



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA
EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

P R E S E N T A:

LE. JACQUELINE GARCÍA GALINDO

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. ELSA CORREA MUÑOZ

FACULTAD DE ESTUDIOS ZARAGOZA

MÉXICO, D.F. ABRIL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma De México por ser la entidad formadora y casa de los Maestros que compartieron sus conocimientos e inolvidables experiencias para mi formación profesional, en especial a la Facultad De Estudios Superiores Zaragoza por su apoyo para el desarrollo de esta investigación.

Agradezco profundamente a la Mtra. Elsa Correa Muñoz, mi Directora de Tesis, por ayudarme en el momento más importante y de manera incondicional transmitir sus conocimientos, paciencia, apoyo, confianza y motivación que durante este periodo formativo fue fundamental para la conclusión de esta tesis.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Raquel Retana Ugalde la cual se unió a los trabajos de tutoría, con importantes aportaciones, talento, amplios conocimientos y gran paciencia para la conclusión de esta investigación.

A las autoridades del Instituto de Salud del Estado de México, por permitirme ser un miembro de sus trabajadores de salud en beneficio de los mexiquenses, por la oportunidad de realizar los estudios de Maestría, en especial a Mtra. Beatriz García López y por las facilidades para realizar esta investigación.

Con todo mi amor a Eduardo mi esposo, por ser el inspirador, fuerza, cómplice y apoyo incondicional en los momentos difíciles; por su paciencia, tolerancia en los incontables días de trabajo por los desvelos que fueron indispensables para el logro de esta meta en mi desarrollo profesional. GRACIAS AMOR

A Dorita, Itzel, Fabiola, Sebastián, Regina, Miriam, Leo, Mía y todas aquellas personas que participaron en esta etapa de mi vida: Mil gracias por sus palabras de aliento, confianza, paciencia y amor.

También y en especial a Sarahí, Rosalba, Marisol ya que cada una de ellas fueron un apoyo y guía para esta aventura juntas.

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1 Nutrición	12
3.2 Estado de Nutrición	12
3.3 Evaluación del Estado Nutricional	13
3.4 Teoría del Envejecimiento	15
3.5 Cambios por el Proceso normal de envejecimiento en el aparato digestivo y su relación con el estado nutricional	15
3.6 Problemas Nutricios	19
3.6.1 Obesidad	19
3.6.2 Sarcopenia	21
3.6.3 Anorexia	22
3.6.4 Desnutrición	22
3.7 Depresión	23
3.8 Autoestima	26
3.9 Participación de la enfermera en los problemas nutricionales y su asociación con depresión y autoestima	30
3.9.1 Cuadro de Revisión Sistemática	
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
5. HIPÓTESIS	35

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

6. OBJETIVOS	36
7. MATERIAL Y MÉTODOS	37
7.1 Tipo de estudio	37
7.2 Universo	37
7.3 Criterios Inclusión	37
8. VARIABLES	38
8.1 Operacionalización de variables	39
9. TÉCNICAS	42
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	45
11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	46
12 RESULTADOS	47
13 DISCUSIÓN	54
14. CONCLUSIONES	56
15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	57
16. PERSPECTIVAS	58
17. REFERENCIAS	59
18 ANEXOS	65

RESUMEN

Antecedentes: La población de adultos mayores es uno de los grupos con mayor incremento en la población mundial, por lo que se considera de vital importancia la detección de los problemas nutricionales ya sea por déficit o exceso, dado por el propio proceso de envejecimiento se ha demostrado que durante esta etapa los cambios guardan relación con estados de depresión y autoestima baja; lo que influye de manera determinante para presentar estados de fragilidad.

En estudios relacionados se demuestra la importancia de realizar evaluaciones del estado nutricional y su relación con diversos estados anímicos, es por ello que este estudio recobra gran importancia ya que si de manera anticipada se realizaran dichas evaluaciones los factores de riesgo se conocerían y sería posible determinar estrategias específicas e inclusive personalizadas para limitar este problema de salud; las cuales pueden desarrollar los profesionales de enfermería, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores

Objetivo: Determinar el estado nutricional y su asociación con depresión y autoestima en una población de adultos mayores del Estado de México.

Método: Se llevó a cabo un estudio, observacional, prolectivo, transversal y descriptivo. Se obtuvo una muestra de 157 adultos mayores de 60 años y más, en dos unidades medicas de atención ambulatoria, hospital para enfermos crónicos Tepexpan Dr. Gustavo Baz, en el municipio de Acolman y el hospital de las Américas del municipio de Ecatepec de Morelos ambas pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México en un periodo de Noviembre 2012 a Febrero del 2013, a los cuales se les aplicó a través de interrogatorio directo y los siguientes instrumentos:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) Escala de valoración de Autoestima (Rosenberg), Medidas antropométricas (peso, talla, IMC, CMB, ICC). Los resultados fueron analizados empleándose estadística : estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, valores promedio \pm desviación estándar y como pruebas de comparación, X^2 , t student al 95% Así mismo para el

cálculo de riesgo se realizó Razón de momios con un intervalo de confianza al 95%

Resultados: De la población estudiada el promedio de edad fue 70 años. De ellos se encontró una proporción de acuerdo a sexo a 2:1 (102) fueron mujeres y (55) fueron hombres y solo el 40.7% (64). Se obtuvo un IMC promedio de 26.16. Los resultados obtenidos sugieren que los adultos mayores con sobrepeso y obesidad presentan baja autoestima.

Los adultos mayores de sexo masculino con sobrepeso y obesidad presentan mayor riesgo de depresión.

Los adultos mayores de sexo femenino con mayor grado de obesidad presentan mayor riesgo de autoestima baja.

ABSTRAC

1. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población y las bajas tasas de natalidad y mortalidad, han propiciado que exista un incremento en la proporción de adultos mayores lo cual trae consigo múltiples implicaciones; ya que muchos de ellos, se encuentran sin apoyo familiar, siendo algo que ha impactado sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Actualmente las poblaciones de adultos mayores representan un reto para los sistemas de salud, debido a los aumentos en el gasto per cápita así como la necesidad de realizar cambios en infraestructura habitacional y de asistencia sanitaria, entre otros haciendo indispensable crear espacios para la atención geriátrica además de contar con profesionales especialistas en el área.

Está demostrado que el envejecimiento y la forma en que envejecemos tiene una estrecha relación con el estado nutricional y éste a su vez también se asocia de manera significativa con la depresión y una baja autoestima en los adultos mayores.

La población de adultos mayores es uno de los grupos con mayor riesgo de problemas nutricionales ya sea por déficit o exceso, o por el propio proceso de envejecimiento, además de ser una etapa de la vida en donde se incrementa las necesidades de algunos nutrientes; por otro lado disminuye, considerablemente la actividad física, así mismo existen otros factores que desencadenan cambios en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor.

De ahí la importancia del presente estudio en el cual, se evaluó el estado nutricional y asociación con la depresión y la autoestima en una población de adultos mayores, en dos unidades de salud del Estado de México los resultados obtenidos nos permitirán establecer medidas preventivas a través de programas de intervención.

2. JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones nutricionales son frecuentes durante el envejecimiento y pueden tener grandes repercusiones en la salud de los adultos mayores, así mismo son factores de riesgo para la presencia de enfermedad aguda y crónica degenerativa.

Existe evidencia en la literatura, de que éstos problemas nutricionales se asocian a estados depresivos y a una baja autoestima debido a las múltiples pérdidas que se tienen en ésta etapa, de tipo personal, rol, de estatus, económicas, pérdida de la pareja, de algún miembro o miembros de familia y amigos así como la presencia de múltiples problemas de salud, o discapacidades.

La experiencia clínica nos ha demostrado que el estar deprimido y tener una autoestima baja influye de manera determinante en la baja ingesta de alimentos con una mayor predisposición a estados de anorexia, desnutrición, sarcopenia y estados de fragilidad, por un lado y por otro el incremento de manera excesiva el consumo de otros alimentos incluyendo alimentos chatarra incrementando de manera considerable hasta llegar al sobrepeso y obesidad.

Por otra parte, se ha reportado que los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica suelen provocar el abandono de los tratamientos, agravando las enfermedades preexistentes. Además es importante resaltar que dentro de este grupo etario, los malos hábitos alimenticios (vitalicios en muchos casos) se asocian a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Adicionalmente es importante señalar que en México son pocas las investigaciones que estudian las principales alteraciones nutricionales en el envejecimiento y su relación con la depresión y baja autoestima. De ahí la relevancia de la presente investigación, cuyos resultados permitirán al profesional de enfermería proponer programas de intervención que favorezcan a adquirir, fortalecer y modificar los hábitos alimenticios de la población con la finalidad de mejorar su estado nutricional así como la implementación de programas para mejorar su estado afectivo en etapas tempranas que impacte en la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

3. MARCO TEORICO

3.1 Nutrición

El envejecimiento podría significar para los adultos mayores una disminución en su calidad de vida, por el aumento de problemas relacionados con su salud, discapacidad y problemas nutrimentales.

Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos, también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su estado nutricional. Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas y discapacitantes.^{1, 2}

La nutrición en el anciano un problema de salud pública que está posicionándose entre las primeras causas de enfermedad en el adulto mayor, por ello la necesidad de tener el conocimiento sobre las relaciones entre el envejecimiento, el estado nutricional y las enfermedades crónicas ya que estos pueden ser factores que influye en la institucionalización del anciano.^{3, 4, 5}

Está demostrado que los factores nutricios tienen una profunda influencia en el desarrollo del individuo y en su predisposición a la aparición de las enfermedades crónico degenerativas (como la diabetes o la aterosclerosis entre otras).⁶

3.2 Estado de Nutrición

Un estado nutricional saludable contribuye, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende contribuye a mejorar su calidad de vida.⁵

En éste sentido la nutrición se define como:” ***el conjunto de funciones orgánicas y armónicas coordinadas entre si de tipo bioquímico y fisiológicas que ocurre en cada una de las células del organismo y de las***

cuales depende la composición corporal, la salud, y la vida misma; en consecuencia de los factores de índole biológico, fisiológico y social”⁷

Existen algunas alteraciones patológicas asociadas con envejecimiento, como: la intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis entre otras, estas anomalías están íntimamente ligadas al proceso de envejecimiento; sin embargo, es evidente que cuando se lleva a cabo la práctica de estilos de vida saludables (como la modificación de la alimentación, la realización de ejercicio y si se evitan hábitos nocivos como el tabaquismo y alcoholismo), sólo una fracción del deterioro que se observa es atribuible al envejecimiento perse.⁸

3.3 Evaluación de Estado Nutricional

El estado nutricional se define ***“como el estado de salud de una población o un individuo como consecuencia de la ingestión y utilización de nutrientes”⁹*** y por otro lado el estado dietético se refiere “al consumo de alimentos, bebidas y nutrientes incluyendo suplementos”¹⁰

La evaluación del estado de nutrición en la tercera edad, como en otros grupos de población, es un proceso en el cual se conjuntan distintos indicadores que no sólo permiten llegar a un diagnóstico, sino que también ofrezcan soluciones más realistas e integradoras en beneficio de hábitos saludables.

Para llevar a cabo la evaluación del estado nutricional del anciano se pueden emplear diversos indicadores.

Indicadores antropométricos, se refiere a las medidas antropométricas más usadas como es el peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia media del brazo, circunferencia de pantorrilla, circunferencia de la cintura circunferencia de la cadera, índice cintura cadera.¹¹

Indicadores bioquímicos : Biometría hemática, Química sanguínea, perfil de lípidos entre otros, para corroborar las deficiencias específicas de nutrimentos. ¹¹

El indicador clínico, es aquel que se compone de la historia clínica, exploración física, historial de consumo de medicamentos, régimen nutricional.¹¹

Indicadores dietéticos se refiere a la evaluación al tipo, frecuencia y cantidad de alimentos ingeridos así como al número de comidas realizadas y a los horarios en los que se consumen .^{11, 12}

Existen diversos factores y estilos de vida que ponen en riesgo la integridad del estado de nutrición en los ancianos: factores como los socioeconómicos, afecciones físicas y mentales.

El aislamiento social, que reduce el interés en la alimentación y que se manifiesta con frecuencia en anemia y un déficit de ácido ascórbico en hombres que viven solos.¹³

Algunos ancianos son más vulnerables y susceptibles a enfrentar complicaciones de salud, por ello la fragilidad constituye un estado patológico de vulnerabilidad frente al estrés lo que origina una disminución de la capacidad homeostática, donde se pone en marcha las reservas funcionales (osteopenia, sarcopenia, inflamación crónica etc.) La invalidez física, que restringe las posibilidades de acceso a una variedad de alimentos. ^{14,15}

El anciano catalogado como frágil, tiene aumentado el riesgo de problemas nutricionales, depresión y baja autoestima lo que guarda relación con el incremento en la incapacidad que deterioran el estado de salud originando en ocasiones la muerte.¹⁶

3.4 Teorías del Envejecimiento

Una de las teorías más aceptadas para justificar el envejecimiento es la de los radicales libres. Esta teoría fue propuesta por Denham Harman en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.^{17,18}

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.^{19, 20}

Es importante señalar los cambios fisiológicos que ocurren en el sistema digestivo durante el envejecimiento y que influyen en el estado nutricional.

3.5 Cambios por el proceso normal de envejecimiento relacionados con el estado nutricional

Durante el proceso normal de envejecimiento ocurren cambios estructurales y funcionales en aparatos y sistemas con sus respuestas clínicas que se traducen a un déficit funcional; con la finalidad de precisar nuestro objeto de estudio, nos enfocaremos específicamente en los cambios que ocurren en el aparato digestivo por el proceso normal de envejecimiento y su relación con la nutrición.

Una buena nutrición para el adulto mayor implica dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.¹⁷

Durante el proceso normal de envejecimiento disminuyen el olfato y el gusto, existe menor potencia masticadora, de ahí que se hacen más evidentes los cambios en esta etapa de la vida como se describe:

- Boca: al igual que muchos órganos también sufre importantes cambios, está constituida por la lengua, glándulas salivales, papilas gustativas, tejido parodontal, dientes, paladar duro y blando; estos órganos constituyen el aparato buco-dental; cuya función es el iniciar el proceso de digestión de los alimentos a través de la masticación y con ayuda de la saliva la cual contiene (ptialina) encargada de la digestión de los alimentos, con frecuencia se presenta pérdida de piezas dentarias por caries dental, lo cual dificultan la trituración de los alimentos y esto provoca que los alimentos sean tragados en grandes grumos dificultando su absorción, algunos autores señalan que existe atrofia de papilas gustativas, aseveran que se pierde el sabor dulce y el salado y que predomina el ácido y el amargo lo cual afecta la percepción de los sabores, produciendo pérdida del apetito, por otra parte se pierden células de los acinos glandulares lo cual disminuye la producción de saliva y ocasiona se presente boca seca (xerostomía) lo que dificulta la formación del bolo alimenticio y que exista dificultad en la deglución.²¹
- Dientes: se produce erosión de dentina y del esmalte, también se presenta retracción de la encía y todo el ligamento parodontal, reducción de la densidad ósea en el surco alveolar. La pérdida de piezas dentales es debida a inflamación del tejido parodontal, movilidad, exfoliación y pérdida lo que origina un problema considerable en la masticación y una mala digestión de los alimentos.²²
- Esófago: Los ancianos presentan menor tono del esfínter esofágico superior. relajación de la musculatura posterior a la deglución e incremento en la presión de la contracción faríngea. Descenso en el número de fibras musculares (también a nivel de la faringe) tanto lisas como esqueléticas, las restantes experimentan hipertrofia. En los adultos mayores con frecuencia

se presenta el presbiesófago, término usado para describir los cambios en la motilidad esofágica, contracciones esofágicas desordenadas, se observan más en personas mayores de 70 años, reflujo del contenido del estómago hacia el esófago ocasionando pirosis y la necesidad de ingerir antiácidos, los cuales interfieren en la absorción de ciertos nutrientes como el hierro y la vitamina B12,

- Estómago: se observa atrofia e hipotonía de la mucosa y de la pared gástrica, probablemente por aceleración de la muerte celular y por retardo en la renovación celular, disminución de la motilidad gástrica, disminuye la producción de ácido clorhídrico que es esencial para la absorción de nutrientes, También aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, no para sólidos, disminuye la cantidad de jugos gástricos, pancreáticos, pepsina, tripsina, lo cual ocasiona con frecuencia dispepsia en los ancianos.
- Intestino grueso: Presenta un aumento de tejido conectivo, hipertrofia de la mucosa. La diverticulosis del colon sigmoideas está presente al menos en 1/3 parte de los individuos mayores de 60 años y en los 2/3 de los mayores de 80 años. Estos cambios pueden conducir a un acortamiento del colon.²³
- Intestino delgado: hay una disminución de la absorción de calcio, agua y nutrientes, disminución del riesgo sanguíneo disminución en la concentración de receptores para Vitamina D. En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal, lo que origina la impactación.
- Hígado: Descenso del tamaño del órgano hepático, se observa una disminución progresiva mayor del lóbulo izquierdo ocasionando disminución de la funcionalidad, menor actividad enzimática, lentitud del vaciado vesicular, disminución del flujo de la bilis de 24 horas, disminución del flujo sanguíneo lo cual altera el metabolismo de los fármacos.

- Páncreas: No hay descenso significativo en el peso del páncreas (95 g), sin embargo la pérdida de tejido funcional puede quedar enmascarada por un aumento de tejido graso. Diversos estudios han demostrado que hay una insuficiencia pancreática la cual está relacionada con diabetes y pérdida de peso, en algunos casos patológicos como la pancreatitis aguda y en la obstrucción del colédoco puede haber ausencia temporal de enzimas en estos casos no se produce la digestión intraluminal del alimento ocasionando un proceso diarreico posprandial osmótico, lo cual para evitarlo hace que el paciente disminuya su ingesta de alimentos, lo que origina pérdida de peso y desnutrición ²⁴⁻²⁵

En resumen los cambios funcionales más observados y que se presentan con mayor frecuencia en los viejos en el sistema digestivo son:

Con respecto a la Motilidad: En personas adultas mayores se han detectado reducciones en la amplitud de las contracciones esofágicas más por debilidad en la contracción del músculo liso que por pérdida de control nervioso sobre el mismo. Función del esfínter esofágico inferior disminuida. Pirosis postprandial, hernia de hiato. ²⁶

Hay pocas modificaciones descritas en la motilidad gástrica e intestinal, existiendo una disminución del tono muscular intestinal. La incontinencia fecal aumenta con la edad debido a una disminución del tono del esfínter y a las heces semilíquidas. ²⁷

Además existen también modificaciones en órganos sensoriales debido a la deficiencia nutricional como el deterioro de la visión. También hay atrofia de receptores olfatorios un mayor consumo de alimentos que favorece altos consumos de sal o azúcar por atrofia de papilas gustativas. ²⁸

En el sistema nervioso los cambios se relación de déficit de vitaminas y neuro transmisores lo que originara manifestaciones neurológicas.²⁸⁻²⁹⁻³⁰

Una vez que se ha identificado cuales son los cambio fisiológicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor, es necesario conocer también algunos parámetros como:

Historia clínica-dietética, se recogerán datos sobre enfermedades existentes, tratamientos, hábitos tóxicos, situación física y mental, condiciones socioculturales, pérdida de peso, intolerancia alimentos, perdida de piezas dentarias, decoloración del cabello deterioro de las uñas, tipo y cantidad de medicamentos que consume etc.³⁰

3.6 Problemas Nutricios en Adultos Mayores

Las modificaciones en el comportamiento alimentario a lo largo de la existencia han traído como consecuencia diversas alteraciones nutricionales sobre todo las variaciones en los hábitos y el estilo de vida inadecuados, han puesto en riesgo la integridad del estado nutricio.

