



IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS MAYORES: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO CLÍNICO

IMPACT OF DEPRESSION ON THE NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY PEOPLE: NURSING CARE PLAN IN A CLINICAL CASE

Macarena Cáceres Izquierdo^{a*}
 Magdalena Castro Etcheberrigaray^a
 Catalina Collao Crisóstomo^a
 Rosa Alejandra Apaza^a
 Javiera Avendaño Salinas^a

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.
 Artículo recibido el 13 de agosto, 2024. Aceptado en versión corregida el 24 de noviembre, 2025.

DOI: 10.52611/confluencia.2025.1478

RESUMEN

Introducción: La malnutrición y la depresión son condiciones prevalentes en adultos mayores institucionalizados, las cuales mantienen una relación estrecha y compleja que afecta negativamente su calidad de vida. A pesar de su alta frecuencia, suelen abordarse de forma aislada, lo que dificulta la eficacia de las intervenciones y el manejo integral. **Desarrollo:** Se presenta a la residente de iniciales GA, mujer de 90 años institucionalizada en un Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores, con antecedentes de demencia tipo Alzheimer, depresión, desnutrición (Índice de Masa Corporal 16,4), artrosis, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y fractura bilateral de cadera. Presenta dependencia funcional severa, bajo apetito, rechazo a la alimentación, aislamiento social y deterioro cognitivo progresivo. La evaluación integral incluyó escalas estandarizadas para valorar su estado cognitivo, nutricional, funcional y emocional, evidenciando depresión leve y riesgo moderado de caídas y lesiones por presión. Se diseñó un plan de cuidados interdisciplinarios enfocado en mejorar la alimentación, con apoyo de nutricionista y psicólogo. **Discusión:** Este caso destaca la importancia de un abordaje integral que combine intervenciones nutricionales, emocionales y sociales para romper el ciclo de malnutrición por déficit y depresión. La falta de redes de apoyo y la dependencia funcional agravan el estado de salud de la residente, evidenciando la necesidad de estrategias multidisciplinarias en estos establecimientos. El rol de enfermería es fundamental en la detección precoz y coordinación del cuidado, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores institucionalizados.

Palabras clave: Persona mayor; Fragilidad; Malnutrición; Depresión.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition and depression are prevalent conditions among institutionalized older adults, maintaining a close and complex relationship that negatively impacts their quality of life. Despite their high prevalence, these conditions are often addressed separately, limiting the effectiveness of interventions and comprehensive care. **Development:** This case presents the resident with the initials GA, a 90-year-old female resident of a Long-term Care Facility for the elderly, with a medical history of Alzheimer's type dementia, depression, malnutrition (Body Mass Index 16,4), osteoarthritis, heart failure, stroke, and bilateral hip fracture. She exhibits severe functional dependence, low appetite, food refusal, social isolation, and progressive cognitive decline. A comprehensive assessment using standardized scale was conducted to evaluate her cognitive, nutritional, functional and emotional status, revealing mild depression and moderate risk of falls and pressure injuries. An interdisciplinary care plan was designed with a focus on improving nutrition, supported by dietitian and psychologist. **Discussion:** This case highlights the importance of an integrated approach that combines nutritional, emotional, and social interventions to break off the cycle of malnutrition and depression. The lack of support networks and functional dependence aggravate the resident's state of health, highlighting the need for multidisciplinary strategies in these establishments. The role of nursing is fundamental in early detection and coordination of care, contributing to improving the quality of life and well-being of institutionalised older adults.

Key words: Aged; Frail elderly; Malnutrition; Depression.

Cómo citar:

Cáceres-Izquierdo M, Castro-Etcheberrigaray M, Collao-Crisóstomo C, Apaza RA, Avendaño-Salinas J. Impacto de la depresión en el estado nutricional en personas mayores: Plan de cuidados de enfermería en un caso clínico. Rev Conflu [Internet]. 2025 [citado el 30 de noviembre 2025];8. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1478>

INTRODUCCIÓN

La malnutrición por déficit y la depresión son patologías prevalentes en Adultos Mayores (AM). Su relación es poco visibilizada en Chile y, habitualmente, se abordan por separado. La experiencia de cuidado con una usuaria perteneciente a un Establecimiento de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) en la Región Metropolitana, con ambos diagnósticos, evidenció la necesidad de un enfoque integral e interdisciplinario y motivó a las autoras para el reporte del caso.

