20$ y una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.794 (Mamani, 2018, p.55). Con un total de 25 ítems, considera las siguientes dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. El puntaje total es de 100 y el mínimo de 25 y clasifica a los pacientes con un estilo de vida saludable si el puntaje es mayor de 75 y menor a esta cifra con un estilo de vida no saludable.

Se registraron los factores asociados descritos por Andrade (2018). Dentro de los biológicos se exploró sobre la presencia de reducción de la masa muscular, aumento de la grasa corporal, disminución del gusto y olfato, alteración al masticar y deglutir. En los económicos, se preguntó si recibía una pensión de jubilación suficiente. Los socioculturales buscaron el consumo de gaseosas o alimentos fritos o por el contrario, consumo de frutas

y verduras. En los psicológicos, se indagó sobre la presencia de síntomas de depresión. Todos estos factores se indagaron en el cuarto instrumento de registro de datos

El análisis de los resultados, fueron tabulados en una base de datos del programa Excel y el software estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 19.0. Para la asociación estadística se usaron las pruebas no paramétricas Chi-cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

En esta investigación la población estuvo constituida por 149 adultos mayores que acudieron al Ambulatorio Belén en el último trimestre del año 2022, de los cuales el 62,4% eran femeninos. En la tabla 1 se observa que la edad media fue de 67,4 años. Según la clasificación de la OMS, la mayoría de los encuestados pertenecen a la categoría de adulto mayor de edad avanzada (62,4%), el 16,1% (n=24) en la categoría de 55 a 59 años constituida sólo por el sexo femenino y el resto de los individuos 21,5% (n=32) en las categorías ancianos y longevos. En relación al estado civil más de la cuarta parte (36,2%) refieren estar casados o en unión estable. Más de la mitad de los adultos mayores tienen nivel educativo secundario (54,4%).

Tabla 1.

Características socio-demográficas de los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022

Características	Frecuencia (n = 149)	Porcentaje (% = 100,0)
Sexo		
Masculino	56	37,6
Femenino	93	62,4
Edad		
55 - 59	24	16,1
60-74	93	62,4
75 y más	32	21,5
Estado civil		
Soltero	47	31,5
Casado/unión estable	54	36,2
Divorciado	10	6,7
Viudo	38	25,5
Nivel educativo		
Analfabeta/Primaria	33	22,1
Secundaria	81	54,4
Universitario	35	23,5

Fuente: Matriz de registro. Octubre/noviembre 2022.

Analizando el estado civil y el sexo de los adultos hay una distribución más o menos equitativa entre el sexo y el estado civil casado/unión estable (18,7% son femeninos y 17,4% son masculinos). En la categoría de solteros y viudos predominó el sexo femenino (tabla 2).

Tabla 2.

Estado civil y sexo de los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

	Sexo				Total	
	F		M		N°	%
Estado civil	N°	%	N°	%	N°	%
Solteros	34	22,7	13	8,7	47	31,5
Casados/unión estable	28	18,7	26	17,4	54	36,2
Divorciados	7	4,6	3	2,0	10	6,7
Viudos	24	16,1	14	9,3	38	25,5
Total	93	62,4	56	37,4	149	100

Fuente: Matriz de registro. Octubre/noviembre 2022.

Según el cribado Mini Nutritional Assessment el estado nutricional que predominó fue la categoría estado nutricional satisfactorio (53,0 %) seguido del 46,3%, con riesgo de malnutrición. Las categorías: riesgo de malnutrición y malnutrición fueron agrupadas en una sola categoría; “no satisfactorio”, debido a que sólo hubo un caso de malnutrición lo que genera frecuencias menores que 5; permitiendo que al aplicar la prueba de chi-cuadrado los valores obtenidos sean confiables para evaluar la asociación entre estado nutricional satisfactorio y no satisfactorio (tabla 3).

Los parámetros antropométricos explorados a través del MNA que predominaron en la categoría fueron: peso $64,70 \pm 10,99$; talla $1,58 \pm 0,07$; IMC normal en el 42,95% siendo mayor en el sexo femenino. La circunferencia braquial media (CBM) fue de $25,87 \pm 1,82$ cm y el perímetro de pantorrilla (PP) de $33,02 \pm 1,65$ cm.

