

Universidad Autónoma “Francisco García Salinas”. Zacatecas. México

DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO MEXICANO DE ZACATECAS

Carolina Castañeda Trejo¹, Anayancin Acuña Ruiz^{2¶}, Ana María Herrera Medrano^{3¶}, Rosa Adriana Martínez Esquivel^{4¶}, Irais Castillo Rangel^{5¶}.

RESUMEN

Introducción: La vejez es una construcción social y cultural que las sociedades y los individuos reconfiguran y asumen de manera distinta en diversas épocas. Más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el ser humano ha situado como vejez, lo que convierte al envejecimiento en un reto para las sociedades (pos)modernas. **Objetivo:** Determinar la influencia de la depresión sobre el estado nutricional del adulto mayor que vive sin restricciones en una comunidad del Estado mexicano de Zacatecas. **Diseño del estudio:** Transversal, analítico. **Serie de estudio:** Treinta sujetos (*Mujeres:* 73.3%) con edades ≥ 60 años examinados en 2 sitios diferentes: *Hogar de ancianos:* 26.7% vs. *Programa ambulatorio:* 63.3%. **Métodos:** La depresión se estableció mediante el cuestionario (abreviado) de Yesavage. El estado nutricional se determinó independientemente mediante la Mini Encuesta Nutricional del Anciano. Las asociaciones entre los dominios afectivo y nutricional se ajustaron mediante la escala Gijón de evaluación de las redes sociales del adulto mayor. **Resultados:** La depresión estaba presente en el 40.0% de los adultos mayores encuestados. La desnutrición afectó al 73.3% de los examinados. Las asociaciones entre los dominios afectivo y nutricional estuvieron mediatizadas por la locación de examen del adulto mayor y el estado de las redes sociales. **Conclusiones:** Los adultos mayores internados en un hogar de ancianos, y con una red social precaria, están en riesgo incrementado de depresión y desnutrición. Las asociaciones entre estos dominios pueden ser redundantes, todo lo cual se constituye en perjuicio para el estado de salud del adulto mayor. Tales situaciones deberían ser identificadas e intervenidas a fin de asegurar un envejecimiento digno y saludable. **Castañeda Trejo C, Acuña Ruiz A, Herrera Medrano AM, Martínez Esquivel RA, Castillo Rangel I. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del Estado mexicano de Zacatecas. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2018;28(1):28-43. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.**

Palabras clave: *Adulto mayor / Estado nutricional / Depresión.*

¹ Licenciada en Nutrición. ² Máster en Salud Pública con Mención en Nutrición comunitaria. ³ Máster en Educación.

⁴ Máster en Psicología Clínica. ⁵ Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

¶ Docente e investigador del Programa de Nutrición. Universidad Autónoma de Zacatecas.

Recibido: 3 de Septiembre del 2017. Aceptado: 30 de Septiembre del 2017.

Anayancin Acuña Ruiz. Programa de Nutrición. Universidad Autónoma “Francisco García Salinas”. Zacatecas. Zacatecas. México.

Correo electrónico: lic.nut.anayancin@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la salud y el bienestar durante toda la vida. Este principio se extiende e incluye la calidad de vida de los adultos mayores (referidos a aquellos que superan los 60 años de edad). A tal fin la OMS, en su segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (celebrada en el año 2002) acordó prestar especial atención a la reducción de los factores de riesgo de la ocurrencia de enfermedades no transmisibles y la declinación funcional a medida que el sujeto envejece. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido que la salud del adulto mayor es uno de los retos más formidables de la salud pública en este siglo XXI.¹

Durante el presente siglo se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como el límite de la vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades (pos)modernas. Lo anterior conlleva a grandes decisiones y la adopción de soluciones adecuadas con las consecuencias que de esta singular situación se deriven.

El envejecimiento del ser humano implica transformaciones de todo signo (sea éste positivo, negativo, neutro) que son ocasionadas por el paso del tiempo, y que provienen tanto del propio organismo, como de los medios social y cultural dentro del cual se desenvuelve el sujeto.² El adulto mayor necesita asimilar todos estos cambios para adaptarse y reproducir las implicaciones sociales y valorativas de dicha categoría, reestructurando en el proceso la posición social que ocupa, y la forma de participación dentro de la misma.³ Los cambios que ocurren en la vida del adulto mayor a nivel social y cultural son evidentes al modificarse los roles familiares, los roles de trabajo, la estructura y la dinámica familiares, los

recursos de poder, la posición, el *status* y la categoría sociales. Todos estos eventos transforman el cómo los adultos mayores se relacionan con el medio social, e impactan en el bienestar integral del individuo.⁴

En virtud de todo lo anterior, adquiere una gran importancia el conocimiento de los factores que intervienen en el estado físico y nutricional del adulto mayor, como la sarcopenia, la anorexia (que puede ser fisiológica, como parte del envejecimiento), la depresión, el aislamiento y el retraimiento, la demencia, la ocurrencia de enfermedades crónicas, y el consumo de varios fármacos, sin dejar de lado los factores socioeconómicos.

