

ORIGINAL

Mayores que viven solos y malnutrición. Estudio SOLGER



The elderly living alone and malnutrition. SOLGER Study

Lidia Paino Pardal^{a,*}, Laia Poblet i Montells^b y Laura Ríos Álvarez^c

^a CAP Guineueta, Barcelona, España

^b CAP Larrard, Barcelona, España

^c CUAP Sant Martí, Barcelona, España

Recibido el 25 de febrero de 2016; aceptado el 2 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 30 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Desnutrición;
Soledad;
Anciano de 80 años o
más;
Salud del anciano;
Geriatría

KEYWORDS

Malnutrition;
Loneliness;

Resumen

Objetivo: Determinar si existe una relación entre vivir solo y padecer malnutrición o estar en riesgo de padecerla, en individuos mayores de 79 años de una población mediterránea.

Diseño: Estudio transversal, multicéntrico en 3 centros de atención primaria (CAP), método encuesta, entre junio y diciembre de 2014.

Participantes: Se incluyó a todos los pacientes de más de 79 años, asignados a un cupo de cada centro, con un total de 167 personas.

Análisis estadístico: Mediante el paquete SPSS. Se ha realizado una primera parte descriptiva mediante la aplicación de chi cuadrado y varias t de Student, y una segunda fase donde se ha realizado una regresión logística para determinar si vivir solo estaba relacionado con el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) ajustado a la edad.

Resultados: Las puntuaciones del estudio nutricional mediante MNA no han mostrado diferencias entre los grupos atendiendo a la unidad familiar como factor diferencial. Por otro lado, la edad sí parece ser un factor determinante.

Conclusión: Los pacientes mayores de 79 años que viven solos son en su mayoría independientes para las actividades de la vida diaria, suelen presentar un mejor estado de salud física y mental y, por tanto, esto puede explicar que presenten un mejor estado nutricional, no asociándose el vivir solo con estados de malnutrición o riesgo de padecerla.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

Objective: This study aims to determine if there are any connections between living alone and suffering from malnutrition or having a risk of being malnourished, in people over 79 years old in a Mediterranean population.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lidiapaino@gmail.com (L. Paino Pardal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>

0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aged 80 and over;
Health of the elderly;
Geriatrics

Design: A questionnaire was used in a cross-sectional and multicentre study conducted between June and December 2014 in three Primary Care Centres (PCC).

Participants: A quota was chosen for each centre, including all patients over 79 years, with a total of 167 people.

Statistical analysis: Was performed using SPSS. A first descriptive part was performed by calculating Chi squared and Student-t tests, and a second part in which logistic regression was used to determine if living was only related to the Mini Nutritional Assessment (MNA) adjusted to age.

Results: The scores of the nutritional study by MNA showed no differences between the groups according to the family unit as a differentiating factor. On the other hand, age does seem to be a determining factor.

Conclusion: Patients over 79 years old and who live alone are nearly always independent for daily life activities, and often have a better state of physical and mental health. These factors could explain their better nutritional status, as living alone is not associated with states of malnutrition or having the risk of suffer from it.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En los últimos años se ha observado progresivamente un envejecimiento de la población de la ciudad de Barcelona, siguiendo la misma tendencia que muestran estudios realizados en otros ámbitos^{1,2}. A este cambio de estructura poblacional se debe añadir un aumento en la esperanza de vida, aspecto fundamental en lo que a política sanitaria se refiere, pues, teóricamente, debería ir acompañado de un mantenimiento de la capacidad funcional de los ancianos que les permita disfrutar de una buena calidad de vida. Es este mantenimiento del bienestar y del equilibrio en la población anciana el que evita el deterioro funcional que conlleva el envejecimiento y, por tanto, la situación de fragilidad³.

Se estima que la prevalencia de ancianos frágiles en estudios de poblaciones mayores de 65 años, calculada mediante el cuestionario de Barber, se encuentra en torno al 52%^{4,5}.

El aumento de la esperanza de vida y de la población anciana, así como los cambios en las estructuras sociofamiliares de la población española, conllevan en los últimos años un incremento del número de ancianos que viven solos. Las mujeres son más propensas a estar solas porque viven más tiempo y suelen ser más jóvenes que su cónyuge⁶. La soledad no es sinónimo de «vivir solo», aunque está estrechamente relacionada con ello, y se asocia con la edad, el estado de ánimo, bajo nivel educacional, bajos ingresos económicos y un mayor número de enfermedades crónicas⁶⁻⁸. En distintos estudios la prevalencia de soledad en los mayores de 85 años se encuentra en torno al 12-41%^{9,10}.

