

CALIDAD DIETARIA, SATISFACCIÓN VITAL Y ESTADOS DE MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS, CÓRDOBA, REPÚBLICA ARGENTINA, 2007

Raquel Susana Acosta, María Silvina Clacagni, Esteban Massobrio, Gerardo Gasparutti, M.L. Gubiani, Cristina Boillos y Dora Celton*

¹Cátedra Nutrición en Salud Pública. Escuela de Nutrición, Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina)¹

*Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina)

E-mail: sacosta@fcm.unc.edu.ar



Introducción

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (1). Se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y

realización de los propios deseos. La salud es un componente fundamental que no puede ser analizado únicamente desde una perspectiva biológica, ya que existen múltiples factores que influyen en la misma.

Aceptar y asumir las pérdidas inevitables, ser capaz de enfrentar los cambios orgánicos y del medio social que ocurren en el anciano, el grado de adaptación adecuado (aceptación y respuesta) y de satisfacción personal, permitirá mantener una vida saludable (2). Esa satisfacción personal es denominada satisfacción con la vida o satisfacción vital. La carga subjetiva presente en este concepto, tiene derivaciones interesantes en la adopción de determinados estilos de vida, que facilitarían o limitarían las posibilidades de lograr un correcto estado de salud. La alimentación y su resultante, el estado nutricional, son componentes fundamentales en su logro.

Desde una perspectiva nutricional, la calidad de la alimentación está determinada por el tipo de alimentos que se consumen, su *proporcionalidad*, *moderación* y *diversidad*. La *proporcionalidad* se refiere a la ingesta equilibrada de ciertos nutrientes claves como por ejemplo hidratos de carbono y grasas, el aporte proporcional de energía derivado de los mismos, y la necesidad de consumir cierta cantidad de porciones de diferentes grupos de alimentos para asegurar dicho equilibrio. La *moderación* se refiere a la necesidad de limitar ciertos nutrientes como grasa, sodio y azúcares refinados, que se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. La *diversidad dietaria* se define como el número de diferentes alimentos o grupos de alimentos consumidos bajo un período de referencia dado, y es considerada como un elemento clave para definir la calidad de la dieta (3). Así lo había expresado Escudero, en el año 1935, al definir las Leyes fundamentales de la alimentación, estableciendo que “*la alimentación debe ser suficiente, completa, adecuada y armónica*”.

Cuanto mayor es la variedad de alimentos consumidos mayor probabilidad existe de alcanzar una ingesta adecuada de micronutrientes y energía, lo cual disminuye los riesgos de desarrollar problemas de deficiencia o excesos de algún nutriente (4, 5).

Estudiar la calidad de la dieta en adultos mayores presenta ciertas dificultades, ya que con el envejecimiento aparecen una serie de factores que influyen en la alimentación. Uno de ellos es el descenso del número de papilas gustativas, que conduce a una disminución en el placer por la comida. Además la pérdida de piezas dentales o las prótesis que se adaptan mal, comprometen la masticación, limitando la selección de alimentos, hacia aquellos de consistencia blanda (6). La falta de ingresos suficientes condiciona el acceso a alimentos variados (7). En México, un estudio realizado en ancianos no institucionalizados, determinó que los alimentos de consumo frecuente eran predominantemente de costo bajo o medio (8).

Los cambios en la estructura familiar (la muerte del cónyuge, la independencia de los hijos), la soledad y el aislamiento social, comúnmente llevan a la depresión, y en consecuencia a una falta de interés en todos los aspectos de su vida, incluida la alimentación (9). El comer es una actividad que contribuye positivamente a una mayor satisfacción con la vida, sin embargo comer en soledad puede conducir a una alimentación insuficiente y monótona, ya que muchas personas no sienten el deseo de preparar una comida para posteriormente comerla a solas (10). En consecuencia, la diversidad de alimentos que componen la dieta habitual de los adultos mayores, suele disminuir y su proporcionalidad se ve alterada, poniendo en riesgo su salud nutricional.

La satisfacción con la vida se define como un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de sus vidas, las expectativas y aspiraciones, y los objetivos conseguidos, sobre la base de su propio conjunto único de criterios. Veenhoven lo traduce en la expresión *cuánto le gusta a una persona la vida que lleva*, juzgándola en conjunto como más o menos satisfactoria (11). Los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado. Este último matiz es importante ya que no se trata de un estándar impuesto externamente sino que es un criterio autoimpuesto (12). La satisfacción con la vida es sinónimo de bienestar subjetivo, el que se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que resultan cuando evalúan su existencia. En este bienestar se reconocen dos componentes básicos: uno referido al aspecto afectivo- emocional y otro al aspecto cognitivo-valorativo (13).

El *componente afectivo-emocional* constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes (14). Este componente es lábil, momentáneo y cambiante (15). El *componente cognitivo* alude a la discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración (16). La principal característica de este componente es su relativa estabilidad en el tiempo. Estos componentes no son completamente independientes y están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva (17).

La satisfacción con la vida se ve influenciada por múltiples variables, de índole social, cultural, económicas, demográficas (edad y sexo), y características y rasgos de personalidad. La misma disminuye a medida que la persona envejece. Los juicios que sobre ella elaboran, tienen tres componentes: calidad de vida, expectativas y logros obtenidos. El deterioro de la calidad de vida a medida que aumenta la edad, se explica por el menor grado de salud física y de capacidad mental, el aislamiento social que los conduce a considerar que la vida no es lo de antes, haciéndose presente la insatisfacción. Con una vida dilatada las expectativas y aspiraciones que permiten seguir mirando hacia delante van disminuyendo, pero los logros son mayores, ya que con el transcurrir de los años se contabilizan en mayor cantidad, disminuyendo paralelamente las aspiraciones. Sin embargo los mayores logros no alcanzan a compensar la insatisfacción producto de la disminución de la calidad de vida y de las expectativas y aspiraciones (18).

No obstante, si la persona que envejece es capaz de aceptar las pérdidas y adaptarse activamente a los cambios, optimizando su potencial personal y social; con una vida activa, participativa y productiva, no verá deteriorada su calidad de vida, manteniendo una valoración positiva. Un estudio en Granada demostró altos puntajes de satisfacción con la vida en los adultos mayores que participaban del Aula Permanente de Formación Abierta de Mayores (19).

Según Veenhoven elevados niveles de satisfacción están ligados a una mayor capacidad de controlar el entorno (20). El comer es un componente esencial de la satisfacción con la vida, considerando en ese término no sólo lo que se come, sino cómo y con quién se come, es decir la comida y los rituales que la rodean.