El adulto mayor y el anciano se encuentran en riesgo aumentado de desnutrición. En un estudio completado en la región española de Cantabria con 1,605 ancianos, la desnutrición (determinada mediante la MiniEncuesta Nutricional) fue un hallazgo prevalente.⁵ No solo eso: la desnutrición pudiera depender del lugar del encuentro con el anciano. Se destacó el hallazgo de que el 22.3% de las personas estudiadas en residencias de internamiento estaba desnutrida (o en riesgo de estarlo), frente al 14.2% de las que acudían a consulta, y sólo el 3.3% de las estudiadas en el domicilio.⁵

Como parte de la Encuesta ENSANUT de Salud y Nutrición completada en México en el 2006 se realizó una investigación acerca del estado de salud y la nutrición de los adultos mayores.⁶ Se analizaron los datos aportados por 5,480 adultos mayores que fueron incluidos en la base de datos del ENSANUT-2006.⁶ Los adultos mayores se caracterizaron por la baja estatura junto con una preocupante prevalencia del exceso de peso y la obesidad.⁶ Los adultos mayores también mostraron una elevada prevalencia de distintos factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad troncal y la hipercolesterolemia.⁶ Muchos de ellos

padecían de hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2.⁶

Mediante un estudio transversal se describió el estado nutricional de 100 adultos mayores atendidos en 4 hogares del estado mexicano de Colima.⁷ El 80.0% de los sujetos examinados estaba desnutrido, o en riesgo de estarlo, de acuerdo con los resultados de la MiniEncuesta Nutricional:⁷ situación similar a la encontrada en otros estudios del mismo género. Otro estudio completado en Cuba con adultos mayores y ancianos atendidos indistintamente en un hospital terciario y un hogar de ancianos ha revelado resultados similares a los ya apuntados,⁸ al encontrar las mayores tasas de desnutrición entre los sujetos hospitalizados y los internados en el hogar.

La vejez es una etapa también que puede estar marcada por la depresión: señal reactiva a los cambios que ocurren en el sistema de valores, principios y de reconocimiento social del adulto mayor. Para conocer los determinantes asociados con la depresión asociada al envejecimiento 26 adultos mayores fueron encuestados en un hogar para ancianos de México sobre las características (y el confort que la misma le ofrece al sujeto) de la estancia, las actividades que se conducen en la misma, la presencia de tristeza y miedo a la soledad, y la participación de la familia en la vida del adulto mayor durante su permanencia en dicha estancia.⁹ El estudio concluyó que ni la familia ni el personal que recibe y trata a los adultos mayores en estas instituciones están debidamente preparados para afrontar los cambios funcionales de tales personas en esta etapa de la vida.⁹

En las instituciones públicas de salud del estado de Zacatecas se han estudiado las enfermedades que deterioran la funcionalidad de las personas atendidas en ellas.¹⁰ A tal efecto se midió el grado de la depresión presente en 594 adultos mayores seleccionados para este estudio.¹⁰ La depresión fue prevalente en este subgrupo

etario.¹⁰ Las mujeres estuvieron en riesgo mayor de depresión.¹⁰ La concurrencia de tres (o más) enfermedades influyó en la presencia y la gravedad de la depresión.¹⁰

El bienestar subjetivo y la presencia de depresión en adultos mayores de uno u otro sexo que viven en situación de pobreza también han sido investigados.¹¹ Independientemente del sexo del encuestado, la depresión en el adulto mayor podría ser reactiva a las relaciones que el mismo sostiene con los hijos, los nietos, y los vecinos; el estado de salud, las creencias religiosas y la situación económica.¹¹

El envejecimiento causa en las personas sentimientos de angustia y pérdida, sentimientos que se refuerzan negativamente con el abandono de la familia, la disminución de los roles laborales, y la aparición de enfermedades que merman la funcionalidad de adulto. En este contexto la persona que envejece experimenta sentimientos de desesperanza e inutilidad, junto con disminución de la autoestima. Todo ello impacta negativamente en el estado nutricional, y coloca al adulto mayor en riesgo de anorexia, rechazo a los alimentos y desnutrición.¹²

La ocasión ha sido propicia para examinar la presencia de depresión en los adultos mayores atendidos en un hogar de ancianos de la ciudad de Zacatecas, y las asociaciones que la misma sostiene con el estado nutricional del sujeto. Paralelamente se investigó la frecuencia de depresión entre los adultos mayores que viven sin restricciones en la comunidad, y que acuden a un programa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de la delegación local del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: Hogar de Ancianos “Divina Providencia”, Zacatecas, Estado de Zacatecas (México).

Diseño del estudio: Transversal, analítico.

Serie de estudio: Se encuestaron los adultos mayores atendidos en el hogar que podían valerse por sí mismos, y que reunieron las condiciones para responder a los cuestionarios de la investigación y completar los procedimientos contemplados en el diseño de la investigación.

La investigación se extendió para incluir también a los adultos mayores que asistían al programa “Envejecimiento Activo” de la UMF número 1 del IMSS.

De los sujetos participantes se obtuvieron la edad y el sexo, junto con datos adicionales para el cumplimiento de los objetivos de la investigación. Los datos obtenidos fueron asentados en el instrumento previsto para estos fines.¹³ Se ha de señalar que el instrumento seleccionado abarcó los aspectos asistencial y preventivo del adulto mayor encuestado en los apartados “Identificación e información legal y social”, “Información médico-psicológica”, “Programación terapéutica”, “Evolución”, y “Pre-externación y externación”; respectivamente.¹³

Mediciones antropométricas: En cada sujeto se obtuvieron la talla (centímetros) y el peso corporal (kilogramos) con una exactitud de una décima siguiendo los procedimientos descritos internacionalmente. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó de los valores corrientes de la talla y el peso.