Las principales causas de malnutrición y riesgo de malnutrición según el MNA fueron: pobre cantidad de proteínas que consumen a diario y a la semana (huevos, pescados, carne, aves, legumbres, entre otras). En el MNA se indagó sobre la frecuencia en el consumo de proteínas, semanales o diarias donde se evidenció el bajo consumo de proteínas e ingesta de líquidos al día (menos de 5 vasos), el paciente no sabe si está bien nutrido y al compararse con otras personas de su edad no sabe cómo se encuentra su estado de salud.

Tabla 3.

Estado nutricional de los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

Test Mini Nutritional Assessment	Frecuencia (n = 149)	Porcentaje (% = 100,0)
Estado nutricional satisfactorio	79	53,0
Riesgo de malnutrición	69	46,3
Malnutrición	1	0,7

Fuente: datos obtenidos del instrumento MNA.

El 90,60 % de los adultos mayores entrevistados presentaron estilos de vida no saludables, dentro de los cuales los predominantes fueron una alimentación no saludable, seguido por el manejo inadecuado del estrés, escaso apoyo interpersonal y una autorrealización insatisfecha. El estilo de vida saludable que prevaleció fue

la responsabilidad en salud (tabla 4).

Tabla 4.

Estilos de vida en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

Escala de estilos de vida	Frecuencia (n = 149)	Porcentaje (% = 100,0)
Estilos de vida saludables	14	9,39
Estilos de vida no saludables	135	90,60

Fuente: datos obtenidos del instrumento escala de estilos de vida.

El estado nutricional y el estilo de vida de los participantes del estudio están asociados estadísticamente. En la prueba de independencia chi-cuadrado se obtuvo un valor $p < 0,05$. En la tabla N° 5 se puede apreciar que del total de individuos con un estilo de vida saludable el 17,72% refieren estado nutricional normal. De los adultos categorizados con un estado nutricional no satisfactorio el 95,71% presenta un estilo de vida no saludable. Resultados que permiten afirmar la relación directa que existe entre estilo de vida saludable y estado nutricional satisfactorio. Así lo expresa la correlación de Spearman de 0,25 (valor $p < 0,05$), indicando una asociación lineal débil y positiva que es estadísticamente significativa.

Tabla 5.

Relación entre Estado nutricional y estilos de vida en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022

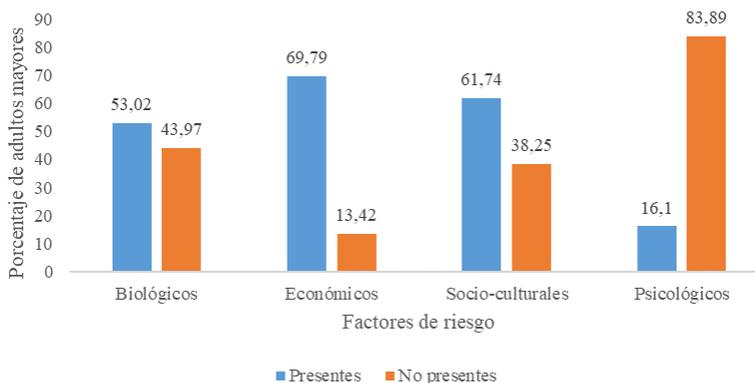
Estado nutricional	Estilo de vida				Total		valor p*
	No saludable		Saludable		N°	%	
	N°	%	N°	%			
No satisfactorio	67	95,71	3	4,28	70	46,97	0,001
Satisfactorio	65	82,27	14	17,72	79	53,02	
Total	132	88,59	17	11,40	149	100	

Fuente: datos obtenidos del instrumento MNA y escala de estilo de vida.

Nota: *significancia si: $p < 0,05$ (prueba Chi-cuadrado y correlación de Spearman)

En el gráfico 1, se observa que los factores asociados que más influyeron en el desequilibrio nutricional de los adultos mayores fueron el factor económico (69,7%) y el factor sociocultural (61,74%).