En el grupo de ancianos, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre el estado funcional y la calidad de vida (21). En la ancianidad, las posibilidades de sufrir alteraciones en el estado nutricional, tanto por déficit como por exceso, se ven incrementadas. Las desviaciones del estado nutricional, denominadas malnutrición incluyen el sobrepeso y la obesidad, los déficits de micronutrientes, como la vitamina B12 y la anemia subsiguiente, o la disminución de la síntesis de vitamina D y sus consecuencias sobre las enfermedades óseas, y la desnutrición calórico proteica y sarcopenia (22). Los estados de malnutrición si bien tienen una relación directa con factores biológicos propios de la edad, están también asociados con otros factores sociales y económicos que acompañan esta etapa de la vida (convivencia, institucionalización, situación económica, entre otros).

Estas afirmaciones se correlacionan con datos obtenidos en diferentes estudios realizados en la ciudad de Córdoba en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. En el primer caso el porcentaje de población que sufría de malnutrición por déficit era del 44,6% (23), en tanto que en el segundo caso, ancianos concurrentes a distintos centros en los cuales recibían una prestación alimentaria, acompañada de otras actividades que favorecían el contacto social, se encontró alta prevalencia de estados de malnutrición por exceso (47,7%) (24). Los estudios epidemiológicos demuestran una relación entre estado nutricional y morbimortalidad. Entre las múltiples consecuencias que la malnutrición puede acarrear, se encuentra su asociación con los estados de fragilidad, sarcopenia y discapacidad (25). Los cambios en el estado nutricional suceden como consecuencia de la acción conjunta de varios factores. La evaluación nutricional tendrá por lo tanto diferentes exigencias en las personas mayores, para permitir detectar cambios en el estado nutricional global y en cada uno de los compartimentos corporales.

A pesar de que la información producida no es de alta precisión, entre los métodos que continúan hoy siendo más usados están las mediciones antropométricas, que tienen amplia vigencia en estudios poblacionales, por su bajo costo, inocuidad y facilidad de aplicación con encuestadores entrenados. Las mediciones de peso y talla en este grupo poblacional tienen también dificultades particulares, especialmente relacionadas con los cambios biológicos que acompañan el envejecimiento como reducción de la talla, con importantes variaciones individuales, y modificaciones en el peso. Con la premisa de que los huesos largos mantienen la longitud del adulto en su madurez, a partir de su medida se han calculado sencillas fórmulas con las que podemos estimar la talla, haciendo una aproximación bastante exacta. Chumlea, Roche y Steinbaugh en 1985 formularon ecuaciones para calcular la estatura en personas de 60 a 90 años a partir de la altura de la rodilla (26). Se ha observado la conveniencia de la utilización de distintos parámetros simples para valorar el estado nutricional como el peso, la pérdida de peso y el índice de masa corporal (IMC). Entre todos ellos el dato más relevante sería la pérdida de peso (27).

Por otra parte, definir la normalidad del estado nutricional en este grupo poblacional, ha provocado fuertes interrogantes. ¿Es posible, seguir considerando normalidad en ancianos, un Índice de Masa Corporal (IMC) de 18,5 a 24,9 kg/m², tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud para la población adulta? Nutrition Screening Initiative (28) de USA ha realizado una revisión de los puntos de corte para clasificar la normalidad del estado nutricional en ancianos, estableciéndola dentro de los valores de 24 a 27 kg/m² de IMC, la Preobesidad entre 27 y 29 kg/m² y el Riesgo de desnutrición entre 18,6- 23,9 kg/m², siendo su fundamento que un IMC más alto, en esta edad, disminuiría el riesgo de mortalidad, habida cuenta de las posibilidades de sufrir en esta etapa de la vida, patologías cuyas complicaciones requieren largos períodos de internación (29). Teniendo en cuenta estas consideraciones, es que en el presente trabajo se ha planteado como objetivo general determinar la relación entre diversidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en Adultos mayores, de ambos sexos, que asisten a Hogares de Día provinciales en la ciudad de Córdoba, en el año 2007. Son sus objetivos específicos: Caracterizar socio-

demográficamente a la población estudiada; determinar la satisfacción con la vida de los ancianos; estudiar la calidad de la dieta de los usuarios del programa, y valorar el estado nutricional de la población estudiada.

Material y Métodos

Estudio descriptivo correlacional, transversal, de modalidad empírica observacional.

Universo: Ancianos de 60 años y más, autoválidos, de ambos sexos, que asisten a Hogares de Día provinciales. N = 1360 unidades de observación, distribuidos en 37 Hogares de Día. Se trabajó con los padrones de usuarios, correspondientes al mes de Noviembre de 2006.

Muestra: Se realizó un *Muestreo Polietápico*. En una primera etapa, del total de Hogares de Día de la Ciudad de Córdoba, se seleccionó de forma aleatoria, uno de cada dos Hogares, quedando conformada la muestra por 19 unidades efectoras. En una segunda etapa, se calculó el tamaño muestral en base a la fórmula para población finita, estableciendo un nivel de confianza del 95 % y un error muestral del 5 %, n= 300.

Se aplicó la técnica de "Muestreo Estratificado con Proporción Óptima" para seleccionar las unidades de observación y su distribución en las unidades efectoras. En el trabajo de campo se constató que no existía coincidencia entre el número de usuarios registrados en el padrón oficial y el número real de personas que asistían a las entidades, por falta de concurrencia por razones de enfermedad o discapacidad, o porque hacían retirar su vianda por otras personas. Esto determinó que se trabajara con la totalidad de los ancianos asistentes a cada Hogar, los días correspondientes al relevamiento local, quedando un n= 248.

Criterios de exclusión: Ancianos con amputaciones, con prótesis en sus extremidades, edemas, yesos, confusión mental o que se negaron a participar en el estudio.

Consentimiento informado: Cada individuo fue informado exhaustivamente sobre las características de la investigación, objetivos y propósitos, los procedimientos a realizar y la duración de su participación en este estudio, garantizando la confidencialidad de los datos a obtener. Se aclaró que la participación era voluntaria, y se garantizó que el sujeto haya comprendido la información recibida y decida la firma del consentimiento, sin manipulación, coerción o intimidación.

