



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 7.



**EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO Y PREVALENCIA DE DEPRESION EN
LOS ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF NO.7, CUAUTLA
MORELOS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE RAFAEL OSORIO GUZMÁN.

Cuautla Morelos.

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.

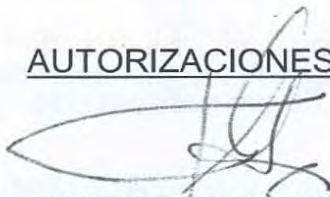
**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN
LOS ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF NO.7, CUAUTLA
MORELOS.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

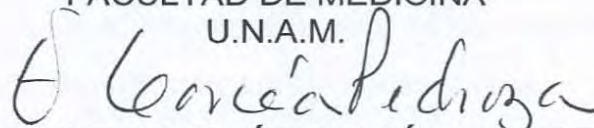
PRESENTA:

DR. JORGE RAFAEL OSORIO GUZMÁN.

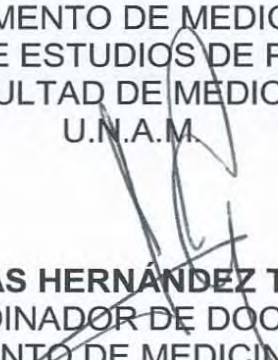
AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO Y PREVALENCIA DE DEPRESION EN
LOS ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF NO.7, CUAUTLA
MORELOS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JORGE RAFAEL OSORIO GUZMÁN.

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN MORELOS.

DRA. ROSA MARIA MUÑOZ ARENILLAS.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZc/MF 7.

DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.

LIC. EN NUTRICIÓN: LETICIA AGOSTO ULLOA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HGZc/MF 7.

DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL HGZc/MF 7.

**1. EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO Y PREVALENCIA DE DEPRESION
EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF NO.7, CUAUTLA
MORELOS.**

2. ÍNDICE GENERAL		
1.	TITULO	4
2.	ÍNDICE GENERAL	5
3.	MARCO TEORICO	6-15
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5.	JUSTIFICACIÓN	17
6.	OBJETIVOS	18
	6.1 OBJETIVO GENERAL.	18
	6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	18
7.	HIPOTESIS	19
8.	METODOLOGIA	19
	8.1 TIPO DE ESTUDIO	19
	8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	19
	8.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	20
	8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	DE
	8.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).	20
	8.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN.	20-27
		LA
		27
	8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.	27
9	RESULTADOS	28
	9.1 DESCRIPCION (ANALISIS ESTADISTICO) DE LOS RESULTADOS.	28
	9.2 TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	29-47
10.	DISCUSION (INTERPRETACION ANALITICA) DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	48-50
11.	CONCLUSIONES(INCLUYESUGERECIAS RECOMENDACIONES DEL INVESTIGADOR)	O 51-52
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	53-54
13.	ANEXOS	55-59

3. MARCO TEORICO

El envejecimiento es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Por lo que el envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales (1). Este proceso es natural e inevitable, sin embargo, la forma en que se envejece y el significado de ese proceso se construye socialmente y varía de una cultura a otra. Un cambio radical en la conceptualización del envejecimiento tiene que ver con visualizar esta etapa como una más del ciclo de la vida; una etapa en que las personas pueden seguir contribuyendo, desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos (2). Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adulto mayor se considera a toda persona mayor de 60 años, por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo (3). Pero en esta época el incremento de vida del adulto mayor implicará para la sociedad y para las familias, mayores necesidades asistenciales y sanitarias debido a los consecuentes incrementos de cuidados de larga duración e incluso la implementación de estrategias de convivencia y cuidado por situaciones de dependencia (4). Por ello, es importante que los adultos mayores no sólo vivan más, sino que vivan mejor (5).

En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalando como adulto mayor a las personas de 65 ó más años de edad para países industrializados y para aquellos en vías de desarrollo es a partir de los 60 años (6).

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una población puede considerarse envejecida , si más de un 5% de sus miembros son mayores de 65 años, ó si más del 10% tienen 60 años ó más (7).

La perspectiva mencionada es congruente con lo que se denomina envejecimiento exitoso o saludable, lo cual incluye tres componentes principales: baja

probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, elevada capacidad funcional (física y cognitiva) y mantenimiento de un compromiso activo con la vida ⁽⁸⁾.

En el 2000 aproximadamente el 10 % de la población mundial era mayor de 60 años en ese entonces se realizaron proyecciones demográficas que estimaron que para el 2050 el porcentaje será del 20 % (más de 2 billones). Otro estudio refiere que en la actualidad existen 380 millones de personas mayores de 65 años y se calculo que para el 2020 el número de adultos mayores será superior a 690 millones. (FES Zaragoza Unidad de investigación Gerontológica 2007)⁽⁹⁾.

En el Hospital General de medicina familiar no.7 de Cuautla, Morelos existe una población derechohabiente 94720 personas, de esto son 12,895 adultos mayores (14 %), 6210 son hombres (48%) y 6685 (52%) son mujeres de acuerdo con los datos registrados en el año 2010 del servicio del sistema de información medico Operativo (SIMO). De los cuales no tenemos conocimiento de su estado nutricional y depresión ⁽¹⁰⁾.

La evaluación del estado nutricional y la depresión son importantes estudiarlos en esta etapa de envejecimiento ya que se producen cambios corporales (disminución de la masa magra), debido alteraciones metabólicas y alimentarias por enfermedades crónicas y agudas.

Así mismo, el estado nutricional del adulto mayor se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales, por polimedicación y por la situación socioeconómica en que se encuentra. Si el adulto mayor tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo y dependerá de terceras personas y/o si vive solo, será aun más difícil que se alimente, por lo que se encontrará en mayor riesgo de desnutrición. Lo mismo ocurre con los adultos mayores que viven en extrema pobreza y que además, tienen problemas de masticación y/o deglución.

En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tienden a declinar debido a la ingesta de alimentos, con bajo valor nutricional o energético por

lo que se debe tener especial cuidado en proporcionar una dieta suficiente, atractiva que contenga todos los nutrientes. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables puede retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permite compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad.

En los ancianos mantener una nutrición adecuada es primordial para tener buena salud ya que la desnutrición afecta entre el 1 % y el 15 % de adultos mayores ambulatorio, entre el 25 % y 60 % de pacientes que cuentan con servicios de salud y un 35% a 65 % en pacientes hospitalizados. Se ha encontrado que la desnutrición está asociada con estancia hospitalaria prolongada, y este incrementa la morbilidad y mortalidad, además de estar ligada al abatimiento funcional (Louay MO.2002).

En la ciudad de México se realizó una encuesta llamada "Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE 2000), en la que se encontró que aproximadamente el 31.8 % de los adultos mayores presentan algún grado de desnutrición, para determinar el estado nutricional se tomó en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). (Franco-AN, 2007).⁽⁹⁾

El Índice de masa corporal es un parámetro usado habitualmente para clasificar el estado de nutrición. En personas adultas el rango normal se encuentra entre 18.5 y 24.9 kg/m². Se ha reportado que un índice de masa corporal alto o bajo aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y desnutrición, respectivamente elevando en ambos casos el riesgo de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. Actualmente no existe un consenso sobre los puntos de corte apropiados para adultos mayores.

Por lo anterior y en tanto no se tenga IMC específico para adulto mayor, usaremos la clasificación de la OMS. (9)

Peso normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad grado I	30 – 34.9
Obesidad grado II	35 – 39.9
Obesidad grado III	> 40

CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

Existe controversia sobre la utilidad del índice cintura cadera, es suficiente y ha probado su utilidad medir únicamente la circunferencia de cintura. El perímetro de cintura es considerado un buen parámetro para evaluar la masa grasa visceral en todas las edades y está asociado a factores de riesgo cardiovascular relacionados con obesidad en el adulto mayor. Se considera el contorno de cintura como riesgo para hombres adultos es > 0.90 y para mujeres adultas es > 0.80 el cual representa un buen indicador de riesgo de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. Este indicador más que diagnosticar desnutrición, estima la grasa central (obesidad central) y evalúa el riesgo de padecimientos, como hipertensión, intolerancia a la glucosa, enfermedades cardiovasculares, y de mortalidad en adultos mayores (11).

Técnica

El sujeto debe estar de pie, los brazos a los lados y los pies juntos.

El observador se coloca frente al sujeto e identifica el punto medio entre la parte más baja de las costillas y las crestas ilíacas.

El riesgo de desnutrición se incrementa en el adulto mayor debido a la tendencia a disminuir su masa corporal (envejecimiento biológico) y a muchos otros factores

(económicos, sociales, psicológicos, enfermedades asociadas etc.), que pueden comprometer la ingesta de nutrientes y líquidos.

Una ingesta adecuada de calorías, proteínas, lípidos y micronutrientes podría mejorar el estado nutricional pero la restauración de la masa corporal total es más difícil que en los adultos jóvenes, por esto el adulto mayor requiere un soporte nutricional preventivo (López RJ.2006) (9).

Se encontró que existen otros factores que están asociados a la desnutrición del adulto mayor en nuestro medio y son los siguientes: no tener pensión, Sensación de no tener suficiente dinero para vivir, padecer osteoartritis, tener síntomas de depresión, comer una vez al día. Comer dos veces al día y limitación física para moverse hacia la cama (Franco A N, 2007).

En México la prevalencia de sobrepeso en el adulto mayor (> 60 años) es de 43.3%, y la obesidad de 20.9%, se encontró también que el 20.3% son hombres y el 35.59 % son mujeres, según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento en México (ENASEM) (Ruiz AL.2007).

La obesidad en el adulto mayor, al igual que en cualquier otra edad, es exceso de grasa corporal que incrementa el riesgo de enfermedad y muerte prematuras. Este exceso de grasa, se debe principalmente a la disminución de la actividad física, al inadecuado consumo de alimentos y a una disminución en el gasto energético basal, por otra parte se debe considerar que en esta etapa de la vida, se da una redistribución de masas corporales con aumento de la masa magra hacia la región central, así como una disminución de la masa muscular (sarcopenia). Actualmente no existe un consenso nacional, ni internacional para el diagnóstico de obesidad en este grupo de edad (FES Zaragoza. Unidad investigación Gerontológica.2007).

Por otro lado la obesidad en los adultos mayores se relaciona con padecimientos cardiovasculares, hipertensión y diabetes tipo 2, así como con enfermedades articulares degenerativas, esteatosis hepática, trastornos de la vesícula biliar, gota, proteinuria, alteraciones de la función pulmonar, algunos cánceres y

disfunción inmunológica. Un índice de masa corporal bajo o alto también incrementa el riesgo para la disminución de las funciones ⁽⁹⁾.

La nutrición es piedra angular en la salud de los ancianos, en la actualidad la evaluación nutricional en el adulto mayor no ha sido considerada como una prioridad y las alteraciones nutricionales son consideradas solo secundarias de otra patología (s) de base.

