

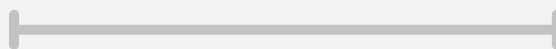
Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: María Sol Cardacci

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL Y LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS EN LA RESIDENCIA  
GERIÁTRICA SAN NICOLÁS, RAMOS MEJÍA**

2025

Tutora: Lic. Andrea Lo Bianco



*Citar como:* Cardacci MS. Relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados en la residencia geriátrica San Nicolás, Ramos Mejía. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2025.  
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3052>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados en la Residencia Geriátrica San Nicolás, ubicada en Ramos Mejía.

Fue realizado a través de un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, con una muestra de 32 adultos mayores de entre 68 y 95 años (promedio 81 años). Para la evaluación del mismo se utilizaron dos instrumentos estandarizados: el Mini Nutritional Assessment (MNA) para determinar el estado nutricional y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión corta) para valorar el estado emocional.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el 25% de los participantes presentó un estado nutricional normal, el 66% se encontró en riesgo de desnutrición y el 9% mostró desnutrición. En cuanto al estado emocional, el 19% no presentó indicios de depresión, el 66% manifestó sospecha de depresión leve y el 16% mostró alta probabilidad de depresión.

Luego de analizar las variables, se observó que los adultos mayores con peor estado nutricional presentaron también mayores síntomas depresivos, lo que sugiere una interrelación entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria.

Se puede concluir que existe una relación significativa entre el estado emocional y el estado nutricional en los adultos mayores institucionalizados, donde los factores afectivos y sociales influyen en los hábitos alimentarios y en la calidad de vida.

Es de relevancia destacar la importancia de un abordaje interdisciplinario en residencias geriátricas que contemple tanto la salud nutricional como el bienestar emocional, promoviendo estrategias integrales que favorezcan un envejecimiento activo, saludable y digno.

**Palabras claves:** adultos mayores, conducta alimentaria, estado emocional, institucionalización.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO .....	2
PREGUNTA PROBLEMA .....	8
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
RESULTADOS .....	15
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIÓN .....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	24
ANEXOS.....	27

## INTRODUCCIÓN

El ritmo acelerado de vida en la actualidad, las exigencias laborales, los cambios sociales parecen impactar en el tiempo que las familias dedican al cuidado de sus adultos mayores.

Ante esta situación, la institucionalización de adultos en estado de vejez, en residencias geriátricas, suele ser una alternativa con el fin de brindar una mejor calidad de vida, considerando que ellas, cuentan con personal especializado para sus cuidados

Previo a la institucionalización, las personas mayores habitaban sus hogares con su grupo familiar lo cual permite tener una rutina alimenticia según su cultura y preferencias personales, donde se suelen preparar su alimentación, aspecto que significa un valor social y afectivo importante, que refuerza además los vínculos familiares. (Troncoso-Pantoja et al., 2019a)

Es importante reconocer que, cuando un adulto mayor ingresa a una residencia geriátrica, esta situación representa un cambio significativo en su vida, y es por ello que resulta de interés poder recuperar las opiniones respecto de las emociones de los adultos mayores sobre la alimentación en este proceso de cambio.

Desde mi experiencia cercana, he podido identificar situaciones de adultos mayores institucionalizados con estados alterados: tristeza, soledad, falta de apetito, sensación de abandono, ansiedad y hasta incertidumbre, por lo expuesto es que se debe dar valor a la alimentación desde una mirada psicosocial atravesada por las emociones.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la conducta alimentaria y el estado emocional debido a la internación en los adultos mayores de la Residencia Geriátrica San Nicolás, ubicada en Av. de Mayo 1525, Ramos Mejía.

## MARCO TEÓRICO

En el presente recorrido conceptual se inicia un abordaje a partir del concepto de envejecimiento y cambio fisiológicos en los adultos mayores; en un segundo momento se toma la conducta alimentaria junto a los requerimientos alimenticios, en estado de normalidad y disminución alimenticia. Como cierre de este apartado se propone una profundización de la temática de las emociones de los adultos mayores, en ese aspecto se profundiza sobre la institucionalización, la vida en las residencias geriátricas y los aspectos sobre la vincularidad de los adultos de la tercera edad.

Según Maroto, Esteban Merchán y Cifuentes Cáceres, Raúl (2014), el envejecimiento es una condición que se encuentra estrechamente ligada a las transformaciones en la salud, el bienestar y la calidad de vida de los individuos ya que es un proceso biológico, psicológico, social y cultural, reconocido como un fenómeno natural que conlleva a una serie de transformaciones en la fisiología del organismo y debe ser comprendido desde una perspectiva multidisciplinaria (Maroto, 2014).

Existen diversas teorías psicosociales que intentan explicar este proceso (Barrera Sotolongo & Osorio León, 2007).

**Teoría de la desvinculación:** se enuncia también como “teoría del retraimiento”, aunque en la línea argumental de este capítulo bien podría ser denominada “teoría del desapego”, como indica Leopoldo Salvarezza; Afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona.

Según esta teoría, el distanciamiento que se produce entre el individuo y la sociedad es beneficioso para ambos, por una parte, la persona anciana no se verá sometida a situaciones de difícil solución que al no encontrar respuesta le provocaría sentimiento de incapacidad o de angustia.

**Teoría de la actividad:** describe como el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuantas más actividades sociales realiza el individuo.

**Teoría de los roles:** Irving Rosow en 1967 elaboró su teoría de roles aplicada al proceso de envejecimiento en base a los conceptos anteriores. Plantea que, a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de

hijo/a – rol de estudiante – rol de padre/madre- rol de trabajador/a-etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal.

**Teoría de la subcultura:** teoría postulada por Arnold Rose en 1965. Se refiere a personas de más de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc. que les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una “subcultura de la edad”.

**Teoría de la continuidad:** teoría propuesta según Robert Atchley (1971,1972). La teoría de la continuidad está basada en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud, lo social, lo psicológico.