Variables: Sexo; Grupos de Edad según OMS: *Viejo- joven*: 60- 69 años, *Vejez media*: 70- 79 años, *Viejo- viejo*: ≥ 80 años; Nivel de Instrucción: *Bajo* (analfabeto/ primario incompleto), *Medio* (primario completo/secundario incompleto), *Alto* (secundario completo/terciario/universitario); Convivencia: *Solo*, *Con cónyuge/ pareja y otros*, *Con hijos y/o nietos y Con otros*; Calidad de la dieta: Resultado del tipo de alimentos que la integran, su frecuencia de consumo y diversidad. Los grupos de alimentos fueron los siguientes según Guías Alimentarias para la Población Argentina año 2000 (30): Grupo I (lácteos y derivados), Grupo II (carnes y huevo), Grupo III (hortalizas y frutas), Grupo IV (cereales y derivados y legumbres), Grupo V (grasas y aceites), Grupo VI (azúcares). Las categorías de esta variable fueron: *Dieta Variada*: Consumo diario de alimentos de los grupos I, II, III, IV, V y VI. Y del Grupo III: consumir semanalmente al menos 4 variedades de hortalizas y 3 de frutas, *Dieta Medianamente Variada*: Consumo diario de alimentos del grupo I, II, III, IV, V y VI y del Grupo III: consumir semanalmente 3 variedades de hortalizas y 2 de frutas, *Dieta Monótona*: Ausencia de consumo diario de algún grupo de alimentos y del Grupo III: consumir semanalmente ≤ 2 variedades de hortalizas y ≤ 1 variedades de frutas. Se analizó la intensidad de la monotonía de la dieta a partir de la cantidad de grupos de alimentos que no cumplían el requisito de consumo diario y en el caso del Grupo III, la variedad de vegetales y frutas consumidos. Satisfacción con la vida: *Muy satisfecho* (21-25 puntos), *Satisfechos* (16- 20 puntos); *Ni satisfecho, ni insatisfecho* (15 puntos), *Insatisfecho* (10- 14 puntos), *Muy insatisfechos* (5-9 puntos); Estado Nutricional: *Malnutrición por Déficit* que comprende *Desnutrición* ($\text{IMC} \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$) y *Riesgo de desnutrición* ($\text{IMC} 18,6- 23,9 \text{ kg/m}^2$) *Normalidad* ($\text{IMC} 24- 27 \text{ kg/m}^2$), y *Malnutrición por Exceso* que comprende, *Preobesidad* ($\text{IMC} 27,1- 29,9 \text{ kg/m}^2$) ², *Obesidad Grado I* ($\text{IMC} 30- 34,9 \text{ Kg/m}^2$), *Obesidad Grado II* ($\text{IMC} 35- 39,9 \text{ kg/m}^2$), *Obesidad Grado III* ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) , según OPS, Nutrition Screening Initiative. NSI y OMS

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

1. *Encuesta sociodemográfica* con preguntas cerradas
2. *Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario*. Se registró el número de veces que el encuestado consumía un determinado alimento, en el período de una semana.
3. *Cuestionario de satisfacción con la vida*: Se trabajó sobre el cuestionario y escala correspondiente para la medición de la Satisfacción con la Vida de Diener y Pavot 1993 traducida por expertos nativos de ingles y español (31). Para probar la validez del cuestionario en la población bajo estudio, se realizó una prueba piloto a diez usuarios de los Hogares de Día Provinciales. Cada entrevista que duró 10 minutos, fue grabada, luego de explicar su finalidad. El análisis del cuestionario con las respuestas y la decodificación de la grabación permitió detectar los errores de interpretación y las dificultades planteadas en la comprensión de las preguntas. Estas se reformularon a partir de las expresiones de los entrevistados, a fin de facilitar su comprensión y se realizó una nueva redacción de las opciones que los encuestados debían elegir. Se realizó una prueba piloto a 5 ancianos, observándose que el nivel de comprensión de las preguntas había mejorado sustancialmente. Sobre este modelo se ajustó la redacción, asegurando la validez de contenido del cuestionario. Este se constituyó con 5 ítems respondiendo a las siguientes dimensiones a saber:

- *Expectativas de vida*: El tipo de vida que lleva, se parece al tipo de vida que siempre soñó tener?

- *Condiciones actuales de vida*: Las condiciones de su vida son excelentes?

- *Satisfacción con la vida*: Está satisfecho con su vida?

- *Logros obtenidos*: Ud. cree que ha conseguido las cosas importantes que ha deseado en la vida?

- *Expectativas. Logros*: Si pudiera vivir su vida de nuevo, le gustaría que todo volviese a ser igual?

La respuesta a cada ítem del cuestionario se hizo a través de una escala tipo Likert con 5 opciones: *Totalmente si, Si, Ni si ni no, No, Totalmente no*.

Para la validez interna de la escala de medición, se asignó un puntaje ordinal a cada una de las opciones de la escala. La sumatoria de las respuestas determinó el puntaje final mínimo y máximo (5 y 25 puntos respectivamente). Se calculó el puntaje que se asignaría a cada una de las categorías de Satisfacción con la Vida, con la correspondiente amplitud de clases. El límite diferencial entre el grupo satisfecho y el insatisfecho con su vida que correspondía a la categoría central *Ni insatisfecho, ni satisfecho* se ubicó en 15 puntos.

4. *Mediciones Antropométricas* (Se realizaron antes del almuerzo)

1. *Altura de rodilla*: Instrumento: Antropómetro largo. Técnica de medición: Sujetos sentados y sin calzado, se sostuvo la pierna con rodilla y tobillo flexionados en ángulo de 90°. Se realizó tres veces el procedimiento para validar la medición, registrando la medida promedio en el formulario.

2. *Peso*: Instrumento: Balanza electrónica portátil marca Tanita con precisión de 100grs.

Tratamiento de datos:

Con los datos altura de rodilla, se calculó *talla estimada* con la fórmula de Chumlea (1985):

Talla estimada Hombres = $64,19 + (2,02 \times \text{altura de rodilla (cm)}) - (0,04 \times \text{edad})$

Talla estimada Mujeres = $84,88 + (1,83 \times \text{altura de rodilla (cm)}) - (0,24 \times \text{edad})$

Con la talla estimada se obtuvo el Índice de Masa Corporal IMC ($\text{Peso} / \text{Talla}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$) que permitió clasificar el *Estado Nutricional*.

Para la descripción resumida de la variabilidad de los datos, se utilizaron porcentajes en el caso de variables cualitativas y media y desvío estándar para las de carácter cuantitativo. Para establecer asociación entre variables se aplicó el Test Chi- Cuadrado con un nivel de significación del 0,05%.

Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0 en español para Windows.