La dieta de los adultos mayores con obesidad debe tener las siguientes características:

El primer paso es adecuar el plan de alimentación basado en los requerimientos de acuerdo al peso ideal para asegurar el aporte de micronutrientes y disminuir el aporte energético habitual, acompañado de incremento en la actividad física, ya que la disminución de esta favorece el incremento de peso. La meta es reducir las ingesta energética y no de nutrientes, se recomienda una reducción de 500 Kcal. Por día de su consumo habitual esperando una reducción de 450 gr. En al menos una semana. Esta reducción de peso corporal del 10 % disminuye problemas relacionados con la obesidad y su riesgo cardiovascular, para lograr esta disminución de peso se recomienda el siguiente balance en la dieta de adultos mayores sin comorbilidad: consumir 30 Kcal /Kg /día para mantener su peso, carbohidratos 50 a 60 %, proteínas 25 % y grasas 25 %. Las recomendaciones de agua es de 30 a 35 ml por Kg de peso corporal, con un mínimo 1500 ml/día, una dieta rica en fibra para contribuir a normalizar la función intestinal. Se debe reducir el consumo de colesterol a 300 mg diario, aportar proteína de alta calidad biológica, de fácil digestión y masticación, aportar vitaminas C, D, E. y B12, minerales como calcio, magnesio, zinc, hierro, selenio, cromo, silicio, folatos, limitar la ingesta de sal común. Consumir 5 raciones diarias de verduras y frutas frescas en especial de hoja verde, amarillas y cítricos. Evitar el exceso de hidratos de carbono simples como azúcar de mesa y harinas refinadas, ya que esto puede dar lugar a hiperglucemia. Se debe indicar dieta fraccionada.

Otra parte que se debe considerar como recomendable promover el ejercicio regular para conservar y favorecer el incremento de la masa muscular y estimular el apetito. Este ejercicio sería pasivo o activo de acuerdo a las condiciones físicas del adulto mayor ⁽⁹⁾.

En condiciones habituales de la consulta de atención primaria es poco probable que se cuente con el tiempo necesario para realizar una evaluación integral del estado nutricional, por lo que se requiere de un instrumento que nos permite realizar la Evaluación Nutricional del adulto mayor tal es el caso del Mini Nutritional Assessment (MNA), esta permitiría identificar al anciano desnutrido o que este propenso a desnutrición y así brindarle una mejor calidad de vida. Este es un instrumento estandarizado y validado en dos estudios realizados en Toulouse (Francia) y en Nuevo México (Estados Unidos de Norteamérica). La MNA permite obtener una evaluación rápida del estado de nutrición en individuos de la tercera edad, está compuesto por los siguientes apartados: evaluación antropométrica, evaluación general, evaluación dietética y percepción de sí mismo en relación con la salud y nutrición. La puntuación obtenida permite clasificar en tres categorías el estado de nutrición: normal (24 puntos), riesgo de desnutrición (17–23.5 puntos) y desnutrición (< 17 puntos). Si la suma de las respuestas de la primera parte es igual o inferior a 10, es necesario completar el test de evaluación, para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente ⁽¹²⁾.

El MNA tiene una sensibilidad del 96%, especificidad del 98%, valor predictivo positivo 97% y un valor predictivo negativo 88%.

La evaluación del estado nutricional del adulto mayor resulta importante como criterio de prevención y pronóstico de enfermedades relacionadas con la vejez. Se realizó un trabajo de investigación en la Unidad 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. Morelia Michoacán, México entre noviembre del 2006 y julio del 2007, el objetivo fue comparar el estado nutricional del adulto mayor evaluado a través de la encuesta Mini Nutritional Assessment, MNA), Fue evaluado el estado nutricional de 157 adultos mayores, 93 varones y

64 mujeres, con edades $69,66 \pm 7,94$ años, que asistían a consulta de medicina familiar con la encuesta Mini Nutritional Assessment y este se comparó con el resultante de la evaluación con recordatorio de 24 horas, con parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal), y marcadores bioquímicos e inmunológicos (hemoglobina, proteínas totales, albúmina, colesterol, linfocitos). Teniendo los siguientes resultados El índice de masa corporal promedio fue $26,96 \pm 5,1$ kg/m². Luego de evaluar a los adultos mayores con el MNA se encontró que tenían malnutrición a 47 pacientes (29,9%), riesgo de malnutrición 86 (54,8%), y sin riesgo de malnutrición 24(15,3%), encontrando sensibilidad = 96%, especificidad = 98%, valor predictivo positivo = 97% y valor predictivo negativo =88%.

Conclusión: La MNA predice en forma oportuna el riesgo de malnutrición en el adulto mayor previo a los parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos y sugerimos su uso al menos una vez al año para evaluar el estado nutricional del adulto mayor, el cual deberá completarse con la determinación de otros parámetros bioquímicos, inmunológicos y antropométricos en aquellos adultos con riesgo de malnutrición y malnutridos.⁽¹³⁾

DEPRESIÓN:

La depresión es un conjunto de síntomas caracterizado por la pérdida de interés y la incapacidad de insatisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. Es considerada la enfermedad mental más frecuente. La incidencia del adulto mayor va de un 7 a 36 % en egreso de clínicas. La prevalencia de la población mexicana es de hasta el 40 %. ⁽¹⁴⁾

Pando Moreno et al han visto una prevalencia de depresión de 36 % en adultos mayores en Guadalajara, Jalisco con 43 % en Mujeres y 27 % en hombres.

Aparecieron como mayores factores de riesgo, la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas (os) o solteras (os) y la edad avanzada, los grupos de 80 a 84 años.⁽¹⁴⁾

Bello et al (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8 % en mujeres y 2.5 % en hombres

La prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos. ⁽¹⁵⁾

Según Tanner 2005 estima que de 30 % a 50 % de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la depresión en el adulto mayor se ha visto que este se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una proporcionalidad entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de la sintomatología del cuadro depresivo. Se caracteriza por recurrencia y remisión de síntomas. Por lo tanto este padecimiento se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta, se puede presentar antes de los 60 a 65 años a esta edad tiene una elevada prevalencia y conllevan alta morbilidad. Entre los primeros síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo, afectan a la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar, las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnia; pérdida de peso por falta de apetito, cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. Que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la

actividad laboral y social del individuo, ideas de culpa, auto reproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio (17).

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE: Esta Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 5 o superiores, presenta una sensibilidad del 85,3% y una especificidad del 85%. La versión reducida, que incluye 15 preguntas, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Sus aplicaciones son: Evaluación de la severidad del cuadro depresivo, Monitorización de la respuesta terapéutica.

Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indican depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida (18).

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el estado nutricional y la prevalencia de depresión en los adultos mayores, del H.G.Z.C/M.F. no.7, Cautla, Morelos?

5.- JUSTIFICACION

De acuerdo a las proyecciones del consejo nacional de población en México del 2010 existen 9.8 millones de adultos mayores con más de 60 años de edad, Se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6 % de la población. La disminución de la mortalidad ha aumentado la esperanza de vida al nacer, la cual hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el 2025.

Se sabe que la desnutrición está asociada con estancia hospitalaria prolongada, y depresión crónica ocasionando mayor morbilidad y mortalidad, además de afectar la capacidad funcional debido a deficientes hábitos alimenticios así como un mal estado nutricional que provoca la presencia de obesidad o bajo peso, estos repercuten negativamente en el estado de nutrición, de manera directa en la salud, actividad y funcionalidad física, del adulto mayor. Por lo tanto la identificación temprana de ancianos en riesgo, da la oportunidad de realizar intervenciones oportunas.

El conseguir un adecuado Estado Nutricional en los adultos mayores, y mejorar el estado emocional de estos, sería el objetivo primordial en la atención socio-sanitaria en este grupo de población e imprescindible para lograr una adecuada calidad de vida. Cada vez, más publicaciones resaltan la relación del estado nutricional del adulto mayor con otras enfermedades como la depresión y la evolución de las mismas; sin embargo hasta ahora las evidencias no son suficientes.

En el Hospital General de medicina familiar no.7 de Cuautla, Morelos existe una población derechohabiente 94720 personas, de esto son 12,895 adultos mayores (14 %), 6210 son hombres (48%) y 6685 (52%) son mujeres de acuerdo con los datos registrados en el año 2010 del servicio del sistema de información médico Operativo (SIMO)⁶. De los cuales no tenemos conocimiento de su estado nutricional y depresión, por lo que considero importante conocer en qué condiciones de salud se encuentran.

6.-OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado nutricional y la prevalencia de depresión en los adultos mayores del HGZ C/MF No.7, Cuautla, Morelos

6.2 OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar el Estado Nutricional en los Adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar del HGZ c/MF no.7, Cuautla, Morelos.

Identificar la prevalencia de depresión en los Adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar del HGZ c/MF no.7, Cuautla, Morelos.

7. HIPOTESIS.

El 30 % de los adultos mayores de la consulta externa del Hospital General de zona, c/ Medicina familiar no.7, presentan un estado nutricional inadecuado.

El 30 % de los adultos mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Zona c/ Medicina Familiar No 7, presentan algún grado de depresión.

8. METODOLOGIA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional.

Transversal.

Descriptivo.

Retrospectivo

8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

POBLACIÓN.

Adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar HGZ c/MF no.7, Cuautla, Morelos del I.M.S.S.

LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO

El estudio se llevo a cabo en el HGZ CMF No.7 de Cuautla, Morelos, en el área de consulta externa de medicina familiar.

TIEMPO. Del mes de Abril a julio del año 2012.

8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Calcúlo de Proporción:

$$\frac{Z_{\alpha/2} P(1 - P)}{i^2}$$

n=	323	Número de sujetos necesarios
Z _{α/2}	1.96	Valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado
P	0.30	Valor de la proporción que se supone existe en la población
1-P	0.70	Complemento de la proporción
i ²	0.05	Precisión con que se desea estimar el parámetro (no se eleva al cuadrado aquí)

Proporción: 323 Sujetos.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Que pertenezca al HGZMF.No.7

Aceptación de los pacientes para participar en el estudio de investigación.

Tener 60 años o más.

Ambos sexos

Ambos turnos

Pacientes que concluyan la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Tener menos de 60 años

No aceptar participar en el estudio de investigación.

No derechohabientes.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Los que no concluyan la encuesta.

8.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR. (VARIABLES EN ESTUDIO)

VARIABLES.

ESTADO NUTRICIO.

Definición. Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

Operacionalización: La información se obtuvo a través de un interrogatorio directo. (Del cuestionario para valoración nutricional llamado: Mini Nutritional Assessment MNA, que consta de 4 clasificaciones que son: índice antropométrico, evaluación global, parámetros dietéticos y valoración subjetiva; y que hacen un total de 18 reactivos con máximo de 30 puntos). Cuestionario mini nutritional assessment (MNA) que está estratificado de la siguiente manera; satisfactorio (>24 puntos), riesgo de malnutrición (17–23.5 puntos) y mal estado nutricional (< 17 puntos).

Tipo de Variable. Cualitativa, ordinal, politémica

Escala de medición. Nominal

Indicador. Se capturaron de la siguiente manera: satisfactorio (1), riesgo de malnutrición (2) y mal estado nutricional (3)

DEPRESIÓN.

Definición. Es una alteración del estado de ánimo en la cual se ve involucrada básicamente el talento del individuo cuyas manifestaciones son: disminución del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y actividades que antes importaban al individuo.

Operacionalización. La información se obtuvo a través de un interrogatorio directo, mediante el cuestionario para valoración psíquica llamado: Escala de Depresión Yesavaje, que consta de 15 reactivos evaluada de la siguiente manera: Normal de 0 a 5 puntos, Depresión leve de 6 a 9 puntos y depresión establecida >10.

Tipo de Variable. Cualitativa, ordinal, politómica

Escala de medición. Nominal

Indicador. Escala de Depresión (GDS) Yesavaje

En la base de datos se recopiló de la siguiente manera: Normal (1), Depresión leve (2) y depresión establecida (3)

COVARIABLES. Edad, Sexo, Peso, talla, Estado Civil, Escolaridad, Turno, Consultorio, IMC, Contorno cintura.

