

Daniela Álvarez Roldán¹; Gloria Cecilia Deossa-Restrepo²; Alejandro Estrada-Restrepo³

Resumen

Antecedentes: determinar el estado nutricional y los síntomas depresivos en personas adultas, son factores importantes a tener en cuenta para el diseño de estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de vida. **Objetivo:** describir la relación entre factores sociodemográficos, nutricionales y síntomas depresivos en adultos de 50 o más años. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal, en el cual se determinaron variables sociodemográficas, antropométricas, nutricionales y de salud mental en 168 adultos de 50 o más años, pertenecientes al Programa Adulto Mayor (PAM) de Sabaneta (Antioquia). **Resultados:** se encontraron diferencias significativas entre las variables Índice de Masa Corporal (IMC), sexo y estado civil, al igual que en el puntaje de la Minivaloración Nutricional (MNA) en relación con el estado civil ($p < 0,05$); en cuanto al puntaje de depresión de Beck no se determinaron relaciones significativas con las variables sociodemográficas ($p > 0,05$), pero sí con el MNA ($p < 0,001$). **Conclusiones:** los hallazgos permiten establecer según el IMC y el MNA, que los participantes en general presentan una situación socioeconómica favorable y un estado nutricional adecuado; además la frecuencia de síntomas depresivos que se encontró fue mínima, lo cual contribuye al estado de salud y bienestar de los adultos pertenecientes al PAM.

Palabras clave: estado nutricional, IMC, MNA, depresión, adulto mayor.

1 Secretaría de Educación de Sabaneta. Sabaneta, Colombia.

2 Grupo de Socioantropología de la Alimentación, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N.° 52-21, Medellín, Colombia.

3 Grupo de investigación de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N.° 52-21, Medellín, Colombia.
alejandro.estrada@udea.edu.co

Como citar este artículo: Álvarez D, Deossa-Restrepo GC, Estrada-Restrepo A. Relación entre estado nutricional y síntomas depresivos en personas de 50 años o más. Sabaneta (Antioquia-Colombia) 2015. *Perspect Nutr Humana*. 2016;18:11-23.

DOI:10.17533/udea.penh.v18n1a02

Relation between nutritional status and depression symptoms in people 50 years and older, Sabaneta (Antioquia-Colombia) 2015

Abstract

Background: To determine nutritional status and symptoms of depression in adults, factors which are important to consider in the design of strategies that contribute to increasing quality of life. **Objective:** To describe the relation between sociodemographic, nutritional, and depression factors in adults 50 years of age and older. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study, in which sociodemographic, anthropometric, nutritional and mental health variables were determined in 168 adults aged 50 years and over, who belong to the Older Adult Program (PAM) of the city of Sabaneta, Antioquia. **Results:** We found significant differences between the variables body mass index (BMI), sex, and marital status, as well as in the nutritional minivaloration score (MNA) in relation to marital status ($p < 0.05$). With the Beck depression score no significant relationships were found with sociodemographic variables ($P > 0.05$), but significance was found with with MNA score ($p < 0.001$). **Conclusions:** The findings make it possible to establish according to BMI and MNA, that participants generally have a favorable socioeconomic situation and an adequate nutritional status; In addition, the frequency was low of depression symptoms, contributing to the health status and well-being of adults belonging to the PAM.

Key Words: Nutritional status, body mass index, mini nutritional assessments, depression, elderly.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En esta perspectiva la salud mental es parte integral de la salud y del bienestar, por lo que pueden afectarla factores como la capacidad para gestionar los pensamientos, las emociones, los comportamientos y las formas de interacción con los otros, los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, el nivel de vida, las condiciones laborales, el apoyo social de la comunidad y los factores nutricionales (1).

El término adulto mayor hace referencia a personas con la edad de 60 años o más, lo estableció la OMS en 1984 y fue retomado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Resolución 50/141 del año 1996, aprobada por su

Asamblea General (2). El gobierno de Colombia, a través del Ministerio de Salud, en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 (PNEV), considera que esta etapa de la vida inicia a los 60 años (3).