**Teoría de la estratificación por edades:** esta teoría fue propuesta por Mathilda Riley 1971. La idea de estratificación indica una superposición de capas sociales. Cada capa está compuesta por unos atributos o características específicos con los que se identifican un grupo determinado de personas o colectivos constituyendo su lugar de pertenencia.

La sociedad actual reconoce cinco capas sociales: infancia, adolescencia, adultez, vejez. Debido a la evolución socio-demográfica y el aumento de la esperanza de vida de la población, una nueva capa de edad se estaría constituyendo en la sociedad occidental, formada por el grupo de personas muy mayores con más de 80 años.

**Teoría de la modernidad:** Cowgill (1974) señala cuatro variables de las sociedades industrializadas que influyen en el estatus social de las personas mayores: perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, desarrollo de la tecnología económica, la urbanización o abandono de las zonas rurales, los progresos en la formación.

La teoría de la modernidad afirma que la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad. Es decir, la condición social que adquieren las personas mayores está en función del grado de modernización o cambios sociales que existen en la sociedad.

**Teoría del apego:** ¿Qué es el apego? Henri Bianchi (1992) lo enuncia de la siguiente manera: “por apego solo entiendo la idea de un vínculo afectivo muy fuerte con situaciones, estados, signos, y finalmente objetos (entendidos como personas, entidad o un ideal que proveen satisfacción).

En la vida adulta hay algunos cambios que hacen que se dificulte una nutrición saludable, estos cambios son (*Nutrición para personas mayores*, s. f.):

-Hogar: la alimentación cuando el adulto mayor se encuentra viviendo solo se precariza debido a la falta de independencia o movilidad.

-Salud: debido a las diferentes patologías que puede presentar el adulto mayor se va a ver impactada en la alimentación. Uno de los factores que puede afectar es, por ejemplo: gastritis, disfagia, alteración de gusto, del olfato, etc.

- Medicamentos: debido a la ingesta de distintos tipos de medicaciones pueden ocurrir cambios de cómo percibe el sabor de la comida, causar boca seca o reducir sus ganas de comer.

- Ingresos: debido a la situación económica que se puede encontrar el adulto mayor puede afectar la compra y el abastecimiento de una gran variedad de alimentos que cumplan con su requerimiento nutricional.

Para que un adulto mayor se mantenga saludable a medida que envejece debe consumir los siguientes alimentos:

- Frutas y vegetales (debe existir una gran variedad de productos de este grupo para cumplir con las necesidades de vitaminas y minerales)
- Granos integrales, como avena, pan integral y arroz integral
- Lácteos fortificados con vitamina D y calcio
- Pescados, mariscos, carnes magras, aves y huevos
- Frutos secos y semillas
- Debe evitar las calorías vacías estos son alimentos que poseen muchas calorías, pero pocos nutrientes, como por ejemplo las papas fritas, dulces, productos horneados, bebidas azucaradas y alcohol.
- Debe preferir alimentos bajos en colesterol y grasas especialmente evitar los que contienen grasas saturadas y trans.
- Debe ingerir adecuadas cantidades de líquidos para evitar la deshidratación. Algunas personas pierden la capacidad de sentir sed a medida que envejecen. Además, ciertos medicamentos pueden alterar la ingesta de los mismos.
- Se recomienda que realicen ejercicio ya que en caso de que se haya disminuido el apetito, la actividad física puede estimular el apetito.

Algunos ancianos pueden desarrollar hiporexia que es la disminución parcial del apetito, no implica dejar de comer por completo, pero sí una reducción del interés por los alimentos, rechazos a ciertos platos o cantidades mínimas en las ingestas diarias.

Las razones pueden ser diversas, puede responder a factores físicos, emocionales y sociales y así también como efectos secundarios a tratamientos médicos (Sanitas, s. f.).

Según el artículo de la revista de la facultad de medicina de Chile (2019) las emociones, además de ser un proceso físico y mental con respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales, corresponden a un constructo social y cultural que permite a una persona interpretar, expresar, relacionar o darle significado a una determinada vivencia.

Tales reacciones psicofisiológicas a estímulos internos o externos presentan una relación directa con la alimentación, en donde se ha identificado que las emociones son base en la selección, consumo, preparación y mantención de hábitos alimentarios.

Las personas mayores tienden a ser más expresivas a nivel comunicacional, además presentan mayor autoeficacia, optimismo y conciencia emocional, facilitándoles el mantener, incrementar o suprimir estados afectivos en curso. Esta situación se identifica como regulación emocional y les permite exteriorizar una relación entre las emociones y la memoria, entendiéndose que esta última selecciona los hechos para ser almacenados en forma más duradera. Por lo anterior, la alimentación en este grupo etario se puede asociar a emociones ligadas a una muestra o expresión de cariño, a recuerdos o al estado anímico.

Se debe comprender que el acto de comer conlleva una concepción mental que permite la activación de recuerdos y, por lo mismo, el desencadenamiento de emociones y sentimientos en todos los grupos etarios; esta situación se exagera en las personas mayores, ya que presentan una sensación de afecto o apego a etapas del pasado, con efecto positivo desde una mirada psicológica y social, lo que permite crear relatos a nuevas generaciones, entre otros temas, del modo en que se alimentaban y de la comparación que pueden realizar respecto a cómo consumen sus alimentos en la actualidad.

La elaboración de preparaciones culinarias también puede ser considerada una expresión de cariño. Culturalmente y a través de generaciones, los platos tradicionales, que por lo general realizan y sirven las mujeres, son percibidos como una "buena alimentación" o "alimentación sana", ya que se le entrega al plato "el cariño". Lo anterior permite una adecuada aceptación por parte del grupo familiar, originado en especial por el valor sávido que le da la persona que lo preparó (Troncoso-Pantoja et al., 2019).