En Chile, los AM representan el 14% de la población total según el CENSO 2024¹. Entre sus principales problemas destacan la depresión y la desnutrición, que afectan la calidad de vida y desafían el cuidado integral². La depresión compromete el bienestar emocional y repercute directamente en el estado nutricional, generando un deterioro progresivo de la salud física y mental³.

La depresión es un trastorno caracterizado por el desinterés, alteraciones del apetito y del sueño, cambios psicomotores, sentimientos de culpa, dificultades cognitivas y pensamientos suicidas^{3,4}. En el AM su prevalencia es elevada. Un estudio en hogares de Paraguay sobre determinantes biopsicosociales de la desnutrición en AM, reportó síntomas depresivos en un 68% de su muestra, siendo más frecuente en mujeres (72%) que en hombres (60%)⁵. Por otra parte, la malnutrición por déficit corresponde a una ingesta insuficiente de nutrientes, lo que provoca pérdida de peso, reducción de masa muscular y deterioro funcional⁶.

Existe una alta correlación entre la desnutrición y la depresión en AM. Un estudio realizado en Ciudad de México sobre la prevalencia de malnutrición y depresión en AM, reportó que el 21,1% de su muestra presentaba desnutrición y un 27,9% depresión leve⁶, lo que demuestra la necesidad de abordar simultáneamente la salud nutricional y mental para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida^{7,8}. En Nepal, según un estudio centrado en AM en base a los tópicos mencionados con anterioridad, se demostró que el 7% de los AM nepalíes presentaba ambos cuadros, y quienes tenían depresión moderada a severa mostraban cinco veces más riesgo de desnutrición⁹. Esta relación puede explicarse porque la depresión suele generar pérdida de apetito y retraimiento social, reduciendo la ingesta de nutrientes^{8,10}, mientras que la desnutrición favorece el deterioro funcional, la fatiga y el empeoramiento del estado de ánimo, generando un deterioro físico y emocional¹¹.

En personas mayores institucionalizadas, la depresión afecta directamente el estado nutricional, ya que síntomas como la tristeza, la desesperanza y la baja autoestima disminuyen el apetito y favorecen la desnutrición. Asimismo, se relaciona con polifarmacia, dependencia funcional, deterioro cognitivo, soledad y falta de apoyo familiar. Su

prevalencia puede superar el 39%, especialmente en mujeres^{6,7,12}.

Con los antecedentes presentados, el objetivo de este reporte es describir el caso de una residente de un ELEAM en la Región Metropolitana, con diagnóstico de desnutrición y depresión. Considerando la alta prevalencia y la relación entre ambas condiciones, se busca aportar evidencia que contribuya a la práctica clínica. A partir del análisis, se propondrá un plan de cuidados de enfermería con intervenciones integrales e interdisciplinarias.

Este caso clínico se desarrolló conforme a las normativas nacionales e internacionales en materia de ética en investigación, mediante el consentimiento de la residente, a quien se le explicó el objetivo del estudio. Para resguardar su identidad y seguridad, se la identificará únicamente con las iniciales de su nombre.

Para contextualizar, se realizó una búsqueda bibliográfica, la revisión de la ficha clínica y una entrevista directa a la usuaria, con el fin de sustentar el análisis. El caso clínico se organiza en etapas que incluyen el desarrollo detallado del caso y una discusión final sobre los hallazgos y su relevancia para la práctica clínica.