En la mayoría de países del mundo la esperanza de vida al nacer va en aumento, en Medellín (Antioquia) en el año 2000, la esperanza de vida era de 68 años y para el 2015 aumentó a 77 años, según estadísticas del Departamento Nacional de Estadística (DANE); paralelo a esta situación se ha aumentado el número de personas de 65 años o más; en 1993 se tenía un censo de 94.651; para el 2005 aumentó a 148.052 y para el 2020 se proyecta en 264.409; se espera un aumento de esta población de 2,7 veces en 27 años (4); dichos cambios afectan la estructura de la pirámide poblacional (5).

El envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales, que pueden determinar los

hábitos y estilos de vida, generando en algunos casos pérdida de autonomía, adaptabilidad y disfuncionalidad. Además, se presentan con frecuencia enfermedades crónicas, que pueden disminuir la calidad de vida y la longevidad (6). La OMS sugiere considerar a los adultos mayores como un grupo muy vulnerable nutricionalmente, debido a los cambios mencionados. Se estima que cerca del 35-40 % de personas mayores presenta algún tipo de alteración nutricional, como malnutrición proteico-calórica, déficit específico de vitaminas y/o minerales u obesidad (7).

Bajo este contexto, y debido a las características que se asocian con el proceso de envejecimiento, es importante analizar la calidad de vida de las personas durante esta etapa de la vida, desde diferentes perspectivas como son la psicológica y nutricional, dos esferas que se pueden alterar con el paso de los años y susceptibles de intervenir para mantener la salud (2). La alimentación inadecuada es frecuente en personas mayores, por la disminución en la ingesta de alimentos, lo que conduce a desnutrición, y si sumado a esto se pasa por situaciones difíciles como duelos, problemas familiares o económicos, presencia de enfermedades mentales o neurológicas, se incrementa la posibilidad de deterioro funcional, afectando no solo la salud nutricional, sino también pudiendo favorecer episodios de depresión (8).

La alta prevalencia de enfermedades mentales en los adultos mayores, se considera un problema de salud pública importante, lo que requiere de estudios integrales que expliquen sus causas; no obstante, en muchas ocasiones estas alteraciones psíquicas y más específicamente las depresiones, se asocian al estrés que sobrelleva este grupo poblacional en los ámbitos económico, social y psicológico (9), que progresivamente van deteriorando la calidad de vida y se refleja en la falta de interés por comer, preparar los alimentos y disfrutar de ellos, con las implicaciones que esto trae para el

estado nutricional (10). Es así como dos estudios llevados a cabo en Bogotá (Colombia), mostraron prevalencias de síntomas depresivos que oscilaron entre 18,6 % (11) y 26,1 % (12); otros estudios realizados en Risaralda y Cali (Colombia) documentaron una prevalencia de síntomas depresivos de 27,9 % (13) y 23,4 % (14), respectivamente.

En un estudio realizado por Restrepo et al., se encontró que los adultos mayores del Municipio de Caldas (Antioquia), no tenían un acceso adecuado a la alimentación, ni tampoco un consumo de alimentos suficiente, aspecto que se considera causal del deterioro en el estado nutricional y de salud de esta población; también se determinaron una serie de factores que incrementaban el riesgo de padecer depresión en esta etapa de la vida, relacionando directamente la ingesta de alimentos con los cambios en el estado emocional (6). En otro estudio realizado en México, se encontró una tendencia elevada en los adultos mayores a presentar sobrepeso y obesidad, lo que se convierte en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sitúa como antecedente a la depresión, lo cual deteriora el estado de salud y la calidad de vida de esta población (15).

Debido al incremento de la población de adultos mayores y a los cambios que deben afrontar en su transición por el envejecimiento, se plantea la presente investigación, cuyo objetivo fue describir los síntomas depresivos y su relación con el estado nutricional, situación que puede interferir no solo en el logro de la salud, sino en la calidad de vida. De esta forma se espera contribuir a la definición de acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los programas de adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue descriptivo y transversal, se desarrolló entre los meses de agosto y octu-