3.6.1 Obesidad

En las últimas décadas se ha incrementado el número de casos de obesidad en todas las edades, incluyendo los ancianos. Además de ser un factor asociado con: enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, dislipidemia, y diversos cánceres, la obesidad también se relaciona con incremento del riesgo de discapacidad física y cognitiva.³¹

La obesidad alcanza proporciones epidémicas, se le considera una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolló a partir de la interacción de la influencia de factores genéticos, sociales conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.³²

Las actuales guías clínicas, utilizan los mismos puntos de corte con base en el índice de masa corporal (IMC) para definir al sobrepeso y a la obesidad en adultos jóvenes y en ancianos. El sobrepeso se define como: IMC de 25 kg/m², y obesidad como 30 kg/m². Se reconocen distintas subcategorías basadas en el IMC: bajo peso, menos de 18.5 kg/m²; peso normal de 18.5 a 24.9 kg/m²; sobrepeso de 25 a 29.9 kg/m²; obesidad clase I de 30 a 34.9 kg/m²; obesidad clase II de 35 a 39.9 kg/m² y obesidad extrema ó clase III mayor o igual a 40 kg/m².³³

Sin embargo, en la edad avanzada disminuye la masa magra y se redistribuye en el área abdominal principalmente. Además, suele ocurrir una pérdida de estatura, aproximadamente de 3 cm en hombres y 5 cm en mujeres, entre los 30 y 70 años de edad como resultado de la compresión vertebral. De esta forma, los cambios en la composición corporal podrían subestimar la obesidad basada en el IMC.³⁴

La distribución de grasa abdominal puede ser más importante que la grasa corporal total como un factor de riesgo de enfermedad especialmente en los ancianos, Una circunferencia de cadera mayor de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres se considera obesidad abdominal.^{33,34}

La mayor parte de los estudios demuestra que con la edad, la ingestión calórica no cambia, incluso disminuye, también existe una reducción en la actividad física La combinación de esta disminución en el gasto de energía con una ingestión calórica estable da como resultado una acumulación gradual de grasa.^{35,36}

Existe evidencia de que los aspectos hormonales también juegan un papel en la acumulación y distribución del tejido adiposo.³⁷

3.6.2 Sarcopenia

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular, con la consecuente disminución de la fuerza, que ocurre con frecuencia en el envejecimiento incluso en personas con peso corporal estable.

Una definición operacional es una masa muscular apendicular ³⁸ (por ejemplo, la suma de la masa muscular en las piernas y brazos) dividida entre la talla en metros; se define como sarcopenia si el resultado es de más de dos desviaciones estándar por debajo de un individuo joven normal.

La pérdida de masa muscular, en conjunto con el incremento en la prevalencia de obesidad en ancianos, ha recibido el término de “obesidad sarcopénica”, una combinación de exceso de grasa corporal y reducción de la masa o fuerza muscular.³⁹

En la práctica, la obesidad sarcopénica se define como la coexistencia de sarcopenia y el porcentaje de grasa corporal mayor que el punto de corte correspondiente a un IMC de 27 (>27% de grasa corporal en hombres y >38% de grasa corporal en mujeres). La prevalencia de obesidad sarcopénica se incrementa con la edad avanzada: se calcula en aproximadamente 2% en personas menores de 70 años y 10% en mayores de 80. Los ancianos con sarcopenia y obesidad tienen peor funcionalidad física y discapacidad que quienes tienen sarcopenia y no son obesos.⁴⁰

3.6.3 Anorexia

Los estados de anorexia son frecuentes en los ancianos muchas veces son debidas a trastornos en la conducta de la alimentación, a problemas bucodentales, enfermedades crónicas, enfermedades terminales, polifarmacia, estados depresivos, pérdida de la autoestima. El problema de la anorexia en los viejos es lo trascendencia puede tener, ya que si ésta se mantiene, puede ser un trastorno crónico que favorezca repetidas recaídas, ocasionar fragilidad y mortalidad.

Suele ocurrir en ancianos que de manera gradual disminuyen su ingestión, particularmente de proteínas, a fin de acatar dietas bajas en grasa y colesterol que con frecuencia se prescriben por tratamiento de alteraciones metabólicas, a este sector de la población, la anorexia es un trastorno de origen multifactorial y para su resolución se necesita de una cuidadosa evaluación que busque afecciones digestivas, efectos secundarios por fármacos, enfermedades con efecto catabólico y trastornos psiquiátricos.⁴¹

Tener falta de apetito o anorexia pueden llevar a estados carenciales con alteraciones nutricionales con repercusiones fisiológicas y estados de fragilidad y muerte.

3.6.4 Desnutrición

La desnutrición en esta edad generalmente no se presenta de manera brusca; es más bien un deterioro lento que va ocurriendo por etapas. El anciano pierde peso al ser sometido a una circunstancia determinada como puede ser la hospitalización y difícilmente puede recuperar ese peso perdido, pues puede ser una circunstancia de recaídas frecuentes.

Por lo tanto, la desnutrición no es fácil de detectar, ya que muchas veces se encuentra enmascarado por el padecimiento de enfermedades crónicas y sólo se percibe un adelgazamiento lento y cotidiano.⁴²

Para conocer sobre la presencia de desnutrición en el anciano de deberá de realizar a través del interrogatorio mediante la búsqueda de signos inespecíficos, como astenia o depresión, evaluación del apetito y de la ingestión, búsqueda de antecedentes médicos (quirúrgicos, enfermedad vascular cerebral, etcétera), también haciendo uso de la exploración física, búsqueda de trastornos de la deglución, evaluación del sistema masticatorio y una minuciosa evaluación del estado mental y de la capacidad funcional.

3.7 Depresión y Estado Nutricional

El funcionamiento cerebral está relacionado en forma estrecha con el estado nutricional. Son particularmente evidentes las alteraciones mentales en estados de carencia de folatos, vitamina B¹² o tiamina. Es probable que la ingestión de sustancias como la lecitina, el triptófano o la tirosina modulen en alguna medida la síntesis de neurotransmisores.⁴³

La depresión es una enfermedad crónica frecuente en los adultos mayores a nivel mundial y un importante factor de riesgo de discapacidad, hospitalización e internamiento en instituciones de salud, lo cual contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad.⁴⁴

Los síndromes afectivos pueden ser caracterizados por abatimiento, estos pueden estar alterados o combinados, la depresión sin duda es el síndrome que se presenta con mayor frecuencia, por lo que es importante diferenciarlo de la tristeza.

Esta se define como una emoción no patológica, la depresión como síndrome se asocia a problemas del sueño, apetito por incremento o disminución, ansiedad, retardo, agitación psicomotora, apatía, irritabilidad, fatiga, culpa, disminución en la energía, disminución en la capacidad en la toma de decisiones, alteración en funcionamiento cognoscitivo.⁴⁵

Actualmente se demostrado que la alimentación influye sobre los estados de ánimo. Esta influencia se hace evidente cuando los alimentos ingeridos afectan el comportamiento de sustancias químicas que se producen en el cerebro.⁴⁶

La serotonina es una sustancia que, cuando se halla en valores normales en el cerebro, ejerce una función reguladora del sueño y reduce el dolor, el apetito, la irritabilidad, y la depresión. Ante la aparición de factores capaces de alterar los circuitos de neurotransmisores del cerebro, el nivel de serotonina disminuye y, como consecuencia, surgen estados depresivos y se modifica el comportamiento.⁴⁷

Otros de los factores nutricionales que pueden causar depresión son:

- Una cantidad insuficiente de alimentos ricos en vitaminas C o del complejo B (puede ocasionar irritabilidad, nerviosismo, fatiga, pérdida de la memoria e inestabilidad emocional, disminución en la capacidad para concentrarse).⁴⁸

La depresión ocasiona pérdida de interés por lo que sucede alrededor, disminución del apetito, trastornos del sueño, ansiedad, retardo, agitación psicomotora, apatía, pesimismo, aislamiento, sentimiento de culpa, fatiga, dificultad para la toma de decisiones, deterioro cognitivo problemas de la atención, muchos ancianos cuando está deprimidos dejan de comer o se olvidan de hacerlo y si no se detecta a tiempo o no se trata de manera adecuada nos puede llevar a estados carenciales y de desnutrición, favoreciendo el deslizamiento fragilidad y muerte .⁴⁹

Aproximadamente el 20% de todas las personas de más de 65 años presentan una depresión, clínicamente significativa, encontrándose entre ellos tres tipos de depresión; donde la depresión endógena es aquella donde el anciano esta típicamente deprimido debido a un proceso bioquímico interno. En el tipo reactivo la depresión surge a consecuencia de un hecho importante o desencadenante de perdida y donde el adulto es incapaz de cuidar de si misma el de tipo secundario que proviene de una lesión o enfermedad.⁵⁰

3.8 Autoestima en la vejez

Los cambios que se presentan en el proceso normal de envejecimiento repercuten en todas las esferas de adulto mayor modificando su propia imagen.