DESARROLLO

Usuaria GA, de 91 años (nacida en 1934), previsión FONASA B, ingresó al ELEAM el 19 de febrero de 2021, debido a que su sobrino no contaba con las capacidades para cuidarla. Sin alergias registradas. Entre sus antecedentes mórbidos destaca demencia tipo Alzheimer, depresión, desnutrición (Índice de Masa Corporal (IMC) 16,4), artrosis, insuficiencia cardíaca congénita, Accidente Cerebrovascular (ACV), hipertensión arterial, fractura bilateral de cadera y arritmia cardíaca por fibrilación auricular en Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO). Fue operada por fractura bilateral de cadera, aunque la usuaria refiere no recordar la fecha de cirugía. En 2024 fue hospitalizada por neumonía bacteriana y por un ACV. La paciente presenta dolor y rigidez articular por la artrosis y la fractura bilateral de cadera, además de un deterioro cognitivo progresivo y trastorno del sueño con dificultad para conciliar y mantener el descanso. Su tratamiento farmacológico actual incluye atorvastatina 20 mg para la prevención secundaria de eventos cerebrovasculares, furosemida 40 mg para la hipertensión arterial, melatonina 3 mg para ayudar a conciliar el sueño, paracetamol 500 mg y pregabalina 75 mg como analgésicos para el dolor osteoarticular, rivaroxabán 20 mg como TACO para la fibrilación auricular, sertralina 50 mg para la depresión y pargaverina clorhidrato 40 gotas, utilizado si la usuaria refiere dolor abdominal. La usuaria se moviliza en silla de ruedas y utiliza anteojos ópticos.

Respecto a sus hábitos, no fuma ni consume alcohol. En cuanto a su estilo de vida, cuenta con una

alimentación entera, presenta bajo apetito y tiende a rechazar alimentos o dejar parte del plato sin consumir. Debido a su desnutrición sigue una dieta hipercalórica, hiperproteica e hiposódica. No realiza actividad física, prefiere la soledad y no participa en talleres ni mantiene amistades.

Valoración funcional y mental

Para la evaluación integral de la residente, se aplicaron diversas escalas estandarizadas que valoraron su estado cognitivo, funcional, nutricional, deglutorio y riesgo clínico. Entre estas se incluyeron las escalas Pfeiffer, Minimental Extendido, Mini Nutritional Assessment (MNA), Índice de Barthel, Índice de Katz, Escala de Riesgo de Caídas de Downton, Escala de Braden, Functional Oral Intake Scale (FOIS) y Gugging Swallowing Screen (GUSS). Cada una de estas herramientas fue aplicada en múltiples ocasiones a lo largo del tiempo, lo que permitió observar la evolución de la residente. El detalle cronológico de dichas aplicaciones y sus respectivas interpretaciones se encuentra representado en la Figuras 1. En los últimos años evaluados, específicamente durante 2024 y 2025, se evidenció una persistencia de los resultados que reflejaban un deterioro cognitivo leve según Pfeiffer y moderado de acuerdo con el Minimental, un estado de malnutrición según el MNA, una dependencia funcional en Barthel y una dependencia severa, clasificada “F”, según el Índice de Katz. Asimismo, durante este período se mantuvieron niveles de riesgo moderado en la escala de Braden y riesgo medio en la mayoría de las evaluaciones de Downton. En cuanto a la deglución, se observó constancia en los resultados obtenidos en FOIS (nivel 5) y GUSS, lo que implicó la derivación al equipo de nutrición y fonoaudiología para seguimiento y manejo especializado. Estas observaciones reforzaron la importancia de un seguimiento clínico continuo y multidisciplinario, especialmente en este contexto.

Dentro de lo funcional, se evidenció mediante la escala de Barthel una dependencia severa (20 puntos), donde destaca la dependiente para lavarse, arreglarse, usar el retrete y subir escalones, además de necesitar ayuda para comer y trasladarse. También presenta un riesgo moderado de Lesiones Por Presión (LPP) evidenciado por la escala Braden (14 puntos) y, a través de la escala Downton, un alto riesgo de caídas (5 puntos). En la esfera mental se aplicó la escala de Minimental abreviado, dando como resultado 8 puntos (alterado), destacando alteración en la orientación, la memoria a corto plazo, el invertir series y la praxis. Por último, en el ámbito emocional, destaca 8 puntos en la escala Yesavage, dando como resultado una depresión leve. En esta escala sus respuestas reflejan insatisfacción con su vida, pérdida de intereses, sensación de vacío, desánimo constante y percepción negativa de su situación en comparación con otros, lo que evidencia labilidad emocional que requiere intervención (Figura 1).