bre de 2015. Del total de la población (mil adultos mayores) perteneciente al programa adulto mayor del municipio de Sabaneta (PAM), se evaluaron 168 adultos de 50 años o más; el criterio de inclusión que se tuvo en cuenta para la recolección de la información fue que pertenecieran al PAM y que asistieran como mínimo a uno de los grupos del Centro Vida “**Club del Adulto Mayor**”, programa de la Secretaría de Salud del Municipio; se excluyeron personas que se encontraran postradas en cama, amputadas, o que además no tuvieran la capacidad de responder por su cuenta a la información requerida. Los datos de los participantes se obtuvieron mediante una encuesta diligenciada por una estudiante de práctica de último semestre del programa de Nutrición y Dietética, que ofrece la Universidad de Antioquia (sede Medellín), capacitada en temas relacionados con la toma de medidas antropométricas, de datos de alimentación y nutrición, y por estudiantes de psicología entrenados en la toma de datos relacionados con la salud mental (test de Beck).

Evaluación del estado nutricional: para la toma de los datos antropométricos se empleó la técnica de Lohman (16), el peso se obtuvo en kg, con una báscula digital marca Seca 813, con sensibilidad de 0,1 kg; la estatura se midió en cm con un estadiómetro portátil marca Seca 206, cuya sensibilidad fue de 0,1 cm y tanto la circunferencia de brazo como de la pantorrilla, se tomaron con una cinta métrica marca Seca 201, con sensibilidad de 0,1 cm. El IMC se obtuvo dividiendo el peso en kg sobre la estatura en metros cuadrados; para su clasificación se utilizaron los puntos de corte del estudio National Health and Nutrition Examination Survey de los Estados Unidos (NHANES III), sugerido para personas mayores de 50 años (17).

Variables sociodemográficas: este apartado incluyó variables relacionadas con sexo, edad,

número de personas con las que vive, estado civil, nivel educativo y estrato socioeconómico. Este último es un sistema de clasificación colombiano que divide la ubicación de la vivienda en seis categorías, donde la categoría más baja (estrato 1), tiene condiciones socioeconómicas más precarias y la categoría más alta (estrato 6), las condiciones socioeconómicas más favorables (18).

Variables nutricionales: se incluyeron preguntas relativas a la seguridad alimentaria, con el fin de evaluar aspectos relacionados con acceso, disponibilidad y consumo de alimentos. Para valorar el estado nutricional se empleó la Mini valoración nutricional – MNA (Mini Nutritional Assessment), por sus siglas en inglés, la cual consta de dos partes: la primera es la de cribado, primeras seis preguntas, y la segunda compuesta por las siguientes doce preguntas, incluye valoración general, antropométrica, dietética y valoración subjetiva; cuando el cribado da como resultado una puntuación entre 12 y 14, indica un estado nutricional normal y no es necesario continuar con la segunda parte, pero si se encuentran puntuaciones inferiores a 12 en la primera parte, existe una posible desnutrición, por lo que es importante continuar con las demás preguntas, para obtener una apreciación más exacta del estado nutricional. Al realizar la escala completa, se cataloga a las personas con un valor máximo de 30 puntos, obteniendo una clasificación en tres categorías: estado nutricional normal (≥ 24 puntos), riesgo de malnutrición (17-23,5 puntos) y malnutrición (< 17 puntos) (19).

Evaluación de los síntomas depresivos: se aplicó el test psicológico denominado “Inventario de depresión de Beck”, este instrumento permite su autoaplicación, pero con el fin de obtener una mayor exactitud en la información, fue diligenciado por estudiantes de práctica de psicología; dicho instrumento se puede aplicar en todos los grupos

de edad a partir de los 12 años, es válido y confiable para medir síntomas depresivos (20-22). La versión que se utilizó consta de 21 ítems, cada uno de ellos compuesto por varias afirmaciones sobre un mismo síntoma depresivo, que se presentan ordenados de menor a mayor gravedad y entre los cuales la persona evaluada debió escoger el que mejor describiera su estado; cada afirmación de los diferentes ítems evaluados se puntúa de 0 a 3. La interpretación de los resultados del test es la siguiente: altibajos considerados normales (1-10), leve perturbación del estado de ánimo (11-16), estados de depresión intermitentes (17-20), depresión moderada (21-30), depresión grave (31-40) y depresión extrema (> 40) (23).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, según consta en el Acta N° 06 de 2015; a los adultos participantes se les informó sobre los objetivos del proyecto y en caso de aceptar voluntariamente la participación, firmaron un consentimiento informado. Así mismo, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información recolectada.