EDAD

Definición: Es el tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Operacionalización: La información se obtuvo a través de un interrogatorio directo (Del cuestionario Basal de los Anexos).

Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición: De Razón

Indicador: Años

SEXO

Definición: Es la asignación que se le otorga a un sujeto de acuerdo a su función biológica.

Operacionalización: Se recabo la información a través del interrogatorio directo.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal Dicotómica

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Masculino (1), Femenino (2)

PESO

Definición: Es un indicador antropométrico para conocer el número de kilogramos de una persona.

Operacionalización: Se utilizó una báscula con una capacidad de 140kg. La cual debe estar calibrada antes de una medición, la técnica es colocar al paciente en la superficie plana de la báscula, colocando al paciente en posición de firmes con los brazos colgando paralelos al eje del cuerpo, la vista hacia el frente, con la vejiga vacía, vistiendo ropa lo más ligera posible, sin zapatos, sin objetos pesados como reloj, monedas, llaves.

Tipo de variable: Cuantitativa Continua

Escala de Medición: Razón

Indicador: Kilogramos y gramos.

TALLA

Definición: Indicador antropométrico que mide la distancia entre el vértex del cráneo y el plano de sustentación para conocer la longitud del sujeto.

Operacionalización: Se utilizó un estadímetro, expresado en centímetros, con una precisión de 1 mm. Posición de pie erecta, con la cabeza posicionada de tal forma que el plano de Frankfurt sea horizontal, pies juntos formando un ángulo de 45 grados aproximadamente en la punta de los pies, rodillas derechas y talones, glúteos y omóplatos en contacto con la superficie vertical del estadímetro. Los brazos deben colgar libremente a los lados, con las palmas hacia los muslos. Se pedirá al paciente que se retire los adornos de la cabeza y chongos altos, sin zapatos. Se les pedirá que realicen una inspiración profunda y se paren derechos los hombros deben estar relajados, la talla es tomada en la inspiración máxima, con el nivel de los ojos del examinador en el plano horizontal que está en contacto con la cabeza para evitar errores. Bascula con estadímetro existente en el consultorio de reclutacion de los adultos mayores para este trabajo de investigación.

Tipo de variable: Cuantitativa Continua

Escala de Medición: Razón

Indicador: Metros y centímetro

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Definición: Es un Indicador de composición corporal y tendencias del estado nutricional.

Operacionalización: El índice de masa corporal debe ser utilizado para clasificar sobrepeso y obesidad, y estadios de peso bajo. Calculo de índice de masa corporal.

IMC (kg/m^2)= $\frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{estatura})^2 \text{ Metros}}$

(estatura)² Metros

Tipo de variable: Cuantitativa Continua

Escala de Medición: Razón

Indicador: kilogramos, metros

CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

Definición: El perímetro de cintura es considerado un buen parámetro para evaluar la masa grasa visceral en todas las edades y está asociado a factores de riesgo cardiovascular relacionados con obesidad en el adulto mayor.

Operacionalización: Los puntos de corte del perímetro de cintura sugeridos para la población mexicana es el siguiente: mujeres IDF (<80),OMS (<88),SS(<80-85cm), Si la estatura es mayor de 1.70cm, en hombres IDF (<90),OMS(<102),SS(<90-95cm), si la estatura es mayor de 1.80 cm. El sujeto debe estar de pie, los brazos a los lados y los pies juntos. El observador se coloca frente al sujeto e identifica el punto medio entre la parte más baja de las costillas y las crestas iliacas.

Tipo de variable: Cuantitativa Continua

Escala de Medición: Razón

Indicador: centímetro

ESTADO CIVIL

Definición: Estado civil que se determina ante la sociedad

Operacionalización: A través del interrogatorio (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cualitativa, Nominal, Politómica

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Soltero (1), Casado (2), Divorciado (3), Viudo (4), Unión Libre (5)

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Definición: Grado de estudios que presentan las personas

Operacionalización: A través del interrogatorio (Del cuestionario Basal de los anexos).

Tipo de Variable: Cualitativa, Ordinal, Politémica

Escala de Medición: Ordinal

Indicador: Analfabeta (1), Primaria (2), secundaria (3), técnica (4), preparatoria (5), superior (6).

TURNO

Definición: Orden establecido de las personas para ser atendidas.

Operacionalización: Se obtuvo la información a través del carnet de citas médicas.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal dicotómica

Escala de Medición: Nominal.

Indicador: Matutino (1) Vespertino (2)

8.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El trabajo de investigación se realizó por medio de una invitación para participar en esta, a través de la carta de consentimiento informado a los adultos mayores que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZ CMF No.7 de Cuautla, Morelos, se le explicó a cada uno de ellos en qué consiste el estudio.

Elaboración de materiales e instrumento:

Se aplicó el cuestionario de la escala Mini Nutritional Assessment MNA, a los pacientes adultos mayores, en 4 meses.

Se aplicó cuestionario de la escala Geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage para ver el estado de depresión de los pacientes adultos mayores.

Se identificaron a los adultos mayores, los cuales se les invito a participar en el proyecto previo al consentimiento informado, se tomo peso, talla, y se midió de acuerdo a la OMS.

Se capturo los datos de la muestra en hojas de Excel.

Se realizo análisis estadístico con Stata Versión 9.

Se identifico el estado nutricio y de depresión de los adultos mayores.

Se obtuvieron los datos como edad, sexo, ocupación, estado civil. IMC, CC.

Análisis estadístico: Univariado

8.7. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio que se realizo no pone en peligro la vida de las personas, la información recabada fue manejada de manera confidencial de acuerdo a la Ley General de

Salud, el estudio se reviso y autorizo por el comité local de investigación, los resultados obtenidos se dieron a conocer al personal médico.

9. RESULTADOS.

9.1 DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS).

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados y se capturaron en una base de datos de Microsoft Office Excel, para el análisis se utilizó el programa estadístico Stata V10. Con los resultados se realizó estadística descriptiva para cada una de las variables, en las cuantitativas se estimaron Medidas de Tendencia Central (media, mediana) y de Dispersión (desviación estándar o percentiles). Para las variables cualitativas se estimaron proporciones. Se graficaron según corresponda a través de histogramas, gráficos de sectores, box plot.

9.2 TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS.

TABLA I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF No 7 DE CUAUTLA MORELOS

n= 323			
Características	n		%
Sexo			
Femenino	192		59
Masculino	131		41
Nivel de Escolaridad			
	Hombres	Mujeres	%
Analfabeta	52	73	39
Primaria	49	72	37
Secundaria	17	24	13
Técnica	1	4	2
preparatoria	6	5	3
Superior	6	14	6
Estado Civil			
	Hombres	Mujeres	%
Soltero	4	13	5
Casado	103	94	61
Divorciado	3	13	5
Viudo	17	65	25
Unión Libre	4	7	4

Fuente: Cuestionario basal.

De los adultos mayores del HGZc/MF 7 que se encuestaron se encontró que predominó el sexo femenino con 59% presentan un nivel de escolaridad analfabeta 39% y el estado civil que predominó fue casado con 61%.

TABLA II.- CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZc/MF No 7 DE CUAUTLA MORELOS.

n:323			
VARIABLE	Media (de)		Mdn (LRI)
PESO (kg)	66	(±13)	65 (58;74)
TALLA (Mts)	1.53	(±0.1)	1.53 (1.46, 1.59)
EDAD (Años)	71	(±7.91)	70 (65,77)
IMC (kg/m2)	28.36	(±5.89)	27.53 (24.79,30.91)
CINTURA (Cm)	97.78	(±11.78)	98 (90,104)

Fuente: Cuestionario basal.

De las características antropométricas de los adultos mayores del HGZ C/MF No 7 se encontró que el peso promedio fue de 66 kg. Con una desviación estándar de ±13. La media de edad es de 71 años. Encontramos en IMC una mediana de 27.53 y de 98 para cintura.

TABLA III.- PUNTAJE DE MNA Y YESAVAGE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZc/MF No 7 DE CUAUTLA MORELOS.

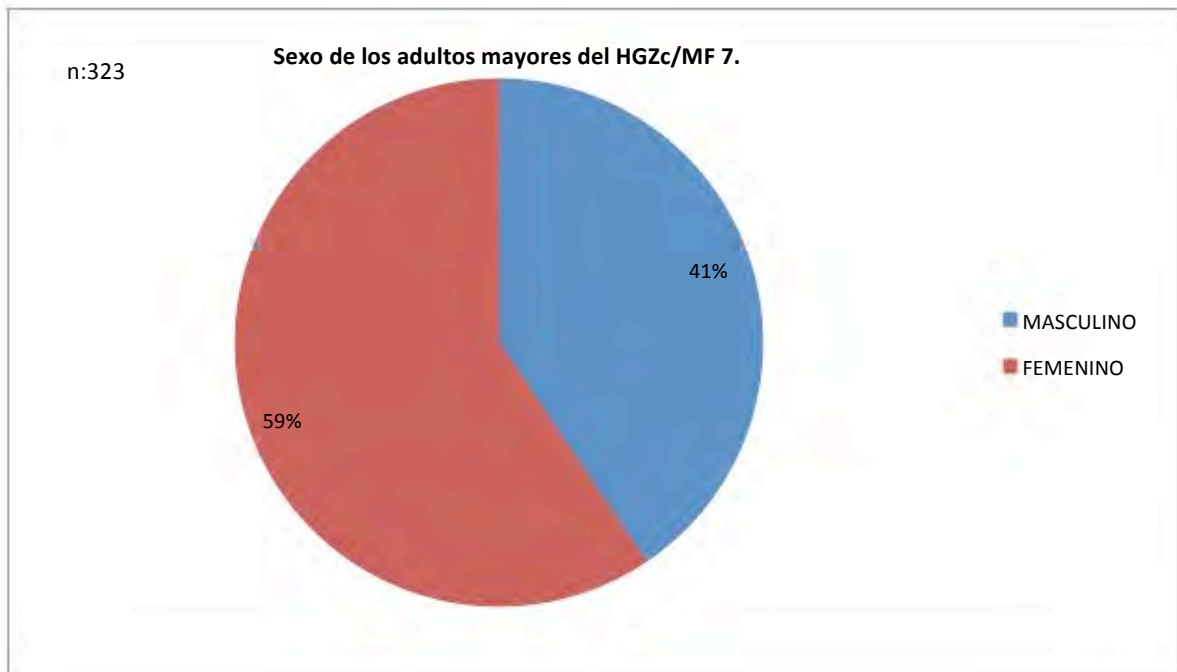
n:323				
	Media (de)		Mdn (LRI)	
MNA	24.5	(±3.51)	25	(23,27)
YESAVAGE	5.32	(±3.44)	5	(2,8)

Fuente: Cuestionario MNA, y Yesavaje.

Encontramos para el puntaje de MNA una media de 24.5 (3.51) y una mediana de 25 (23,27) o sea que 50% de la población tuvo al menos 25 puntos (estado nutricional satisfactorio) y 25 por ciento de la población tuvo al menos 23 puntos en esta escala (riesgo de malnutrición). Para el puntaje de Yesavaje encontramos una mediana de 5 (2,8) lo que quiere decir que la mitad de la población al menos no tuvo depresión, 75 por ciento de la población tuvo puntaje de 8 o menos, y 25 por ciento de la población tuvo 2 puntos o menos para esta escala (sin depresión).

Grafico No. 1

Distribución de adultos mayores del HGZc/MF 7, de acuerdo a sexo.