Durante esta etapa de la vida las personas pasan por muchos cambios tanto psicológicos como físicos, pero entre estos cambios uno de los más importantes es la pérdida de la independencia y autonomía que afecta inicialmente a las actividades complejas, pero, si esto perdura en el tiempo y no se hace nada para mejorar esta situación, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para realizar sus actividades cotidianas y terminarán afectando hasta el autocuidado. La Institucionalización

algunas veces responde a estas preocupaciones por parte de los familiares que no pueden hacerse cargo de todas las necesidades del adulto mayor pero también puede jugar como arma de doble filo ya que al no verse obligados a realizar actividades que los activen durante el día esta capacidad que previamente tenían se va perdiendo a causa del sedentarismo, he aquí la importancia de los espacios comunitarios para la participación y el mantenimiento de relaciones sociales y por ende una vida más activa.

La calidad de vida se define, integralmente, como: “aquel estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos”. Es decir, se considera una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, al contemplar las necesidades de: autonomía, salud, productividad, seguridad, satisfacción, entre otras.

Según Rivera Ledesma, la variable salud tiene un impacto significativo en la percepción de la felicidad y bienestar de los adultos mayores, debido a que el deterioro de la salud genera un problema al valorar la calidad de vida. Dada la importancia de la dimensión salud, existe un término conocido como calidad de vida relacionada con la salud, el cual hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos.

Diferentes estudios han evaluado los factores asociados a la calidad de vida con la salud física, entre ellos, Maya, Cardona-Arias y Giraldo en Antioquia (Colombia), en el cual estudiaron a 191 participantes mayores de 60 años de ambos sexos, y encontraron, a través de la escala WHOQOLBREF, puntajes de CVRS por encima de 50 puntos, por lo tanto, se concluye que es erróneo concebir la vejez como un período de total dependencia y deterioro de la calidad de vida (Alonso Palacios et al., 2023).

Dentro de la perspectiva multidimensional de Calidad de Vida, la esfera social ocupa un lugar importante como modulador de las circunstancias y/o sucesos que acontecen con la llegada de la vejez.

Dentro del área social, podemos diferenciar dos modalidades de apoyo: las relaciones sociales (amigos, vecinos, etc.), y las relaciones familiares; pudiendo ambas, de manera conjunta, facilitar el ajuste del individuo a las circunstancias que acontecen durante la vejez. Por un lado, el apoyo familiar funciona como un refuerzo para afrontar las crisis vitales del individuo; y por otro, el apoyo social se hace necesario en la medida en que va a facilitar la adaptación del sujeto a los cambios acontecidos en esta etapa de transiciones (Sáez, Meléndez y Aleixandre, 1994) (Molero et al., 2011).

En relación con el grado de satisfacción que tienen los mayores institucionalizados con respecto a la relación que mantienen con sus familiares, Cava y Musitu (2000) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que este grupo parece tener una percepción más desfavorable del grado en que son

valorados por su familia, si son comparados con otro grupo de mayores no institucionalizados. No obstante, estos autores no sostienen la consideración de la variable institucionalización como un indicador de bienestar en el mayor.

Más recientemente, en nuestro país, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de medir y comparar el grado de satisfacción entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. A partir de los datos obtenidos, se pudo llegar a concluir; por un lado, que la importancia otorgada a variables de relación social era más elevada en mayores institucionalizados; y por otro, que en este mismo grupo es donde se mantienen los porcentajes más elevados de insatisfacción hacia sus relaciones sociales (Molina, Meléndez y Navarro, 2008). A partir de estos resultados, estos autores, proponen como objetivo de intervención en el entorno residencial, la promoción de los contactos familiares con el fin de potenciar las redes de apoyo en la población mayor residente.

Así, el objetivo del presente trabajo es describir las relaciones familiares que mantienen un grupo de adultos mayores institucionalizados, y valorar el grado de satisfacción que declaran con respecto a las mismas ((PDF) *Apoyo Familiar En Mayores Institucionalizados*, s. f.).

## **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre el estado emocional y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas?

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la relación que tiene la conducta alimentaria de los adultos mayores de la Residencia Geriátrica San Nicolas, en Ramos Mejia y su estado emocional.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características emocionales de los adultos mayores en estado de internación en residencias geriátricas/institucionalización.
- Identificar los patrones de conducta alimentaria de los adultos mayores en una residencia geriátrica en Ramos Mejía.
- Explorar posibles asociaciones entre el estado emocional y los comportamientos alimentarios observados.
- Contribuir al diseño de estrategias de intervención nutricional que contemplen el bienestar emocional de la población adulta mayor institucionalizada.

### **VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN**

Se relevarán los siguientes datos para caracterizar a la muestra estudiada: edad ( edad en años cumplidos), sexo biológico (femenino/ masculino) , tiempo de institucionalización (Tiempo en meses cumplidos), presencia de patologías crónicas (si / no ¿Cuáles?) , uso de medicación que altere el apetito (si/no), preferencias alimentarias (dulce/salado/picante), autonomía funcional (Independiente/Dependiente parcial/Dependiente total), capacidad para alimentarse solo (si/no), frecuencia de visitas de familiares( Frecuente/Ocasional/Nunca).

## VARIABLES EN ESTUDIO

Apetito (disminuido/conservado/aumentado)

Satisfacción con el ambiente físico (si/no)

Estado emocional percibido (feliz/ triste/calmado/ angustiado)

Aburrimiento (se aburre/ no se aburre)

Nivel de participación de las actividades recreativas (bajo/medio/alto)

## VARIABLES DEPENDIENTE

La conducta alimentaria en los adultos mayores, la misma se evaluará a través de una adaptación del cuestionario de las herramienta Mini Nutritional Assessment (MNA), en donde se encontrarán preguntas de dicho cuestionario en conjunto con otras preguntas que ayudan a categorizar al adulto mayor con un puntaje o escala para determinar si se encuentra normal, en riesgo de desnutrición o desnutrido.