Análisis estadístico

La base de datos y el análisis estadístico de la información se realizó en el programa SPSS versión 21. Las variables cuantitativas se describieron utilizando la media aritmética, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico; las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para contrastar con las características sociodemográficas el comportamiento de las variables numéricas como el IMC, el puntaje del MNA y de la escala de Beck, se usaron las pruebas T de student, Anova o Kruskal Wallis, previa comprobación de normalidad; así mismo se utilizó la prueba de correlación

de Spearman, para determinar la asociación del puntaje de Beck con el puntaje de la escala del MNA y el IMC. El nivel de significancia definido fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 165 participantes, 133 (79,2%) fueron mujeres, la edad promedio de los participantes fue de 66 ± 5 años. La distribución porcentual del nivel educativo fue 39,9 % para primaria; 26,8 % para secundaria y 23,2 % para técnica, tecnologías y carreras universitarias; y tan solo un 10,1 % no tenían estudios. La mayoría vivía con 1 o 2 personas en su hogar (45,2%), el 38,7 % eran casados o vivían en unión libre y el 65,5 % pertenecía a estrato 3 (Tabla 1).

La mediana del puntaje del MNA fue de $13,0 \pm 1,2$, lo que indica que la mayoría de la población tenía un estado nutricional normal (78,6%) y un 21,4 % una posible malnutrición; al relacionar estos datos con la clasificación del IMC por NHANES III, se refleja un estado nutricional adecuado, pues el 56,5 % de los adultos presentaron un IMC en esta categoría; 20,2 % presentó exceso de peso y 23,2 % bajo peso (Tabla 2). Según los datos arrojados por el Test de Beck con respecto al estado de depresión de los adultos, se encontró que 63,1 % se clasificó con altibajos considerados normales, mientras que un 16,7 % presentaron estados de depresión intermitentes o depresión moderada (Tabla 3).

Con respecto a la seguridad alimentaria, se obtuvo resultados favorables, pues el 93,4 % de los adultos no reportaron problemas que alteraran el acceso a una alimentación adecuada, como son los aspectos relacionados con la falta de dinero para la compra de alimentos, capacidad para la preparación de alimentos, problemas de salud oral y de salud en general (Tabla 4).

Estado nutricional y síntomas depresivos

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Características	n	%
Sexo		
Masculino	35	20,8
Femenino	133	79,2
Edad (Mediana(RQ))		
50 - 59	41	24,4
60 - 69	74	44,0
70 - 89	53	31,5
Estrato socioeconómico		
1	7	4,2
2	40	23,8
3	110	65,5
4	11	6,5
Estado civil		
Soltero	38	22,6
Casado/Unión libre	65	38,7
Viudo	44	26,2
Separado/divorciado	21	12,5
Nivel educativo		
Sin estudios	17	10,1
Primaria	67	39,9
Secundaria	45	26,8
Técnico o tecnológico	21	12,5
Universitario	18	10,7
Nº de personas con las que vive		
0	27	16,1
1 a 2	76	45,2
3 a 4	49	29,2
> 4	16	9,5

Mediana(RQ): Mediana (Rango intercuartílico).

Tabla 2. Características del método de cribado MNA

Características	n	%
Ha perdido el apetito		
Ha comido mucho menos	2	1,2
Ha comido menos	16	9,5
Ha comido igual	150	89,3
Pérdida reciente de peso		
Pérdida de peso > 3 kg	3	1,8
No lo sabe	6	3,6
Entre 1 y 3 kg	13	7,7
No ha perdido peso	146	86,9
Movilidad		
De la cama al sillón	2	1,2
Autonomía en el domicilio	5	3,0
Sale del domicilio	161	95,8
Ha tenido una enfermedad aguda		
Sí	50	29,8
No	118	70,2
Problemas neuropsicológicos		
Demencia o depresión grave	3	1,8
Demencia o depresión moderada	18	10,7
Sin problemas psicológicos	147	87,5
Índice de masa corporal (kg/m²)		
< 19	9	5,4
19 – 20,99	13	7,7
21 – 22,99	15	8,9
≥ 23	131	78,0
Puntaje cribaje MNA (Mediana(RQ))	13,0 (12,0 - 14,0)	
Clasificación MNA		
Normal	132	78,6
Posible malnutrición	36	21,4

Mediana(RQ): Mediana (Rango intercuartílico).