Las personas de edad avanzada tienen más probabilidades de sobrevivir a seres queridos y amigos, siendo más vulnerables a la soledad. Además, esta condición tiene como consecuencia menores relaciones sociales y mayor confinamiento en el hogar, con los riesgos asociados que ello conlleva: caídas que pasan inadvertidas o imposibilidad de obtener suministros de alimentos⁶. De igual modo, se ha constatado una alta prevalencia de depresión y un mayor riesgo de sufrir anorexia nerviosa y desnutrición¹⁰. Esta situación, además, predispone a tener una mala

percepción de estado de salud y mala calidad de vida en estas personas¹¹.

En términos generales, se define la desnutrición como un desequilibrio de los aportes de energía, proteínas y otros nutrientes, ya sea por exceso o por defecto. Es sabido que esta alteración en los aportes es capaz de causar efectos adversos tanto a nivel anatómico como de la propia función de órganos y sistemas, así como también alteraciones medibles en resultados clínicos y analíticos¹.

La malnutrición es un proceso inherente al envejecimiento pero que se encuentra asociada a diferentes factores². En el estudio realizado por Hughes et al. se considera que esta reducción puede ser atribuible tanto a la disminución de los requerimientos energéticos propia de un envejecimiento saludable como a cambios propios de la vida, como la soledad y el vivir solo^{12,13}.

Existen estudios que confirman que esta condición está inducida por cambios fisiológicos en la población anciana que conllevan una menor sensación de apetito y, secundariamente, una menor ingesta de alimentos^{12,14}.

En un estudio longitudinal realizado en población anciana en la ciudad de Amsterdam se encontró relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y el sexo femenino; síntomas depresivos; síntomas de ansiedad; tener 2 o más enfermedades crónicas; estar bajo tratamiento con 3 o más medicamentos; la falta de apetito; tener limitaciones para realizar actividades normales debido a un problema de salud; baja puntuación en las pruebas de rendimiento físico; dificultades para subir y bajar escaleras a pie; la soledad, y el hecho de no tener pareja^{12,15}.

Existen una serie de factores modificables que podrían considerarse claves en el riesgo de sufrir malnutrición, como la salud bucodental de la gente mayor^{13,16}. La malnutrición en la población anciana es un problema común y a menudo grave. Su incidencia oscila entre el 2 y el 51% tomando varias regiones a nivel mundial^{9,17}.

De todas las herramientas usadas para la determinación del estado nutricional en la gente mayor, el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) es un test universalmente conocido y utilizado, tanto por la facilidad de aplicación como por la

fiabilidad que presenta para detectar y seguir situaciones de riesgo de desnutrición^{18,19}.

El objetivo principal del estudio es determinar si hay relación entre vivir solo y el hecho de padecer malnutrición o estar en riesgo de padecerla, en mayores de 79 años de una población mediterránea. Como objetivos secundarios se propone conocer las características sociodemográficas y de salud de la población mayor de 79 años de 3 unidades básicas asistenciales (UBA) de Barcelona.

Material y método

Diseño del estudio

Transversal y multicéntrico, mediante técnica de encuesta, realizado durante los meses de julio a diciembre de 2014, en 3 centros de atención primaria (CAP): La Mina, CAP Larrard y CAP El Carmel, de Barcelona.

Población de estudio

Pacientes de más de 79 años asignados a 3 unidades básicas asistenciales (UBA)²⁰ de 3 CAP de Barcelona que acudían regularmente a la consulta o incluidos en un programa de atención domiciliaria crónica (ATDOM) y que aceptaron participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes institucionalizados en residencias o desplazados a otro lugar de residencia, fuera de la zona asistencial del CAP; pacientes con diagnóstico en el momento actual de enfermedades que hayan motivado una pérdida de peso reciente, tales como neoplasias, insuficiencia renal crónica con filtrado glomerular menor de 30 ml/min, enfermedad hepática avanzada y pacientes en tratamiento paliativo (con datos recogidos mediante historia clínica del paciente); pacientes que no firmaron el consentimiento informado; pacientes que no contestan al teléfono o no acuden a la citación en la consulta; pacientes en situación de exitus que no se haya actualizado esa información en la base de datos del centro de asistencia habitual.