El estado nutricional del sujeto se estableció del valor calculado del IMC como sigue: *Peso disminuido para la Talla:* $IMC < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$; *Peso preservado para la Talla:* $IMC \text{ entre } 18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$; y *Peso excesivo para la Talla:* $IMC \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$; respectivamente.¹⁴ Adicionalmente, la presencia de obesidad se definió para valores del $IMC \geq 30 \text{ Kg.m}^{-2}$.¹⁴

Evaluación nutricional: El cuestionario *MiniEncuesta Nutricional del Anciano* (MENA) fue empleado para identificar la presencia de desnutrición en el adulto mayor encuestado.¹⁵⁻¹⁶ La MENA fue descrita por primera vez en 1994.¹⁵⁻¹⁶ La MENA reúne 18 variables agrupadas en 4 áreas que cubren diferentes apartados del estado nutricional del sujeto como la antropometría, las situaciones de riesgo de desnutrición, los ingresos alimentarios corrientes, y la autopercepción de salud. El estado nutricional del adulto mayor fue calificado según el puntaje recibido a la conclusión de la MENA: *No Desnutrido:* Puntaje entre 24 – 30; *Riesgo de desnutrición:* Puntaje entre 17 – 23.5; y *Desnutrición presente:* Puntaje < 17 ; respectivamente. La MENA tiene como una de sus limitantes la no distinción entre los adultos con sobrepeso de aquellos obesos.

Examen de la esfera afectiva: La Escala de Depresión Geriátrica (EDG) fue descrita por Yesavage para evaluar el estado afectivo del adulto mayor y el anciano sin la interferencia causada en otras escalas por los síntomas somáticos y neurovegetativos.¹⁷ Se tienen dos versiones de la EDG.¹⁸ La primera comprende 30 preguntas a las que el entrevistado debe responder de forma binaria (Sí/No) sobre cómo se sintieron en la última semana previa al encuentro. Una segunda versión publicada en 1986 consiste de las 15 preguntas que guardaron una estrecha correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.¹⁹

A los adultos mayores que participaron en esta investigación se les administró la versión de 15 preguntas de la EDG.¹⁹ El diagnóstico de depresión se estableció del puntaje recibido en las 15 preguntas: *Ausencia de depresión/Depresión leve:* Puntajes entre 0 – 5; *Depresión moderada:* Puntajes entre 6 – 10; y *Depresión grave:* Puntajes > 10 ; respectivamente.¹⁹

Tabla 1. Características demográficas de los sujetos encuestados en esta investigación. Para cada categoría se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de personas incluidas en cada estrato. También se presentan la media \pm desviación estándar de las edades de los sujetos. Las características demográficas se presentan desagregadas según la locación del estudio.

Característica	Locación del estudio		Todos
	Comunidad [¶]	Hogar de ancianos	
Número	9	21	30
Sexo			
• Masculino	1 [11.1]	7 [35.0]	8 [26.7]
• Femenino	8 [88.9]	14 [75.0]	22 [73.3]
Años de edad	68.2 \pm 9.0	71.0 \pm 11.2	69.6 \pm 14.2
Media \pm desviación estándar			
Edad, años			
• Entre 60 – 75 años	8 [88.9]	14 [66.7]	22 [73.3]
• Entre 76 – 85 años	1 [11.1]	3 [14.3]	4 [13.3]
• \geq 86 años	0 [0.0]	4 [19.0]	4 [13.3]

Leyenda: [¶] Sujetos encuestados en la UMF #1 del IMSS (Zacatecas).

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

Examen de las redes sociales de contención del adulto mayor: Como quiera que las asociaciones de interés pudieran estar mediatizadas por la posición social que ocupa el adulto mayor, se empleó la escala Gijón de valoración para establecer el estado de las redes sociales dentro de las cuales se desempeña el mismo. La escala Gijón es un instrumento orientado a identificar situaciones sociales que el adulto mayor atraviesa en un momento dado como para permitir un diagnóstico social.²⁰ La escala Gijón evalúa el sistema socio-familiar en el que se encuentra la persona en cinco áreas, a saber: la situación familiar, la situación económica, la situación de la vivienda, el estado de las relaciones sociales, y el apoyo de las redes sociales.²⁰

La red social de contención del adulto mayor se calificó en base al puntaje recibido de la escala Gijón como sigue: *Situación social buena/aceptable*: Puntajes entre 5 – 9; *Riesgo social presente*: Puntajes entre 10 – 14; y *Problema social existente*: Puntajes > 15; respectivamente.²⁰

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados:

Los datos demográficos, clínicos, antropométricos y nutricionales de los ancianos participantes en esta investigación se asentaron en los formularios previstos por el diseño experimental de la misma, y se ingresaron en un contenedor electrónico construido con EXCEL para OFFICE de WINDOWS (Microsoft, Redmon, Virginia, Estados Unidos).

Se utilizó el paquete SPSS (versión 22.0) de gestión estadística (SPSS Inc., Estados Unidos) en el procesamiento de los datos. Los datos obtenidos se redujeron hasta estadígrafos de locación (media), dispersión (desviación estándar), y agregación (frecuencias absolutas | relativas, porcentajes), según el tipo de la variable.

La naturaleza y la fuerza de las asociaciones entre el puntaje de la escala de Yesavage, por un lado, y los descriptores demográficos (sexo | edad), sociales (red de contención del adulto mayor), nutricionales (MENA) y antropométricos (IMC) del

estado de salud del anciano, por el otro; se examinaron mediante tests de homogeneidad basados en la distribución ji-cuadrado;²¹ y se ajustaron según la locación de la encuesta (Hogar de ancianos | Comunidad) mediante modelos de regresión logística.²² En todo momento se empleó un nivel del 5% para denotar los hallazgos encontrados como significativos.²¹

RESULTADOS

En la presente investigación participaron 30 adultos mayores y ancianos que fueron encuestados en las 2 locaciones propuestas del diseño experimental de la investigación: *Hogar de ancianos*: 73.3% vs. *Comunidad*: 26.7%.