Gráfico 1. Factores asociados que influyen en el desequilibrio nutricional de los adultos mayores. Porcentaje. Ambulatorio Belén. Octubre-diciembre 2022.



Fuente: Matriz de registro Octubre/noviembre 2022.

La hipertensión arterial (HTA) fue la enfermedad más común de los adultos mayores (40%), seguida de la diabetes mellitus tipo 2 (7,4%) y la artropatía (5,4%). Otras morbilidades registradas fueron: cardiopatía, hipotiroidismo, epilepsia y trastorno bipolar. Sólo el 34,2% no refirió padecer ninguna enfermedad (tabla 6).

Tabla 6.

Morbilidades en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

Morbilidades	Nº	%
HTA	60	40,3
Sin enfermedades	51	34,2
Otras morbilidades	33	22,1
Comorbilidades	14	9,4
DM 2	11	7,4
Artropatía	8	5,4

Fuente: Matriz de registro. Octubre/noviembre 2022.

Al relacionar las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y estado civil) sólo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el estado nutricional ($p < 0,05$), donde a mayor nivel educativo, el estado nutricional tiende a ser satisfactorio (tabla 7).

Tabla 7.

Características sociodemográficas y Estado nutricional en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

	Estado nutricional				Total		Valor p*
	No satisfactorio		Bien nutrido		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Nivel educativo							
Analfabeta/Primaria	22	31,42	11	13,92	33	22,14	0,031
Secundaria	35	50,01	46	58,22	81	54,36	
Universitaria	13	18,57	22	27,84	35	23,48	
Total	70	100	79	100	149	100	

Fuente: matriz de registro. Nota: *significancia si: $p < 0,05$ (prueba chi-cuadrado).

En cuanto a la relación entre estado nutricional y morbilidades, se encontraron fuertes evidencias en la muestra de una asociación significativa entre presentar o no enfermedades y el estado nutricional de los individuos ($p < 0,05$). Se puede observar para la variable “Sin enfermedades” que, entre los adultos mayores de la muestra que no declaran enfermedades el 71 % fue clasificado por el test MNA como bien nutrido en su estado nutricional, mientras que menos de la mitad (44%) de los sujetos que sí manifiestan tener alguna enfermedad fueron catalogados con un estado nutricional satisfactorio (bien nutrido). Esto podría considerarse como un indicio de que las personas con un estado nutricional satisfactorio, tienden a no presentar enfermedades en una proporción mayor a los que su estado nutricional no es satisfactorio según el MNA (tabla 8).

Tabla 8.

Estado nutricional según MNA y morbilidades en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

	Estado nutricional				Total	Valor p*	
	No satisfactorio		Satisfactorio				
	N°	%	N°	%			
Sin enfermedades	15	29,41	36	70,58	51	34,22	0,002
Con enfermedades	55	56,12	43	43,87	98	65,77	
Otras morbilidades							
Presente	23	69,69	10	30,30	33	22,14	0,003
Ausente	47	40,51	69	59,48	116	77,85	
Total	70	100	79	100	149	100	

Fuente: matriz de registro. Nota: Valor $p = 0,05$ en la prueba chi-cuadrado.

Se halló que el estilo de vida está asociado significativamente con el nivel educativo del adulto mayor en la muestra (valor $p < 0,05$). Cuanto mayor es el nivel educativo de los participantes, también aumenta la proporción de quienes presentan un estilo de vida saludable (tabla 9).

Tabla 9.

Estilos de vida y características sociodemográficas en los adultos mayores. Ambulatorio Belén. Municipio Libertador del estado Mérida. Octubre - diciembre de 2022.

	Estilo de vida				Total	Valor p*	
	Saludable		No Saludable				
	N°	%	N°	%			
Nivel educativo							
Analfabeta/Primaria	1	2,85	34	97,14	35	23,48	0,001
Secundaria	6	7,59	73	92,40	79	53,02	
Universitaria	7	20,00	28	80,00	35	23,48	
Total	17	11,40	132	88,59	149	100	

Fuente: matriz de registro. Nota: p valor = 0,05 en la prueba chi-cuadrado.