Valoración emocional y social

Las redes de apoyo de la residente son dos familiares, su sobrino A, con quien mantiene contacto telefónico esporádico, y su sobrina I, quien la visitó hace 6 meses. La relación con ambos es cordial. Esta dinámica familiar se detalla en la Figura 2. Respecto al ámbito emocional y social, la residente no mantiene vínculos afectivos dentro del ELEAM y evita las actividades grupales. Se muestra retraída y refiere tristeza frecuente y anhedonia. En la escala de depresión geriátrica de Yesavage obtuvo 8 puntos, indicando depresión leve (Figura 2).

Examen físico

A continuación, se describen aspectos del examen físico de la usuaria que podrían complementar la valoración de enfermería, considerando sus antecedentes y situación clínica.

Previo al examen físico se deberían controlar los signos vitales, especialmente la presión arterial, dado que la usuaria presenta antecedentes de HTA. Posteriormente, se debería valorar el estado de consciencia, la orientación temporal-espacial y la expresión emocional. Se podría inspeccionar signos de desnutrición, como pérdida de masa muscular y disminución del tejido subcutáneo. Además, se podría evaluar el reflejo fotomotor, la percepción sensorial y la posible presencia de ingurgitación yugular. En el tórax, se realizaría la auscultación cardíaca y pulmonar; en la columna, la inspección de las zonas de apoyo para descartar LPP. En extremidades, se podría valorar fuerza, movilidad, pulsos, edema, llenado capilar, aumento de volumen articular y dolor en articulaciones tanto a la palpación como en reposo. En extremidades superiores se podría observar nódulos de Bouchard y/o Heberden, mientras que en extremidades inferiores se identificarían varices. Finalmente, se debería evaluar la continencia urinaria e intestinal, con el fin de detectar alteraciones que requieran intervención.

Plan de cuidados

Para la residente GA se elaboró un plan de cuidados con tres diagnósticos prioritarios. Las intervenciones se centraron en el primero, incluyendo fundamentación, respuesta esperada a corto y mediano plazo, e indicadores de evaluación (Tabla 1).

Diagnósticos de enfermería:

1. Déficit de autocuidado: alimentación, relacionada con labilidad emocional manifestado por bajo apetito, rechazo de alimentos e IMC 16,4.
2. Aislamiento social relacionado con labilidad emocional, secundaria a depresión manifestado por escasa interacción social, elección de permanecer sola y referir no tener amigas en el hogar.
3. Riesgo de estreñimiento, relacionado con ingesta insuficiente de alimentos y trastorno del ánimo.