Resultados

La población estudiada (n=248) estuvo conformada por un 53,6% de personas del sexo masculino y un 46,4% del sexo femenino. El 87,5% se distribuyó en las categorías viejo-joven y vejez-media. La media de edad fue ligeramente mayor en varones (71,5 años $\pm$ 7,05 D.E) que en mujeres (70,9 años $\pm$ 7,2 D.E), siendo el valor más elevado de edad 94 años que se presentó en el sexo femenino. La mitad de la población poseía nivel de instrucción bajo (analfabetos y primario incompleto), y solo el 7,25% un nivel de instrucción alto. En ninguna de las tres categorías se observaron diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla 1).

Tabla 1: Nivel de Instrucción de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales, según Sexo. 2007

Nivel de Instrucción	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Bajo	71,00	53,38	66,00	57,39	137,00	55,24
Medio	52,00	39,10	41,00	35,65	93,00	37,50
Alto	10,00	7,52	8,00	6,96	18,00	7,26
Total	133,00	100,00	115,00	100,00	248,00	100,00

El 27,8% de la población vivía sola, correspondiendo el 58% al sexo masculino y el 42% al femenino. Un tercio de los ancianos vivía en compañía del cónyuge o del cónyuge y otras personas (hijos, nietos, otros familiares), siendo esta la categoría prevalente en el sexo masculino (42,9%). La categoría con hijos y/o nietos fue prevalente en el sexo femenino (37,4%).

Analizando la frecuencia de consumo alimentario se observó que el 96,77% de la totalidad de la población consumía diariamente alimentos del Grupo IV (cereales y derivados), el 96,96% del Grupo VI (azúcares y dulces) y el 95,56% del Grupo V (aceites y grasas).

Por otra parte un porcentaje menor de la población consumía diariamente alimentos del Grupo III, hortalizas y frutas (81,85 %), del Grupo I, lácteos y derivados (81,85%) y del Grupo II, carnes y huevos (84,68%). Estos datos permitieron clasificar la variedad de la dieta consumida por los adultos mayores resultando que el 63,3% consumía una dieta monótona, el 26,6% consumía dieta variada y 10,1% dieta medianamente variada, no encontrándose diferencias significativas por sexo. (Tabla 2)

Tabla 2: Calidad de la dieta de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales, según sexo. 2007.

Calidad de la Dieta	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Dieta variada	34,00	25,56	32,00	27,83	66,00	26,61

Dieta med. variada	12,00	9,02	13,00	11,30	25,00	10,08
Dieta monótona	87,00	65,41	70,00	60,87	157,00	63,31
Total	133,00	100,00	115,00	100,00	248,00	100,00

El 50% de las dietas monótonas fue determinado por falta de consumo de un grupo de alimentos, el 34,18% por dos grupos y el 15,82% por tres ó más grupos de alimentos.

Analizando la calidad de la dieta según edad y nivel de instrucción, se observó que en todas sus categorías predominó el consumo de dieta monótona.

Los ancianos que viven con familiares directos consumieron dieta monótona en menor proporción que aquellos que viven solos o con otras personas (57,5 y 72,5% respectivamente) (Tabla 3). Sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre dieta variada y convivencia con familiares directos ($p=0,226$), ni entre dieta monótona y vivir solo ($p= 0,063$).

Tabla 3: Diversidad Dietaria según Convivencia de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales, año 2007.

Calidad de la Dieta	Convivencia									
	Solo		Con cónyuge / pareja y otros		Con hijos y/o nietos		Otros		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Dieta variada	16,00	23,19	25,00	28,74	18,00	30,51	7,00	21,21	66,00	26,61
Dieta med. variada	3,00	4,35	13,00	14,94	6,00	10,17	3,00	9,09	25,00	10,08
Dieta monótona	50,00	72,46	49,00	56,32	35,00	59,32	23,00	69,70	157,00	63,31
Total	69,00	100,00	87,00	100,00	59,00	100,00	33,00	100,00	248,00	100,00

La satisfacción con la vida tuvo una media de 16,96 $\pm$ 4,11 puntos, correspondiente a la categoría satisfecho con la vida.

Analizando cada dimensión de la variable, se observó que el 42,9% llevaba el tipo de vida que siempre soñó tener. El 62,8% de los ancianos consideraron que eran excelentes sus condiciones actuales de vida. El 82,2% se mostró Satisfecho con su vida (Satisfecho y Totalmente satisfecho). El 71,3% de las personas consiguió las cosas importantes que había deseado en la vida. Solo al 36,9% no le gustaría que su vida volviese a ser igual, evaluando así la relación Expectativas- Logros.

Las dimensiones determinantes en la insatisfacción con la vida fueron Expectativas de vida y la relación Expectativas-Logros. La pregunta *¿Está satisfecho con su vida?* fue la que más contribuyó a la satisfacción con la vida. Del total de la población estudiada el 20,2% estuvo muy satisfecho con su vida, 44,9% satisfecho, 6,1% ni satisfecho ni insatisfecho, 23,9% insatisfecho y el 4,9% muy insatisfecho. Los niveles de satisfacción con la vida no presentaron diferencias significativas entre sexos. La satisfacción con la vida predominó en las tres categorías de edad. En la categoría viejo-viejo, ninguna persona estuvo muy insatisfecha. Del total de personas muy insatisfechas con su vida el 66,7% pertenecía a la categoría Viejo-joven. El 62% de los ancianos muy satisfechos con su vida presentaron bajo nivel de instrucción. Se observó una leve disminución del porcentaje de personas satisfechas con su vida a medida que aumentaba el nivel de instrucción (Tabla 4).

Tabla 4: Satisfacción con la Vida según Nivel de Instrucción de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales, año 2007.