De acuerdo con la escala Gijón de riesgo social del adulto mayor, fueron mayoría aquellos con puntajes indicativos de la existencia de problemas sociales. La distribución de los puntajes de la escala Gijón en la serie de estudio fue como sigue (en orden descendente): *Puntajes > 15*: 70.0%; *Puntajes entre 5 – 9*: 26.7%; y *Puntajes entre 10 – 14*: 3.3%; respectivamente.

El comportamiento de la escala Gijón pudiera haberse anticipado de la administración del instrumento a los adultos mayores y ancianos atendidos en el hogar, como se muestra en la Tabla 2: *Hogar de ancianos*: Puntajes > 15: 100.0% vs. *Comunidad*: Puntajes ≤ 15: 100.0%. La

Tabla 2. Estado del riesgo social del adulto mayor y el anciano según la escala Gijón. Para cada estrato de la escala se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de personas incluidas. Los resultados se muestran desagregados según la locación de la encuesta.

Herramienta	Locación del estudio		Todos
	Comunidad [¶]	Hogar de ancianos	
Escala Gijón			
Número	9	21	30
Puntajes entre 5 – 9	8 [88.9]	0 [0.0]	8 [26.7]
Puntajes entre 10 – 15	1 [11.1]	0 [0.0]	1 [3.3]
Puntajes > 15	0 [0.0]	21 [100.0]	21 [70.0]

Leyenda: [¶] Sujetos encuestados en la UMF #1 del IMSS (Zacatecas).

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

La Tabla 1 muestra las características demográficas de los sujetos encuestados. Prevalcieron las mujeres sobre los hombres, y aquellos con edades entre 60 – 75 años. La edad promedio fue de 69.6 ± 14.2 años. Según la locación de la encuesta, los hombres fueron mayoría en el hogar de ancianos. La plausibilidad de los datos impidió evaluar si las diferencias encontradas entre las locaciones de encuesta respecto del sujeto examinado fueron significativas.

plausibilidad de los datos, no obstante, impidió la administración de un test estadístico apropiado para el examen de la influencia de la locación de examen.

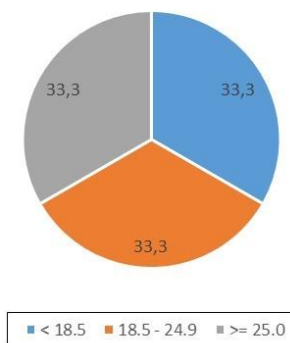
La Figura 1 muestra el comportamiento de los indicadores empleados en la descripción del estado nutricional de los adultos mayores y ancianos examinados en este estudio. La frecuencia de desnutrición fue independiente del indicador empleado: *IMC < 18.5 Kg.m⁻²*: 33.3% vs. *MENA < 17.0 Kg.m⁻²*: 36.7% ($\Delta =$

-3.4%; $p > 0.05$; test de comparación de proporciones independientes). En este punto, se ha de hacer notar que la MENA no establece un estrato separado para el reconocimiento del exceso de peso y la obesidad.

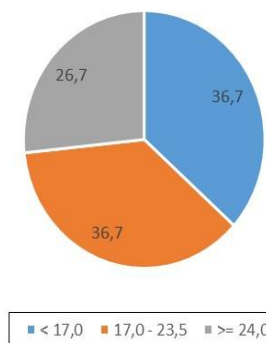
El uso del IMC como indicador nutricional sirvió para el reconocimiento de la extensión del exceso de peso en la población de estudio: $IMC \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: Comunidad: 66.7% vs. Hogar de ancianos: 19.1% ($\Delta = +47.6$; $p < 0.05$; test exacto de

Figura 1. Comportamiento de los indicadores del estado nutricional en los adultos mayores y ancianos examinados. *Izquierda*: Índice de Masa Corporal. *Derecha*: Mini Encuesta Nutricional. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.

Comportamiento del Índice de Masa Corporal



Comportamiento de la Mini Encuesta Nutricional



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 30.

La Tabla 3 muestra las asociaciones entre el estado nutricional del adulto mayor y el anciano y la locación de la encuesta. El estado nutricional fue dependiente tanto de la locación de encuesta como de la herramienta empleada. Si se recurre al IMC, la desnutrición es mayoritaria en el hogar de ancianos: $IMC < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: Comunidad: 11.1% vs. Hogar de ancianos: 42.9% ($\Delta = -31.8$; $p > 0.05$; test exacto de Fisher). Por el contrario, la MENA identificó como “Desnutridos” a todos los encuestados en la comunidad: $MENA < 17$: Comunidad: 100.0% vs. Hogar de ancianos: 9.5% ($\Delta = -90.5$; $p < 0.05$; test exacto de Fisher).

Fisher).

Dada la plausibilidad de los datos recuperados a la conclusión del estudio, solo se encontraron 2 personas obesas, cada una de ellas encuestada en una (u otra) de las locaciones e estudio.

La Figura 2 muestra el estado afectivo del adulto mayor y el anciano según la escala de Yesavage. La depresión moderada | intensa fue reconocida en el 40.0% de los encuestados.

La Tabla 4 muestra las asociaciones entre el estado afectivo y la locación de la encuesta. La presencia de estados moderados | graves de depresión fue marginalmente

dependiente de la locación de la encuesta: *Comunidad*: 11.1% vs. *Hogar de ancianos*: 52.4% ($\Delta = -41.3\%$; $p = 0.049$; test exacto de Fisher).

se ajustó mediante una maquinaria de regresión logística. Se construyeron sendos modelos logísticos para el lugar de la encuesta y la red de contención social del

Tabla 3. Estado nutricional del adulto mayor y el anciano determinado indistintamente según el Índice de Masa Corporal y la Mini Encuesta Nutricional. Para cada estrato de la escala del indicador correspondiente se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de personas incluidas. Los resultados se muestran desagregados según la locación de la encuesta.