El envejecimiento es un proceso universal, existiendo muchas formas de envejecer, de tal manera que no podemos generalizar. Si bien, muchas personas gozan de un envejecimiento saludable con un concepto positivo de sí mismos, sintiéndose amados y valorados, se relacionan positivamente con los demás, cuentan con recursos internos suficientes que le permiten el deseo de vivir a pesar de los cambios y las limitaciones corporales, también están las que se sienten como alguien que ha perdido su valor, manifestando sentimientos de abandono, apatía y desinterés por la vida.

La jubilación y el retiro son marcadores sociales de mucho peso en sus vidas, de ahí que muchos adultos vivan esta etapa como una situación de perdida, de minusvalía y de marginación social en donde se perciben como alguien innecesario, lo cual repercute negativamente en su autoestima.

Autoestima

El concepto de autoestima, proviene de los vocablos Auto= por sí mismo y Estima= consideración, aprecio; interpretándose como el concepto que cada persona tiene de si mismo.⁵¹

La autoestima es una necesidad humana fundamental que proporciona una contribución esencial para el proceso vital, es indispensable y tiene valor para la supervivencia.

Aunque se señala que las bases de la autoestima se establecen principalmente en la niñez y la adolescencia, las subsecuentes etapas del ciclo vital la van modulando y adecuando, considerando las influencias psicológicas, biológicas, culturales, sociales, económicas y ambientales a lo largo de la historia del individuo.

Existen cuatro factores condicionantes del autoestima: vinculación (sentirnos parte de algo o de alguien), singularidad (sentirse alguien particular y especial), poder (sensación de poder hacer lo que se planea disponiendo de los medios), pautas (sentido que se le da a la existencia y a lo que hace); la ausencia o distorsión de cualquiera de estas condicionantes influirá en la manera en que el adulto se verá a si mismo y ante los demás.

Alta y baja autoestima

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia si mismo, si estas actitudes son positivas hablamos de un alto nivel de autoestima y se es capaz de trabajar por los objetivos planteados siendo conscientes y responsables de nuestros actos, afrontando con dignidad importantes contrariedades de la vida y manifestando nuestro afecto hacia los demás.⁵¹

Cuando se posee una autoestima positiva ésta actúa como sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración.

Por lo contrario cuando la autoestima es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida, está relacionada con muchas características en la

personalidad como, la necesidad de aprobación o afecto por parte de los demás e inseguridad que lo lleva a sentirse menos.

En el adulto mayor el papel de la autoestima no es menos importante, sino lo contrario, ya que los valores y parámetros culturales en la sociedad favorecen poco la autoestima de éstos haciéndola frágil y vulnerable, por lo que se tendrá que trabajar en la recuperación de ésta como elemento indispensable en la salud del adulto mayor.⁵¹

El autoestima es una necesidad fundamental que proporciona una contribución esencial para el proceso vital y tiene un valor para la supervivencia. Es por esa razón que se tiene dos componentes fundamentales.

Uno es el componente cognitivo: este se refiere, a las ideas, opiniones, creencias y procesamiento de la información usados para reconocer e interpretar el ambiente social auto concepto y desarrollo de la autoestima.⁵²

El segundo es el componente afectivo: el cual es una valoración de lo que cada persona es, sea positivo o negativo, lo que implica una sensación favorable o no de si mismo.⁵³

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta un importante desafío por definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso.⁵³

Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados Sánchez.⁵⁴

La O.M.S. ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, Esta expresión de José M. Cagigal sintetiza todos aquellos puntos necesarios para una reconocer sus características propias y definidas y que llevan inmersa la posibilidad de prepararse para la vejez.⁵⁵

La autoestima, es el proceso de pensar y sentir, repercute en satisfacer correctamente las necesidades (fisiológicas). Y una de ellas es la alimentación, existen evidencias de que los ancianos recluidos en asilos, que viven solos, con enfermedades y que son dependientes o maltratados y que tienen una situación económica precaria tienden a tener una baja autoestima que muchas veces repercute en la alimentación, algunos se consideran improductivos y que son una carga para la familia por lo tanto no tienen derecho ni a los alimentos, esto también repercute de manera trascendente en el estado nutricional de los ancianos de ahí que es fundamental que la enfermera detecte los estados de autoestima baja para establecer programas que ayuden a los adultos mayores a elevar su autoestima ya que esto influye de manera importante en la adherencia a los tratamientos.⁵⁶

Finalmente es importante señalar que en México son pocos los estudios sobre el estado nutricional y su asociación con depresión y autoestima de ahí la relevancia de la presente investigación cuyos resultados permitirán al profesional de enfermería establecer programas preventivos para mejorar el estado afectivo y aumentar el nivel de autoestima en los adultos mayores con la finalidad de mejorar su estado nutricional.

3.9 Participación de las enfermeras en Problemas Nutricios

Está demostrado que el profesional de enfermería juega un papel fundamental dentro del equipo multidisciplinario e interdisciplinario en relación a aspectos nutricionales con los adultos mayores en la detección y diagnóstico oportuno sobre los problemas nutricionales de los adultos mayores dentro de su práctica profesional cotidiana debe informar, educar, capacitar fortalecer sobre la práctica de estilos de vida saludables que coadyuven a mantener una adecuada alimentación y nutrición en ésta etapa de la vida

Para prevenir alteraciones nutricionales en el adulto mayor, la enfermera debe detectar en forma eficaz y oportuna algún problema nutricional a través de una evaluación del estado nutricional utilizando métodos sencillos como indicadores antropométricos y diseñar programas de intervención con base a las necesidades detectadas.

Así mismo es fundamental que el profesional de enfermería esté capacitada sobre:

- Evaluación Nutricional
- Manejo y preparación de menús a bajo costo y con alto valor nutricional de acuerdo a sus gustos y preferencias, estado de salud nivel socio económico y a su cultura.
- Diseño y preparación de dietas especiales para enfermos con enfermedades crónico degenerativas.
- Implementación de programas para fortalecer hábitos de vida saludables que ayuden a mantener un buen estado de nutrición y ayuden a reforzar las conductas alimentarias adecuadas
- Aplicación de escalas de nutrición para evaluar riesgo nutricional sobre todo en ancianos hospitalizados y frágiles.
- Seguimiento y monitoreo de los ancianos con problemas nutricionales.
- Evaluación de los programas implementados.

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

3.9.1 Cuadro de Revisión Sistemática del estado nutricional

AUTOR/AÑO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	OBJETIVO	HALLAZGOS
Larrieu. 2004, Francia ⁷⁶	8966 Pacientes	Estudiar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la asociación con (depresión) en ancianos	La obesidad (IMC \geq 30kg/m ²) se asoció significativamente con depresión en las mujeres.
Li. 2007, Hong Kong ⁷⁷	56,167 Pacientes	Evaluar la asociación entre la obesidad y los síntomas depresivos en personas mayores de China en Hong Kong	Los síntomas depresivos, fue 23% en las mujeres fue mayor que la de los hombres 40%, y las mujeres mostraron una pendiente mayor significancia estadística.
Vogelzangs . 2007, Holanda	2917 Pacientes	Identificar los factores psicosociales se han asociado con anomalías metabólicas	Eventos negativos de la vida incrementa las probabilidades de tener síndrome metabólico. La relación entre los síntomas depresivos y el síndrome metabólico .
Lee. 2005, Corea	150 Pacientes	Examinar y comparar los factores asociados con el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos en las personas mayores en los dos países	Los factores asociados son factores sociodemográficos como la edad, el género y la educación fueron significativas entre los coreanos, en tanto que socio-conductuales factores como la obesidad, el apoyo social.
Almeida. 2009, Australia	12.216 Pacientes	Evaluar la relación entre las diferentes medidas de la obesidad y la depresión	481 hombres recibieron el diagnóstico de depresión. Se mostró que los hombres con índice de masa corporal (IMC) \geq 30 tenían un 31% de riesgo de depresión en comparación con la de los hombres no obesos.
De la Montalla. 2012, España	752 Pacientes	Determinar la prevalencia del riesgo de desnutrición mediante la evaluación del estado nutricional	Las personas con problemas nutricionales se identificaron. Los sujetos de edades comprendidas entre los 65 y 70 las mujeres presentaron mayores problemas nutricionales y la prescripción de por lo menos 3 medicamentos al día y tener una movilidad limitada.
Álvarez.2008 España , ⁵⁹	103 Ancianos	Describir el estado nutricional de pacientes asistentes a la consulta a un consultorio policlínico	Pacientes con edades entre 60-69 años presentaron normopeso, con ligero predominio sexo femenino presentan cambios significativos en el peso corporal y su relación con e IMC asociado con la sarcopenia.
Sancho. 2012, España	100 Pacientes	Evaluar la relación entre el estado nutricional y el riesgo de úlceras por presión en pacientes dentro de los programas de atención domiciliaria y el estado nutricional.	El estudio revelo un 46% de alto riesgo de desnutrición. El grado de depresión. Por otra parte, el estado nutricional afecta el riesgo de úlceras por presión .