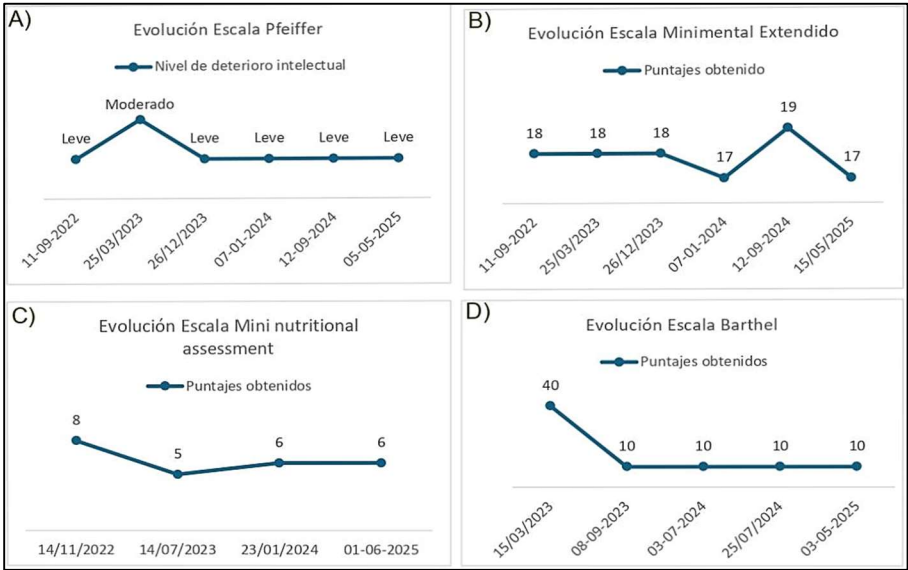


Figura 1. Esta figura representa los resultados de cada evaluación en orden cronológico: a) Evolución Escala Pfeiffer; b) Evolución Escala MME; c) Evolución Escala MNA; y d) Evolución Escala Barthel.

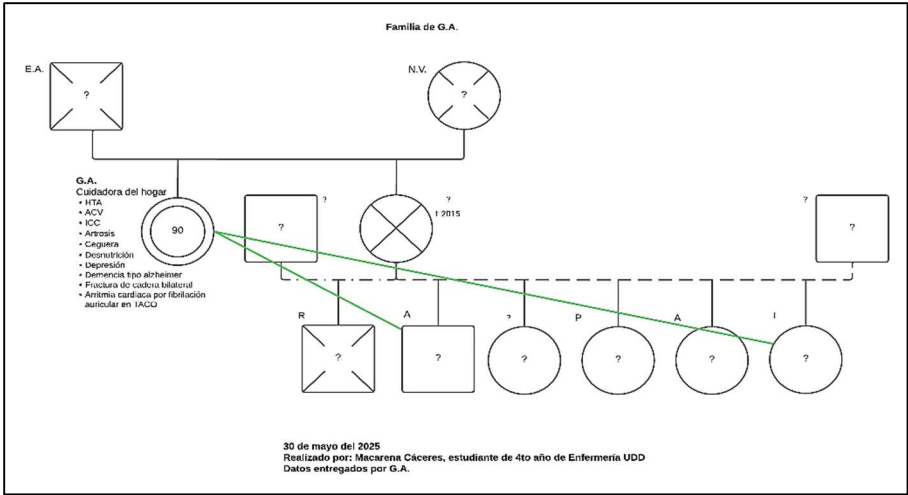


Figura 2. Genograma de GA.

Tabla 1. Intervenciones de enfermería para diagnóstico Déficit de autocuidado: Alimentación.