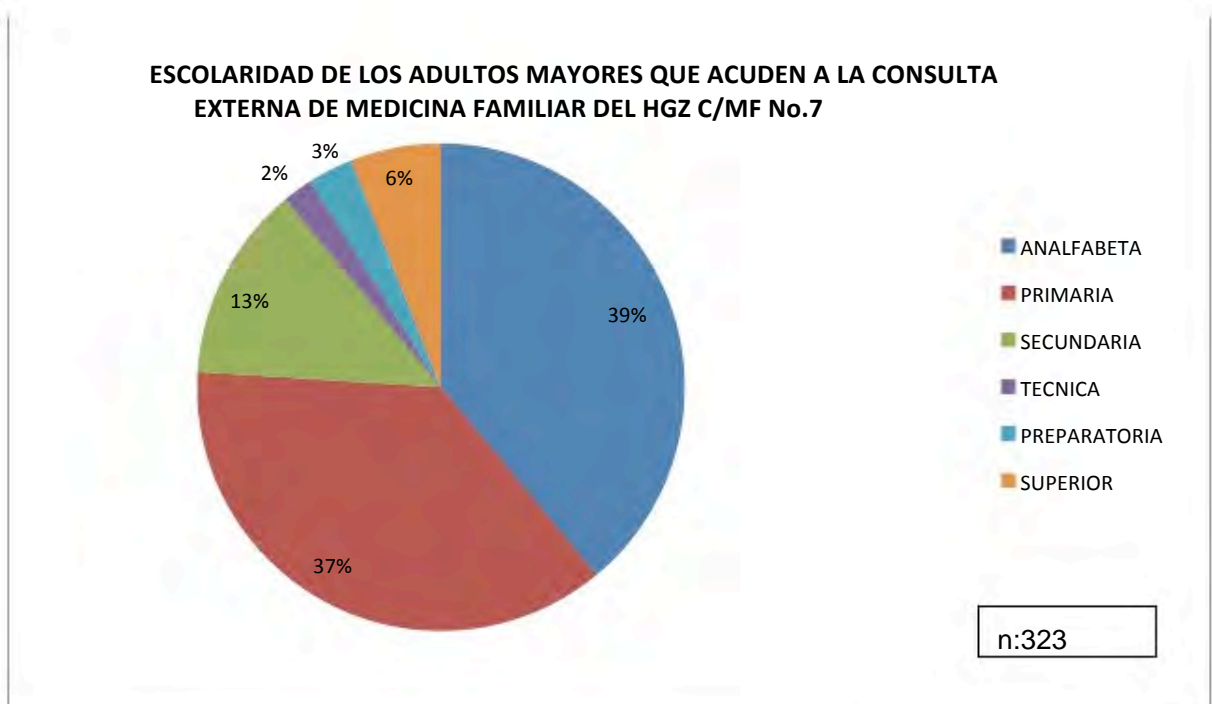


Fuente: Cuestionario basal

Encontramos que el 59% de los adultos mayores que acuden al HGZc/MF 7 pertenecen al sexo femenino y el 41% al sexo masculino.

GRAFICO No 2

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ C/MF No.7

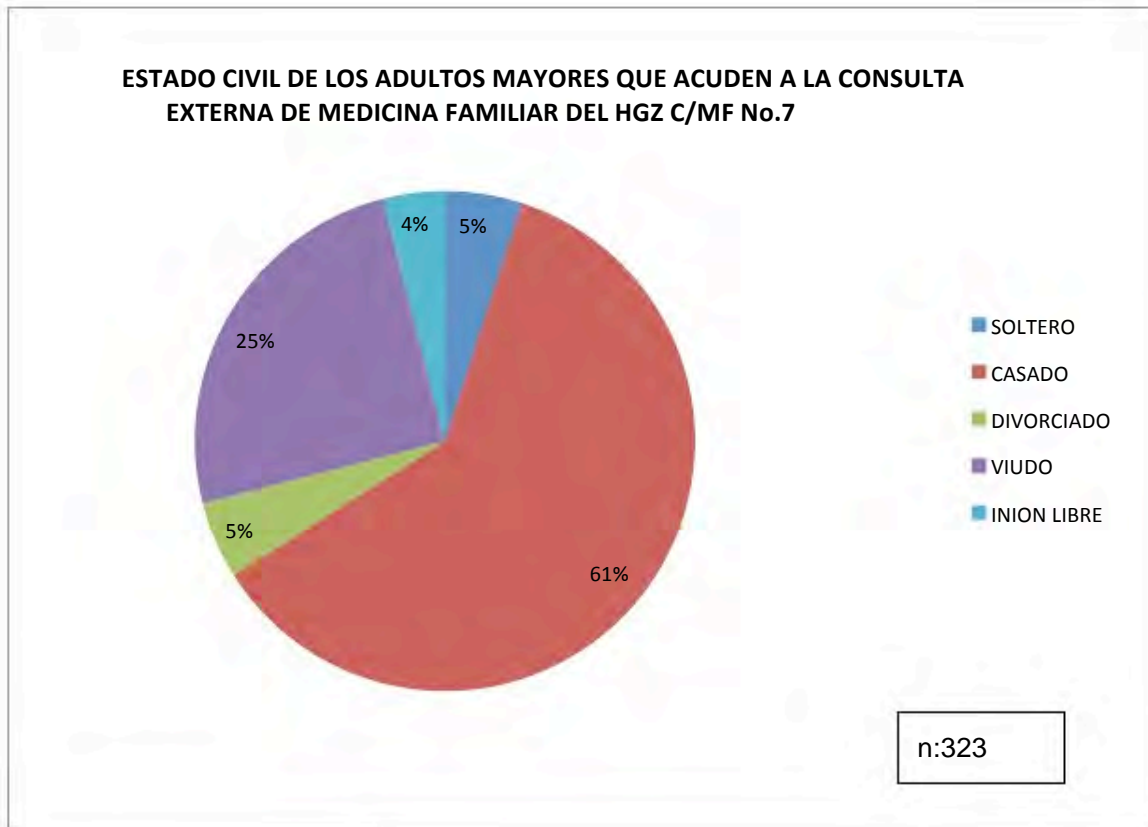


Fuente: Cuestionario basal

Encontramos que de los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7, 39% son analfabetas, 37% tiene estudios de primaria, 13 por ciento secundaria, y sólo el 6% educación superior.

Grafico No 3

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL HGZc/MF 7 DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL.

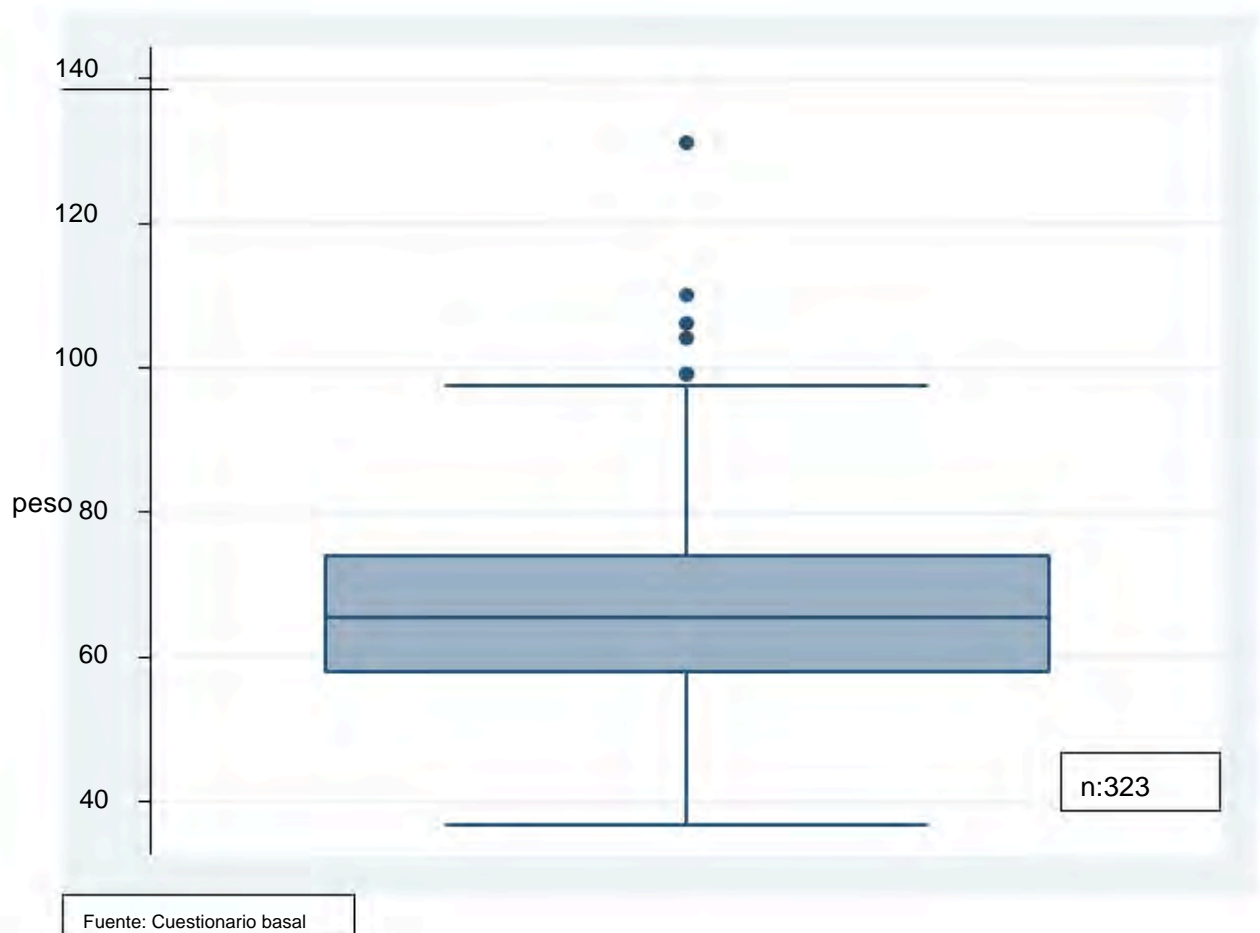


Fuente: Cuestionario basal.

De los adultos mayores que acuden a la consulta externa del HGZc/MF 7, encontramos que predomina el estado civil casado con 61%, y el 25% de los pacientes son viudos.