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

Duran. 2012, España	40 Pacientes	Comparar la correlación entre MNA con el índice antropométrico, en pacientes geriátricos	Las diferencias más significativas se detectaron en peso, IMC, circunferencia del brazo y la pantorrilla y los parámetros de pérdida de peso. tuvo correlaciones significativas con la circunferencia media del brazo y circunferencia de la pantorrilla, pérdida de peso y los parámetros de IMC.
Ortega. 1995, España	127 Pacientes	Analizar las diferencias en la ingesta energética y perfil calórico en la dieta de pacientes ancianos en base a su índice de masa corporal (IMC).	Se encontró que los pacientes ancianos con sobrepeso y obesos su ingesta es de mayor energía que los de peso normal.
Blazer.2002,Estados Unidos	4162 Pacientes	Este estudio se centra en la comorbilidad entre la depresión y la diabetes, así como la depresión y la obesidad, en adultos mayores.	Se encontró que el sexo femenino, menor educación, el deterioro funcional y el deterioro cognitivo se asocia con depresión / diabetes y la depresión / IMC alto..
Tarzona. 2009, Chile	52 Pacientes	Estudiar la especificidad, el valor predictivo positivo de la escala MNA para detectar la desnutrición en los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo avanzado.	Más del 50% de la muestra presenta por lo menos un parámetro de malnutrición alterado.
Ramírez. 2008, Colombia	228 Pacientes	Conocer la aplicación de una puntuación de riesgo nutricional para mortalidad en un grupo de pacientes que están en la Unidad de Cuidados Intensivos, con o sin enfermedad previa	Se demostró que las alteraciones de la nutrición se puede observar en todas las edades. Además, se encontró que sufren enfermedades crónicas que alteran las condiciones de la ingestión si se alimentaría adecuada es un parámetro aislado significativo para aumentar la probabilidad de muerte por fragilidad en el adulto mayor.
Misrachi.2002 .Costa Rica, ²⁴	563 Pacientes	Identificar la condición dental del adulto mayor tiene gran impacto en la selección de los alimentos y por ende en su condición Nutricional y es, junto con otros, un factor de riesgo de malnutrición aunado al uso de prótesis.	El 50% de la población estudiada ha satisfecho esta necesidad y propician la necesidad que contar con prótesis para mejorar su autoestima y condiciones de nutrición.

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

Moreno.2009 Cuba, ³⁵	298 Participantes	Identificar la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y Autoestima.	En cuanto a su autoestima, los casos se concentran en ambos sexos los trastornos alimentarios relacionados a la imagen corporal son significativos, mejorando con intervenciones de grupo de ayuda.
Fernández. 2004 México, ¹²	6203 participantes	Determinar estado nutricional utilizando variables antropométricas como índice de masa corporal estimado, índice cintura-cadera y porcentaje de grasa corporal	La prevalencia de ancianos hipertensos son del sexo masculino 48,3 %, la distribución de la grasa corporal tiene relación con el modelo de riesgo cardiovascular
Cano.2004, México, ⁴⁴	62 Personas De los cuales 30 ambulatorios y 32 institucionalizados	Identificar los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en dos grupos de adultos mayores.	Ligero incremento en la ansiedad en los pacientes institucionalizados, para la depresión y autoestima no resultado significativo.
Martínez.2005 México, ⁶²	230 Pacientes	Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados.	La prevalencia de depresión fue elevada asociada al ser portador de enfermedades crónicas.
Pando.2001 México, ⁷⁵	246 Adultos	Determinar la prevalencia de la depresión en pacientes ambulatorios.	El ambiente donde habita el adulto mayor es un factor determinante para la presencia de depresión, debido a que los determinantes sociales juegan un papel importante de cómo se relacionan con la autopercepción del cuidado de la salud.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las necesidades dietéticas de las personas mayores continúan siendo una fuente de controversia, ya que carecemos de investigaciones específicas al respecto e incluso se desconoce la influencia del proceso de envejecimiento sobre la necesidad de nutrientes y su metabolismo, por otra parte la mayoría de los estudios generalizan los estados de mal nutrición en dos grandes grupos: los desnutridos y los obesos.

Se reconoce que existe entre la población de adultos mayores malos hábitos alimenticios, que influyen en la desnutrición calórico-proteica, lo cual representa un riesgo para la pérdida homeostática y la fragilidad y el sobrepeso que se relaciona con una mayor tasa de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.

A nivel gerontológico, los desequilibrios por carencias o excesos nutricionales, aunados al envejecimiento son estados clínicos que hacen más resistente la respuesta terapéutica en este grupo etéreo, lo cual demuestra la importancia de mantener un estado nutricional adecuado, para mantener una buena salud y prevenir o retardar la presencia de enfermedades .

Existen evidencias de que los cambios psicológicos pueden tener grandes repercusiones para los estados de mal nutrición en los ancianos, de ahí que la depresión y la baja autoestima sean consideradas como dos grandes factores de riesgo para alteraciones nutricionales, por lo cual se deben detectar y tratar tempranamente.

En México son escasos los estudios sobre el estado nutricional y su relación con depresión y autoestima, de ahí la relevancia del presente estudio para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional y la asociación con depresión y autoestima en una población de adultos mayores del Estado de México?

5. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta los estudios epidemiológicos y clínicos reportados sobre estado nutricional en adultos mayores, suponemos que, más del 40% de la población de estudio presentarán alteraciones nutricionales asociadas con depresión y baja autoestima.

6. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el estado nutricional y su asociación con depresión y autoestima en una población de adultos mayores del Estado de México.

Objetivos específicos:

1. Determinar el grado de depresión y su relación con el estado nutricional.
2. Determinar el nivel de Autoestima y la relación que guarda con el estado nutricional.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio, observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

7.2 Universo de estudio

Se estudiaron 157 adultos mayores de 60 años y más, en dos unidades médicas de atención ambulatoria, 50 pertenecientes al hospital para enfermos crónicos Tepexpan “Dr. Gustavo Baz”, en el municipio de Acolman y 107 el hospital de “Las Américas”, del municipio de Ecatepec de Morelos; ambas pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México, en el periodo comprendido de Noviembre 2012 a Febrero del 2013.

7.3 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 60 años y más

Sin distinción de sexo

Adultos mayores sin deterioro cognitivo

Adultos mayores sin problemas cerebro- vasculares

Criterios de exclusión

Adultos mayores que no deseen participar en el estudio

8. VARIABLES

8.1 Variable independiente

Estado nutricional

Variable dependiente

Depresión

Autoestima

Variables Intervinientes

Edad

Sexo

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

**“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”**

8.2 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Edad	Edad que refiere el sujeto al momento del interrogatorio.	Cuantitativa Discreta	Años Cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del individuo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
Estado Civil	Condición social en el momento de la entrevista.	Cualitativa Nominal	Viudo Casado Divorciado Soltero Unión Libre Separado
Ocupación	Es la actividad remunerada o no en la que invierte su tiempo en el momento del interrogatorio.	Cualitativa nominal	Hogar Comerciante Empleada
Estado nutricional	Es el estado de salud de una población o un individuo como consecuencia de la ingestión y utilización de nutrientes.	Cualitativa nominal	Desnutrido Normopeso Sobrepeso Obesidad
Depresión	Estado anímico determinado por factores bioquímicos y psicosociales, evaluando a	Cuantitativa discreta	Puntaje Normal (EDG ≤ 10) Probable Depresión (≥11)

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

	través de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG).		
Autoestima	consideración, aprecio; interpretándose como el concepto que cada persona tiene de si mismo	Cuantitativa discreta	Puntaje Elevada 30-40 puntos Media 26-29 puntos Baja 25 y menos
Medidas Antropométricas	Son las medidas corporales que constituyen indicadores clínicos para valorar el estado de salud y estado de nutrición del individuo.	Cuantitativa discreta	Valor promedio
IMC	Es el cálculo que se obtiene al dividir el peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura al cuadrado.	Cuantitativa discreta	Valor promedio ≥ 22 Desnutrición ≤ 27 Sobrepeso < 30 Obesidad
ICC	Es la medición que nos permite evaluar la distribución de la grasa a nivel abdominal (obesidad central).	Cuantitativa discreta	Valor Promedio ≤ 0.80 Riesgo en mujeres ≤ 1 Riesgo en Hombres
Circunferencia media del brazo	Es un indicador antropométrico para la evaluación del estado nutricional, la cual se obtiene al medir longitud	Cuantitativa discreta	Valor promedio cuando sea menor a 30cm se considerara desnutrición

**“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”**

	del brazo, en la parte lateral (externa) desde el borde superior del hombro, marcar la parte media y posteriormente la circunferencia.		
Circunferencia de pantorrilla	Es la medición donde se identifica el punto medio de la pierna (la parte más prominente) y en ese nivel se lleva a cabo la medición.	Cuantitativa discreta	Valor promedio (cm)

9. TÉCNICAS

Se estudió una población de 157 adultos mayores del ISEM a los cuales se les aplicó a través de interrogatorio directo y los siguientes instrumentos:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, Es un cuestionario, que a partir de preguntas sencillas permite detectar de manera presuncional la depresión; el cuestionario está estructurado por 30 preguntas dicotómicas (sí/no) y puede ser auto aplicable. **(Ver anexo 1)**.

Escala de valoración de Autoestima (Rosenberg), tiene como objetivo evaluar la autoestima para establecer programas que permitan fortalecerla o recuperarla, es un cuestionario estructurado por 10 preguntas en formato likert con 4 opciones de respuesta el cual puede ser de autoaplicación, cada una de las respuesta se les otorga un puntaje de 1 a 4 siendo el máximo 40 considerando los niveles de autoestima de 30 a 40 autoestima elevada, de 26 a 29 autoestima media y de 25 o menos una baja autoestima: **(Ver anexo2)**.