Satisfacción con la vida	Nivel de instrucción							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Muy satisfecho	31,00	22,79	18,00	19,35	1,00	5,56	50,00	20,24
Satisfecho	64,00	47,06	38,00	40,86	9,00	50,00	111,00	44,94
Ni satisfecho, ni insatisfecho	10,00	7,35	4,00	4,30	1,00	5,56	15,00	6,07
Insatisfecho	26,00	19,12	27,00	29,03	6,00	33,33	59,00	23,89
Muy insatisfecho	5,00	3,68	6,00	6,45	1,00	5,56	12,00	4,86
Total	136,0	100,0	93,0	100,0	18,0	100,0	247,0	100,0

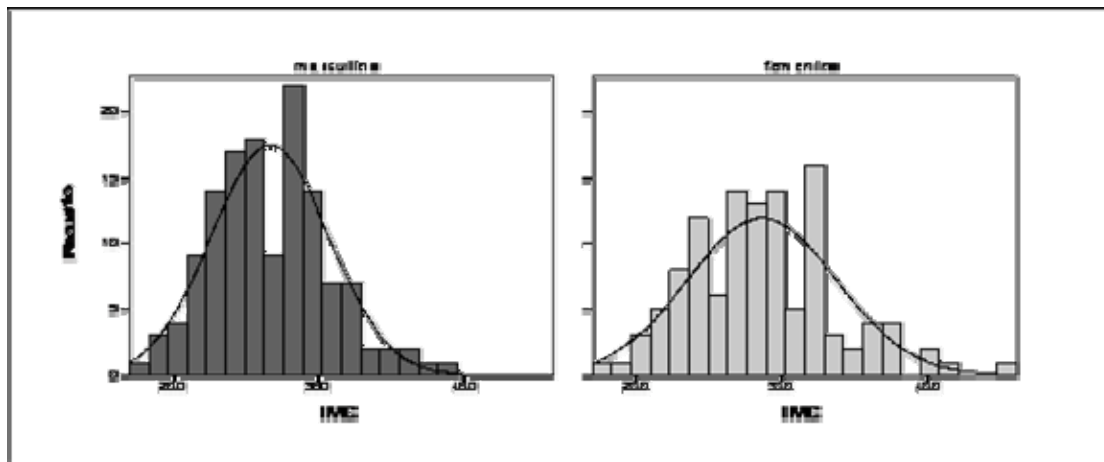
No se observó un mayor nivel de satisfacción en personas que convivían con familiares directos (cónyuge, e hijos y nietos). Relacionando las variable satisfacción vital y convivencia no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,314$). Al asociar las variables Satisfacción con la vida y Calidad de la dieta se observó que el 59,6% de las personas satisfechas consumían dieta monótona y el 34,2% dieta variada. Se encontró asociación entre las categorías dieta variada y ancianos satisfechos con la vida ($p=0,001$), no presentando asociación entre las categorías insatisfechos con la vida y consumo de dieta monótona ($p=0,078$).

La media de altura de rodilla y de talla estimada para la población total fue de $50,9 \pm 2,55$ cm y $162,2 \pm 7,8$ cm, respectivamente. El peso medio de la población masculina fue de $74,5 \pm 12,7$ kg y de la femenina $69,9 \pm 14,2$ kg destacándose en este último grupo el peso máximo (121,1 Kg.) y mínimo (36,5 kg). La media de IMC fue menor en varones ($26,6 \pm 4,0$ kg/m²) que en mujeres ($28,6 \pm 5,1$ kg/m²). El sexo femenino presentó el valor máximo de IMC del total de la población (46,2 kg/m²), correspondiendo el valor mínimo (16,9 kg/m²) al sexo masculino. (Tabla 5) (Figura 1)

Tabla 5: Estadísticos Descriptivos de Parámetros Antropométricos e IMC de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales. 2007.

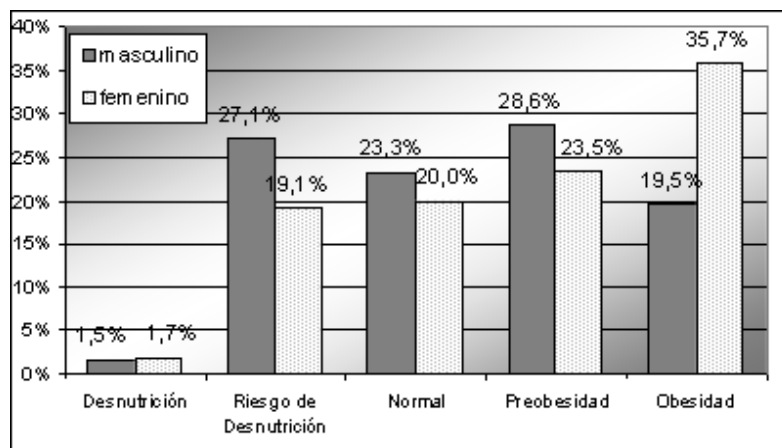
Medidas antropométricas	Sexo							
	Masculino				Femenino			
	Media	D.E	Mínimo	Máximo	Media	D.E	Mínimo	Máximo
Altura de rodilla	52,64	2,61	45,10	60,00	48,17	2,50	42,00	55,66
Talla estimada	167,54	5,42	151,70	182,00	156,12	5,21	142,30	170,00
Peso	74,51	12,68	43,60	110,20	69,92	14,24	36,50	121,10
IMC	26,63	4,04	16,90	38,50	28,61	5,12	17,40	46,18

Figura 1: Índice de masa corporal de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales 2007



El 21,8% de la población presentó un Estado Nutricional normal. La malnutrición por exceso fue el estado nutricional prevalente en la población (53,2%), predominando en hombres la preobesidad (28,6%) y en mujeres la obesidad (35,7%), si bien el 25% de adultos mayores mostró algún déficit en su estado nutricional, solo el 1,6% del total de la población presentó Desnutrición. (Figura 2)

Figura 2: Estado Nutricional de adultos mayores que asisten a Hogares de Día provinciales, según Sexo. 2007.



En la categoría viejo-joven y vejez media predominó la malnutrición por exceso, mientras que en viejos-viejos esta categoría obtuvo igual porcentaje que la malnutrición por déficit. Se encontró que la malnutrición por exceso disminuyó a medida que avanzaba la edad. No se asociaron estadísticamente las variables estado nutricional y satisfacción con la vida ($p= 0,397$), encontrándose asociación estadísticamente significativa entre estado nutricional normal y consumo de dieta variada ($p= 0,021$), y entre malnutrición por déficit y vivir con otras personas. ($p= 0,040$).

Discusión

En la presente investigación fue prevalente la malnutrición por exceso (53,2%). En un estudio realizado en localidades del Gran Córdoba se encontraron niveles elevados de malnutrición por exceso, aunque con cifras inferiores al presente trabajo (47,7%) (32). En Chile, otro estudio comparativo del estado nutricional de dos poblaciones de adultos mayores (Chillán y Valparaíso), encontró una prevalencia de malnutrición por exceso notablemente menor a la de esta investigación (36% y 35,9% respectivamente) (33). Del total de personas que presentaron malnutrición por exceso, el 27% correspondió a individuos con obesidad, la que prevaleció en el sexo femenino (61,2%). En otra investigación realizada en España sobre una muestra aleatoria nacional, la prevalencia de obesidad fue significativamente mayor en mujeres que en hombres, (34) situación que se repite en trabajos realizados en Cuba (35) y Chile (36).