Existe asociación significativamente estadística entre la diabetes tipo 2 y estilo de vida ($p < 0,05$). Aproximadamente una cuarta parte (24%) de los individuos de la muestra clasificados con un estilo de vida saludable presentan diabetes tipo 2, mientras que el 5% de quienes revelan un estilo de vida no saludable son diabéticos (tabla 10).

Tabla 10.

Estilos de vida y morbilidades en los adultos mayores.

	Estilos de vida				Total	Valor p*
	No saludable		Saludable			
	N°	%	N°	%		
DM tipo 2						
Presente	7	5,03	4	23,52	11	7,38
Ausente	125	94,69	13	76,47	138	92,61
Total	132	88,59	17	11,40	149	0,007

Fuente: matriz de registro. Nota: p valor = 0,05 en la prueba chi-cuadrado.

DISCUSIÓN

Es importante garantizar una adecuada atención médica y calidad de vida a los adultos mayores. Este grupo etario aportó y aporta en la construcción y mejora de la sociedad en la que están insertos. Lejos de quedar al margen de las constantes transformaciones que ocurren en las sociedades modernas, estos adultos poseen grandes potencialidades creativas y útiles (Pinargote y Alcívar, 2020).

El estado nutricional del adulto mayor se ve influenciado por múltiples variables. Detectar las variables negativas implica una valoración geriátrica integral y continua, permitiendo así brindar una adecuada atención y calidad de vida a este grupo etario. Es importante reconocer y garantizar esta atención respetando así el derecho a la salud que merecen.

El adulto mayor es un grupo poblacional en proceso de envejecimiento y es importante conocer el comportamiento demográfico y las repercusiones propias relacionadas con el desarrollo de patologías crónicas degenerativas donde el paciente requiere de una atención de su problema de salud de manera holística (Rakel y Weil, 2009).

La composición de la población por edad y sexo, es propia de cada país y región. En esta investigación predominó el sexo femenino, en el grupo de edad entre los 60 - 74 años, correspondiendo al grupo “edad avanzada” según la clasificación de la OMS (2019). El predominio del sexo femenino concuerda con los resultados reportados por Mesa et al. (2020) y por Jiménez et al. (2021). La edad máxima dentro de la categoría “edad avanzada” que predominó, coincide casi por un año con la esperanza de vida al nacer en Venezuela, que es de 72.9 años según la OPS (2023), ubicándose por debajo del promedio de la región de las Américas.

Con respecto al estado civil, más de la cuarta parte del grupo de estudio refirió estar casados o en unión estable, lo que puede constituir un factor protector, porque se supone que existe apoyo de la pareja. Más de la mitad de los adultos mayores en estudio refirieron vivir solos, estar solteros, divorciados o viudos, lo que representa un factor de riesgo biopsicosocial, debido a que los predisponen a determinados problemas entre ellos ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, dependencia funcional y otros problemas como no tener los recursos económicos mínimos para solventar los gastos y necesidades básicas (Chavarro et al., 2017).

El nivel de instrucción que prevaleció en la presente investigación fue el secundario, seguido del universitario

representando las tres cuartas partes, resultados alentadores pues representan una población instruida; un factor protector que favorece la adquisición de conocimientos, comprensión y una actitud positiva ante los consejos del equipo de salud. Resultados contrarios a los obtenidos por Giraldo et al. (2023), donde el nivel educativo predominante fue de primaria o inferior. Tomando en cuenta estos resultados del nivel de instrucción secundario y universitario, los adultos mayores se convierten en un recurso valioso para el resto del grupo familiar, de hecho, los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y de metáfora de la vida. El anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y entre las diferentes generaciones (Pinargote y Alcívar, 2020).

Con respecto a los resultados relacionados con el nivel de instrucción secundaria y universitaria, es importante señalar que al momento de realizar una intervención o de dar una sesión educativa, el nivel de estudios es importante, debido a que se requiere de la comprensión y del entendimiento de los pacientes para que puedan integrar información y ponerla en práctica y así modificar estilos o hábitos inadecuados que puedan afectar su salud. Por esta razón, es importante insistir en la necesidad de brindar a las personas el acceso a los estudios básicos, debido a que el bajo nivel educativo y el riesgo de desnutrición o malnutrición están relacionados y pueden provocar en esta población mayor deterioro cognitivo y físico, aumentando el riesgo de otros síndromes (Giraldo et al., 2023).