Medidas antropométricas, constituyen indicadores clínicos para evaluar el estado nutricional de los individuos. Para las medidas antropométricas los equipos que se utilizaron fueron: estadímetro, báscula, y cinta métrica: Los datos se recolectaron en cédulas de Registro de Medidas Antropométricas **(Ver anexo 3)** utilizando las siguientes técnicas:

Peso: Este debe de realizar con una báscula corroborando con anticipación que se encuentra calibrada, solicitar que de manera anticipada la persona se encuentre en ayuno, preferentemente después de miccionar y evacuar con el mínimo de ropa y objetos, se le pide al sujeto suba a la báscula en posición de firmes y se realiza el registro.

Talla: Para medir la estatura, si el evaluador no cuenta con un estadímetro, (aditamento especial para medir la estatura) podrá adherir una cinta métrica a la pared, eligiendo un espacio donde el piso esté alineado. Para llevar a cabo la medición se le pedirá a la persona que se quite los zapatos, se mantenga erguida (sin doblar el tórax y el cuello), cabeza erecta mirando al frente en posición de Frankfort (el arco orbital inferior alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja), de espaldas a la pared con los talones juntos y la puntas separadas y se hará el registro.

Índice de Masa Corporal: Refleja el Índice de Masa Corporal del paciente. El cual se obtiene al dividir el peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura al cuadrado (kg/m^2), para el adulto mayor IMC normal es de 22 a 27, menor a 22 sugiere desnutrición mayor a 27 sobrepeso y mayor de 30 obesidad.

Circunferencia media del brazo: para llevar a cabo esta medida, primero se mide la longitud del brazo, en la parte lateral (externa) desde el borde superior del hombro hasta el codo posteriormente el valor se divide entre dos para identificar el punto medio, el cual se señala con un marcador y sobre este punto se lleva a cabo la medición correspondiente.

Circunferencia de la pantorrilla: para medir la parte media de la pierna (pantorrilla) se le pide a la persona que se descubra la pierna hasta la rodilla, se identifica el punto medio de la pierna (la parte más prominente) y en ese nivel se lleva a cabo la medición.

Índice de cintura cadera (ICC): Es una medición que permite evaluar la distribución de grasa, como determinante del riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, el valor se obtiene al dividir la cifra de la circunferencia de cintura entre la circunferencia de la cadera. Se considera riesgo

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

para mujeres cuando el valor es igual o superior a 0.80 y para los hombres igual o superior a 1.

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V.18, empleándose: estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, valores promedio \pm desviación estándar y como pruebas de comparación, X^2 , t student al 95%. Así mismo para el cálculo de riesgo se realizó Razón de momios con un intervalo de confianza al 95%

11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El consentimiento informado, se obtuvo por escrito, con el nombre y la firma de los participantes así como por los responsables del estudio, considerando lo dispuesto por la Ley General de Salud y los principios éticos para investigaciones en seres humanos como se contempla en la declaración de Helsinki (**Ver anexo 4**)

12.RESULTADOS

Se estudiaron a 157 adultos mayores, que acuden regularmente a la consulta externa de los hospitales General de Las Américas en Ecatepec y hospital para Enfermos Crónicos en Tepexpan a los cuales se les evaluó su estado nutricional y la asociación con la depresión y autoestima, encontrando los siguientes resultados.

De la población estudiada el promedio de edad fue de 70 ± 7.6 años. Con respecto al sexo se encontró que 102 eran mujeres y 55 fueron hombres, en cuanto a la ocupación, observamos que mantenían un vínculo laboral 64 (41%) del total de la población, teniendo como actividad principal el comercio en 20(13%), chofer 12 (8%) y costurera 9 (6%) de los casos.

En cuanto al estado civil se encontró que el 50.3% eran casados y el 49.7% eran solteros.

En relación al índice de masa corporal (IMC) de la población total de estudio, se obtuvo un promedio de 26.16; 4 (3%) presentaron IMC menor a 22 dato que evidencia desnutrición, 64 (41%) con IMC mayor a 27 con sobrepeso y 89 (57%). con un IMC mayor de 30 indicador de obesidad

Con respecto a la escala de Yesavage utilizada para detectar probable depresión se encontró que 61 (39%) tienen probable depresión y 53(43%) sin depresión.

En el caso de los resultados obtenidos de la escala de Rosenberg al evaluar el nivel de autoestima los resultados obtenidos demostraron que 31 (20%) tenían una autoestima media-alta y 35 (22%) una autoestima baja.

En el cuadro 1 se puede observar que entre mayor es el Índice de Masa Corporal, el nivel de autoestima es menor, mostrando una diferencia estadísticamente significativa, así mismo los adultos mayores que presentaron un Índice de Masa corporal alto, mostraron mayor depresión ($p < 0.05$).

CUADRO 1. Valores promedio del Índice de masa corporal y su relación con autoestima y depresión.

ESCALA	Índice de Masa Corporal (IMC)	Valor de p*
Depresión (Yesavage)		
Presente	27.9±4.1	0.016
Ausente	25.6±5.6	
Autoestima (Rosenberg)		
Media-Alta	25.1±6.0	0.06
Baja	26.8±4.9	

*t student al 95%

En el cuadro 2 se observa que las mujeres presentan un mayor riesgo a desarrollar depresión en relación a los hombres; en el caso del estado civil el ser casado incrementa el riesgo de desarrollar depresión, con respecto al rubro de edad podemos ver que el tener entre los 60 a 69 años incrementa el riesgo de presentar depresión, así mismo se encontró que el padecer diabetes propicia la presencia de depresión por los cambios originados en los estilos de vida y cambios fisiológicos en el metabolismo.

CUADRO 2. Depresión asociada al Índice de Masa Corporal y su relación con las variables intervinientes

VARIABLE	Normopeso N (%)	Sobrepeso-Obesidad N (%)
SEXO		
Femenino	9(8.8%)	18(9.8%)
Masculino	4(7.2%)	10(18%)
ESTADO CIVIL		
Casado*	5(.9%)	16(32%)
Soltero	8(16.6%)	12(24%)
EDAD (años)		
60-69*	4(.8 %)	17(33%)
Más de 70	9(17%)	11(23%)
OTRAS ENFERMEDADES		
DM	7(14%)	16(31%)
HTA	4(9%)	12(27%)

*X2 p≤ 0.05

CUADRO 3. Índice de masa corporal y su relación con autoestima y depresión.

ESCALA	Índice de Masa Corporal (IMC)	
	Normopeso N=66	Sobrepeso-Obesidad N=89
Depresión (Yesavage)	14.68±4.0	15.58±4.6
Autoestima (Rosenberg)	25.82±1.4	25.21±2.3*

*t student $p \leq 0.05$

Para el cuadro 3 se observa una tendencia de padecer depresión si se tiene sobrepeso u obesidad, en el caso de autoestima el resultado no muestra esta relación ya que no existen datos estadísticamente significativos.

CUADRO 4. Factores de riesgo asociados a depresión en relación al Índice de Masa Corporal

VARIABLE		RM	IC _{95%}	Valor de p*
SEXO	Femenino	1.17	0.46-2.977	0.74
	Masculino	4.33	1.15-16.26	0.024
ESTADO CIVIL	Casado	3.2	1.035-9.89	0.038
	Soltero	1.125	0.398-3.181	0.824
EDAD	60-69	3.125	0.94-10.43	0.06
	Más de 70	1.267	0.45-3.54	0.651
	DM	1.67	0.85-3.26	0.096
OTRAS ENFERMEDADES	HTA	1.9	0.76-4.72	0.127

* X² al 95%; RM= Razón de momios IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

En este cuadro observamos en cuanto al sexo, que el ser hombre incrementa el riesgo de presentar depresión; así como el ser casado y tener entre 60 y 69 años de edad, en este sentido, la diabetes resultó ser un factor de riesgo que se asocia a depresión siendo estadísticamente significativos.

CUADRO 5. Autoestima asociada al IMC y su relación con las variables intervinientes

VARIABLE	Normopeso N (%)	Sobrepeso-obesidad N (%)
SEXO		
Femenino	17(16%)	48(47%)
Masculino	18(32)	16(29%)
ESTADO CIVIL		
Casado	18(36%)	30(60%)
Soltero	17(30%)	34(69%)
EDAD		
60-69	12(21%)	36(67%)
Más de 70	23(44%)	28(54%)
OTRAS ENFERMEDADES		
DM	23(45%)	26(50%)
HTA	8(18%)	27(61%)

***X² p ≤ 0.05**

En este cuadro se observa que las mujeres presentan un mayor grado de obesidad, y que el ser soltero, tener más de 60 a 69 años y el padecer hipertensión arterial incrementa el riesgo de tener nivel de autoestima baja.

**CUADRO 6. Factores de riesgo asociados a baja autoestima en relación al
Índice de Masa Corporal**

VARIABLE		RM	IC _{95%}	Valor de p*
SEXO	Femenino	3.35	1.41-7.96	0.005
	Masculino	1.185	0.396-3.54	0.761
ESTADO CIVIL	Casado	1.778	0.712-4.44	0.216
	Soltero	3.0	1.11-8.07	0.027
EDAD	60-69	3.4	1.31-8.82	0.010
	Más de 70	1.70	0.639-4.54	0.285
	DM	0.81	0.33-2.02	0.661
OTRAS ENFERMEDADES	HTA	9.45	2.02-34.34	0.0001

* X² al 95%; RM= Razón de momios IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

En este cuadro se observa que el ser mujer, ser soltero y tener entre 60 y 69 años y tener hipertensión arterial son factores del riesgo para tener una baja autoestima, resultando estadísticamente significativos.

13. DISCUSIÓN

Durante el proceso normal de envejecimiento se producen cambios que pueden alterar el estado nutricional y la relación con los estados depresivos y el nivel de autoestima; los cuales al no ser detectados de manera oportuna y eficaz pueden evolucionar y provocar estados de fragilidad, los cuales tendrán un impacto trascendental en la funcionalidad y en la calidad de vida de los adultos mayores.