Al analizar los grupos etáreos se observó que la prevalencia de malnutrición por exceso muestra una tendencia decreciente con el aumento de la edad. Iguales resultados se encontraron en Perú, donde se mostró que entre los 60 y 70 años la prevalencia de obesidad fue de 73% mientras que a partir de los 80 años fue solo del 13% (37). En relación a la diversidad dietaria, en distintos trabajos realizados en nuestro medio se ha observado la prevalencia de consumo de una dieta monótona, situación que se confirma en el presente estudio, ya que el 63,3% consumía este tipo de dieta (38). La edad parecería tener implicancia en la elección de los alimentos que componen la dieta, ya que se observó que el consumo de dieta variada en el sexo masculino aumentó conforme aumenta la edad, dato coincidente con el de otro estudio local, en donde la dieta monótona predominó en la categoría viejo-jóven (39). Evaluando el consumo de los distintos grupos de alimentos, Restrepo y cols. en Chile identificaron en la alimentación de los adultos mayores un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas y verduras (40). Otro estudio que comparó los patrones alimentarios en las ciudades de Chillán y Valparaíso, identificó el grupo de lácteos y derivados como el de menor consumo (41).

En esta investigación, los grupos de alimentos de menor consumo diario fueron lácteos y derivados, carnes y huevos, y hortalizas y frutas los cuales contribuyeron a definir la mayor prevalencia de dieta monótona. El estudio Euronut-SENECA, observó en una localidad de España, que los grupos de alimentos más consumidos fueron las frutas y hortalizas, y cereales (42). Si bien no fue el objetivo de esta investigación analizar los factores que condicionan la ingesta de determinados alimentos, cabe destacar que la población estudiada era de escasos recursos económicos, lo que determinaría una inclinación al consumo de alimentos energéticos y de bajo costo (cereales, azúcares y aceites). Además se podría explicar el bajo consumo de carnes por la presencia de problemas masticatorios y/o falta de piezas dentarias, entre otros.

La mayor intensidad de la monotonía de la dieta determinaría un mayor grado de vulnerabilidad alimentaria en el grupo estudiado, al que se podría caracterizar como de alto riesgo nutricional. La satisfacción con la vida tiende a aumentar conforme aumenta la edad de las personas. En consonancia, una investigación en Perú sobre la satisfacción a lo largo del ciclo vital, encontró que los más satisfechos son los adultos mayores y los menos satisfechos, los adolescentes (43). Sin embargo otras investigaciones apuntan a la existencia de una relación inversa entre la edad y la satisfacción con la vida (Yacuzo et al, 2005; Fernández-Ballesteros, 1997; García de León, García de Cortaza y Ortega, 1996; Clemente, 1996; Ryff y colb., 1995; Quiroga y Sánchez, 1995). Clemente Carrión al estudiar la satisfacción según edades, encontró que la satisfacción disminuía a medida que la edad aumenta y que ello es debido a las propias posibilidades personales, a la realidad personal actual y a las posibilidades de mejora concreta, las cuales son mayores entre los más jóvenes (44).

La insatisfacción con la vida no presentó diferencias significativas según sexo en este estudio. Este resultado difiere del encontrado en una investigación realizada en Japón (45). La satisfacción con la vida predominó en todas las categorías de nivel de instrucción, disminuyendo a medida que el mismo aumenta. Resultados diferentes encontraron Yacuzo et al, quienes observaron una ligera tendencia a aumentar la satisfacción conforme aumenta el nivel de instrucción (46). Esta misma relación se observó en un estudio de mujeres mayores institucionalizadas y no institucionalizadas realizado en Huelva, España (47). Fernández- Ballesteros halló diferencias significativas de satisfacción según la edad, sexo y clase social. Los individuos mayores comparados con los más jóvenes, las mujeres comparadas con los hombres y los individuos de las clases medias-bajas y bajas comparados con los de las otras clases presentaron puntuaciones mucho menores de satisfacción con la vida (48).

Conclusiones

A partir de los datos analizados, se obtuvieron a las siguientes conclusiones:

- La mayor parte de la población estuvo satisfecha con su vida.
- La dieta monótona predominó en la población estudiada, lo que da pautas de la escasa diversidad en su alimentación y la posibilidad de encontrar deficiencias o excesos de micro y/o macronutrientes.

- La población presentó una elevada prevalencia de malnutrición por exceso, predominando la obesidad en el sexo femenino y la preobesidad en el masculino.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las categorías: satisfechos con la vida y dieta variada, y entre dieta variada y estado nutricional normal.

Agradecimientos

A la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba que otorgó un subsidio para la realización de esta investigación.

Resumen

Determinar la relación entre calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en Adultos mayores, de ambos sexos, que asisten a Hogares de Día provinciales en ciudad de Córdoba, año 2007. Estudio descriptivo correlacional, transversal. Universo: Ancianos autoválidos de ambos sexos ≥ 60 años ($N=1360$) que asisten a 34 Hogares de Día. Muestreo polietápico. $n = 248$ (53,6% varones; 46,4% mujeres). Se firmó consentimiento informado. Variables principales: sexo, grupos de edad, nivel de instrucción, convivencia, calidad de la dieta, que se categorizó: Dieta variada (DV), medianamente variada (DMV) y monótona (DM) a partir del consumo diario de los grupos de alimentos establecidos en Guías Alimentarias para la Población Argentina. 2000, satisfacción con la vida (SV), categorizada en muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho; estado nutricional: malnutrición por déficit MND ($IMC \leq 23,9 \text{ kg/m}^2$), normalidad ENN ($IMC 24-27 \text{ kg/m}^2$), malnutrición por exceso MNE ($IMC \geq 27,1 \text{ kg/m}^2$). El 87,5 % de la población se distribuyó en las categorías viejo-joven y vejez-media. El promedio de edad en hombres fue $71,5 \text{ años} \pm 7,05$; en mujeres: $70,9 \text{ años} \pm 7,2$. La mitad de la población poseía nivel de instrucción bajo. El 27,8% de ancianos vivían solos y 1/3 en compañía de cónyuge, solo o con otras personas. El 63,3% consumía DM sin diferencias significativas por sexo y solo el 26,6% DV. El 15,8% de DM fue por falta de consumo de tres o más grupos de alimentos. La media de puntaje en el cuestionario de SV fue $16,96 \pm 4,11$ puntos. El 42,9% de entrevistados llevaba el tipo de vida que siempre soñó tener; el 62,8% consideró excelente sus Condiciones actuales de vida; el 71,3 % respondió haber conseguido las cosas importantes que había deseado en la vida. Del total de ancianos, el 20,2 % estuvo muy satisfecho con su vida, y el 44,9 % satisfecho. No se asociaron estadísticamente estado nutricional y SV. Hubo asociación significativa entre ENN y consumo de DV ($p=0,021$) y entre MND y vivir con otras personas (no familiares) ($p= 0,040$). La mayor parte de Adultos Mayores estudiados estuvo Satisfecho con su Vida. La DM fue predominante en el grupo. La población presentó elevada prevalencia de MNE, con obesidad en mujeres y pre-obesidad en varones. Se encontró asociación entre la categoría satisfechos con la vida y DV, y entre DV y ENN.