Grafico No 4

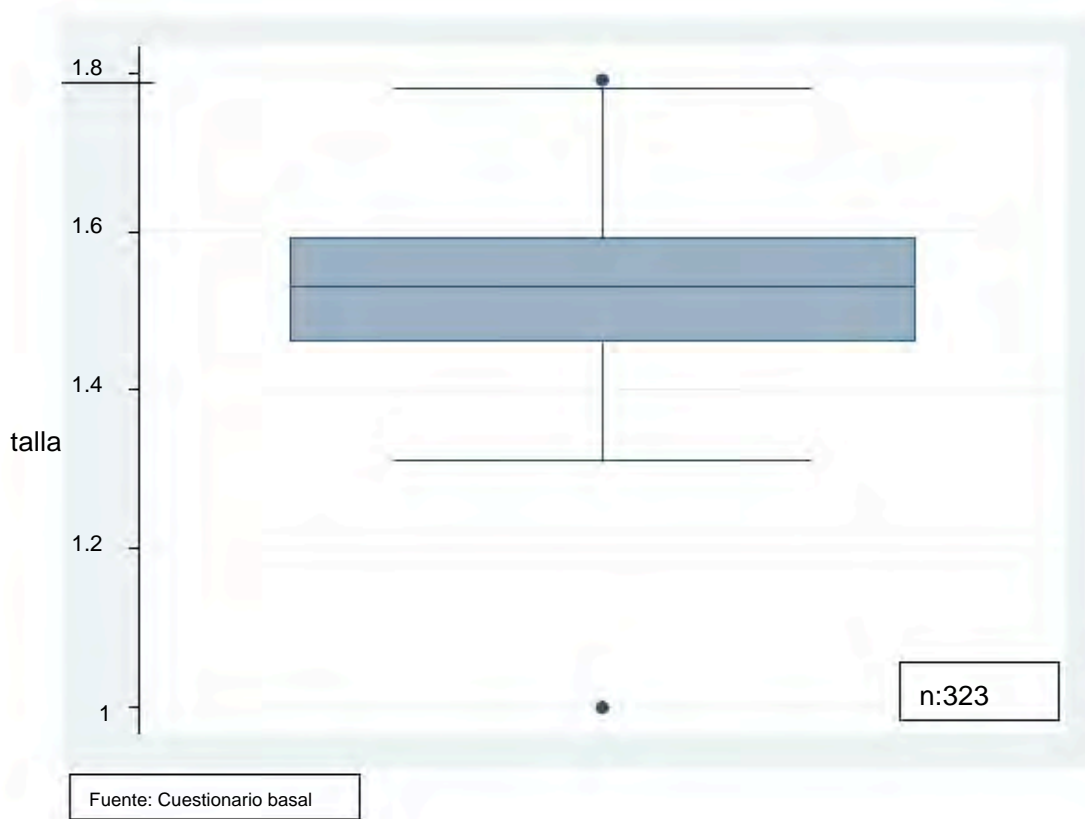
PESO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZc/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para el peso una mediana de 65 (58,74) lo que quiere decir que el 50% pesa 65 kg o menos, y que un 25% de la población pesa al menos 58 kg, y que el 75% de la población pesa menos de 74 kg.

Grafico No 5

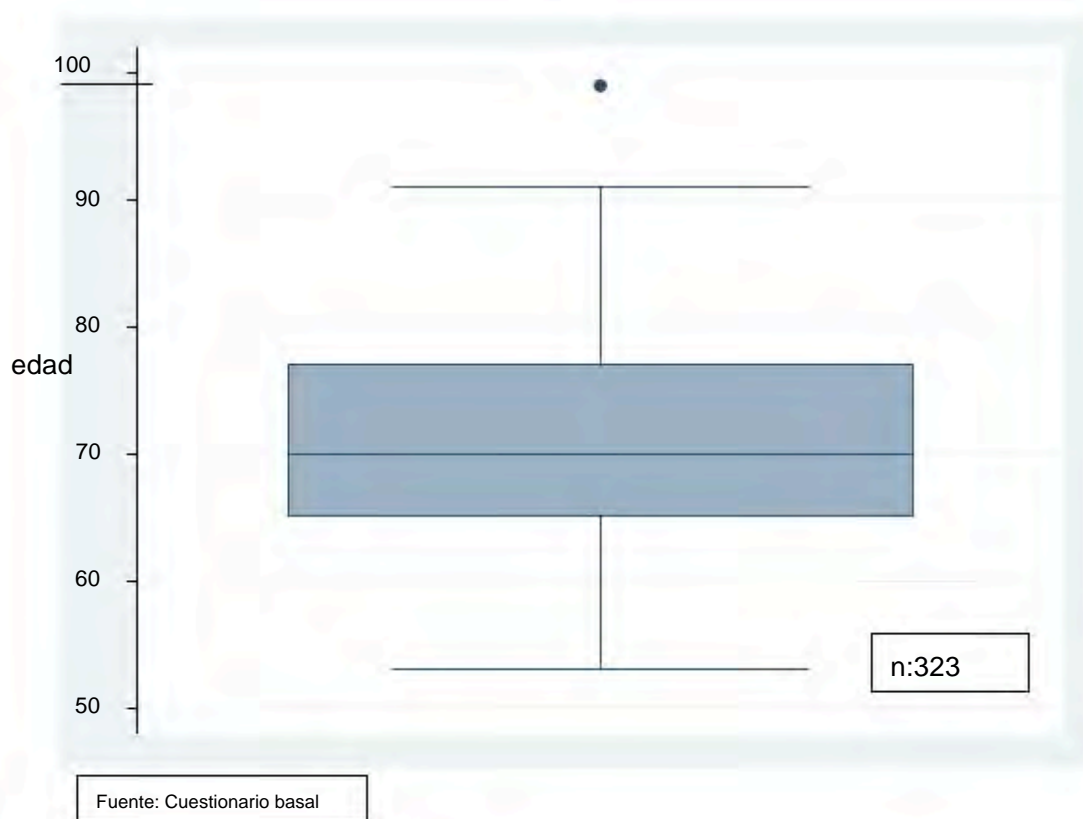
TALLA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZc/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para la talla una mediana de 1.53 Mts (1.46, 1.59) lo que quiere decir que el 50% de la población midió al menos 1.53 mts., que un 25% de la población midió al menos 1.46 mts, y que el 75% de la población mide 1.59 cm o menos.

Grafico No. 6

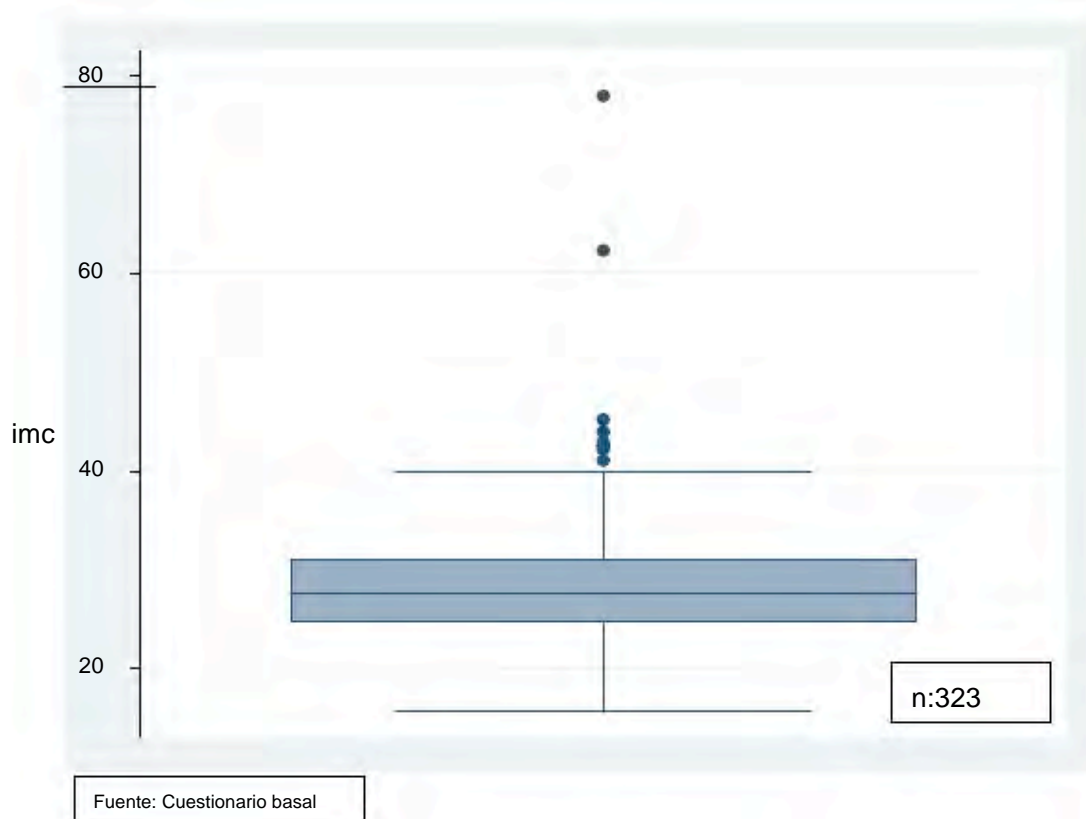
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para la edad una mediana de 70 (65,77) lo que quiere decir que el 50% tiene 70 años o más, un 25% de la población tiene al menos 65 años, y que el 75% de la población tiene 77 años o menos.

GRAFICO No.7

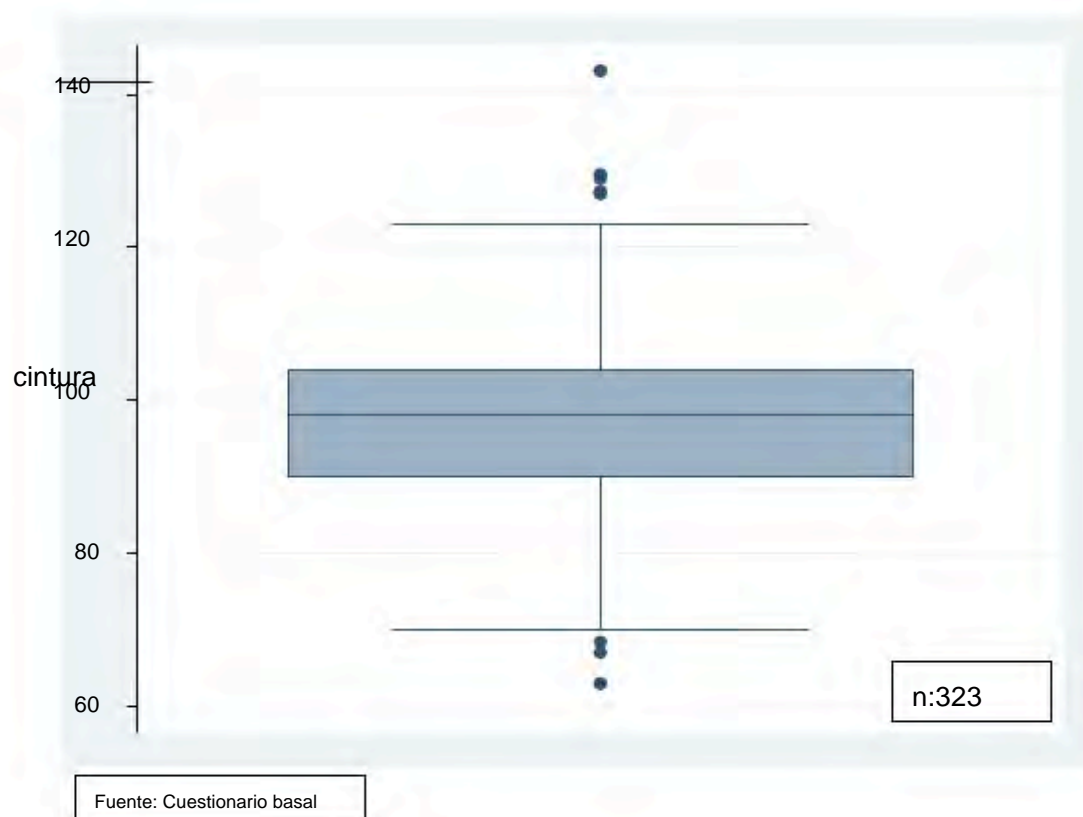
INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para el imc una mediana de 27.53 (24.77, 30.91) lo que quiere decir que 50% de la población tuvo un imc de 27.53 o más, que un 25% de la población tuvo un imc de 24.77 o menos, y que el 25% de la población tuvo un imc de al menos 30.91.