La muestra estuvo formada por un total de 336 sujetos que cumplían criterios de inclusión de las 3 UBA seleccionadas. Rechazaron participar 30 personas. Entre los sujetos valorables (306) fueron excluidos un total de 139 (61 por motivos médicos; 14 por estar institucionalizados; 12 por vivir fuera del ámbito de estudio; 29 por encontrarse en situación de exitus y 23 por no poder contactar con ellos). Finalmente participaron 167 pacientes.

Variables

- Datos sociodemográficos generales y de salud del paciente: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo que hace que el paciente vive solo, alcohol¹⁹, tabaco, salud bucodental, patología crónica, fármacos, ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses, hipoacusia y pérdida de agudeza visual.
- Valoración sociofamiliar, mediante la escala de Gijón^{21,22}.
- Valoración cognitiva, mediante el cuestionario de Pfeiffer^{23,24}.

- Valoración funcional, a partir de la escala de Barthel^{25,26}.
- Estado nutricional. Es la variable principal del estudio, valorada mediante el MNA. Este test se compone de mediciones simples y preguntas breves que se pueden completar en menos de 10 min. Una puntuación MNA igual o mayor a 24 identifica sujetos con un buen estado nutricional. Las puntuaciones entre 17 y 23,5 corresponden a sujetos en riesgo de desnutrición. Una puntuación MNA menor a 17 revela una desnutrición energética y proteica¹⁹.
- Riesgo de ansiedad/depresión, mediante la escala de Goldberg^{27,28}.

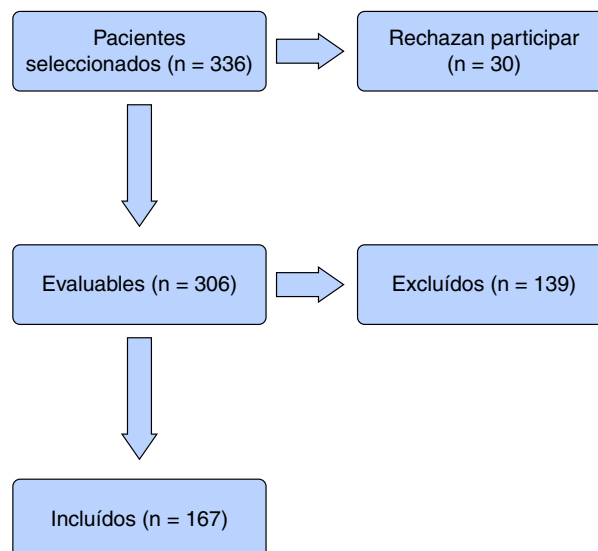
Recogida de datos

A los pacientes que cumplieron criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio se les facilitó un cuestionario heteroadministrado, bien en consulta o en el propio domicilio del paciente. La información fue facilitada tanto por el paciente como por el cuidador principal cuando la situación así lo requirió, y el cuestionario fue cumplimentado por las investigadoras principales.

La recogida de datos se ha realizado en 2 bloques diferenciados. Un primer bloque de recogida de datos mediante cuestionario de variables sociodemográficas generales, y una segunda parte que ha consistido en puntuaciones sobre distintas escalas.

Análisis estadístico

La explotación de la base de datos se analizó con el paquete SPSS. Se realizó una primera parte descriptiva para todas las variables recogidas y en una segunda fase se realizó una regresión logística para determinar si vivir solo estaba relacionado con el MNA ajustado a la edad.



Esquema del estudio: Estudio transversal, multicéntrico para determinar si existe una relación entre vivir solo y padecer malnutrición o estar en riesgo de padecerla, en individuos mayores de 79 años.

Resultados

Se incluyeron 167 individuos con una edad media de 85,56 años (DE: 4,804), el 34,7% hombres y el 65,3% mujeres. Con relación al estado civil, el 69% de los hombres estaban casados, mientras que solo el 23,9% de las mujeres de más de 79 años estaban casadas, y el 67% habían enviudado. Respecto al apoyo social, se encontró que el 81% de los varones del estudio vivían con alguna persona, ya fuera miembro de la familia o cuidador; mientras que la mayoría de las mujeres (un 67,9%) seguían viviendo solas en esa misma franja de edad. El nivel de estudios adquirido en mayor proporción, a nivel global, fue el de primaria completa.