Al diagnosticar el estado nutricional de los adultos mayores se evidenció según el test MNA que más de la mitad estaban con un peso normal según el IMC. Se observan resultados opuestos a los indicados por Hanco (2022), donde se encontró que del 53,19% de los pacientes con un estilo de vida saludable el 27,66 % presentó delgadez. Si bien, los adultos mayores en el Ambulatorio Belén mostraron estar bien nutridos y con un IMC con peso normal, el resto de los pacientes de la investigación se ubicaron en la categoría de riesgo de malnutrición.

Los pacientes que presentaron riesgo de malnutrición, expresaron serias dificultades para adquirir alimentos de calidad, pues la mayoría depende del escaso aporte gubernamental de la pensión de jubilación equivalente al salario mínimo. Igualmente, los pacientes hipertensos y diabéticos reconocen la importancia de realizar con regularidad ejercicios físicos y llevar una alimentación balanceada, pues los mismos formaban parte del grupo de club de diabéticos e hipertensos, que funcionó hasta el 2020 (periodo de pandemia por coronavirus). En dicho programa realizaban actividades educativas sobre alimentación, autocuidados, importancia del ejercicio y la recreación. Se puede admitir que el hecho de tener grado de instrucción secundaria y universitaria facilitó que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus concientizaran sobre la importancia de cumplir con las recomendaciones impartidas en dicho club.

Los hallazgos obtenidos a través del MNA, donde más de la mitad de los adultos mayores del ambulatorio Belén presentaron estado nutricional satisfactorio coinciden con la investigación realizada por Giraldo et al. (2023). El MNA explora no solo la relación peso/talla² de las personas (IMC), también permite diagnosticar como está la movilidad del paciente, cuantos medicamentos toma a diario, la calidad de la alimentación e hidratación y pérdida de peso. Por lo que se considera que es un instrumento amplio e integral, al indagar

sobre el estado nutricional de los adultos mayores. Su aplicación en el Ambulatorio Belén permitió hacer la valoración nutricional y además educar a los pacientes con las recomendaciones pertinentes en las preguntas donde se evidenciaban alteraciones.

Los factores asociados al riesgo de malnutrición más frecuente del adulto mayor del Ambulatorio Belén fueron el factor económico y el sociocultural. Con respecto al factor económico estos hallazgos coinciden con los encontrados en el estudio realizado por Andrade (2019). El 69,7% de los pacientes encuestados en el Ambulatorio Belén afirmó recibir pensión de jubilación, cuyo monto no lograba cubrir la canasta alimentaria básica, ni la adquisición de medicamentos. Este factor económico, a su vez, puede influir en el factor sociocultural debido a que se adquieren alimentos con menos valor nutritivo, más económicos y de menor calidad.

Al evidenciarse que el factor económico fue el predominante dentro de los factores de desequilibrio nutricional, se observa como la crisis económica que viene atravesando el país afecta considerablemente a los grupos más vulnerables de la población: los menores de 19 años y los adultos mayores. En el caso particular del adulto mayor, la mayoría de ellos depende de una pensión de jubilación equivalente al salario mínimo que es de 130 bolívares. Pensión que les imposibilita la adquisición de los productos de la canasta básica. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) correspondiente al año 2023, el 51,9% de los hogares de Venezuela sufrieron una pobreza multidimensional caracterizada por bajos ingresos, carencias en los servicios básicos y deterioro de la educación (Perdomo, 2024). Estas cifras alarmantes hacen más vulnerable al adulto mayor afectando su calidad de vida.

La hipertensión arterial y la Diabetes mellitus (DM) tipo 2 fueron las patologías que predominaron en los adultos mayores de la presente investigación, resultados similares a las patologías del estudio realizado por Mesa et al. (2020), donde se logró identificar las estrategias que requería el grupo investigado y se pusieron en práctica, logrando resultados favorables. Dentro de las estrategias se le dio prioridad a la intervención educativa, donde el ejercicio *físico* de bajo impacto y de relajación, dinámicas grupales, actividades de promoción de salud e incorporación de los participantes a un club de adultos mayores, permitieron elevar la autoestima y los conocimientos en cuanto a promoción de salud y prevención de enfermedades. Este estudio demuestra que al usar estrategias diseñadas para las necesidades de una población determinada se tendría mayor posibilidad de éxito en los objetivos perseguidos.