GRAFICO No. 8

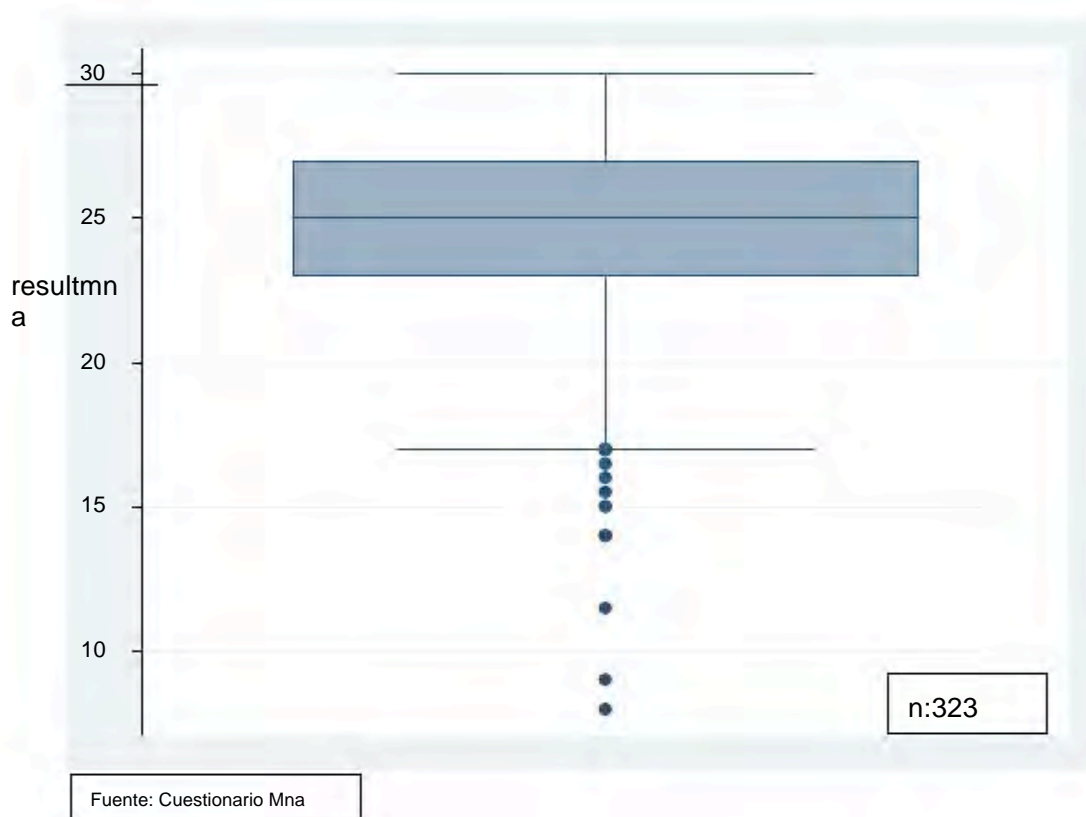
CIRCUNFERENCIA-CINTURA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para la cintura una mediana de 98 cm (90,104) lo que quiere decir que el 50% de la población tuvo una cintura de al menos 98 cm., que un 25% de la población tuvo 90 cm de cintura o menos, y que 25% de la población tuvo una cintura de al menos 104 cm.

GRAFICO No 9

PUNTAJE DE MNA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

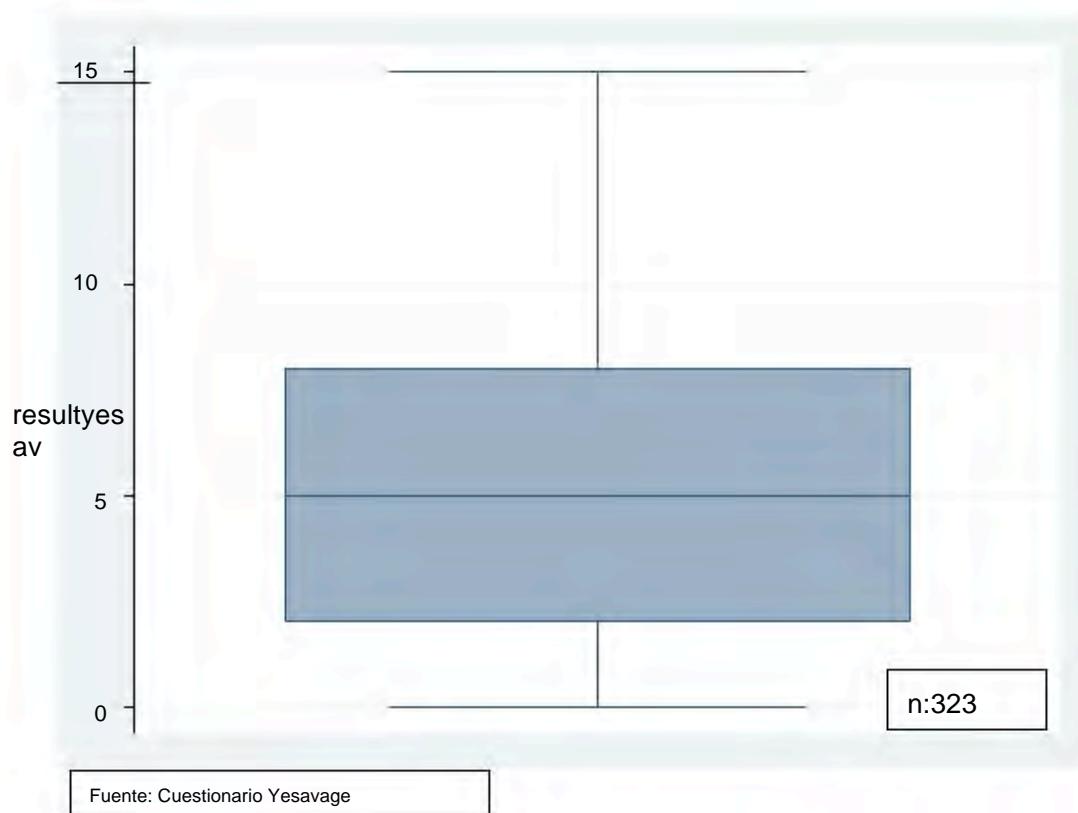


De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para el MNA una mediana de 25 (23,27) lo que quiere decir que el 50% de la población tiene un puntaje de 25 o más igual a estado nutricional satisfactorio, y que el 25% de la población tiene al menos 23 puntos igual a riesgo de malnutrición. Encontramos 5 observaciones atípicas con un resultado de MNA menor a 15 = a mal estado nutricional.

GRAFICO No. 10

YESAVAGE

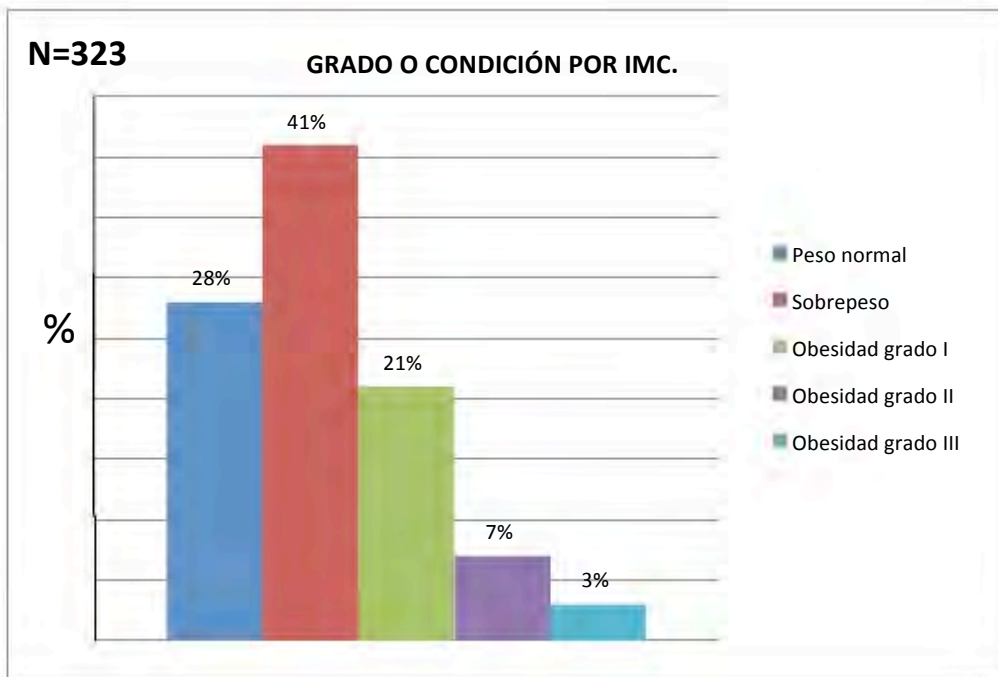
YESAVAGE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos para el puntaje de Yesavage una mediana de 5 (2,8), lo que quiere decir que la mitad de la población tuvo un puntaje de al menos 5 igual a normal o sin depresión y que 25% de la población tuvo un puntaje de al menos 8 igual a depresión leve.

GRAFICO No 11

GRADO O CONDICION POR IMC DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

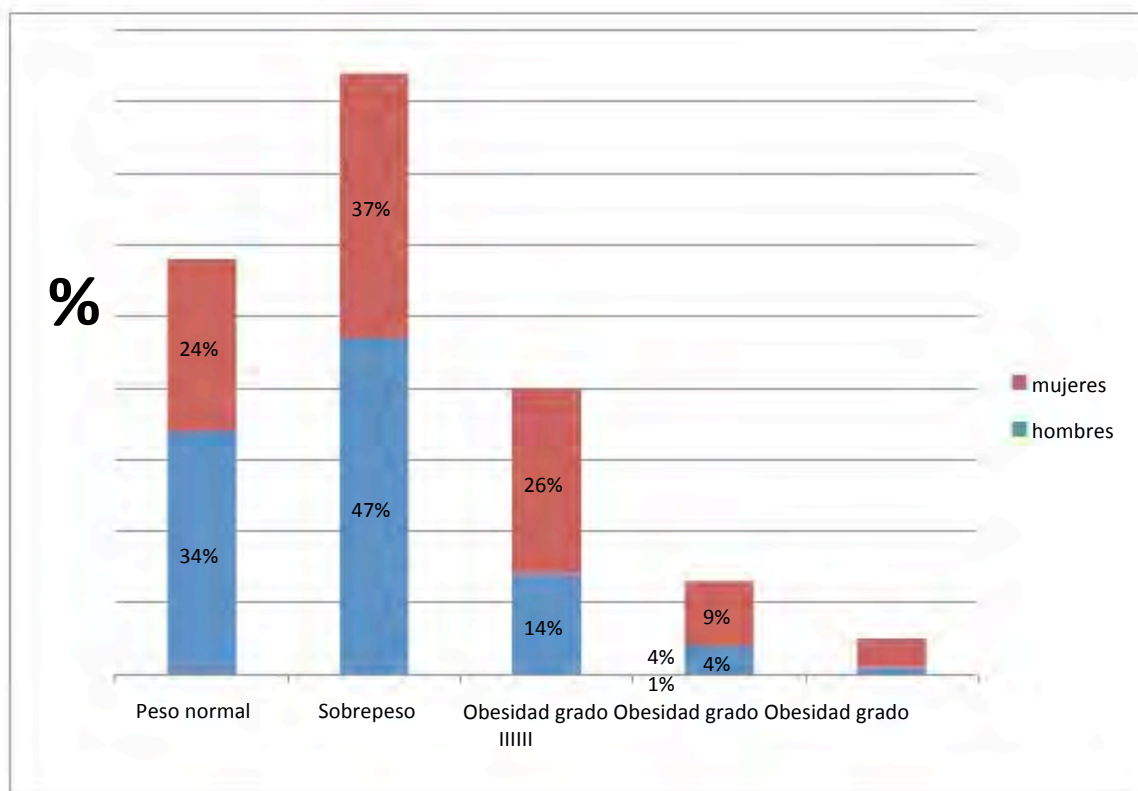


Fuente: Cuestionario basal.