Con relación a los hábitos tóxicos, se encontró que el 55,2% de los hombres eran ex-fumadores y un 36,2% eran no fumadores, frente al 92,7% de las mujeres, que se declararon no fumadoras. El 48,3% de los hombres fueron catalogados de abstemios, frente al 85,3% del sexo opuesto.

El 76,05% de los sujetos incluidos en la muestra final eran pacientes habituales en la consulta, frente a un 23,95%, que formaban parte de un programa ATDOM (tabla 1).

Se identificaron 46 ancianos que vivían solos, frente a 121 que estaban acompañados. Se intentó relacionar esta variable con el resto de las variables del estudio, sin poder hallar diferencias estadísticamente significativas entre los 3 centros participantes en el estudio, ni tampoco por edad o sexo. Las únicas variables sociodemográficas que parecieron estar estrechamente relacionadas con el hecho de vivir en soledad fueron el estado civil, formar parte de un programa

ATDOM y tener un mayor número de procesos crónicos. De la misma manera, se ha relacionado la soledad con las escalas de valoración de los pacientes, observando una estrecha relación con la escala de valoración de riesgo social y el grado de dependencia por escala de Barthel. Ni el estado cognitivo valorado mediante Pfeiffer ni las escalas de Goldberg para ansiedad o depresión se han podido relacionar con la soledad de una forma estadísticamente significativa (tabla 2).

Agrupando a los pacientes en 2 categorías según sexo, tampoco los resultados obtienen una significación estadística importante, a excepción de la valoración del riesgo social. Ello puede explicarse por el hecho de que las mujeres tienden a sobrevivir a sus cónyuges algunos años, siendo más frecuente la discapacidad y la soledad en el momento de la intervención. Así mismo, agrupando a los pacientes en 2 categorías por edad, tampoco los resultados adquieren la suficiente potencia estadística. Únicamente se encuentran diferencias significativas en la escala de valoración de deterioro cognitivo, y se asume que la explicación podría ser similar a la del punto anterior (tabla 3).

Finalmente, se ha relacionado de forma independiente la variable principal del estudio con las distintas variables secundarias. No se ha logrado establecer una relación entre la unidad familiar y el grado de nutrición del paciente, como se presumía en un inicio. Por otro lado, la edad sí parece ser un factor determinante, ya que el 69,4% de los ancianos entre 80 y 84 años tienen un buen estado nutricional, frente al 43,9% de los de 85 años o más, que presentan riesgo de malnutrición o malnutrición establecida (tabla 4).

Tabla 1 Características demográficas de la población

	Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	
Estado civil					< 0,005
Casado/a	40	69,0	26	23,9	
Viudo/a	15	25,9	73	67,0	
Otros	3	5,2	10	9,2	
Situación familiar					
Vive solo	11	0,070	35	32,1	
Vive acompañado	47	81,0	74	67,9	
Nivel de estudios					0,126
No sabe leer ni escribir	6	10,2	20	18,3	
Primaria incompleta	23	39,7	47	43,1	
Primaria completa	16	27,6	22	20,2	
Estudios medios	11	19,0	10	9,2	
Estudios superiores	2	3,4	10	9,2	
Hábitos tóxicos					
Tabaco					< 0,005
Fumador	5	8,6	3	2,8	
No fumador	21	36,2	101	92,7	
Ex fumador	32	55,2	5	4,6	
Alcohol					< 0,005
No	28	48,3	93	85,3	
Sí	30	51,7	16	14,7	
Tipo de atención					0,062
Domiciliaria	9	15,5	31	28,4	
No domiciliaria	49	84,5	78	71,6	

Discusión y conclusiones

Este estudio (SOLGER) intenta relacionar la malnutrición en ancianos con la soledad, además de otras variables que pueden ser de interés, en población mediterránea. Presenta algunas limitaciones: destaca el hecho que se ha partido de una muestra de conveniencia de 3 CAP aplicando como criterio básico de inclusión la edad. Hay que tener en cuenta que los pacientes de sexo femenino de más de 79 años tendrán más probabilidad de ser seleccionados.

A pesar de que no se ha podido constatar una relación entre los tipos de núcleos familiares y el grado de malnutrición, sí se ha podido establecer una fuerte relación entre esta y la edad de la población estudiada.