En la red ambulatoria, estas actividades de intervención educativa pueden desarrollarse fácilmente sin costo alguno, sólo se requiere de la disposición del equipo de salud y de un programa de atención integral al anciano, que les permita compartir momentos de esparcimiento con más alegría de vivir y una mejor calidad de vida. Al tener más conocimientos sobre sus patologías y como evitar las complicaciones que conlleva un autocuidado deficiente, se les da la oportunidad de tomar el control de su salud. Al evidenciarse que la hipertensión arterial es una enfermedad de elevada prevalencia es necesario dirigir los esfuerzos al control de las cifras tensionales y a mejorar los estilos de vida de estos pacientes, para evitar las complicaciones que pueden surgir (González et al., 2017).

Las principales morbilidades identificadas en el presente estudio, hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2, también coinciden con las encontradas por otros autores (Vega et al., 2018; Mesa et al., 2020; Salinas et al., 2020). En este estudio los padecimientos crónicos más prevalentes fueron la hipertensión arterial (42,2%), hipercolesterolemia (25,5%), diabetes tipo 2 (25,1%) e hipertrigliceridemia (21,4%). Estas patologías afectan a la mayoría de países latinoamericanos, incluyendo el nuestro.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida de los participantes del estudio realizado en el Ambulatorio Belén, resultados similares a los reportados por Gómez y Mori (2023). Por su parte, Hanco (2022) en Perú reporta resultados contradictorios, señalando que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables estilo de vida y estado nutricional, argumentando que probablemente los estudios citados utilizaron el mismo instrumento para medir el estilo de vida y las zonas investigadas corresponden al sur de Perú y Ecuador, siendo una de sus actividades económicas principales la agricultura de autoconsumo.

La educación fue la característica sociodemográfica que se relacionó con el estilo de vida en la investigación llevada a cabo en el Ambulatorio Belén. Se evidenció que cuanto mayor es el nivel educativo de los participantes, el estilo de vida saludable es mejor. El nivel educativo alto actúa como un factor protector debido a que facilita a los pacientes poder entender las indicaciones médicas y nutricionales y los factores asociados y los daños a la salud a los que se pueden enfrentar de no modificar los estilos de vida inadecuados. Barrón et al., (2017) mencionan que, a mayor nivel educativo, mayores posibilidades para que las medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades puedan ser entendidas e incorporadas a la vida cotidiana de las personas.

La diabetes mellitus fue una de las patologías presentes en los adultos mayores del Ambulatorio Belén, debido a que una cuarta parte de los individuos con un estilo de vida saludable, presentaron esta patología. Esta enfermedad crónica requiere de un abordaje interdisciplinario para su correcto control. Aquí se incluyen varios miembros del equipo de salud: médicos, enfermeras, nutricionistas, promoción social, área de farmacia, entre otros. Estos resultados que concuerdan con la investigación realizada en Costa Rica por Blanco et al., (2021) cuyas conclusiones muestran que las intervenciones realizadas en el estilo de vida de los pacientes con DM tipo 2 establecida, logran resultados beneficiosos en cuanto a la reducción del peso, control de la glucemia y reducen la necesidad de mayores dosis de medicamentos y otros fármacos.

Los individuos con un estilo de vida saludable y DM tipo 2 del Ambulatorio Belén, obtuvieron en la valoración del MNA un resultado no satisfactorio en el 72% de los pacientes. Resultados similares se observan en el estudio de Casals et al. (2018) donde más de la mitad de la muestra presentaba riesgo de desnutrición o desnutrición. El estado nutricional no satisfactorio puede conllevar al aumento de la fragilidad. Según Fried et al. (2001) existe una asociación significativa entre un peor estado nutricional y la fragilidad, referida esta como la pérdida de peso no intencional $\geq 4,5$ kg de peso corporal en el último año, agotamiento o cansancio auto referido, debilidad muscular, lentitud al caminar y baja actividad física.