Tabla 3. Clasificación del IMC según NHANES III y la escala de depresión de Beck

Características	n	%
Índice de masa corporal kg/m² (X±S)	26,5±5,0	
Índice de masa corporal NHANES III		
Bajo peso	39	23,2
Adecuado	95	56,5
Sobrepeso	23	13,7
Obesidad	11	6,5
Puntaje Beck (Mediana(RQ))	8,0 (4,0 - 13,0)	
Nivel de depresión		
Altibajos normales	106	63,1
Leve perturbación del estado de ánimo	34	20,2
Estado de depresión intermitentes	10	6,0
Depresión moderada	18	10,7

X±S: Promedio ± Desviación estándar

Al relacionar el IMC con las demás variables, se encontraron diferencias significativas con el sexo y el estado civil, las mujeres presentaron puntajes de IMC (27,1 kg/m²) superiores a los hombres (24,4 kg/m²), al igual que en los viudos (27,9 kg/m²); en relación al puntaje de cribado MNA, solo se determinaron diferencias estadísticamente significativas en aquellos adultos que eran casados o vivían en unión libre, quienes presentaron puntajes de MNA superiores (14 puntos), indicando un estado nutricional normal. No se observaron diferencias en el puntaje de Beck con las variables sociodemográficas (Tabla 5). La correlación encontrada entre las variables determinantes del estado nutricional (IMC y MNA) y la escala de depresión de Beck, se aprecian en la Tabla 6, la cual indica que hay una relación directamente proporcional y significativa ($r = 0,203$) entre el puntaje de depresión de Beck y el IMC, pero una asociación inversa, entre el puntaje de Beck y el puntaje del MNA ($r = -0,332$).

Tabla 4. Aspectos relacionados con acceso, disponibilidad y consumo de alimentos

Características	n	%
Comió menos, porque no pudo preparar una comida, a pesar que tenía alimentos en casa		
No	155	92,3
Sí	13	7,7
Total	168	100,0
No le fue posible alimentarse de forma adecuada, debido a problemas de salud		
No	148	88,1
Sí	20	11,9
Total	168	100,0
No tuvo suficiente para alimentarse debido a problemas funcionales de movilidad, para ir a la tienda a comprar alimentos		
No	167	99,4
Sí	1	0,6
Total	168	100,0
Alguna vez comió menos de lo normal o dejó de comer por "pereza" de comer sólo(a)		
No	152	93,8
Sí	10	6,2
Total	162	100,0
Necesitó ayuda para poder alimentarse		
No	167	99,4
Sí	1	0,6
Total	168	100,0
Problemas en los dientes o boca, le dificultaron alimentarse de forma adecuada		
No	162	96,4
Sí	6	3,6
Total	168	100,0
Faltó dinero en el hogar para comprar alimentos		
No	142	84,5
Sí	26	15,5
Total	168	100,0

Estado nutricional y síntomas depresivos

Tabla 5. Comportamiento del IMC, puntaje del cribado MNA y escala de depresión de Beck, según características sociodemográficas de los participantes