Encontramos en los adultos mayores del HGZc/MF7 que acuden a la consulta de Medicina Familiar que el 41% tuvo sobrepeso y el 31% de la población tuvo algún grado de obesidad.

GRAFICO No 12

GRADO DE OBESIDAD POR SEXO, DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZC/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

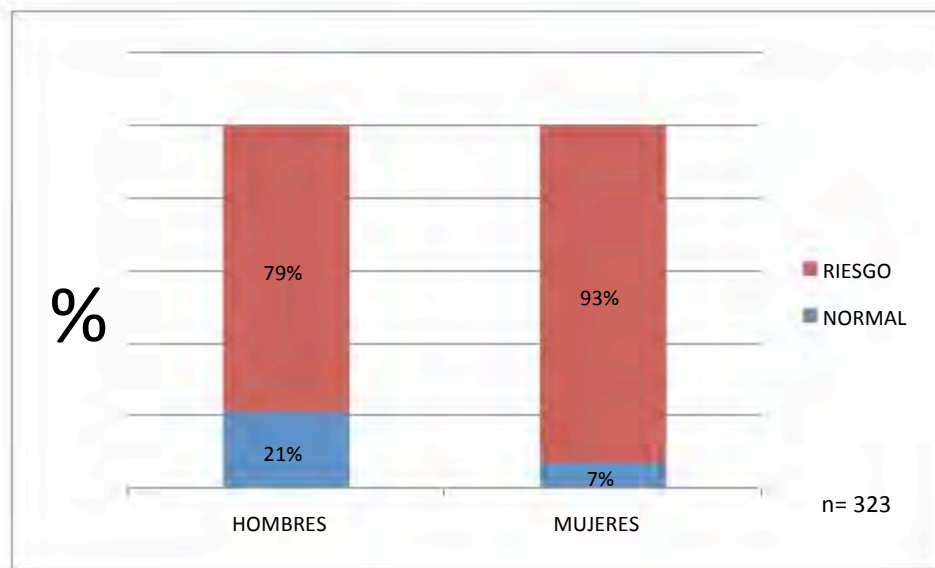


Fuente: Cuestionario basal.

Del total de adultos mayores, 44 hombres y 46 mujeres tienen un peso normal, 62 hombres y 71 mujeres padecen sobrepeso, 19 hombres y 50 mujeres padecen obesidad grado I, 5 hombres y 17 mujeres presentan obesidad grado II, y por ultimo 1 hombre y 8 mujeres padecen Obesidad grado III

GRAFICO No. 13

**CIRCUNFERENCIA-CINTURA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7,
QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.**

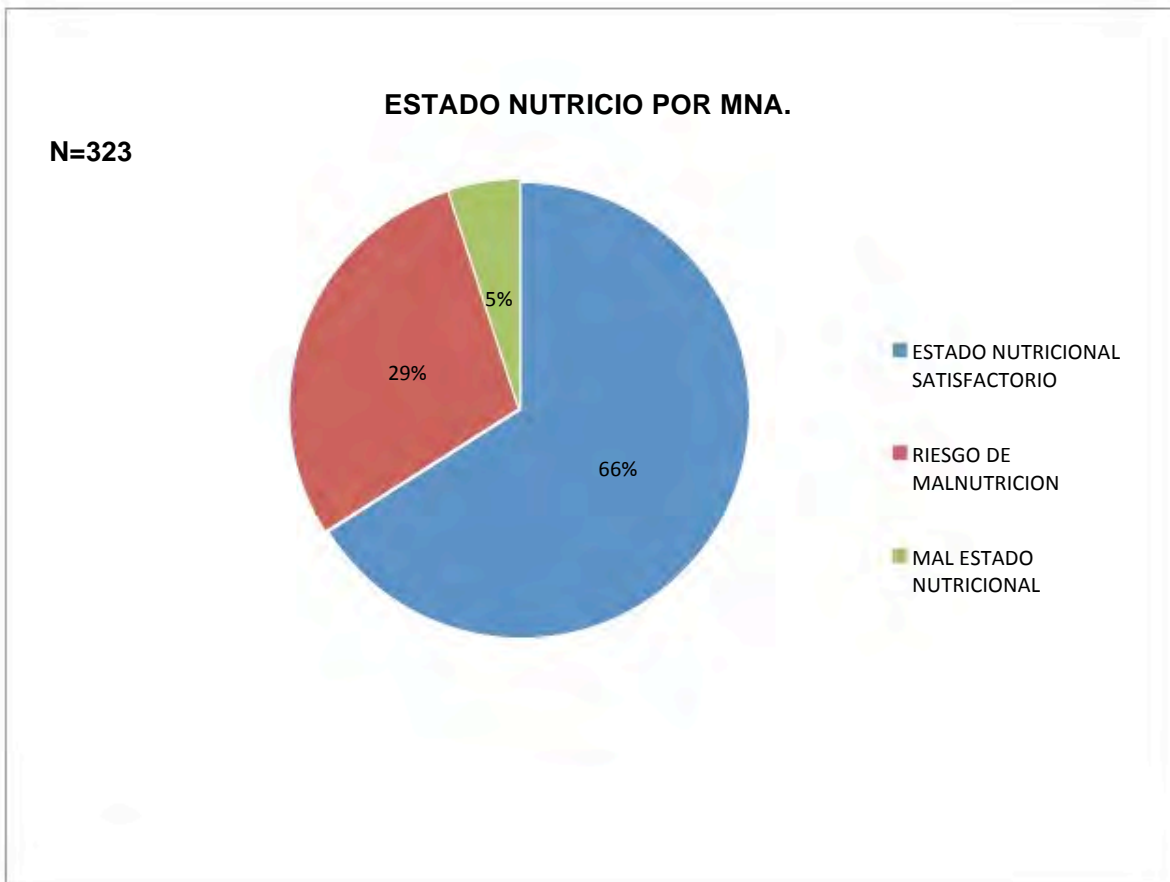


Fuente: Cuestionario basal.

Del total de adultos mayores que acuden al HGZc/MF 7 encontramos: 27 hombres (21%) y 13 mujeres (7%) presentan una circunferencia de cintura normal y 174 hombres (79%) y 179 mujeres (93%) presentan una circunferencia de cintura de riesgo.

GRAFICO No 14

ESTADO NUTRICIO POR MNA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

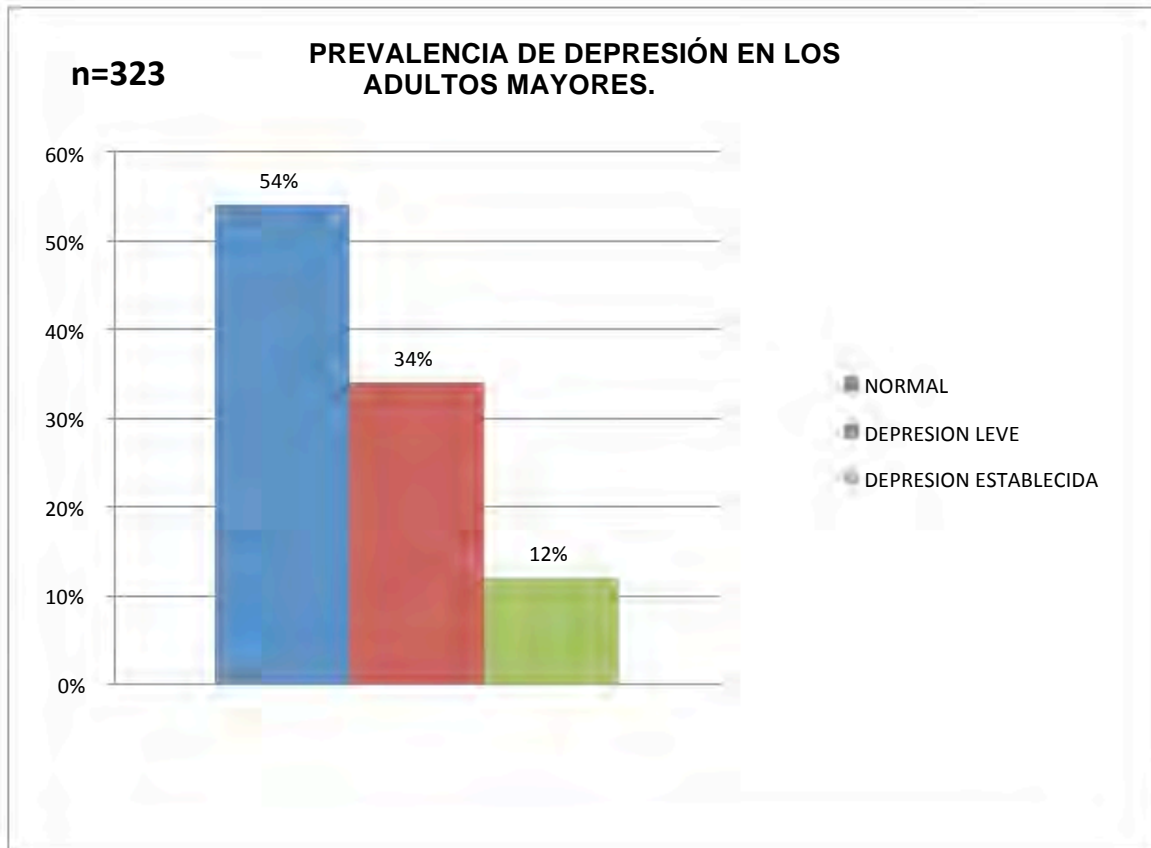


Fuente: Cuestionario MNA.

De los adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar del HGZMF. NO.7, el 66% presento un estado nutricional satisfactorio y el 29 % está en riesgo de presentar malnutrición y 5% presentó mal estado nutricional.