La realización de evaluaciones del estado nutricional tempranas en los adultos mayores puede ser una estrategia para prevenir riesgos además de ser una herramienta para el diagnóstico oportuno de alteraciones nutricionales que pueden estar relacionadas con la presencia de enfermedades crónicas y asociadas con depresión y autoestima baja.

Los beneficios de un estado óptimo de nutrición favorecen en cualquier etapa de la vida ya que se reflejara en mejores niveles de calidad de vida favoreciendo un proceso de envejecimiento exitoso.

Estudios relacionados con el estado nutricional reportan que un adecuado estado nutricional en el anciano influye en su funcionalidad, puede mejorar su independencia y con ello un estado de salud y calidad de vida, pero las alteraciones nutricionales, pueden ser causa de deterioro y traer consigo estados de fragilidad, deslizamiento y muerte.^{68, 69}

En relación a los resultados obtenidos encontramos que población de estudio tuvo una media de edad de 70 ± 7.6 , predominando el sexo femenino lo cual coincide con lo reportado por el censo de población INEGI (2012)⁷⁰ y la encuesta nacional de salud ENSALUD 2012³⁴

En relación a los resultados obtenidos en el IMC se encontró que las mujeres con mayor grado de obesidad tienen mayor predisposición a presentar estados depresivos, lo cual es similar a lo reportado en dos estudios realizados por Larrieu 2004⁷² y Li 2007⁷³, en donde demostraron que las mujeres con mayor grado de obesidad tenían estados depresivos.

Se encontró una correlación entre los problemas nutricionales, y autoestima, indicando que entre mayor sea el IMC es más bajo el nivel de autoestima, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura en donde se señala que los ancianos que viven solos, están enfermos, su escolaridad y nivel socioeconómico son bajos, tienen una mala selección de alimentos y nutrientes además de la poca o nula actividad lo cual que se incremente su peso, otros ancianos tienen preferencia por alimentos de preparación rápida altos en colesterol, grasas y calorías vacías, por otra parte el haber perdido a la pareja, el vivir y comer solo o a veces el no tener poder de adquisición para los alimentos, hace que su autoestima se encuentre baja,⁷⁴

Otro dato relevante encontrado en éste estudio es que los adultos mayores del sexo masculino que presentan sobre peso y obesidad tienen mayor riesgo de depresión 28 (18%) lo cual también es similar a lo reportado en otro estudio realizado en Australia, en donde se encontró que el 40% de los adultos mayores del sexo masculino presentaron estados depresivos Almeida (2009)⁷⁵

Albores y Carvajal en otro estudio que realizaron señalan que con frecuencia los pacientes adultos mayores experimentan una carencia de afectividad, pérdida de interés en proyectos en sus relaciones, lo que explica que la dieta de los ancianos generalmente es más completa cuando viven en familia que cuando viven solos y que la frecuencia con la que consumen esos alimentos es mejor.⁷⁶

14. CONCLUSIONES

HIPÓTESIS: Tomando en cuenta los estudios epidemiológicos y clínicos reportados sobre estado nutricional en adultos mayores, suponemos que, más del 40% de la población de estudio presentarán alteraciones nutricionales asociadas con depresión y baja autoestima.

- Los resultados obtenidos sugieren que los adultos mayores con sobrepeso y obesidad presentan baja autoestima.
- Los adultos mayores de sexo masculino con sobrepeso y obesidad presentan mayor riesgo de depresión.
- Los adultos mayores de sexo femenino con mayor grado de obesidad presentan mayor riesgo de autoestima baja.

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El no contar con indicadores bioquímicos para realizar una evaluación más a profundidad del estado nutricional de la población de estudio.
- El no haber implementado una intervención de tipo educativa para la prevención y mejoramiento del estado nutricional debido al tiempo tan reducido para el desarrollo y conclusión de esta investigación.
- La falta de un programa de intervención de enfermería para los ancianos que se detectaron con depresión y autoestima baja, como consecuencia del tiempo tan limitado para esta investigación.

16. PRESPECTIVAS

- Es necesario continuar con este tipo de investigaciones con fines preventivos, para detectar en forma eficaz y oportuna el estado nutricional en los ancianos y poder diseñar e implementar programas y estrategias, de intervención con la participación del profesional de enfermería de acuerdo a las necesidades nutricionales detectadas.
- Los resultados obtenidos justifican dar continuidad a la investigación y ampliar el tamaño de la muestra con el objetivo de corroborar los hallazgos.
- Es conveniente realizar estudios de tipo longitudinal para obtener resultados más contundentes.
- Tratar que la muestra de estudio se encuentre equilibrada entre sexos y de ser posible en edades con el fin de que los resultados nos permitan llegar a resultados del todo concluyentes.
- Es importante llevar a cabo un mayor número de estudios en diferentes zonas y grupos poblacionales de ancianos ya que las alteraciones nutricionales y los factores de riesgo se pueden comportar de manera diferente en cada grupo poblacional.

17.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schneider MJ. Public health and the aging population in ed. Introduction to the public health 2da. Ed. Ontario: Jones and Bartlett publishers 489-512
2. Aranceta BJ. Nutrición y Vejez. editores. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones (segunda edición). Barcelona: Masson; 2006: 316-617.
3. Restrepo M.L., Morales RM. Los Hábitos Alimentarios En El Adulto Mayor y Su Relación Con Los Procesos Protectores y Deteriorantes En Salud Revista Chilena Nutrición 2006 Vol. 33, (33).
4. Bernal MF, Celis de la Rosa J. La nutrición del anciano como un problema de salud pública, Antropo 2008 17(1) 43-55
5. Gutiérrez Robledo LM, Llaca Martínez C. Nutrición en el anciano en Nutriología Médica. México 2008 editorial Panamericana 212-241
6. Dávila T, Serrano P. Malnutrición en el anciano, In: Salgado A. Guillen F, Rui Perez I, Manual de Geriatria.3er edición Barcelona: Masson 731-40
7. Peláez, C.M La presencia antropológica en la vigilancia alimentaria y nutrición En: Chávez A. La vigilancia epidemiológica de la nutrición en México: INNZS L 84:65-80
8. OMS Dieta, nutrición y enfermedades crónicas, serie informes técnicos 917, Ginebra 2003
9. Chapuy H.R Cuadernos de Dietética y alimentación de la persona de edad avanzada Barcelona España: Meisson 4:4/5
10. Kaufer-Horwitz M. La nutrición en México en la década de los noventas. en Casanueva, E. Kaufer-Horwitz M, Pérez Lizour, A.B. Arroyo Nutriología Médica, México 1995 Editorial Panamericana 18,19,24,29
11. Mullen JL, Busby JP. Prediction of operative morbidity and mortality by preoperative nutritional assessment. Surg Forum 1979; 30: 80-82.
12. García, EJ. Participación del estado nutricional en la fragilización del individuo. Rev Nutrición Clínica 2003; 6(1):58-62

13. Castelblanque EM, Cuñat VA. ¿Quiénes son adultos mayores frágiles-adultos mayores de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. *Rev Soc Española Med Gen* 2002; 45: 443-459.
14. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, et al, Risk factors for 5 years mortality in older adults the cardiovascular health study *JAMA* 1998;279-585
15. Fried LP, Ferrucci L, Willianson JD, Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity implications for improved targeting and care *J Gerontol A Biol Sci Med* 2004 Mar 59(3):255-63
16. Mendoza V, Martínez ML, Vargas LA, *Gerontología Comunitaria México* 2011 Fes Zaragoza 63-70
17. Sáenz A, De minería C. *Geriatría Práctica* .México, 2009 Editorial Alfil 229-234
18. Davidson J, Getz M. Nutritional risk and body composition in free-living Iderly participating incongregate meal-site programs. *J Nutr Elder*. 2004;24(1):53-68
19. Salvá A. Nutrición en el anciano. *Salud Rural*. 2000; 17(7):103-112.
20. Mufunda J, Mebrahtu G, Usman A, Nyarango P, Kosia A, Ghebrat Y.et al The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea. *J Hum Hypertens*. 2005.
21. Hosoda S. Bamba T, Nakago S, Fujiyma Y. Age-related changes in gastrointestinal *Nut Rev* 1992;50(12):374-7
22. Parodi JF, Rivera JM. *Nutrición en el Adulto Mayor: Diagnostico* 2003;42;38-42
23. Calderón Reyes ME, Ibarra Ramírez R, *Evaluación Nutricional Comparada del Adulto Mayor en Consultas de Medicina Familiar*. *Nutr Hosp*. 2010;25(4):669-675
24. Visvanathan R, Newbury JW, Chapman I. Malnutrition in older people--screening and management strategies. *Aust Fam Physician*. 2004; 33(10):799-805.
25. Riobo Servan P, Villar O. González de Villar N. *Nutrición en Geriatría*. *Nutrición Hospitalaria*, Madrid.1999; 14(2): 32-42.
26. Davidson J, Getz M. Nutritional risk and body composition in free-living Iderly participating incongregate meal-site programs. *J Nutr Elder*. 2004;24(1):53-68
27. Salvá A. Nutrición en el anciano. *Salud Rural*. 2000; 17(7):103-112.
28. Mufunda J, Mebrahtu G, Usman A, Nyarango P, Kosia A, Ghebrat Y.*et al* The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea. *J Hum Hypertens*. 2005.
29. Gutiérrez Robledo LM *Nutrition and the ageing process*. *Nutr Rev* 1997;55(1):574-576