Palabras claves: Calidad Dietaria, Satisfacción vital, Estados de Malnutrición, Adultos Mayores.

Abstract

To determine the relation between dietary quality, vital satisfaction and malnutrition's state in older adults, of both sex, whose concur to an old people's home, in Córdoba city, in 2007. Study descriptive, corelational, cross-sectional. Universe: old people without cognitive and physical disabilities, ≥ 60 years old. $N=1360$. Who concur to 34 old people's home. Multistage sampling: $n = 248$ (53,6% males; 46,4% females). People who participated signed a consent. Main Variables: sex, groups of age, level of instruction, living together, diet quality, which was categorized in: varied diet (VD), medium varied diet (MVD), monotonous diet (MD) as from the daily consumption of the six food groups determinated in Dietary Guidelines for Argentinian population 2000); satisfaction with life (SL) was categorized in very satisfied, satisfied, neither satisfied nor dissatisfied, dissatisfied, very dissatisfied; nutritional's state categorized undernutrition (UN) ($BMI \leq 23,9 \text{ kg/m}^2$), normality (SNN) ($BMI 24 -27 \text{ kg/m}^2$), malnutrition for excess (MNE) ($BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$). The 87,5% of the population was distributied in the category of young-old and medium old (in young-old and medium old categories). The age average in men was $71,5 \pm 7,05$ years, and $70,9 \pm 7,2$ years in women. The half of the

population had a low level of instruction. The 27,8% of old people was living alone and 1/3 was living with the couple, or with other people. The 63.3% of population had consumed MD without significant differences between sexes, and just the 26,6% had consumed VD. The 15,8% of MD was due to lack of consumes of three or more food groups. The average scoring in the VS questionnaire was $16,96 \pm 4,11$ points. It was remark that the 42,9% of interviewed has the life that a lurchers dream. The 62,8% considered his/her life's condition are excellent; 71,3% responded that they had obtained the important thing that wanting in his/her lifes. Of all, the 20,2% was very satisfied with his/her life, and 44,9% satisfied. There was not statistical association between nutritional status and VS. There was significant association between SNN and consumption of VD ($p: 0,021$) and between UN and to live with other people (no family). Most of old people was satisfied with her/his life. The MD was predominant in the group. The population had a elevated prevalence of MNE., whit obesity in women and pre-obesity in man. It was found association between VS and VD, and between VD and SNN.

Key words: Dietary Quality, Vital Satisfaction, Malnutrition's State, Older Adults.

Referencias

1. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. 2002. Traducción de Regalado Doña, P. Rev. Española de Geriátría y Gerontol. 37 (Suppl 2): 74-105.
2. Barros Lazaeta, C. 1994. La atención de los Ancianos: un desafío para los años 90. Ed OPS/ Elías Anzola Pérez. Cap. 2: 57-66.
3. Ruel, M.T. 2002. Is Dietary Diversity An Indicator of Food Security Or Dietary Quality? A Review of Measurement Issues And Research Needs. IFPRI. FCND DISCUSSION PAPER N° 140 Food Consumption and Nutrition Division/ International Food Policy Research Institute. Disponible en: <http://www.ifpri.org/divs/fcnd/dp/papers/fcndp140.pdf>
4. Maletta, H.y R. Gomez. 2004. Seguridad Alimentaria, Medición y métodos, Parte II. Cuad. Fodepal. FAO. Disponible: <http://www.fao.org/regional/lamerica/proyecto/fodepal/Bibvirtual/PAP/papsegmed.htm>
5. Hoddinott, J. y Y. Yohannes. 2002. Dietary Diversity as a food Security Indicator. FCND Discussion Paper. N° 136.IFPRI (International Food Policy Research Institute). Disponible en: www.ifpri.org
6. Iraizoz, I. 1999. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Departamento de salud del Gobierno de Navarra. 22 (supl.1): 1-27. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple6.html>
7. Rivera Márquez, J. A. y E. Mandujano Candia 2003. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada: experiencias latinoamericanas recientes. Nutrición Clínica. Vol. 6 N° 1:89-92.
8. Herrán. O. F. y L. E. Bautista 2005. Calidad de la dieta de la población adulta en Bucaramanga y su patrón alimentario. Rev. Colombia Médica. Vol. 36 N° 2:94-102 (<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2/cm36n2a5.pdf>)
9. Ize-Lamache, L. 2003. Por qué no come el abuelo? Sarcopenia o anorexia. Nutr. Clínica. Vol. 6 N° 1:53-57.
10. Velásquez-Alva, M.C., S. Rodríguez-Nocedal y M. L. Hernández-Caballero. 2003. La importancia de la educación nutricional en los ancianos. Nutrición Clínica Vol. 6 N° 1: 84-88.
11. Laca-Arocena, F.A., J.C. Verdugo Lucero y J. Guzmán Muñiz 2005. Satisfacción con la vida de algunos colectivos mexicanos: Una discusión sobre la psicología del bienestar subjetivo. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 10 N° 2: 325-336.
12. Atienza, F.L., D. Pons, I. Balaguer y M. García-Merita 2000. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. Psicothema. Vol. 12 N° 2: 314-319. (www.psicothema.com/pdf/296.pdf)