Herramienta	Locación		Todos
	Comunidad [¶]	Hogar de ancianos	
Número	9	21	30
IMC, Kg.m⁻²			
• < 18.5	1 [11.1]	9 [42.9]	10 [33.3]
• Entre 18.5 – 24.9	2 [22.2]	8 [38.1]	10 [33.3]
• >= 25.0	6 [66.7]	4 [19.1]	10 [33.3]
• >= 30.0	1 [11.1]	1 [4.8]	2 [6.7]
MENA			
• < 17.0	9 [100.0]	2 [9.5]	11 [36.7]
• Entre 17.0 – 23.5	0 [0.0]	11 [52.4]	11 [36.7]
• >= 24.0	0 [0.0]	8 [38.1]	8 [26.7]

Leyenda: [¶] Sujetos encuestados en la UMF #1 del IMSS (Zacatecas).

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

Se examinaron otras influencias actuantes sobre el estado afectivo de los adultos mayores y los ancianos encuestados. La presencia de estados moderados | graves de depresión fue dependiente del estado de la red de contención social | familiar (medida según la escala de Gijón ($\chi^2 = 8.17$; $p = 0.0168$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado). Sin embargo, la presencia de estados moderados | graves de depresión fue independiente tanto del puntaje de la MENA ($\chi^2 = 1.21$; $p > 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado) como del IMC ($\chi^2 = 0.83$; $p > 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado).

Finalmente, la influencia de los predictores propuestos del estado afectivo de los adultos mayores y ancianos encuestados

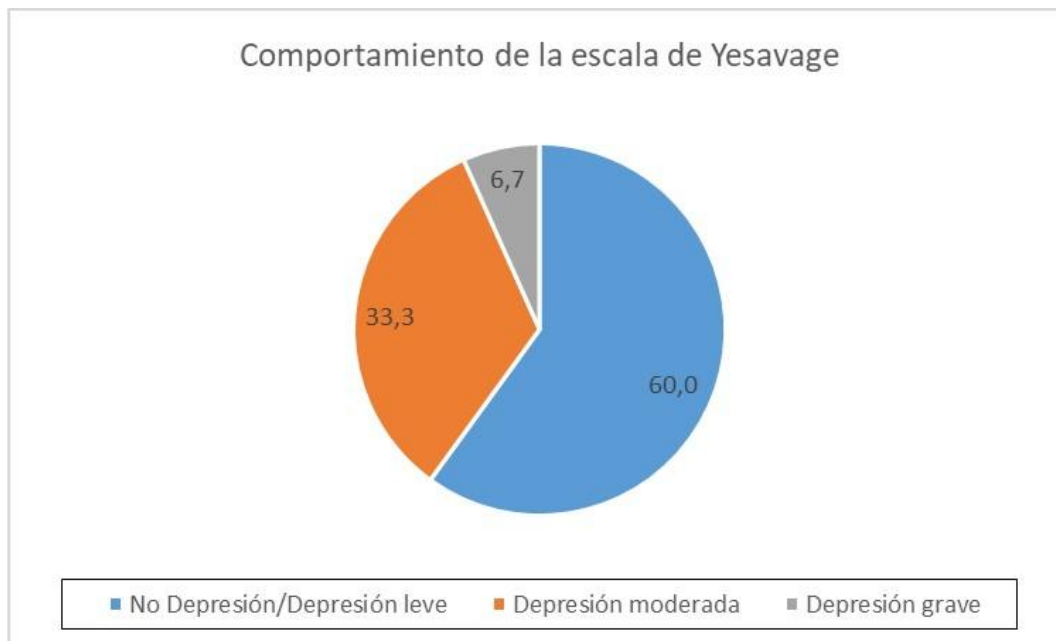
sujeto. Como quiera que estos dos predictores están asociados entre sí, la inclusión de ambos dentro de un mismo modelo logístico introduciría referencias circulares que distorsionarían los estimados de los parámetros logísticos. Asimismo, para la construcción del modelo logístico correspondiente se tuvo en cuenta uno solo de los indicadores empleados para describir el estado nutricional del sujeto.

La Tabla 5 muestra las razones de disparidades obtenidas con un modelo logístico basado en el lugar de la encuesta. Se destaca el factor protector del hogar de ancianos contra la ocurrencia de trastornos afectivos en el sujeto (dado por OR < 1.0). No se puede soslayar el papel que el peso corporal puede jugar dentro de las asociaciones que el estado afectivo sostiene

con el lugar donde el sujeto es encuestado. No obstante, estas tendencias no alcanzaron fuerza estadística.

las asociaciones que pueden existir entre el estado afectivo del sujeto y la red de contención social.

Figura 2. Comportamiento de la escala de Yesavage en los adultos mayores y ancianos encuestados en este estudio.



Leyenda: [¶] Sujetos encuestados en la UMF #1 del IMSS (Zacatecas).