## VARIABLE INDEPENDIENTE

Las emociones en los adultos mayores, la misma se evaluará con una adaptación de las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en una versión adaptada y abreviada de preguntas en donde se podrá medir si posee síntomas de depresión y su estado emocional. Los mismos se categorizan por puntaje los cuales darán como resultado si el adulto se encuentra normal, sospecha de depresión o depresión probable.

<b>Variable</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Resultados</b>	<b>Obtención de datos</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento del estudio (ASALE & RAE, s. f.-b).	Cuantitativa discretas	Edad en años cumplidos	Cuestionario impreso

<b>Sexo biológico</b>	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico	Cualitativa nominal	Femenino	Cuestionario impreso
			Masculino	
<b>Tiempo de institucionalización</b>	Período durante el cual una persona permanece ingresada en una institución para vivir y ser cuidada, ya sea de forma temporal o permanente ( <i>Institucionalización</i> , s. f.).	Cuantitativa discretas	Tiempo en meses cumplidos	Cuestionario impreso
<b>Presencia de patologías crónicas</b>	Procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente («Las enfermedades crónicas», 2018).	Cualitativas nominales	Si ¿Cuáles?	Cuestionario impreso
			No	

<b>Uso de medicación que altere el apetito</b>	Sustancia que, es administrada a un organismo, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta (ASALE & RAE, s. f.-c).	Cualitativas nominales	Si	Cuestionario impreso
			No	
<b>Preferencias alimentarias</b>	Actitudes evaluativas que las personas expresan hacia los alimentos ( <i>Food Preference - an overview   ScienceDirect Topics</i> , s. f.).	Cualitativa categórica	Dulce	Cuestionario impreso
			Salado	
			Picante	
<b>Autonomía funcional</b>	Capacidad de las personas para cumplir con las acciones mínimas de supervivencia cotidianas (Guerrero-Martelo et al., 2015).	Cualitativa categórica	Independiente	Cuestionario impreso
			Dependiente parcial	
			Dependiente total	
<b>Capacidad para alimentarse solo</b>	Dar alimento a un ser vivo (ASALE & RAE, s. f.-a).	Cualitativo nominal	Si	Cuestionario impreso
			No	

<b>Frecuencia de visitas de familiares</b>	Persona o conjunto de personas que visita (ASALE & RAE, s. f.-d).	Cualitativo categórica	Frecuente	Cuestionario impreso
			Ocasional	
			Nunca	

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

El diseño del estudio será descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Adultos Mayores del geriátrico San Nicolás, Ramos Mejía que:

- Deben residir de manera permanente.
- Tener más de 60 años.
- Recibir alimentación por vía oral, enteral o parenteral.
- Aceptar participar de manera voluntaria o tener el consentimiento del familiar.
- Encontrarse con capacidad neurocognitiva para poder responder.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Adultos Mayores del geriátrico San Nicolas, Ramos Mejia que:

- No vivan de forma permanente en la residencia.
- Posean algún tipo de trastorno psiquiátrico grave que no tengan noción de la realidad.
- Aquellos que no quieran participar por decisión propia.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Fallecimiento del adulto mayor durante el período de la muestra.
- Deterioro grave del adulto mayor que imposibilite continuar con el estudio.

### **INSTRUMENTO**

El estudio se llevará a cabo con la adaptación de una serie de cuestionarios estandarizados adaptados a la población estudiada, mediante un cuestionario impreso.

Por un lado, se utilizará de manera referencial el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA), la misma es una herramienta útil para poder evaluar el estado nutricional en los adultos mayores. En la misma se podrán observar preguntas sobre peso, movilidad, hábitos alimentarios, frecuencia de consumo de los alimentos, estado general del adulto mayor y por otro lado, realizaremos el cuestionario de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de manera adaptada en una versión corta, la misma es una herramienta la cual se puede evaluar si el adulto mayor posee síntomas de depresión y evalúa su estado emocional.

Además, se tomarán datos sobre su edad, sexo, tiempo de institucionalización, si cuenta con patologías previas y se realizarán preguntas acerca de cómo se siente en esta etapa de su vida.

Todos los cuestionarios serán realizados y evaluados por el encuestador para realizarlo de una manera dinámica y que sea de fácil comprensión para los adultos mayores, será guiado en todo momento para que pueda comprender la finalidad de las preguntas.

## RESULTADOS

Se evaluaron 32 adultos mayores institucionalizados en la residencia geriátrica San Nicolás de la localidad de Ramos Mejía, las edades fueron comprendidas entre 68 y 95 años (con una edad promedio de 81 años) y el tiempo de residencia varió entre 2 y 36 meses, este tiempo reflejaba tanto ingresos recientes como estancias prolongadas. En relación con la distribución por sexo, se observó una mayoría femenina 56% (n=18), sobre el sexo masculino 44% (n=14)

De acuerdo con la recolección de datos realizada por la encuesta adaptada de la Mini Nutricional Assessment (MNA) se logró identificar que:

- El 25% (n=8) de los participantes presentó un estado nutricional normal (puntaje 0–4)
- El 66% (n=21) se encontró en riesgo de desnutrición (puntaje 5–8),
- Y el 9% (n=3) mostró indicadores compatibles con desnutrición (puntaje 9–11).

Los resultados obtenidos dan evidencia que más de la mitad de los residentes (75%) presentan en cierto grado un compromiso nutricional. Esta situación es esperable en la población debido a factores como pérdida de apetito, dificultades para la masticación o deglución y menor autonomía para alimentarse.

Dentro de las preguntas evaluadas, la disminución en la ingesta alimentaria y las alteraciones cognitivas o emocionales fueron las respuestas más frecuentes, asociándose con mayor riesgo de desnutrición. En cambio, los adultos mayores que poseían buena movilidad y un funcionamiento cognitivo adecuado para la edad reflejaron un estado nutricional normal.

Por otro lado, se puede evidenciar que el tiempo de residencia no es un factor que altere el estado nutricional del paciente ya que hay adultos mayores que fueron ingresados con poco tiempo de permanencia y también presentan riesgo nutricional.