13. Cuadra, H.L. y R.U. Florenzano 2003. El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. 12 N° 1: 83-96. (http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/PDF_Revista_2003_n1/cap05.pdf)
14. Veenhoven, R. 1991. Is happiness relative? Social Indicators Research. Vol. 24 N° 1: 1-34.
15. Casullo, M. 2002. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Editorial Paidós. pp. 12.
16. Veenhoven, R., *Op cit*
17. García-Martín, M. A. 2002. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: Un análisis conceptual.
18. Carrión, C.A., M.R. Molero y F. Gonzáles-Sala 2000. Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. Anales de Psicología. Vol. 16 N° 2:189-198.
19. Castellón, A., M.A Gómez y A. Martos. 2004. *Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada*. Rev. Mult. Gerontol. Vol.14 N° 5:252-257.
20. Veenhoven, R. 1994. *El estudio de la satisfacción con la vida*. Interven. Psicosocial. Vol. 3 N° 9: 87-116. (<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/94d-fulls.pdf>)
21. Crosetto, M., R.S. Acosta, A.V. Asaduroglu, Y. Henain, V. Picech, S. Ojeda 2001. Estado nutricional de Adultos Mayores beneficiarios de un Programa Social con Componente Alimentario, implementado en la Ciudad de Córdoba, Año 2000. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba. Vol. 58 N° 1:29-48.
22. García de Lorenzo y Mateos, A.y I. Ruiperez- Cantera 2007. Valoración Nutricional en el anciano. Documento de Consenso. Soc. Española de Nutr. Parenteral y Enteral y Soc. Española de Geriatria y Gerontología. pp. 14.
23. Acosta, R.S., C. Boillos, V. Cejas, M.L. Gubiani, D. Maglioni, Y. Balmaceda y D. Celton. Estado nutricional, ingesta alimentaria y satisfacción alimentaria de residentes de un hogar de ancianos estatal. Año 2006. Trabajo inédito.
24. Acosta, R.S., Y. Balmaceda, S. Ponce, M. Oggero, S. Scavarda, C. Boillos, V. Cejas, M. Borsotti y D. Celton. Ingresos y estado nutricional de ancianos autoválidos que reciben una prestación alimentaria en localidades del Gran Córdoba. Año 2006. Trabajo inédito.
25. Velásquez, A. 2004 Factores relacionados con la desnutrición y la sarcopenia en un grupo de mujeres residentes de asilos en la ciudad de México. Nutrición Clínica. Vol. 7 N° 3: 143-150.
26. Chumlea, W.C., A.F. Roche y M.L. Steinbaugh 1985. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc. Vol. 33 pp 116-120.
27. Salvá Casanovas, A. y Serra-Rexach 2007. Pérdida de peso y desnutrición en las personas mayores: Epidemiología. Valoración Nutricional en el anciano. Documento de Consenso. Soc. Española de Nutr. Parenteral y Enteral y Soc. Española de Geriatria y Gerontología. pp. 17-40
28. Nutrition Screening Initiative. 2000. NSI Nutrition Screening Initiative Level 1 Screen, American Academy of Family Physicians, the American Dietetic Association, and the National Council on the Ageing, Inc. Krausets Food, Nutrition & Diet Therapy.10 edition. L. K. Mahan y S. Escott - Stump. Ed. Saunders. pp. 362.
29. Wanden- Berghe, C. 2007. Valoración Antropométrica. Valoración Nutricional en el anciano. Documento de Consenso. Soc. Española de Nutr. Parenteral y Enteral y Soc. Española de Geriatria y Gerontología. pp. 85-87.
30. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. 2000. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-Dietistas. Buenos Aires. Argentina.

31. Martínez-Urbe, P. 2004. Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación. Universitat Autònoma de Barcelona. http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0702104-150840/pmu1de1.pdf
32. Acosta, R.S, Y. Balmaceda, S. Ponce, M. Oggero, S. Scavarda, M.L. Gubiani y D. Celton. Estado nutricional y compartimientos corporales de adultos mayores de cuatro localidades pertenecientes al gran Córdoba. Año 2006. Trabajo inédito.
33. Barrón- Pavón, M.V., M.A Mardones- Hernández, G. Ojeda Urzúa, F. Rodríguez- Alvea y S. Vera Sommer 2006 Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayores de 65 años entre las poblaciones de Chillán y Valparaíso, Chile. Journal Theoria Vol. 15 Nº 1: 33 -44.
34. Aranceta- Bartrina, J., C. Pérez- Rodrigo, L. Serra- Majem, L. Ribas- Barba, J. Quiles Izquierdo, J. Vioque, et al. 2005. Prevalencia de Obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000 Med. Clin. (Barc). Vol. 125 Nº 12:460-466.
35. Pita-Rodríguez, G., C. Macías- Matos, A. Pérez, G. Serrano- Sintés y J. Reboso-Pérez 1999 Evaluación Nutricional de un grupo de adultos mayores en un consultorio médico de familia. Rev. Cubana Aliment. Nutr. Vol. 13 Nº 2: 91-97.
36. Barrón- Pavón, M.V., et. Al, Op. cit.
37. Sandoval, L. y L. Varela 1998. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. Rev. Med. Hered. Vol. 9 Nº 3: 105.
38. Acosta RS, Y. Balmaceda, L. Acosta y F. Saracini Patrones alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que asisten a los Hogares de Día de la municipalidad de Córdoba .Año 2004. Trabajo inédito.
39. Acosta RS, Y. Balmaceda, L. Acosta y F. Saracini. Patrones alimentarios y satisfacción alimentaria de adultos mayores que asisten a los Hogares de Día de la municipalidad de Córdoba .Año 2004. Trabajo inédito.
40. Restrepo, S.L., R.M. Morales, M.C. Ramírez, M.V. López y L.E. Varela 2006. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev. Chil. Nutr. Vol. 33 Nº 3.
41. Barrón- Pavón, M.V., et. Al, Op. cit.
42. Del Pozo, S. y C. Cuadrado 2003. Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada. Est. Euronut- SENECA. Nut. Hosp. Vol. 13 Nº 6: 348-352
43. Martínez-Urbe, P, Op. cit.
44. Carrión, C.A., et al, Op. cit.
45. Kudo, H., Y. Izumo, H. Kodama, M. Watanabe, R. Hatakeyama, Y. Fukuoka, et al. 2007. Life satisfaction in older people. Rev. Geriatrics & Gerontology International. Vol. 7 Nº 1: 15- 20.
46. Yacuzo- Arita, B., S. Romano, N. García y M.R. Félix 2005. Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Enseñanza e investigación en Psicología. Vol. 10 Nº 001: 93- 102.
47. Arbinaga, F. 2002. La mujer mayor institucionalizada vs. no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. C. Med. Psicosom, Nº 64. pp 26- 32.
48. Fernández-Ballesteros, R. 1997 .Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. Interven. Psicosocial. Vol. 6 Nº 1: 21-35.