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

Las tendencias antes señaladas se acentuaron cuando el modelo logístico se restringió de acuerdo con el estado de la red de contención social del sujeto. La Tabla 6 presenta las correspondientes razones de disparidades. El deterioro (que puede llegar incluso a la pérdida) de la red de contención social (según la escala de Gijón) puede impactar significativamente sobre el estado afectivo del anciano. De forma similar a lo señalado más arriba, es probable que el estado nutricional (descrito mediante la MENA) ejerza una influencia importante en

DISCUSIÓN

Este trabajo se orientó a evaluar las dependencias entre los estados afectivo y nutricional del adulto mayor, con la particularidad adicional de que los sujetos fueron encuestados en escenarios contrapuestos como la comunidad y un hogar de ancianos. La depresión suele ser prevalente entre los adultos mayores, sobre todo si se encuentran enfermos y/o hospitalizados. El envejecimiento implica la pérdida de atributos y funcionalidades, y con

ello, la erosión del lugar y la jerarquía que ocupaban hasta ese momento en sus vidas en la sociedad, la comunidad y la familia.

entorno social/comunitario/familiar que acoja al adulto mayor y el anciano y se ocupe de que sus necesidades más esenciales

Tabla 4. Estado afectivo del adulto mayor y el anciano según la escala de Yesavage. Para cada estrato de la escala se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de personas incluidas. Los resultados se muestran desagregados según la locación de la encuesta.

Herramienta	Locación de estudio		Todos
	Comunidad [¶]	Hogar de ancianos	
Número	9	21	30
Escala de Yesavage			
• No depresión/ Depresión leve	8 [88.9]	10 [47.6]	18 [60.0]
• Depresión moderada	0 [0.0]	10 [47.6]	10 [33.3]
• Depresión grave	1 [11.1]	1 [4.8]	2 [6.7]

Leyenda: [¶] Sujetos encuestados en la UMF #1 del IMSS (Zacatecas).

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

La desnutrición suele acompañar al envejecimiento y la depresión.²³⁻²⁴ El envejecimiento puede afectar la composición corporal del sujeto, y de esta manera, inducir pérdida involuntaria de peso. Por otro lado, el envejecimiento repercute sobre la funcionalidad del tracto gastrointestinal y el sistema digestivo, alterando la absorción y utilización metabólica de los nutrientes contenidos en los alimentos. Igualmente (y sin pretender agotar este tópico), el envejecimiento puede limitar la capacidad del sujeto de alimentarse por sí mismo, lo que se traslada hacia un riesgo aumentado de desnutrición. La concurrencia de trastornos afectivos como la depresión contribuiría a agravar aún más los trastornos nutricionales ya presentes (o en ciernes) en el adulto mayor y el anciano.

La precarización (e incluso la pérdida) de la red de contención social del adulto mayor y el anciano es otro de los factores que suelen afectar no solo la calidad de vida del sujeto, sino también su estado de salud y su estado nutricional.²⁵⁻²⁶ La ausencia de un

sean atendidas adecuadamente, puede provocar sentimientos de pérdida, depresión, abandono de funciones y responsabilidades; y desnutrición encima de todo ello, entre otras repercusiones.

La precarización de la red de contención social del adulto mayor y el anciano sería uno de los determinantes del internamiento del sujeto en un hogar de ancianos para la provisión de cuidados generales y alimentarios. Si bien el hogar de ancianos puede ser percibido como un escenario que exacerbe las asimetrías y las afectaciones que el envejecimiento trae consigo,²⁷⁻²⁸ también no es menos cierto que éste puede proveer un lugar para que los adultos mayores y los ancianos sean cuidados y alimentados, por un lado, y socialicen e interactúen con sus pares y otras personas durante su estancia en el mismo.²⁹⁻³⁰

Tabla 5. Influencia de los distintos predictores del estado afectivo del adulto mayor y el anciano. El modelo logístico se restringió al lugar de la encuesta. Se muestran las razones de disparidades (OR) junto con los intervalos de confianza al 95%. Se examinaron por separado las influencias del Índice de Masa Corporal (IMC) y la Mini Encuesta del Estado Nutricional del anciano (MENA).

Predictor	OR	g.l.	p
<i>Según el Índice de Masa Corporal</i>			
Lugar de la encuesta	0.111 [0.009 – 1.329]	1	0.083
Sexo	1.584 [0.239 – 10.508]	1	0.634
Edad	0.704 [0.199 – 2.493]	1	0.586
IMC	0.746 [0.206 – 2.699]	1	0.655
<i>Según la Mini Encuesta Nutricional del Anciano</i>			
Lugar de la encuesta	0.038 [0.002 – 0.863]	1	0.040
Sexo	2.225 [0.322 – 15.359]	1	0.417
Edad	0.997 [0.303 – 3.286]	1	0.997
MENA	0.505 [0.102 – 2.485]	1	0.401

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

Las dependencias examinadas en este artículo entre los estados afectivo y nutricional del adulto mayor y el anciano están mediadas por el lugar donde se realizó la encuesta y el estado de la red de contención del sujeto en cuestión. Asimismo, la herramienta empleada en el diagnóstico del estado nutricional del sujeto podría influir en las dependencias objeto de la investigación. El estado nutricional del sujeto fue descrito indistintamente mediante el IMC o el puntaje MENA: herramientas que difieren en su diseño y fines últimos. Pero no obstante la plausibilidad de los datos y el tamaño del efectivo muestral, se pudo observar que (en congruencia con lo anotado en la literatura) la depresión puede estar (casi) enteramente determinada por el deterioro de la red de contención del sujeto, y que la desnutrición que pueda presentarse

en las personas examinadas sería la consecuencia (antes que la causa, o siquiera una variable acompañante) de la precarización social que vive el sujeto.

Así se podría explicar también el efecto débilmente protector del hogar de ancianos contra la ocurrencia de trastornos afectivos en el adulto mayor y el anciano que se ha observado en este estudio. En un sujeto con un entorno social disfuncional y precarizado, la admisión en un hogar de ancianos podría representar un cambio notablemente positivo en su vida, por cuanto se le brindarían cuidados y asistencias que de otra manera no recibiría.