Si bien es cierto que serán necesarios futuros estudios para determinar si existen dichas relaciones, el estudio SOLGER pretende crear las bases para posteriores investigaciones con la finalidad de establecer planes de actuación concretos sobre los pacientes ancianos en riesgo o con malnutrición establecida.

Siguiendo los ejemplos de la literatura hallada hasta el momento^{8,10-12}, se han considerado algunas variables que pueden afectar de forma notoria el estado nutricional, como son la salud bucodental, alteraciones auditivas y visuales, ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses, número de procesos crónicos que padecen, número de fármacos que toman y principales fármacos potencialmente anorexígenos.

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre los pacientes que viven solos y un estado de

Tabla 2 características según cohabitación

Pacientes que viven solos					
	Sí		No		p
	n	%	n	%	
CAP					0,675
<i>El Carmel</i>	16	34,8	49	40,5	
<i>Larrard</i>	14	30,4	38	31,4	
<i>La Mina</i>	16	34,8	34	28,1	
Sexo					0,263
<i>Hombre</i>	11	23,9	47	38,8	
<i>Mujer</i>	35	76,1	74	61,2	
Edad					0,582
<i>80-84 años</i>	25	54,3	60	49,6	
<i>> 84 años</i>	21	45,7	61	50,4	
Estado civil					< 0,001
<i>Casado/a</i>	1	2,2	65	53,7	
<i>Viudo/a</i>	41	89,1	47	38,8	
<i>Otros</i>	4	8,7	9	7,4	
ATDOM					0,001
<i>Sí</i>	3	6,5	37	30,6	
<i>No</i>	43	93,5	84	69,4	
Procesos crónicos					0,031
<i>0-3</i>	25	15,0	47	38,8	
<i>4 o más</i>	21	12,6	74	61,2	
Fármacos					0,133
<i>0-3</i>	12	26,7	18	14,9	
<i>4-6</i>	13	28,9	51	42,1	
<i>>7</i>	20	44,4	52	43,0	
Escalas de valoración					
<i>Pfeiffer</i>					0,066
Normal	36	78,3	76	63,3	
Alterado	10	21,7	44	36,7	
<i>Gijón</i>					0,022
Normal	10	21,7	54	45,0	
Riesgo social	30	65,2	55	45,8	
Problema social	6	13,0	11	9,2	
<i>Grado de dependencia de Barthel</i>					0,002
Sin dependencia	29	63,0	36	29,8	
Leve	14	30,4	72	59,5	
Moderada	3	6,5	8	6,6	
Grave	0	0,0	2	1,7	
Dependencia total	0	0,0	3	2,5	
<i>Goldberg ansiedad</i>					0,856
Normal	37	80,4	95	79,2	
Patológico	9	19,6	25	20,8	
<i>Goldberg depresión</i>					0,467
Normal	33	71,7	79	65,8	
Patológico	13	28,3	41	34,1	

Tabla 3 Escalas de valoración, agrupadas por sexo y edad

Escalas de valoración	Sexo				p	Edad				p
	Hombre		Mujer			80-84		>84		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>Pfeiffer</i>					0,179					0,011
Normal	43	74,1	69	63,9		65	76,5	47	58,0	
Alterado	15	25,9	39	36,1		20	23,5	34	34,0	
<i>Gijón</i>					0,006					0,307
Normal	31	53,4	33	30,6		37	44,0	27	32,9	
Riesgo social	25	43,1	60	55,6		40	47,6	45	54,9	
Problema social	2	3,4	15	13,9		7	8,3	10	12,2	
<i>Goldberg depresión</i>					0,516					0,908
Normal	41	70,7	71	65,7		57	67,1	55	67,9	
Patológico	17	29,3	37	34,3		28	32,9	26	32,1	
<i>Goldberg ansiedad</i>					0,118					0,319
Normal	50	86,2	82	75,9		65	76,5	67	82,7	
Patológico	8	13,8	26	24,1		20	23,5	14	17,3	
<i>Barthel</i>					0,697					0,668
Sin dependencia	24	41,4	41	37,6		48	56,5	17	20,7	
Leve	30	51,7	56	51,4		32	37,6	54	65,9	
Moderada	3	5,2	8	7,3		3	3,5	8	9,8	
Grave	1	1,7	1	0,9		1	1,2	1	1,2	
Dependencia total	0	0,0	3	2,8		1	1,2	2	2,4	