Por otro lado, en relación con el estado anímico, según la Escala de Depresión Geriátrica mostró que:

- El 19% (n=6) de los residentes no presentó indicios de depresión (0–1 puntos),
- El 66% (n=21) manifestó sospecha de depresión leve (2–3 puntos),
- Y el 16% (n=5) presentó alta probabilidad de depresión (4–5 puntos).

Estos resultados señalan que cerca de siete de cada diez adultos mayores presentan síntomas de depresión leve y dos de cada diez, alta probabilidad de depresión, lo que podría estar vinculado con el aislamiento social, la pérdida de vínculos familiares o la necesidad de adaptación a la vida en la residencia geriátrica.

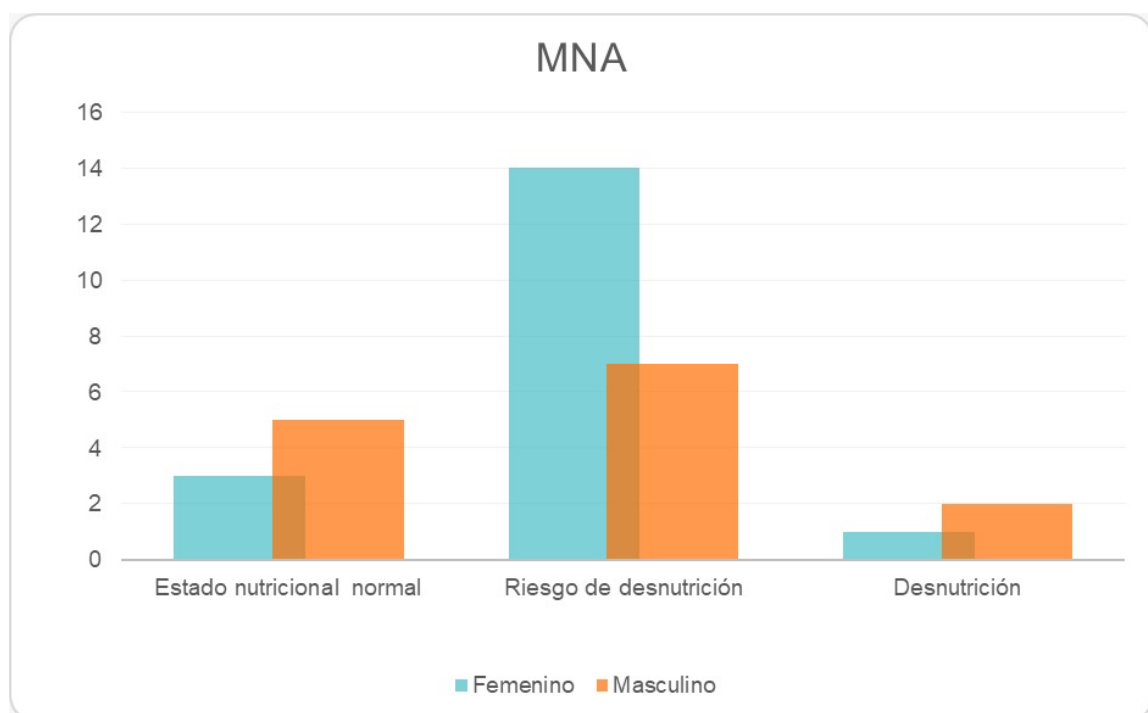
Al momento de observar ambas encuestas en conjunto, se puede evidenciar una relación entre la desnutrición y los puntajes altos de depresión, los adultos mayores con peor estado nutricional presentaron también más síntomas depresivos. Esto sugiere una posible interrelación entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria, e indica que la depresión puede reducir la ingesta y el interés por la alimentación, favoreciendo así el deterioro nutricional y cognitivo.

Preguntas MNA		Femenino		Masculino			
Edad (prom)(años)		81					
Tiempo de residencia (prom)(meses)		18					
Sexo		18	56%	14	44%	<b>Total</b>	
Ingesta alimentaria	Sin disminución	6	86%	1	14%	7	22%
	Moderada	6	46%	7	54%	13	41%
	Severa	6	50%	6	50%	12	38%
Pérdida de peso	No	2	33%	4	67%	6	19%
	No sabe	6	67%	3	33%	9	28%
	1 a 3 kg	4	50%	4	50%	8	25%
	Más 3kg	6	67%	3	33%	9	28%
Nivel de movilidad	Libremente	4	67%	2	33%	6	19%
	Moderado	7	58%	5	42%	12	38%
	Con ayuda	7	50%	7	50%	14	44%
Estrés o enfermedad	Sí	8	53%	7	47%	15	47%
	No	10	59%	7	41%	17	53%
Estado cognitivo	Normal	8	53%	7	47%	15	47%
	No limitantes	5	63%	3	38%	8	25%
	Observables	5	56%	4	44%	9	28%
Circunferencia de pantorrilla	31 cm o más	6	46%	7	54%	13	41%
	Menor a 31 cm	12	63%	7	37%	19	59%
<b>Interpretación Final MNA</b>						<b>Total</b>	
Estado nutricional normal		3	38%	5	63%	8	25%
Riesgo de desnutrición		14	67%	7	33%	21	66%
Desnutrición		1	33%	2	67%	3	9%