Lo anteriormente dicho no debe oscurecer el hecho de que el hogar de ancianos ha sido reconocido en varios estudios como una entidad que puede precipitar/agravar/perpetuar la desnutrición

asociada al envejecimiento^{5,7-8} si no se tienen y se adoptan políticas institucionales para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al sujeto internado que sean adecuados. Igualmente, los sujetos ingresados en el hogar de ancianos pueden hacerse reactivos a otras condiciones que se originan del cambio ocurrido, como las visitas que reciben de familiares cercanos, el dinero que recibirían de ellos para la adquisición de enseres de uso personal u orientados al disfrute, y/o la reclusión a perpetuidad dentro del mismo debido al abandono familiar y/o la aparición de enfermedades invalidantes como la demencia y/o la imposibilidad de deambular libremente debido al dolor y/o la deformidad osteo-artrósica.

CONCLUSIONES

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado y con frecuencia no se reconoce ni recibe tratamiento, e impacta directamente en el estado nutricional de ellos. En el adulto mayor confluyen distintos factores que interactúan para construir su funcionamiento en las distintas áreas. El área emocional es una de éstas, y que es descuidada en la mayoría de las ocasiones, no solo por el mismo anciano, sino por la familia y/o personas que lo rodean, lo que se traslada a otros problemas de salud de mucha importancia. Por tal motivo, la OMS presta especial atención a este tema a fin de formular políticas para la reducción de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles y la declinación funcional a medida que se envejece.

La presente investigación pone de manifiesto que la depresión está presente en los adultos mayores, y aunque no se pudo demostrar una relación directa entre el estado nutricional y el grado de depresión, sí se observó que la depresión moderada se presentó cuando existía riesgo de

desnutrición, y que los factores de índole social la pueden detonar, representados éstos por una convivencia familiar mermada y una disminución en la apreciación familiar de sus necesidades y opiniones. Ello conlleva a los adultos mayores a sentimientos de desesperanza, tristeza, pérdida, ira, o frustración; merma la confianza en ellos mismos, e interfiere con el afrontamiento de la cotidianidad. Se sugiere la continuidad de las indagaciones en estos temas dado el crecimiento de la población de la tercera edad, y al mismo tiempo, el desarrollo de programas incluyentes que creen las redes de autoayuda que redunden en ambientes saludables y positivos para los adultos mayores.

Limitaciones del estudio

El tamaño de la presente serie de estudio limita la validez de las conclusiones observadas. Se han observado tendencias que apuntarían hacia la prevalencia significativa de depresión entre los ancianos, perpetuada y agravada por la ausencia de una red social de contención, pero las mismas solo podrían afirmarse del análisis de un efectivo muestral mayor.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece ampliamente la colaboración y las facilidades prestadas para la realización del presente estudio a las autoridades, el personal, los pacientes y los residentes de la UMF número 1 del IMSS y el Hogar de Ancianos "Divina Providencia" del Estado de Zacatecas.

Tabla 6. Influencia de los distintos predictores del estado afectivo del adulto mayor y el anciano. El modelo logístico se restringió al estado de la red de contención social del sujeto. Se muestran las razones de disparidades (OR) junto con los intervalos de confianza al 95%. Se examinaron por separado las influencias del Índice de Masa Corporal (IMC) y la Mini Encuesta del Estado Nutricional del anciano (MENA).

Predictor	OR	g.l.	p
Según el Índice de Masa Corporal			
Red de contención social	5.441 [0.979 – 30.226]	1	0.053
Sexo	1.882 [0.271 – 13.067]	1	0.522
Edad	0.768 [0.216 – 2.726]	1	0.683
IMC	0.964 [0.257 – 3.609]	1	0.956
Según la Mini Encuesta Nutricional del Anciano			
Red de contención social	11.076 [1.333 – 92.016]	1	0.026
Sexo	2.650 [0.358 – 19.620]	1	0.340
Edad	1.057 [0.314 – 3.562]	1	0.929
MENA	0.373 [0.073 – 1.906]	1	0.236

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 30.

SUMMARY

Rationale: Aging is a social as well as a cultural construction which societies and individuals reconfigure and assume in different manners in different moments. More and more persons surpass the chronological barriers the human being has established as elderliness, thus transforming aging into a challenge for (post)modern societies. **Objective:** To assess the influence of depression upon the nutritional status of the elders living without restrictions in a community of Mexican State of Zacatecas. **Study design:** Cross-sectional, analytical. **Study serie:** Thirty subjects (Women: 73.3%) with ages ≥ 60 years examined in 2 different locations: Nursery home: 26.7% vs. Ambulatory program: 63.3%. **Methods:**

Depression was by means of the Yesavage (abridged) questionnaire. Nutritional status was independently determined with the Mini Nutritional Assessment (MNA) of the elderly. Associations between the affective and nutritional domains were adjusted according with the Gijón scale for assessing the elder's social networks. **Results:** Depression was present in 40.0% of the surveyed elderlies. Malnutrition affected 73.3% of those examined. Associations between the affective and nutritional domains were mediated by the elder's survey location and the state of the social networks. **Conclusions:** Elderlies admitted to a nursery home, and with a precarious social network, are at increased risk of depression and malnutrition. Associations between these two domains might be redundant, all of these being