Si bien, las variables relacionadas con la fragilidad no fueron evaluadas en la presente investigación, se asocian

con síntomas de diabetes mellitus y con el deterioro del estado nutricional, mostrando esta asociación que más de la mitad de los individuos con el diagnóstico de DM tipo 2 y con un estado nutricional no satisfactorio pueden estar con fragilidad o en riesgo de presentarla. Por esta razón, es necesario brindarle a esta población una valoración integral en cada consulta e insistir en la educación que deben recibir los pacientes y familiares en dicho momento, además de hacer énfasis en el cumplimiento de los programas creados para este grupo poblacional. En esta ocasión los investigadores se centraron en la evaluación nutricional integral en los adultos en general y en la identificación del estilo de vida practicado.

CONCLUSIONES

Las características socio demográficas de la población en estudio que predominaron fueron: adulto mayor de edad avanzada, sexo femenino, estado civil casado o en unión estable y nivel educativo secundario. Prevalció el estado nutricional normal. El estilo de vida no saludable fue el más frecuente. Los factores de riesgo que influyeron en el desequilibrio nutricional del adulto mayor fueron el económico y el socio-cultural. La morbilidad predominante fue la hipertensión arterial. Existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida del adulto mayor.

RECOMENDACIONES

El equipo de salud de medicina de familia debe estar vigilante de la población bajo su cuidado, especialmente este grupo poblacional.

Implementar estrategias educativas donde el adulto mayor pueda participar en la promoción de un estilo de vida saludable en conjunto con aquellos menos favorecidos educacionalmente.

Se recomienda realizar una evaluación geriátrica integral que incluya los parámetros bioquímicos para una evaluación médica completa.

Mantener actividades educativas frecuentes, debido a que los cambios en los estilos de vida se logran a largo plazo, por lo que se debe insistir en las consejerías, durante la visita domiciliaria y en las actividades de prevención de enfermedades y de promoción en salud tanto en las áreas de espera como en los consultorios.

Gerenciar ante las instituciones de salud la provisión gratuita de los medicamentos para las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes.

Hacer énfasis en la necesidad de reactivar el club de diabéticos e hipertensos del ambulatorio Belén.

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Andrade, R. (2019). *Comportamiento del estado nutricional y factores de riesgo asociados en adultos mayores de la parroquia Borrero 2018, Ecuador*. [Tesis de Postgrado, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8715>
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social*. (2012, 30 de abril). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.912.
- Bauce, G. (2020). Evaluación antropométrica de un grupo de pacientes adultos mayores. *Revista Digital de Postgrado*, 9(2), e225. <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.2.e225>
- Blanco, E. Chavarría, G. y Garita, Y. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), e639. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
- Barrón, V. Rodríguez, A. y Chavarría, P. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Rev. Chil. Nutr.*, 44(1). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182017000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Casals, C., Casals, J., Suárez, C., Aguilar, M., Estébanez, F. y Vázquez, M. (2018). Fragilidad en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el control glucémico, perfil lipídico, tensión arterial, equilibrio, grado de discapacidad y estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 820-826. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1672>
- Chavarro, D. Sucerquia, J. y Venegas, L. (2017). *Vivir solo: motivaciones, factores protectores y factores de riesgo en ancianos*. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/53468>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). *CEPAL examina el panorama actual del envejecimiento en la región, así como los avances y desafíos para el ejercicio de los derechos y la inclusión de las personas mayores*. <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-examina-panorama-actual-envejecimiento-la-region-asi-como-avances-desafios-ejercicio#:~:text=Confirma%20que%20el%20envejecimiento%20poblacional,16%2C5%25%20en%202030>.
- Fried, L. Tangen, C. Walston, J. Newmann, A. Hirsch, C. Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G., McBurnie, M., Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 56(3), 146-56.
- Gil, P. González, P. Gutierrez, J. y Verdejo, C. (2011). *Manual del Residente en Geriatria*. <https://booksmedicos.org/manual-del-residente-en-geriatria/>
- Giraldo, N. Estrada, A. & Deossa, G. (2023). Malnutrición asociada con factores sociodemográficos en adultos mayores de Medellín Colombia. *Revista Ciencias de la Salud Dialnet*, 21(2). doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10916>
- González, R., Martínez, M., Castillo, D., Rodríguez, O. y Hernández, J. (2017). Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Finlay*, 7(2), 74-80. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&tlng=es
- Gómez, Y. y Mori, J. (2023) Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima. *Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7609.
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. & Albaredo, L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9990575>
- Hanco, B. (2022). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor beneficiario del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 – Atuncolla 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano Perú]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/17880>
- Herrera, P. Martínez, N. Navarrete, C. (2013). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 326-345. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004
- Instituto Nacional de Estadísticas Venezuela. (2023). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=section&id=4&Itemid=4
- Jiménez, A., Moya, M., y Bauce, G. (2021). Perfil nutricional de adultos mayores que asisten a un club de abuelos. *Rev Digit Postgrado*, 10(2), e283. doi:10.37910/RDP.2021.10.2.e283
- Kickbusch, I. (1986). Lifestyles and Health Social Science and Medicine (22), 117-24 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3961531/>
- Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians- a working document. Oatwa: Minister of