	Índice de masa corporal (kg/m ²)		Puntaje cribaje MNA		Puntaje escala de depresión de Beck	
	n	Media±desv. estándar	n	Mediana (RQ)	n	Mediana (RQ)
Sexo						
Masculino	35	24,4±5,2	35	12 (11 ; 14)	35	6 (3 ; 13)
Femenino	133	27,1±4,9	133	13 (12 ; 14)	133	8 (5 ; 13)
p		0,005*		0,123‡		0,101†
Estado civil						
Soltero	38	24,6±5	38	12 (11 ; 13)	38	7,5 (3 ; 12)
Casado/Unión libre	65	26,9±4,8	65	14 (12 ; 14)	65	8 (4 ; 12)
Viudo	44	27,9±5,4	44	13 (12 ; 14)	44	9 (6 ; 16,5)
Separado/divorciado	21	26±4,2	21	13 (11 ; 14)	21	8 (4 ; 14)
p		0,025†		0,008§		0,327§
Nivel educativo						
Sin estudios	17	26±7	17	13 (11 ; 14)	17	9 (5 ; 21)
Primaria	67	26,7±5,1	67	13 (12 ; 14)	67	7 (4 ; 15)
Secundaria	45	27,4±4,6	45	12 (12 ; 14)	45	9 (6 ; 14)
Técnico o tecnológico	21	25,9±5,0	21	14 (12 ; 14)	21	6 (4 ; 9)
Universitario	18	25,1±3,2	18	13 (12 ; 14)	18	8 (2 ; 11)
p		0,502†		0,997§		0,249§
Nº de personas con las que vive						
0	27	26,9±6,4	27	12 (12 ; 14)	27	10 (4 ; 17)
1 a 2	76	26,6±4,7	76	13 (12 ; 14)	76	8 (4 ; 13)
3 a 4	49	25,9±4,8	49	13 (11 ; 14)	49	7 (4 ; 11)
> 4	16	27,8±5	16	13 (12 ; 13,5)	16	10 (6,5 ; 17)
p		0,574†		0,697§		0,198§
Estrato socioeconómico						
1	7	24,9±6,8	7	12 (11 ; 14)	7	7 (4 ; 17)
2	40	25,9±5,2	40	12 (11 ; 14)	40	10 (6 ; 17)
3	110	26,7±4,7	110	13 (12 ; 14)	110	8 (4 ; 12)
4	11	27,8±6,5	11	12 (11 ; 14)	11	7 (3 ; 17)
p		0,526†		0,235§		0,422§

* Prueba T de Student para grupos independientes.

† Prueba Anova.

‡ Prueba U de Mann Whitney.

§ Prueba de Kruskal Wallis.

Mediana (RQ): mediana (Rango intercuartílico).

Media ± desv estándar: promedio ± desviación estándar.

Tabla 6. Correlación entre el puntaje en la escala de depresión de Beck, el IMC y el puntaje de cribado MNA

		Índice de masa corporal	Puntaje cribaje MNA
Puntaje escala de depresión de Beck	Total (n=168)	$r = 0,203 ; p = 0,008$	$r = -0,332 ; p = 0,0000$
	Hombres (n=35)	$r = 0,324 ; p = 0,058$	$r = -0,216 ; p = 0,212$
	Mujeres (n=133)	$r = 0,113 ; p = 0,197$	$r = -0,402 ; p = 0,0000$

Coefficiente de correlación de Spearman.

DISCUSIÓN

Los adultos evaluados presentaron un estado nutricional adecuado y una baja frecuencia de síntomas depresivos. La mayoría de los adultos participantes en el estudio fueron del sexo femenino, situación que refleja el comportamiento por sexo de las personas que asisten al programa de adultos mayores del Municipio de Sabaneta. Derivado de esto, se encontró que las mujeres presentaron valores de IMC superiores a los hombres, resultados similares a lo encontrado en el estudio de Braguinsky, quien determinó que en la mayoría de los países había significativamente más exceso de peso en las mujeres (24). Se encontró una mayor proporción de población con estado nutricional adecuado, según el IMC y el MNA, a diferencia de otros estudios que reportan estado nutricional adecuado solo en un 30 % de los participantes (25,26); de otro lado, en un estudio llevado a cabo en Brasil, se determinó mayor probabilidad de sobrepeso y obesidad por IMC en viudos, en comparación con los solteros (27), al igual que lo hallado en nuestro estudio, lo cual, según González, puede deberse al sedentarismo que tienden a presentar las personas viudas, lo que influye en el incremento de peso (28).

En general los resultados coinciden con los reportados por otros estudios, sin embargo, la utilización de la versión corta del MNA y el tipo de estu-

dio aplicado, limitan la posibilidad de establecer la prevalencia real de la malnutrición en la población evaluada en el PAM del municipio de Sabaneta.

Por otro lado, los síntomas depresivos son situaciones comunes en personas de edades avanzadas, no asociados al proceso normal del envejecimiento, que pueden, de forma consecuente derivar en un deterioro cognitivo (29); estos trastornos a su vez están asociados de forma estrecha con una pérdida en la calidad de vida de los adultos mayores, lo que convierte este proceso en un círculo vicioso, pues la pérdida de roles, de seres queridos y el sentirse en un estado de indefensión, hacen que estos trastornos emerjan.