Indicadores	Intervenciones	Fundamentación	Respuesta esperada
Indicador a corto plazo (1 semana) Intervenciones cumplidas por la residente: Identificación y verbalización de al menos una comida saludable, evaluación por nutricionista y psicólogo, y consumo del 75% de los alimentos ofrecidos en al menos 3 días. Meta: $\geq 40\%$ del plan de cuidado.	1. Proporcionar sesiones educativas sobre principios de nutrición, enfatizando la importancia de una dieta balanceada y saludable y como esta se relaciona con su estado de ánimo. 2. Gestionar con nutricionista y psicólogo un abordaje integral	La educación nutre la comprensión de la usuaria sobre su salud, lo que promueve la autoeficacia y empoderamiento para tomar decisiones informadas sobre su alimentación. Un enfoque integral permite abordar tanto los factores emocionales como los nutricionales implicados en el déficit de autocuidado.	La residente identificará y verbalizará al menos una comida rica en nutrientes que a la vez le fuera agradable en el día por 1 semana. La usuaria será evaluada por nutricionista y psicólogo en una semana y se implementará un plan de cuidado conjunto.
Indicador a mediano plazo (4 semanas) Intervenciones cumplidas por la residente: Identificación y verbalización de al menos una comida saludable; evaluación por nutricionista y psicólogo; consumo del 75% de los alimentos ofrecidos en al menos 3 días; control mensual de los signos de mal nutrición; y supervisión de la ingesta de alimentos. Meta: $\geq 80\%$ del plan de cuidado.	3. Registrar el porcentaje de alimentos consumidos por la residente en cada comida, verificando si alcanza al menos el 75% de lo ofrecido. 4. Controlar mensualmente los signos de desnutrición con énfasis en el peso, IMC y circunferencia de cintura. 5. Supervisar la ingesta de alimentos, brindando apoyo durante las comidas y reforzando de forma positiva cada avance, respetando su ritmo y sin ejercer presión.	Registrar el consumo diario permite evaluar la ingesta real, detectar problemas oportunamente y ajustar el plan alimentario para mejorar el estado nutricional y prevenir complicaciones La vigilancia activa del estado nutricional es clave en AM con factores de riesgo como inmovilidad, desnutrición y dependencia funcional. El acompañamiento durante las comidas permite observar el autocuidado alimentario, brindar apoyo emocional y reforzar conductas positivas, favoreciendo una actitud más receptiva hacia la alimentación sin generar rechazo.	La usuaria consume el 75% de los alimentos ofrecidos en cada comida durante 3 días en 1 semana. En un mes, la residente se mantiene estable o aumenta su peso corporal en al menos 0.5kg La usuaria aumenta su disposición a alimentarse, aceptando al menos el 75% de los alimentos en la mayoría de las comidas principales durante cuatro semanas, mostrando mayor colaboración y menor resistencia.

DISCUSIÓN

El caso de la residente GA evidencia la relación entre desnutrición y depresión en personas mayores, un problema de alcance global. En Chile, aunque ambas condiciones son prevalentes, suelen abordarse por separado, lo que limita la efectividad del trabajo interdisciplinario y de las intervenciones. La residente presenta un IMC de 16,4, bajo apetito, aislamiento social y dependencia funcional severa, factores que favorecen ambas condiciones, tal como lo demuestran estudios realizados en México y Nepal^{6,9}, que señalan una asociación significativa.

Estudios recientes muestran que los AM con depresión tienen hasta cinco veces más riesgo de desnutrición que quienes no manifiestan estos síntomas⁹. Esta relación evidencia que la depresión puede actuar como causa o consecuencia de la desnutrición, ya que cada condición tiende a intensificar la otra.

La evidencia también señala que los AM institucionalizados presentan mayor riesgo de depresión que quienes viven en comunidad, debido a factores como la pérdida de vínculos familiares, el sentimiento de inutilidad y la disminución de la autonomía⁴. En el caso presentado, la residente carece de relaciones afectivas cercanas y muestra poco interés de interactuar, lo que limita su estimulación social y emocional. Esto coincide con un estudio realizado en Chillán, donde se relaciona la falta de sentido vital con el desarrollo de depresión en AM².

El caso presentado muestra implicancias clínicas y sociales. Clínicamente, la coexistencia de depresión y desnutrición hace necesario un abordaje interdisciplinario, debido a su relación con complicaciones como sarcopenia, deterioro funcional y la posible exacerbación de problemas de salud mental. Esto refuerza la importancia de evaluar de manera continua el estado nutricional y emocional de los AM institucionalizados e implementar intervenciones psicosociales y de rehabilitación. Socialmente, el aislamiento y la escasa red de apoyo evidencian una situación de vulnerabilidad que desafía las políticas públicas orientadas a la participación social y al fortalecimiento de vínculos.

Frente a esto, el rol de enfermería en los ELEAM es fundamental, ya que permite la detección precoz de signos compatibles con depresión o desnutrición, la elaboración de planes de cuidados interdisciplinarios y la promoción de estrategias centradas en la persona. La evidencia señala que las intervenciones resultan más efectivas cuando combinan estimulación psicosocial, apoyo emocional y estrategias nutricionales individualizadas^{4,12}.

A partir de lo revisado, surgen nuevos tópicos de interés, como las estrategias nutricionales con enfoque biopsicosocial en AM, su posible rol coadyuvante en la depresión y el impacto del

aislamiento social en la calidad de vida de las personas institucionalizadas.