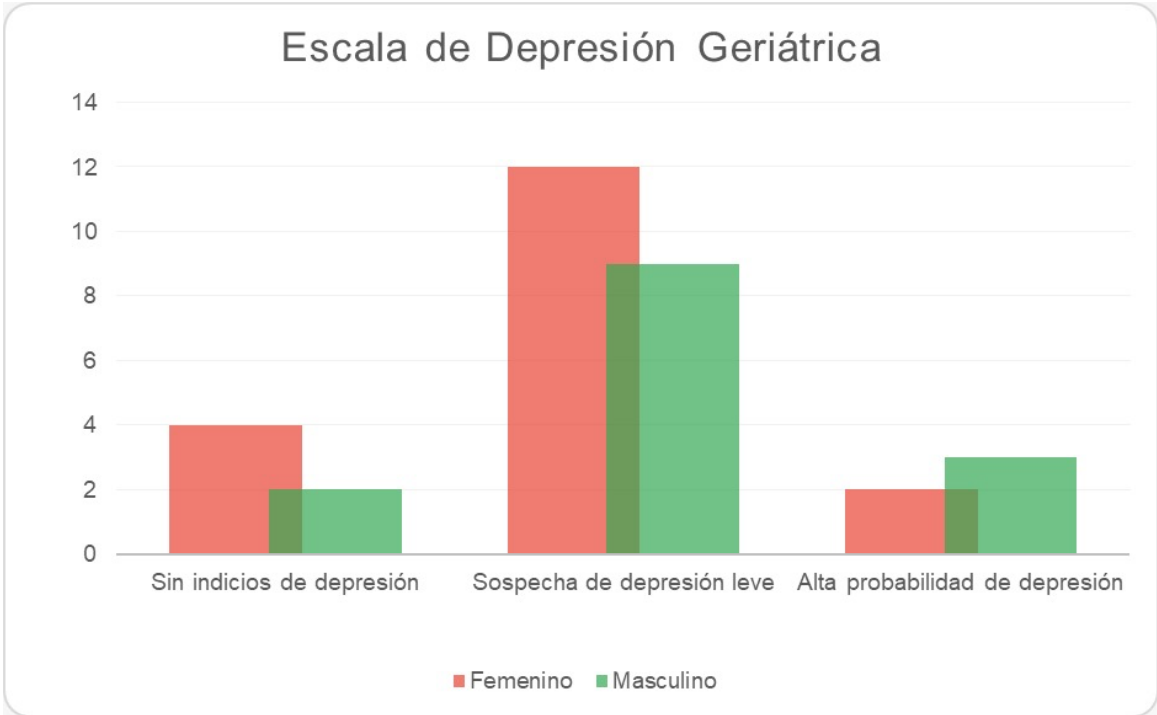
Fuente: Elaboración Propia

Preguntas EDG		Femenino		Masculino			
Edad (prom)(años)		81					
Tiempo de residencia (prom)(meses)		18					
Sexo		18	56%	14	44%	<b>Total</b>	
Está satisfecho/a con su vida?	Sí	8	50%	8	50%	16	50%
	No	10	63%	6	38%	16	50%
Siente su vida vacía?	Sí	7	47%	8	53%	15	47%
	No	11	65%	6	35%	17	53%
Se siente aburrido?	Sí	12	55%	10	45%	22	69%
	No	6	60%	4	40%	10	31%
Se siente inútil?	Sí	5	45%	6	55%	11	34%
	No	13	62%	8	38%	21	66%
Siente su situación desesperada?	Sí	9	64%	5	36%	14	44%
	No	9	50%	9	50%	18	56%
<b>Interpretación Final de la Escala de Depresión Geriátrica</b>						<b>Total</b>	
Sin indicios de depresión		4	67%	2	33%	6	19%
Sospecha de depresión leve		12	57%	9	43%	21	66%
Alta probabilidad de depresión		2	40%	3	60%	5	16%

Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: *Elaboración Propia*

## DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos en el estudio presentado se pudo evidenciar que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas suelen presentar algún grado de riesgo nutricional, que por lo general, suele estar acompañado de sintomatología depresiva leve o alta probabilidad de depresión.

Al analizar estos datos se puede verse reflejada una asociación importante entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria en esta población de adultos mayores, esto evidencia que lo planteado en el marco teórico sobre la influencia de los factores emocionales y sociales en el bienestar nutricional de los adultos mayores coincide.

De los datos recabados en las encuestas realizadas en la población geriátrica respecto al estado nutricional, el 66% de los residentes se encontraba en riesgo de desnutrición y un 9% presentaba desnutrición.

Estos resultados se pueden relacionar con lo planteado por Maroto y Cifuentes (2014), ya que ellos sostenían que el envejecimiento implica una serie de transformaciones fisiológicas que pueden afectar la salud y la calidad de vida del adulto mayor. (Maroto, 2014)

En relación con la disminución del apetito, las dificultades en la masticación o deglución y la pérdida de autonomía son factores que suelen estar relacionados y afectar la ingesta alimentaria y, como consecuencia, el estado nutricional.

Asimismo, la aparición de hiporexia, descrita como una disminución parcial del apetito, puede estar influida tanto por causas físicas como emocionales, lo cual se evidencia en la muestra presentada.

Al momento de analizar los resultados obtenidos sobre el estado anímico, se observa que el 66% de los adultos mayores presentó sospecha de depresión leve y el 16% alta probabilidad de depresión; los valores obtenidos pueden indicar que hay una mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población que se encuentra institucionalizada, lo que concuerda con los hallazgos de Cava y Musitu (2000), quienes refieren que los adultos mayores que se encuentra en residencias geriátricas suelen

percibir menor valoración por parte de su entorno familiar y presentan niveles más bajos de satisfacción en sus relaciones sociales ((PDF) *Apoyo Familiar En Mayores Institucionalizados*, s. f.). Podemos inferir ante la recolección de los datos obtenidos que la institucionalización en dichas personas puede representar un cambio emocional muy grande y que está asociado a la pérdida de roles, vínculos afectivos y espacios de autonomía, tal como sostienen Salvarezza (Teoría del Desapego) y Rosow (Teoría de los Roles), que describen cómo el distanciamiento social y la pérdida de funciones sociales pueden impactar en la autoestima y el bienestar del individuo (Barrera Sotolongo & Osorio León, 2007).

Al analizar en conjunto ambas escalas (MNA y Escala de Depresión Geriátrica) se puede evidenciar una relación directa entre el deterioro nutricional y los síntomas depresivos.

Los residentes de la institución que poseen mayor compromiso emocional presentaron un peor estado nutricional.