Supply Services of Canada.

- Mamani, K. (2018). *Relación de los Estilos de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor que asiste al centro de Salud I-3 Coata* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional del Altiplano Perú]. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9463/Mamani_Condori_Katian_Corina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Mesa, D., Valdés, B., Espinosa, Y., Verona, A. y García, I. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e 1256. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204j.pdf>
- Muñoz, B., Molina, G., Romero, M., Redondo, J., Aguado, C., Arias, C., Molina, R. y Martínez, J. (2021). Validation (in Spanish) of the Mini Nutritional Assessment survey to assess the nutritional status of patients over 65 years of age. *Fam Pract.* 2019, 36(2), 172-8. doi:10.1093/fampra/cmy051
- Organización de Naciones Unidas (ONU, 2019). *Envejecimiento*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). *Envejecimiento y Salud: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019). WHO Mean Body Mass Index (BMI). https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023). *Salud en las Américas*. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela#:~:text=En%20lo%20que%20ata%20C%20B%20a,lo%20informado%20en%20el%202000>.
- Perdomo, L. (2024). Encovi presentó propuestas para disminuir la pobreza que en el año pasado aumentó a 51,9%. *Talcual*. <https://talcualdigital.com/encovi-presento-propuestas-para-disminuir-la-pobreza-que-en-el-ano-pasado-aumento-a-519/>
- Pérez, M., Fernández, M., López, F., Soriano, T., Peral, I., y Mancera, J. (2021). Adherencia a un estilo de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Revista SEMERGEN*, 47(3), 161-169. <https://medes.com/publication/161321>
- Pinargote, G. y Alcívar, S. (2020). La familia en el cuidado de los adultos mayores. *Revista Cognosis*. 5, 179-190. file:///C:/Users/David/Downloads/2324-Versi%C3%B3n%20maquetada%20en%20PDF-9487-1-10-20201014.pdf
- Rakel, D. and Weil, A. (2009) *Fisiología de la medicina integrativa*. Barcelona: Elsevier. Masson.
- Rodríguez, J., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R. y Cervantes, M. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Revista Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477347195007>
- Salinas, A., De la Cruz, V. y Manrique, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Revista de Salud Pública de México*, 62(6). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600777&script=sci_arttext
- Torrejón, C. y Reyna, E. (2012). Estilo de vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor. *Revista Científica In Crescendo*, 3(2), 267-276. <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/116/80>.
- Valderrama, S. (2022). Los pensionados en Venezuela viven de la caridad de terceros. *Los Angeles Times*. <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2022-04-09/los-pensionados-en-venezuela-viven-de-la-caridad-de-terceros>
- Vega, A., Moreno, C., Prado, O., Luna, S. y Torres, J. (2018). Comorbilidad en pacientes mayores de 65 años con demencia. *Med Interna México*, 34(6), 848-54.
- Walker, S., Kerr, M., Pender, N. & Sechrist, K. (1990) A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res*, 39(6), 268-273.