30. Parodi JF, Rivera JM. Nutrición en el Adulto Mayor: Diagnostico 2003;42;38-42
31. Rivlin RS, Nutrition and aging: some unanswered questions. Am J. Med 1991 Sep 7(3):337-40
32. Seyour L, Halpern MD Manual de Nutrición Clínica, México 1990 Editorial Limusa 129-134
33. Velázquez A.M.C. Dieta: Una aproximación de lo que consumen los adultos mayores y pautas para mejorar la alimentación y nutrición de este grupo erario. Revista de Salud Pública y Nutrición RESPYN.2003; edición especial.
34. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Secretaria de Salud [cita 26 enero 2013] Disponible en disponible en <http://www.insp.mx/ensanut>
35. González Hernández A. et al Estado nutricional en ancianos, Archivos latinoamericanos de nutrición, Cuba 2007: 57 (3): 257-272
36. Carrillo Toledo MG, Ramírez Hernández E, Valdés González N. Depresión y tipo de alimentos en el adulto mayor de la ciudad de Veracruz. Revista de Investigación en Ciencias de la Salud
37. Fanelli Kuesmarski , Kuesmarski J Evaluación Nutricional de los adultos de Edad avanzada en: Nutrición en el envejecimiento Eleanor D Schlenker España Mosby Doyma
38. Whitney E., Rifes R. Nutrición Médica España Editorial Paido Tribo cap.17 2011597-613
39. Fundación Mexicana para la salud, Obesidad en México Vol.1 ,México consensos FUNSALUD,1997
40. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, June3-5 1997, Ginebra:WHO,1998
41. Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad NOM -174.SSA1-1998
42. García ZenónT., Villalobos Silva J, Malnutrición en el Anciano : Obesidad Una Nueva Pandemia Med Int Méx 2012;28(2):154-161
43. Houston KD, Nicklas J, Zizza AC. Weighty Concerns: The Growing Prevalence of Obesity among Older Adults. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1886-1895.
44. Parikh IN, Pencina JM, Wang JT, Lanier JK et al. Increasing Trends in Incidence of Overweight and Obesity over 5 Decades. Am Jour of Med 2007; 120: 242- 250

45. Catenacci AV, Hill OJ, Wyatt RH. The Obesity Epidemic. *Clin Chest Med* 2009; 30: 415-444.
46. Oreopoulos A, Kalantar ZK, Sharma MA, Fonarow CG. The Obesity Paradox in the Elderly: Potential Mechanisms and Clinical Implications. *Clin Geriatr Med* 2009; 25: 643-659.
47. De Boer HI, Katz R, Fried F L, Ix HJ, et al. Obesity and Change in Estimated GFR Among Older Adults. *Am J Kidney Dis* 2009; 54: 1043-1051.
48. Gustafson D, Bäckman K, Waern M, et al. Adiposity indicators and dementia over 32 years in Sweden. *Neurology* 2009; 73: 1559-1566.
49. Sturman MT, Méndez de León CS, Bienias JL, et al. Body mass index and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology* 2008; 70: 360-367
50. Gómez LM, Hernández PB B, Morales M, Shamah LT. Physical activity and overweight/obesity in adult Mexican population. The Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Méx* 2009; 51 suppl 4:S621-629.
51. Arronte-Rosales A, Sandoval-Hernández CR. Autoestima en la vejez En Estrategias para el control de Enfermedades Crónico degenerativas a nivel comunitario en Mendoza –Nuñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas –Guadarrama LA,Editores Gerontología Comunitaria México: FES Zaragoza,UNAM;2004, 2224-2247.
52. Sandam P.O., et al. Nutritional status and dietary intake in institutionalized patients with Alzheimer disease and multifarct dementia, *J Am Geriatr Soc* ,1987:35-31
53. Vellas B, Albarede JL, Garry P. Diseases and aging: patterns of morbidity with age: relationships between aging and age associated diseases: *Am J Clin Nutr* 1992;55 (2) 1225-30.
54. Vásquez A, Gutiérrez-Robledo LM, Llaca C. Prevalence undernutrition in Mexican elderly subjects. Presentado en el Panamerican Congress, 1999, febrero 21-24; San Antonio, Texas.
55. S.O'Rshilly et al. Minireview: human obesity-Lessons from monogenic disorders, *Endocrinology* 144(2003):3757-3764
56. M. Tanaka Effect of nutritional rehabilitation on circulating ghrelin and growth hormone; levels in patients with anorexia nerviosa, *Regulatory peptides* 122(2004):163-168
57. R Chenoff, Micronutrient requirements in older women *American Journal of Clinical Nutrition* 81(2005):12405-12455
58. Morley J.E. Anorexia in the elderly. *N Aging*,1988;9:9-16

59. Ávila Fuentes J.A; Garant MP. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores en México. Revista Panamericana de Salud Pública.2006; 19: 321.328.
60. Alexopoulos GS, Psychiatric disorders in late life. Clin Ger MED 1992
61. Kaschak Newman, Jaovac Smith. Planes de cuidados en Geriatria, Mosby/Doyma 1999
62. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel Molina CG. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Méx Seguro Soc 2007;45 (1):21-28
63. Medina Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Blanco Jaimes J et al. Prevalencia de Trastornos mentales y uso de Servicios: Resultados de la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Salud Mental 2003; 26(4):1-16
64. Zavala G. Vidal D .Funcionamiento social del adulto Mayor Ciencia y Enfermería XII(2):53-62, 2006
65. Sánchez A., Melba (1994). El apoyo social informal, en “La atención de los ancianos. un desafío para los noventa”. O.P.S./ O.M. S. Publicación Científica 546.
66. OPS/OMS (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica N° 492. Washington D.C. U.S.A.
67. Bustamante Garrido. Autoestima y Asertividad OMS. Chile 1999
68. Morieras O. Nutrición y Salud en personas de edad avanzada en Europa Estudios SENECAS FINALE en España Rev Esp Geriatria y Gerontologia2004; 36(2):75-81
69. Santana Porben J Barreto Penie Programas de Intervención Hospitalaria, Acciones, Diseño, Componentes e Implementación Nutrición Hospitalaria 2005 XX (5) 351-357
70. INEGI Los adultos mayores en México, Perfil socio demográfico al inicio del siglo XXI , México 2005
71. Zung W W, Broadhead WE Roth ME Prevalence of depressive symptoms in primary care J: Fam Practice 1993;37:337.344
72. Figueroa Pedraza D. Estado Nutricional como Factor y Resultado en la Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus Representaciones en Brasil Rev Salud Publica de Bogotá 2004;6(2)
73. García Peris P. Prevalencia y Factores Asociados a Malnutrición en ancianos Hospitalizados. An Med Interna .Madrid 2004;21:261-263

74. Arbones A, Carbajal B, Gonzalvo N Nutrición y Recomendaciones dietéticas para personas mayores .Grupo de Trabajo “Salud Publica” de la Sociedad Española de Nutrición Sen. Nutrición Hospitalaria 2003;18(3)
75. Gutierrez Lobos K,Scherer M, Katschnig .The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression BMC Psychiatry 2002;2:3
76. Pando M M, Aranda B C, Alderete R M Balcázar. Redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor en Guadalajara. Revista Psicología en Salud 1998;12: 67-73

18.ANEXOS

**“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”**

ANEXO 1



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE***

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
Edad: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

“ESTADO NUTRICIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE MÉXICO”

ANEXO (2)



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Folio:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con sus sentimientos personales hacia sí mismo(a). Marque con una “X” la opción que corresponda [**muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo**], dependiendo de la forma en que se sienta en el momento de contestar.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).				
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).				
3. Creo que tengo muchas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.				
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).				
6. Sólo algunas veces me siento útil.				
7. Creo que soy una persona de valía.				
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).				
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).				
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				

Fuente : Rosenberg et al. Am Sociol Rev. 1995; 60, 141-156.

Puntuación total _____

Marque con una X diagnóstico probable.

30-40 = Alta autoestima

26-29 = Autoestima media

25 o menos = Baja autoestima

Observaciones: _____

ANEXO (3)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES *ZARAGOZA*

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
HOJA DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Folio: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

MEDIDA	VALOR
Peso	
Estatura	
Altura de la rodilla	
Índice de masa corporal	
Circunferencia media del brazo	
Circunferencia de la pantorrilla	
Circunferencia de la cintura	
Circunferencia de la cadera	
Índice cintura/cadera	

ANEXO (4)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Estado Nutricional y su Asociación con Depresión y Autoestima en una Población de Adultos Mayores del Estado de México

Investigadora: Licenciada en Enfermería Jacqueline García Galindo

Alumna del Programa de Maestría en Enfermería

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de Universidad Nacional Autónoma de México

Este estudio ha sido elaborado con la finalidad de conocer el estado de nutrición y la relación que guarda con la depresión y autoestima en una población de adultos mayores del Estado de México.

Para lograr este objetivo se aplicara una serie de encuestas y se realizara la toma de medidas antropométricas estos procedimientos no implica daño alguno para el adulto mayor o su familia, mismo que ha sido aprobado por las autoridades correspondientes del esta unidad hospitalaria. El procedimiento a seguir en este estudio incluye: 1 Responder los instrumentos seleccionados para evaluar la presencia de depresión, autoestima y un cuestionario de alimentación, 2 Permitir la toma de medidas antropométricas.

Cualquier duda sobre el estudio puede preguntar a la aplicadora de los instrumentos que es al responsable del proyecto, la información que se obtenga de los participantes para éste estudio se mantendrá en el anonimato.

El participante: Después de haber leído detenidamente el formulario de consentimiento informado, declaro que acepto participar en el estudio por lo cual otorgo mi firma voluntariamente.

Firma del participante en el estudio

Fecha