malnutrición establecida o riesgo de padecerla. De hecho, los datos obtenidos indican que el grupo de individuos que viven solos gozan de un mejor estado nutricional. Estos resultados no coinciden con los encontrados en la literatura consultada¹, y se podrían explicar con el resto de resultados obtenidos. En nuestra muestra de estudio se ha observado que los pacientes que viven solos tienden a ser más jóvenes y a gozar de mejor estado de salud: presentan menos procesos crónicos, consumen una menor cantidad de fármacos y presentan una mejor puntuación de Pfeiffer y Barthel. Por lo tanto, son pacientes que, a priori, requerirán menores cuidados por parte de terceros y podrán mantener una suficiente autonomía en su domicilio pese a su condición de soledad.

Contrariamente a lo que apunta la literatura, la proporción de pacientes de más de 79 años que viven solos representa un 27% respecto al total en nuestra muestra¹¹. Posiblemente esta diferencia podría deberse a las diferencias de ámbito de estudio y de los recursos tanto sociales como familiares de los que se dispone en una ciudad como Barcelona.

Los resultados del presente estudio van a favor de que la edad sí parece estar relacionada con el riesgo de malnutrición. Probablemente sea debido a que el envejecimiento, como proceso inherente a la edad, conlleva un mayor número de procesos patológicos y de limitaciones en la vida diaria del colectivo anciano que favorecen esta condición, tal como concluyen Ramic et al.¹² en un estudio realizado en Bosnia en 2011.

Así mismo hemos podido observar que los pacientes mayores de 79 años que viven solos son en su mayoría independientes para las actividades de la vida diaria y suelen presentar un mejor estado de salud física y mental. Todo ello puede explicar que estos pacientes presenten un mejor estado nutricional global y que la condición de vivir solo, en nuestro ámbito de estudio, no se asocie con estados de malnutrición o riesgo de padecerla.

En conclusión, el aumento en la esperanza de vida producido en las últimas décadas está comportando un envejecimiento sin precedentes de la población. A ello se suma el aumento de comorbilidades de estos pacientes, el aumento de la soledad y el aumento de los estados de malnutrición. Cada una de las situaciones mencionadas constituye un verdadero problema de salud al que el médico de atención primaria debe enfrentarse en su consulta. Ateniéndose a los resultados obtenidos en el presente estudio, creemos que es en los pacientes de más edad en los que, probablemente, se encuentra un mayor número de individuos que se podrían beneficiar de intervenciones dirigidas a la detección y corrección de estos estados nutricionalmente deficitarios.

En esta línea hacen falta más estudios que terminen de dilucidar si realmente existen o no las diferencias de estado nutricional planteadas en un principio en ancianos que viven, o no, solos. Pero en todo caso la herramienta MNA sigue siendo de gran apoyo para realizar un cribado con relación a la malnutrición de los pacientes frágiles de nuestra población.

Tabla 4 Variables sociodemográficas y escalas de valoración, según resultado de MNA

Cribado nutricional MNA							
	Normal		Riesgo		Malnutrición		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,068
Hombre	40	69,0	14	24,1	4	6,9	
Mujer	55	50,5	44	40,4	10	9,2	
Edad							0,003
80-84 años	59	69,4	22	25,9	4	4,7	
> 84 años	36	43,9	36	43,9	10	12,2	
Estado civil							0,075
Casado	45	68,2	18	27,3	3	4,5	
Viudo	41	46,6	37	42,0	10	11,4	
Otros	9	69,2	3	23,1	1	7,7	
Vive solo							0,106
Sí	31	67,4	14	30,4	1	2,2	
No	64	52,9	44	36,4	13	10,7	
CAP							0,664
Carmel	39	60,0	23	35,4	3	4,6	
Larrard	30	57,7	17	32,7	5	9,6	
La Mina	26	52,0	18	36,0	6	12,0	
ATDOM							<0,005
Sí	9	22,5	25	62,5	6	15,0	
No	86	67,7	33	26,0	8	6,3	
Escalas de valoración							
<i>Pfeiffer</i>							< 0,005
Normal	75	67,0	33	29,5	4	3,6	
Alterado	20	37,0	25	46,3	9	16,7	
<i>Gijón</i>							< 0,005
Normal	45	70,3	18	28,1	1	1,6	
Riesgo social	46	54,1	29	34,1	10	11,8	
Problema social	4	23,5	10	58,8	3	17,6	
<i>Barthel</i>							< 0,005
Sin dependencia	56	86,2	7	10,8	2	3,1	
Leve	36	41,9	44	51,2	6	7,0	
Moderada o más	3	18,8	7	43,8	6	37,5	
<i>Goldberg ansiedad</i>							0,114
Normal	80	60,6	44	33,3	8	6,1	
Patológico	15	44,1	14	41,2	5	14,7	
<i>Goldberg depresión</i>							< 0,005
Normal	78	69,6	30	26,8	4	3,6	
Patológico	17	31,5	28	51,9	9	16,7	