Para la evaluación de síntomas depresivos en este estudio, se utilizó el test de Beck, debido a que se incluyeron personas desde los 50 años. Este permitió establecer una baja frecuencia de síntomas depresivos (intermitentes o moderados) 16,7%, cifras similares a las reportadas por diversos estudios en Colombia, aunque con otra metodología para determinar los síntomas de depresión y que oscilan en unas frecuencias de 18,6 % y 27,9 % (11-14). Los síntomas depresivos pueden estar relacionados con cambios corporales, fisiológicos, sociales, con una tendencia a incrementar el grado de dependencia, por vivir solo, enfrentar pérdida de familiares o por padecer enfermedades crónicas y degenerati-

Estado nutricional y síntomas depresivos

vas, que conllevan a la interrupción de actividades cotidianas que generaban satisfacción (30, 31).

La asociación entre la malnutrición y la presencia de síntomas depresivos se ha documentado en otros estudios (32-34), al igual que lo mostrado en esta investigación. De esta forma, adultos con síntomas depresivos se asociaron con mayor posibilidad de malnutrición. A pesar de lo anterior, hay divergencia en torno al sentido de esta asociación, esto es: si la depresión es la que lleva a una malnutrición o al contrario, un deterioro en el estado nutricional y de salud puede ocasionar estrés y llevar a síntomas depresivos; no obstante existe un mayor consenso en el hecho que los síntomas depresivos pueden desencadenar un deterioro en el estado nutricional.

Por otro lado, Pérez et al, reportaron asociación entre desnutrición por el método MNA y depresión (35), además, en un estudio realizado en España, en el que se evaluó por medio del MNA a 22.007 adultos mayores, se encontró que 27,9 % presentó enfermedades agudas o estrés psicológico; 21,7 % depresión moderada; 2,4 % depresión grave y 75,9 % reportó no haber presentado depresión (36). Las enfermedades psicológicas afectan a la mayor parte de los adultos mayores, y esto se desarrolla en general con mayor prevalencia en las personas pertenecientes a poblaciones rurales o de escasos recursos de países del tercer mundo; según la teoría de los determinantes sociales, el hecho de vivir en un país subdesarrollado o en vía de desarrollo, va a condicionar con más fuerza la aparición de enfermedades o situaciones socioculturales, con respecto a los países desarrollados (37).

La mayoría de los adultos participantes no presentaron inseguridad alimentaria, situación favorable para este grupo, pues existen varias hipótesis por las cuales la inseguridad alimentaria se asocia a mayores síntomas depresivos, una de ellas afirma

que la depresión puede llevar a disminución en el mercado laboral y consecuentemente a una baja capacidad de ingresos, lo cual puede contribuir al desarrollo de la inseguridad alimentaria. Además los cambios psicológicos pueden deberse a deficiencias en nutrientes, debido a un limitado acceso a los alimentos (38). Lo anterior puede ser un aspecto que incide directamente en la baja frecuencia de síntomas depresivos encontrados.

Las limitaciones del estudio son: la muestra de este estudio no es representativa ni fue elegida de forma aleatoria; por ser un grupo muy activo, puede tener mejores condiciones de salud que otros grupos; por el tamaño de muestra y tipo de estudio no se puede establecer causalidad.