Entre las principales limitaciones del estudio de caso se encuentran la imposibilidad de generalizar los hallazgos, dado que se analiza a una sola residente de un ELEAM. Además, se utilizó información registrada y autorreportada, susceptible a sesgos de memoria, interpretación y métodos de recopilación, lo que puede afectar su validez.

El desarrollo de este caso clínico aporta a la disciplina al integrar evidencia en la toma de decisiones y fortalecer el razonamiento clínico en el cuidado del AM. Para la formación de pregrado, este trabajo es relevante porque vincula teoría y práctica, afianza la valoración integral y el trabajo interdisciplinario, y desarrolla competencias esenciales para mejorar la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística - Chile. CENSO 2024 Resultados principales [Internet]. Santiago: INE; 2024 [citado el 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados-dashboard/>
2. Luengo C, Ocares J, Sandoval P, Santana T, Vásquez K, Morales I. Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado el 8 de junio 2025];32(4):216-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216&lng=es
3. Shakil S, Ghosh J, Singh K, Chaudhury SR. Comparative analysis of nutritional status among institutionalised and community-dwelling elderly women and its association with mental health status and cognitive function. J Family Med Prim Care [Internet]. 2024 [citado el 8 de junio 2025];13(8):3078-83. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc.1932.23>
4. Santiago LM, Mattos IE. Depressive symptoms in institutionalized older adults. Rev Saude Publica [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio 2025];48(2):216-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004965>
5. Riveros Ríos M. Valoración de factores biopsicosociales determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores en hogares de ancianos. An Fac Cienc Méd (Asunción) [Internet]. 2015 [citado el 8 de junio 2025];48(2):11-26. Disponible en: [https://doi.org/10.18004/anales/2015.048\(02\)11-026](https://doi.org/10.18004/anales/2015.048(02)11-026)
6. Velázquez-Alva MC, Irigoyen-Camacho ME, Cabrer-Rosales MF, Lazarevich I, Arrieta-Cruz I, Gutiérrez-Juárez R, Zepeda-Zepeda MA. Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. Nutrients [Internet]. 2020 [citado el 8 de junio 2025];12(8):2429. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu12082429>
7. Tasayco-Hernández CE, Huaycochea-Aguilar KM, Osada J. Depresión como factor de riesgo importante en el estado nutricional en una residencia de ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado el 8 de

- junio 2025];33(2):104. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200008
8. Tasnim T, Sadiq MZA, Karim KMR. Depression level, nutritional status, and dietary nutrient intake of the older adult at the community level in a selected area of Bangladesh. *Heliyon* [Internet]. 2023 [citado el 8 de junio 2025];9(7):e18199. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18199>
 9. Ghimire S, Baral BK, Pokhrel BR, Pokhrel A, Acharya A, Amatya D, Amatya P, Mishra SR. Depression, malnutrition, and health-related quality of life among Nepali older patients. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio 2025];18(1):191. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0881-5>
 10. Mucha-Samaniego L, Huaman M, Armada J, Mejía C. Asociación entre la depresión y desnutrición en el adulto mayor de un distrito de la serranía central peruana durante la pandemia. *Nutr Clín Diet Hosp* [Internet]. 2023 [citado el 8 de junio 2025];43(4):20-31. Disponible en: <https://doi.org/10.12873/434much>
 11. Salimzadeh N, Besharati F, Darvishpour A, Kazemnezhad E. The relationship between depression and nutritional status among the elderly adults with cardiovascular diseases in Northern Iran. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2025 [citado el 8 de junio 2025];44(42):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00787-5>
 12. Arauco-Lozada T, Garrido-Carrasco P, Farran-Codina A. Impacto sobre el riesgo de malnutrición y depresión en un ensayo clínico con intervención educativa nutricional en adultos mayores no institucionalizados, receptores de un servicio de teleasistencia en la ciudad de Tarrasa (España). *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [citado el 8 de junio 2025];38(2):260-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03269>