detrimental for the elder's nutritional status. Such situations should be identified and intervened in order to secure a dignified and also healthy aging. Castañeda Trejo C, Acuña Ruiz A, Herrera Medrano AM, Martínez Esquivel RA, Castillo Rangel I. Depression and nutritional status of the elderly in a community of the Mexican State of Zacatecas. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2018;28(1):28-43. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Elder / Nutritional status / Depression.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales de los adultos mayores. OPS. Washington DC: 2004. pp 6-7.
2. Lamas H. Educación comunitaria del adulto mayor. Ilustrados 2004;0-0. Disponible en: <http://ww.ilustrados.com/tema/5211/Educacion-Comunitaria-Adulto-Mayor.html>. Fecha de última actualización: 13 de Diciembre del 2015.
3. Sevilla Caro M, Salgado Soto MDC, Osuna Millán NDC. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. RIDE Rev Iberoam Invest Desar Educ 2015;6(11):0-0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4981/498150319034/>. Fecha de última visita: 13 de Diciembre del 2017.
4. Piña M. Gerontología social aplicada: Visiones estratégicas para el trabajo social. Editorial Espacio. Buenos Aires: 2004.
5. Jiménez M, Sola JM, Pérez C, Turienzo MJ, Larrañaga G, Mancebo MA; *et al.* Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. Nutrición Hospitalaria [España] 2011;26:345-54.
6. Shamah Levy T, Cuevas Nasu L, Mundo Rosas V. Estado de la salud y nutrición de los adultos mayores en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Pública Méx 2008;50(5):383-9. Disponible en: http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500011. Fecha de última visita: 20 de Diciembre del 2015.
7. Hilerio A. Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del Estado de Colima mediante la Minivaloración Nutricional e indicadores séricos. Trabajo de terminación de una Maestría. Facultad de Medicina. Universidad de Colima. Colima [México]: 2009. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/HILERIO_LOPEZ_ANGEL_GABRIEL.pdf. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2016.
8. González Hernández A, Cuyá Lantigua M, González Escudero H, Sánchez Gutiérrez R, Cortina Martínez R, Barreto Penié J, Santana Porbén S, Rojas Pérez A. Estado nutricional de ancianos cubanos atendidos en 3 escenarios diferentes: Comunidad, servicio de geriatría, hogar de ancianos. ALAN Arch Latinoam Nutr 2007;57:266-72.
9. Becerra Martínez D, Godoy Sierra Z. Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007;15:33-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>. Fecha de última visita: 14 de Diciembre del 2015.
10. Chávez Ramírez D, Zegbe J, Sánchez Morales F. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Educación Desarrollo [Guadalajara: México] 2014;29:73-8. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_de

- [sarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf](#). Fecha de última visita: 3 de Diciembre del 2016.
11. Maldonado M. Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta Inv Psicológica* 2015;5(1):1815-30. Disponible en: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv_Psicol_2015_5\(1\)_1815_1830_Bienestar_Subjetivo_y_Depresion_en_Mujeres_y_Hombres_Adultos_Mayores.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv_Psicol_2015_5(1)_1815_1830_Bienestar_Subjetivo_y_Depresion_en_Mujeres_y_Hombres_Adultos_Mayores.pdf). Fecha de última visita: 3 de Diciembre del 2015.
 12. Zayas Somoza E, Fundora Alvarez V. Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:394-429.
 13. Muniagurria A. Historia Clínica. En: *Semiología Clínica*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario [Santa Fe: Argentina]. Disponible en: <http://www.semiologiaclinica.com/index.php/libros/49-capitulos/35-historia-clinica>. Fecha de última actualización: 14 de Diciembre del 2015.
 14. WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin WHO* 1986;64:929-41.
 15. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and reseach. Gerontol* 1994;1:3-11.
 16. Salvá A, Bolibar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en Geriátría: El Mini Nutritional Assessment (MNA). *Geriátría Gerontología* 1996;6:319-28.
 17. Nava H. Psicología en el campo de la salud: La escala de depresión de Yesavage. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México: 2012. Disponible en: <https://psicologiaensalud.wordpress.com/2012/11/08/la-escala-de-depresion-geriatrica-de-yesavage/>. Fecha de última visita: 8 de Noviembre del 2015.
 18. Yesavage JA, Brink TL. Development and a validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.
 19. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:709-11.
 20. Cuestionario de criterios de riesgo social en personas mayores. En: *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria*. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Segunda Edición. Santa Cruz de Tenerife: 2002.
 21. Santana Porbén S, Martínez Canalejo H. *Manual de Procedimientos Bioestadísticos*. Segunda Edición. EAE Editorial Académica Española. ISBN-13: 9783659059629. ISBN-10: 3659059625. Madrid: 2012.
 22. Lemeshow S, Sturdivant RX, Hosmer DW. *Applied logistic regression*. Wiley Series in Probability and Statistics. Wiley. Londres: 2013.
 23. Raj A. Depression in the elderly: Tailoring medical therapy to their special needs. *Postgrad Med* 2004;115:26-42.
 24. Igor A, Lara C, Ortega V, Vallejos K. Jubilación: Cambios percibidos en relación a rutinas y roles en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Punta Arenas. *Rev Chil Ter Ocup* 2012;12(1):60-71. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/22053>. Fecha de última visita: 3 de Junio del 2016.
 25. Wenger CG. Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging Mental Health* 1997;1:311-20.

26. Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Soc Sci Med* 2005;60:747-61.
27. Sullivan DH. Impact of nutritional status on health outcomes of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:195-6.
28. Pauly L, Stehle P, Volkert D. Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeit Gerontol Geriatr* 2007;40: 3-12.
29. Engle VF, Graney MJ. Stability and improvement of health after nursing home admission. *J Gerontol* 1993;48(1 Suppl):S17-S23.
30. Ors Montenegro A, Maciá Soler L. Mayores institucionalizados: Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos* 2013;24:18-21.