En conclusión, se encontró una población adulta con estado nutricional adecuado según la clasificación del IMC y la aplicación del MNA, con niveles de depresión mínimos y con situaciones sociodemográficas que no influyen de manera significativa en el estado nutricional de la mayoría de los participantes. Sin embargo, son los problemas de salud y la dificultad para preparar los alimentos, los aspectos que más influyen en el consumo y que son reportados con mayor frecuencia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en relación con este artículo, ni con los participantes, ni con el personal que labora en el Programa del Adulto Mayor del Municipio de Sabaneta (Antioquia- Colombia).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los adultos y a todo el equipo de trabajo del Programa Adulto Mayor del Municipio de Sabaneta, quienes hicieron posible la ejecución de la presente investigación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. 2013. 50 p.
2. Grosman CP. Los adultos mayores en la sociedad y la familia. En: Derecho de las familias, infancia y adolescencia: una mirada crítica y contemporánea. Marisa Graham y Marisa Herrera. - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus, 2014. 640 p.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Bogotá: El Ministerio; 2007.
4. Alcaldía de Medellín, Departamento Administrativo de Planeación. Documento técnico de soporte POT [Acuerdo 46/2006]. [citado septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/POT/medellin-Poblacion.pdf>
5. Gonzáles AN. Calidad de vida en el adulto mayor. [citado octubre de 2015]. Disponible en: http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR
6. Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López ML, Varela LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr.* 2006;33:500-10.
7. Jiménez M, Sola Villafranca JM, Pérez C, Turienzo MJ, Larrañaga G. Estudio de estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp.* 2011;26:345-54.
8. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19:321-30.
9. Gonzáles Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17:316-20.
10. Fernández IE, Martínez AJ, García F, Díaz ME, Xiquéz X. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21(1-2).
11. Salazar AM, Reyes MF, Plata SJ, Galvi P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015;31:176-83.
12. Chavarro-Carvajal D, Reyes-Ortiz C, Samper-Terment R, Arciniegas AJ, Cano C. Nutritional assessment and factors associated to malnutrition in older adults: a cross-sectional study in Bogotá, Colombia. *J Aging Health.* 2015;27:304-19.
13. Alarcón RP, García LH. Trastornos depresivos en poblaciones ancianas en el departamento de Risaralda. Tipos de trastornos y factores de riesgo individuales y socio-familiares. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.* 2003;17:506-17.
14. Bacca AM, González A, Uribe AF. Validación de la escala de depresión de Yesavage (Versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2005;1:53-63.
15. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Publica Mex.* 2008;50:383-9.
16. Suversa Fernández A, Haua Navarro K. Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional del adulto. 1ª ed. México, DF: Universidad Iberoamericana; 2009.
17. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *J Am Diet Assoc.* 2000;100:59-66.

Estado nutricional y síntomas depresivos

18. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Evaluación de la estratificación socio-económica como instrumento de clasificación de los usuarios y herramienta de asignación de subsidios y contribuciones a los servicios públicos domiciliarios. Bogotá; 2008 [citado marzo de 2014]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Politicas_Publicas_10_Estratificacion_Socioeconomica.pdf
19. Guigoz Y, Vellas B. Mini-nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol.* 1994;4:15-59.
20. Joffre VM, Martínez G, García G, Sánchez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2007;14:86-93.
21. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica.* 2012;30:5-13.
22. González-Celis AL. Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* [internet]. 2009;1. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/378>
23. Sanz J. 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo.* 2013;34:161-8.
24. Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en América Latina. *ANALES Sis San Navarra* 2002;25:109-15.
25. De la Montaña J, Areal C, Miguez M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *ALAN.* 2009;59:390-4.
26. Contreras AL, Ángel GV, Romaní DA, Tejada GS, Yeh M et. al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Rev Med Hered.* 2013;24:186-91.
27. Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Índice de masa corporal e hipertensión arterial en individuos adultos en el Centro Oeste del Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2011;96:47-53.
28. González MA, Dennis RJ, Devia JH, Echeverri D, Briceño GD, Gil F, et al. Factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas en población caficultora. *Rev Salud Pública.* 2012;14:390-403.
29. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M505-9.
30. Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2006;17:8-23.
31. Jürschik P, Botigüé T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos.* 2013;24:14-7.
32. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arioğul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clin Nutr.* 2010;29:507-11.
33. Lizaka S, Tadaka E, Sanada H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2008;8:24-31.
34. German L, Feldblum I, Bilenko N, Castel H, Harman-Boehm I, Shahar DR. Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. *J Nutr Health Aging.* 2008;12:313-8.
35. Pérez E, Lizárraga DC, Martínez MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp.* 2014;29:901-6.

36. Cuervo M, García A, Asorena D, Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Astiasarán A, et al. Nutritional assessment interpretation on 22007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. *Public Health Nutr.* 2008;12:82-90.
37. Organización mundial de la salud. Determinantes sociales en salud. [citado agosto de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
38. Ramsey R, Giskes K, Turrell G, Gallegos D. Food insecurity among adults residing in disadvantage urban areas: potencial health and dietary consequences. *Public Health Nutr.* 2012;15:227-37.