Estos resultados son congruentes con los aportes de la Revista de la Facultad de Medicina de Chile (2019), que indica que las emociones influyen en la selección y consumo de alimentos, siendo la alimentación una forma de expresión afectiva y un reflejo del estado emocional del individuo (Troncoso-Pantoja et al., 2019b).

Si evaluamos el tiempo de institucionalización, no se observaron diferencias de gran relevancia respecto al estado nutricional según los meses de residencia, lo que evidencia que el riesgo de desnutrición no depende siempre de la duración de la estadía, sino de factores personales y emocionales asociados a la adaptación, el vínculo con otros residentes y la red de apoyo familiar.

Esta evaluación coincide con los planteos de Molina, Meléndez y Navarro (2008), quienes infieren que la satisfacción con las relaciones sociales es más determinante para el bienestar que el simple hecho de residir en una institución (Molero et al., 2011).

De acuerdo con la teoría de la continuidad de Atchley (1971), mantener la participación activa y los vínculos previos es fundamental para preservar la identidad y el bienestar en la vejez, lo que concuerda con las estrategias necesarias para prevenir el deterioro físico y emocional en instituciones geriátricas (Barrera Sotolongo & Osorio León, 2007).

Podemos inferir que los resultados de este estudio confirman la estrecha relación entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas, y que es de gran importancia realizar un abordaje interdisciplinario que abarque e integre aspectos nutricionales, psicológicos y sociales para mejorar la calidad de vida de esta población.

Se pueden reconocer algunas limitaciones en el presente estudio como por ejemplo que la muestra fue conformada por un número reducido de adultos mayores que eran pertenecientes a una única

institución geriátrica, lo que restringe la posibilidad de ampliar y recabar más resultados de otras poblaciones de adultos mayores institucionalizados. Por otro lado, el diseño del estudio descriptivo y transversal no permite establecer relaciones causales entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria, sino únicamente asociaciones entre ambas variables.

También podemos considerar otra limitación como la influencia de factores externos no controlados, tales como el nivel socioeconómico previo, el apoyo familiar o el tipo de alimentos brindados por parte de la familia que no forman parte de su plan alimentario en el instituto, los cuales podrían influir tanto en el estado emocional como en el nutricional. Podemos agregar a las limitaciones ya mencionadas que la información que se ha recabado se basó en instrumentos que a pesar que lo realizó el entrevistador estaban muy sujetas a la subjetividad del adulto mayor ya que las respuestas eran obtenidas de ellos mismos.

Pese a las limitaciones expuestas, los resultados aportan información relevante sobre la relación entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados.

Para estudios posteriores sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra e incorporar comparaciones con adultos mayores no institucionalizados, con la finalidad de analizar las diferencias del entorno residencial en la conducta alimentaria y el bienestar emocional. También, se sugiere incluir intervenciones interdisciplinarias que integren estrategias nutricionales, recreativas y psicológicas orientadas a promover el bienestar integral y prevenir el deterioro en esta población.

## CONCLUSIÓN

A través del estudio propuesto se pudo evidenciar la relación que existe entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria en adultos mayores residentes de una institución geriátrica.

Los resultados que se obtuvieron permitieron demostrar que la mayoría de los residentes presentan algún grado de riesgo nutricional y síntomas de depresión leve o alta, lo cual podemos inferir que ambos aspectos poseen relación e influyen de manera recíproca en la calidad de vida.

Se logró analizar que los adultos mayores que contaban con un compromiso emocional elevado manifiestan un estado nutricional más comprometido, mientras que aquellos con un funcionamiento cognitivo adecuado, movilidad conservada y una mayor interacción social evidenciaron mejores estados nutricionales.

La depresión puede generar pérdida de apetito y desinterés por la comida, mientras que la desnutrición, a su vez, puede agravar el estado anímico, recreando un círculo bidireccional entre emoción y nutrición.

Es de vital importancia la promoción de actividades que favorezcan la interacción social, la estimulación cognitiva y el acompañamiento afectivo ya que podría contribuir a mejorar tanto el estado anímico como el apetito y, en consecuencia, el estado nutricional.

Los hallazgos obtenidos nos permiten evidenciar que hay una coincidencia con la literatura que destaca la influencia de los factores afectivos, sociales y culturales en la conducta alimentaria y en el bienestar general del adulto mayor.

Por otro lado, se logró identificar que el tiempo de institucionalización del adulto mayor no constituye un factor que determine el estado nutricional y anímico, lo que aumenta la importancia de otros aspectos, como el acompañamiento emocional, los vínculos sociales y el entorno afectivo dentro de la residencia geriátrica.

Cabe resaltar la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario en las instituciones geriátricas, que considere tanto los aspectos nutricionales como la salud mental y emocional.

Es de gran importancia comprender la relación que existe entre el estado de ánimo y la conducta alimentaria en adultos mayores institucionalizados ya que resulta fundamental a futuro para poder planificar y diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas.

Con el objetivo de promover un envejecimiento activo, saludable, y mejorar la calidad de vida es importante poder integrar los aspectos emocionales, nutricionales y sociales.

Desde mi alcance, propongo plantear y llevar a cabo estrategias orientadas a una intervención integral.

En primer lugar se sugiere que se realicen evaluaciones continuas del estado nutricional y del estado anímico de los adultos mayores utilizando las herramientas de MNA y la escala de depresión geriátrica.

Asimismo, poder realizar planes alimentarios personalizados que no solo se contemplen los requerimientos energéticos y proteicos sino que también se tenga en cuenta las preferencias individuales, las texturas adecuadas y aceptadas y respetar los horarios del residente para poder conservar así el ritmo habitual en su día a día antes de ingresar a la residencia.

Es importante poder generar ambientes agradables de alimentación que estimulen al adulto mayor a compartir el espacio y la socialización entre ellos.

Por otro lado se deberá educar al personal de la residencia geriátrica para que pueda detectar a tiempo la disminución de apetito o de ánimo y así realizar las medidas necesarias.