Lo conocido sobre el tema

- Las personas de edad avanzada son uno de los colectivos más vulnerables a la soledad.
- En la gente mayor existe una alta prevalencia de depresión y un mayor riesgo de sufrir anorexia y desnutrición.
- La malnutrición es un proceso inherente al envejecimiento pero que se encuentra asociada a diferentes factores.

Qué aporta este estudio

- Los pacientes mayores de 79 años del estudio que viven solos son en su mayoría independientes para las actividades de la vida diaria.
- Los pacientes incluidos en el estudio presentan un mejor estado de salud física y mental, y un mejor estado nutricional, no asociándose el vivir solo con estados de malnutrición o riesgo de padecerla.
- Aunque los resultados de las puntuaciones del *Mini Nutritional Assessment* no han logrado mostrar diferencias entre grupos según el modelo familiar, la edad sí parece ser un factor importante a tener en cuenta.

Financiación

El trabajo no dispone de fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Maribel Fernández, técnica de Salud.

A Isabel Montaner, Francisco Díaz y Virginia Salido, tutores de nuestra residencia.

A las respectivas enfermeras que han participado en la recogida de datos.

A todos los pacientes que han participado en el estudio.

Bibliografía

1. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona. Evolució segons grans grups d'edat. 1991-2012 [consultado 28 May 2014]. Disponible en: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/guiabcn/pobbcn/t4.htm>.
2. Kido Y. The issue of nutrition in an aging society. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2015;61:176-7.
3. Mesa MP, Forcano M. Deterioro funcional en el anciano: significado, prevención y tratamiento. *Jano*. 2002;62:50-3.
4. García R, Rubio MC, García R. Prevalencia de fragilidad según el cuestionario de Barber y los criterios de atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil. *MGYF*. 2011;136:63-9.
5. Moliner C, Gardeñes L, Herrera A. Ancianos frágiles: ¿cuántos y por qué? *Semergen*. 2007;33:287-92.
6. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The Soli-nut Study: Analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. *J Nutr Health Aging*. 2005;9:261-8.
7. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41:223-33.
8. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23:387-96.
9. Hsieh YM, Sung TS, Wan KS. A survey of nutrition and health status of solitary and non-solitary elders in Taiwan. *J Nutr Health Aging*. 2010;14:11-4.
10. Swarnalatha N. The prevalence of depression among the rural elderly in Chittoor District Andhra Pradesh. *J Clin Diagn Res*. 2013;7:1356-60.
11. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr*. 2006;25:180-6.
12. Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E, Alic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arh*. 2011;65:92-5.
13. Hughes G, Bennett KM, Hetherington MM. Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appet*. 2004;43:269-76.
14. Donini LM, Neri B, de Chiara S, Poggiogalle E, Muscaritoli M. Nutritional care in a nursing home in Italy. *PLoS ONE*. 2013;8.
15. Schilp J, Wijnhoven HA, Deeg DJ, Visser M. Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Br J Nutr*. 2011;106:708-17.
16. Cousson PY, Bessadet M, Nicolas E, Veyrune JL, Lesourd B, Las-sauzay C. Nutritional status, dietary intake and oral quality of life in elderly complete denture wearers. *Gerodontology*. 2012;29:685-92.
17. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58:64-70.
18. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract*. 2006;12:110-8.
19. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10:466-87.
20. Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:446-50.
21. Díaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29:245-339.
22. Alarcón MT, González JL. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:178-9.
23. Pfeiffer E. Short Portable Mental Status Questionnaire. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.
24. Martínez J. Cuestionario abreviado del estado mental o cuestionario de Pfeiffer. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129-34.
25. Mahoney FI. Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.

26. Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28:32–40.
27. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*. 1988;97:897–9.
28. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345–6.