Finalmente, poder incorporar actividades culinarias recreativas para poder promover y fortalecer el vínculo con la alimentación.

Todas estas acciones, buscan no solo mejorar el estado nutricional sino también el bienestar emocional y la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra en una residencia geriátrica, para promover un envejecimiento activo y digno.

## BIBLIOGRAFÍA

Alonso Palacios, L. M., Cigarroa, I., Gómez Méndez, P., Ariza Galindo, C., Rago Acevedo, M., Madariaga Estupiñan, M., Manjarres Alvarado, M., Ramos Juliao, I., Solano Gómez, S., Leiva-Manzor, G., Alonso Palacios, L. M., Cigarroa, I., Gómez Méndez, P., Ariza Galindo, C., Rago Acevedo, M., Madariaga Estupiñan, M., Manjarres Alvarado, M., Ramos Juliao, I., Solano Gómez, S., & Leiva-Manzor, G. (2023). Perfil de los adultos mayores institucionalizados en relación de las variables biopsicosociales y clínicas en América Latina. *Gaceta Médica Boliviana*, 46(2), 20-27.

<https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.605>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-a). *Alimentar* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de

<https://dle.rae.es/alimentar>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-b). *Edad* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de

<https://dle.rae.es/edad>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-c). *Medicamento* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de

<https://dle.rae.es/medicamento>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-d). *Visita* | *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de

<https://dle.rae.es/visita>

Barrera Sotolongo, J., & Osorio León, S. (2007). Envejecimiento y nutrición. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 26(1), 0-0.

*Food Preference—An overview* | *ScienceDirect Topics*. (s. f.). Recuperado 9 de noviembre de 2025, de [https://www-sciencedirect-com.translate.google.com/topics/medicine-and-dentistry/food-preference?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=wa](https://www-sciencedirect-com.translate.google.com/topics/medicine-and-dentistry/food-preference?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=wa)

Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Vásquez De la Hoz, F., Lázaro, G., & Morales, D. (2015). Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad. *Psicogente*, 18(34), 303-310.

<https://doi.org/10.17081/psico.18.34.506>

*Institucionalización*. (s. f.). Recuperado 9 de noviembre de 2025, de <https://psiquiatria.com/glosario/institucionalizacion>

Las enfermedades crónicas. (2018). *Biomédica*, 38, 5-6.

Maroto, E. M. (2014). *TEMA 6. TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO*.

Molero, M. del M., Perez-Fuentes, M. del C., Gazquez, J. J., & Sclavo, E. (2011). *Apoyo familiar en mayores institucionalizados* (p. 13). Universidad de Almeria, Universidad de Torino.

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3935992.pdf&ved=2ahUKEwi5serP862NAxXYrpUCHbUaDakQFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw2bDUtAR6OpwKinx6Svvgb5r>

*Nutrición para personas mayores*. (s. f.). [Text]. National Library of Medicine. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html>

(PDF) *Apoyo familiar en mayores institucionalizados*. (s. f.). ResearchGate.

<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.3>

Sanitas. (s. f.). *Anciano deja de comer: Causas, consecuencias y solución*. Sanitas. Recuperado 9 de noviembre de 2025, de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/alimentacion/perdida-apetito>

Troncoso-Pantoja, C., Alarcón-Riveros, M., Amaya-Placencia, A., Troncoso-Pantoja, C., Alarcón-Riveros, M., & Amaya-Placencia, A. (2019a). Significado emocional de la alimentación en personas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 51-55.

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.64624>

Troncoso-Pantoja, C., Alarcón-Riveros, M., Amaya-Placencia, A., Troncoso-Pantoja, C., Alarcón-Riveros, M., & Amaya-Placencia, A. (2019b). Significado emocional de la alimentación en personas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 51-55.

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.64624>

## ANEXOS

### Adaptación de los cuestionario de Mini Nutritional Assessment (MNA) y Escala de Depresión Geriátrica

-Edad (años):

-Sexo: Masculino / Femenino

-Tiempo de residencia (meses)

#### Mini Nutritional Assessment (MNA)

**1- ¿Ha tenido una disminución en la ingesta alimentaria (pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para comer)?**

0 = Sin disminución

1 = Disminución moderada

2 = Disminución severa

**2- ¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?**

0 = No ha perdido peso

1 = No sabe

2 = Pérdida entre 1 y 3 kg

3 = Pérdida mayor a 3 kg

**3-Nivel de movilidad:**

0 = Se moviliza libremente

1 = Se levanta pero no sale del entorno inmediato

2 = No se puede levantar de la cama o silla sin ayuda

**4- ¿Ha sufrido estrés psicológico (sentimiento de tensión y angustia emocional) o una enfermedad aguda (aquella que tiene un inicio y un fin definido y es de corta duración) en los últimos 3 meses?**

0 = No

1 = Si

**5- Estado cognitivo/emocional:**

0 = Funcionamiento normal

1 = Alteraciones leves no limitantes

2 = Alteraciones emocionales o cognitivas observables

**6- Circunferencia de pantorrilla:**

0 = 31 cm o más

1 = Menor a 31 cm



### Interpretación MNA

0-4: Estado nutricional normal

5-8: Riesgo de desnutrición

9-11: Desnutrición

### Escala de depresión geriátrica

Responder con SÍ o NO según como se ha sentido la última.

- 1- ¿Está satisfecho/a con su vida? SI = 0 punto / NO = 1 puntos
- 2- ¿Siente que su vida está vacía? SI = 1 punto / NO = 0 puntos
- 3- ¿Se siente frecuentemente aburrido/a? SI = 1 punto / NO = 0 puntos
- 4- ¿Se siente inútil en este momento? SI = 1 punto / NO = 0 puntos
- 5- ¿Siente que su situación es desesperada? SI = 1 punto / NO = 0 puntos

### Interpretación Escala de depresión geriátrica.

0-1 Sin indicios de depresión

2-3 Sospecha de depresión leve

4-5 Alta probabilidad de depresión