GRAFICO No15

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZ C/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

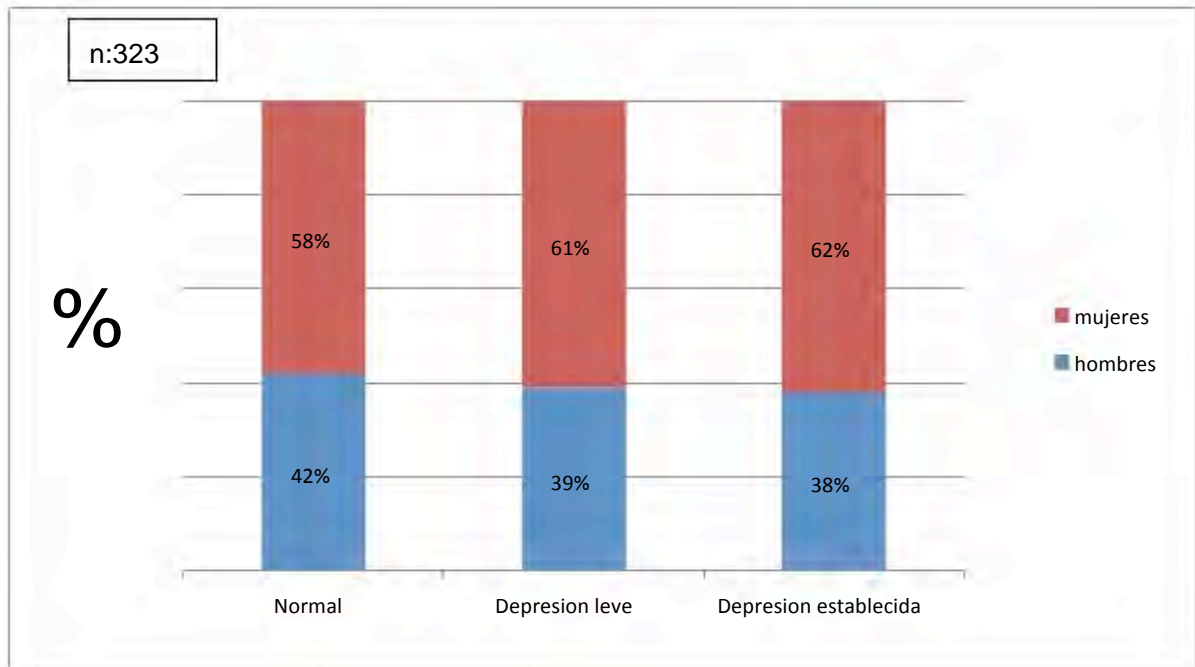


Fuente. Cuestionario Yesavage.

En los adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar del HGZ.MF 7 encontramos que el 54% no tuvo depresión, 34% presentó depresión leve y 12% tuvo depresión establecida.

GRAFICO No. 16

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POR SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HGZC/MF 7, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR



Fuente: Cuestionario Yesavage.

Del total de nuestra muestra 74 hombres (42%) y 101 mujeres (58%) no presentan algún tipo de depresion, 43 hombres (39%) y 68 mujeres (61%) presentan de depresión leve, por ultimo 14 hombres (38%) y 23 mujeres (62%) presentan depresión establecida.

10. DISCUSIÓN (INTERPRESTACIÓN ANALITICA) DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

Según Louay MO. (2002) refiere que la desnutrición afecta entre el 1 % y el 15 % de adultos mayores ambulatorios, entre el 25 % y 60 % de pacientes que cuentan con servicios de salud y un 35% a 65 % en pacientes hospitalizados.

En la Unidad 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. Morelia Michoacán, México. Fue evaluado el estado nutricional de 157 adultos mayores, 93 varones y 64 mujeres, con edades $69,66 \pm 7,94$ años, que asistían a consulta de medicina familiar con la encuesta Mini Nutritional Assessment, con resultados del índice de masa corporal promedio fue $26,96 \pm 5,1$ kg/m². Para MNA encontró que tenían malnutrición 47 pacientes (29,9%), riesgo de malnutrición 86 (54,8%), y sin riesgo de malnutrición 24(15,3%).

En nuestro estudio del total de 323 pacientes encontramos para MNA que 66% de la población tuvo estado nutricio satisfactorio, 29 por ciento con riesgo de malnutrición y sólo 5% con mal estado nutricio que difiere con lo encontrado en la UMF 80 de Morelia Michoacán.

De acuerdo a la encuesta llamada salud, bienestar y envejecimiento (SABE 2000) Refiere que un 31.8 %, de los adultos mayores presenta un estado nutricio inadecuado. En nuestro estudio encontramos un 34% de la población con estado nutricio inadecuado (29 % con riesgo de malnutrición y 5% con mal estado nutricio).

Para determinar el estado nutricional se tomo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC).

En México la prevalencia de sobrepeso en el adulto mayor es de 43.3%, y la obesidad de 20.9%, se encontró también que el 20.3% son hombres y el 35.59 %

son mujeres, según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento en México (ENASEM) (Ruiz AL.2007).

Actualmente no existe un consenso nacional, ni internacional para el diagnóstico de obesidad en este grupo de edad (FES Zaragoza. Unidad investigación Gerontológica.2007).

En nuestro estudio encontramos del total de la población de 323 adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7, un 41% con sobrepeso (de acuerdo al índice de masa corporal) 21% con obesidad GI, 7% con obesidad GII, 3% con obesidad GIII y sólo 28% con peso normal.

Alemán M.H. Pérez F.F. en su artículo indicador del Estado nutricional y el proceso de envejecimiento considera el contorno de cintura como factor de riesgo para hombres adultos si es > 90 cm y para mujeres adultas > 80 cm, el cual representa un indicador de riesgo de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. Este indicador estima la grasa central (obesidad central) y evalúa el riesgo de padecimientos, como hipertensión, intolerancia a la glucosa, enfermedades cardiovasculares, y de mortalidad en adultos mayores.

De los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7 encontramos que el 50% tiene una circunferencia de cintura de 98 cm o más y que el 25% de la población tiene una cintura de más de 104 cm, y sólo 25% de la población tuvo una cintura de 90 cm o menos. Encontramos que sólo 21% de los hombres que participaron en el estudio tienen una circunferencia cintura normal, y que el 93% de las mujeres tienen una circunferencia cintura con riesgo.

Pando Moreno et al. (2001) han visto una prevalencia de depresión de 36 % en adultos mayores en Guadalajara, Jalisco con 43 % en Mujeres y 27 % en hombres.

Según las guías prácticas del seguro social del IMSS “La depresión en el anciano” refiere que la incidencia del adulto mayor va de un 7 a 36 % en egreso de clínicas. La prevalencia de la población mexicana es de hasta el 40 %.

Se estima que de 30 % a 50 % de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).

En nuestro estudio de los adultos mayores que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZc/MF 7, encontramos una prevalencia de depresión de 46% (34% con depresión leve y 12% con depresión establecida). Encontrando un predominio de depresión en el sexo femenino..

11. CONCLUSIONES (INCLUYE SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES DEL INVESTIGADOR).

De los adultos mayores que acuden al HGZc/MF 7 de Cuautla Morelos encontramos a través de la aplicación del cuestionario MNA, que un 29%, de la población está en riesgo de presentar malnutrición y un 5% tiene mal estado nutricional.

Consideramos que es necesario orientar a la población para mejorar su alimentación, sugerimos que una manera de motivarlos es hacer la orientación en grupos.

Con la aplicación del cuestionario de Yesavaje encontramos que el 54% de los adultos mayores se encuentra sin depresión mientras que el 34% con depresión leve y 12% con depresión establecida, encontrando que fue mas frecuente en el sexo femenino.

Atender la depresión contribuye significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. También sería recomendable en el IMSS dar un tratamiento no médico para la depresión en adultos mayores dando terapia conductual-cognitiva y modalidades grupales, ya que pueden ser eficaz y de bajo costo en beneficio de quienes sufren este padecimiento.

De acuerdo al IMC, se obtuvo como resultado un 41 % de sobrepeso y 31% obesidad en el adulto mayor, en circunferencia cintura encontramos que el 75% de los adultos mayores tienen más de 90 cm lo que quiere decir que tienen un factor de riesgo para enfermedades, el exceso de grasa corporal incrementa el riesgo de enfermedad y muerte prematuras, por lo cual es muy importante poner

más atención en la prevención de sobrepeso, enfocándose en la grasa que se acumula en la cintura para disminuir riesgos.

A los pacientes que se encontraron con alteraciones en el estado nutricional y depresión y sobrepeso, se mandará una lista a su médico familiar para realizarle un envío oportuno al servicio de nutrición, psicología o psiquiatría y evitar posibles complicaciones

Con la información obtenida es de suma importancia que los adultos mayores que se encuentran en riesgo de mal Nutrición y depresión de la consulta externa de medicina familiar del HGZ.MF 7, se detecten a tiempo y realizarle envío oportuno al servicio de nutrición, psicología y psiquiatría, pero sobre todo encontrar acciones que prevengan estas patologías.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/salud.pdf>. 2009
2. Gutiérrez – Robledo LM. Moncada-Tobías. Implicaciones para la salud del envejecimiento de la población en México. En: La salud para los mexicanos en el siglo XXI. México. Fundación Mexicana para la salud, AC., 2005.pp.184-213
3. Palloni-A, Pinto-G, Peláez-M. Demographic and Health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. Int J Epidemiol. 2002; 32 (4):762-71
4. Walshe-Tm. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica con bibliografía comentada. La Habana: Ed. Ciencias Médicas,2005.pp.1-3
5. Peláez-M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas:Rev Panam Salud Publica 2005; 17.pp 5-6
6. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva medida de dimensión de la salud en México. Salud Pública Méx. 1996; 38: 409-418
7. Instituto Nacional de Estadística, geográfica e informática. “Estadísticas a Propósito del día Internacional de las personas de Edad”. Datos Nacionales. INEGI 2007.6. Rinza M.C., Manzanares N.D.B.; Programa integral de rehabilitación para la mejora de la calidad de vida en pacientes geriátricos; Medigraphic. Rev. Mex. de Med. Física y Reha. Vol. 21, Núm. 1, Enero-Marzo 2009; Pág. 20-24.
8. Rowe-JW,Kahn-RL.Successful aging.Gerontologist 2006;37 .pp 4.

9. Guía de práctica clínica evaluación y control nutricional del adulto Mayor en primer nivel de atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Actualización. Mayo del 2010
10. Acceso a derechohabientes (Acceder) Población adscrita a médico familiar no. 7, IMSS, por grupo de edad consultorio.2010
11. Alemán M.H. Pérez F. F. Artículo de revisión nutrición clínica. Indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento.Vol.6, num.1.2003. pp.48
12. Guigoz y Vellas Bm et al. Facts and Research in Gerontology (sup. No.2: the mini nutritional assessment, 1994). Nestec ltd (Nestle Research Centre) Clintec.
13. Calderón M. Ibarra F.et. Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Morelia, Michoacán, México. 2006-2007
14. Pando Moreno, M, Aranda Beltràn, C., Mendoza Roaf,P.,2001. Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana. Revista española de geriatría y gerontología, 36 (3), pp.140-144.
15. Bellò, M.,Puentes-Rosas, e., Medina- Mora M.E. y Lozano R., 2005.Prevalence and diagnosis of depression in México, Salud Pública de México,47 (supl.1),54-11
16. Tanner e 2005. Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? Geriatric Nursing, 26 (3), p.145
17. Gómez A.A.Rev. Ámbito farmacéutico, divulgación sanitaria. La depresión en el anciano. Vol. 26 no.9. oct.2007.pp.81
18. Yesavage J.Brink T. Development and validation of a geriatric depression Screening scale: a preliminary report. J.Psychiatr Res 1983; 17 (1):37-49.

13. ANEXOS

1. - Cuestionario Basal

DATOS PERSONALES				
No. De Folio _____		Fecha _____		
Nombre _____				
No. De Afiliación _____				
Domicilio _____				
Teléfono _____				
Acompañante _____				
COVARIABLES: consultorio: _____ turno _____				
Peso:	Talla:	Edad	IMC:	C:
Estado Civil: Soltero (1), Casado (2), Divorciado (3), Viudo (4), Unión Libre (5)				
1.- Sexo (1) Masculino (2) Femenino				
2.- ¿Padece alguna enfermedad?, ¿Cuál?				
3.- ¿Cuál es su Nivel de Escolaridad? Ninguno (1), Analfabeta (2), Primaria (3), secundaria (4), técnica (5), preparatoria (6), superior (7).				

() Analfabeta () Primaria () Nivel Básico () Medio Superior () Superior

4.- ¿Cuál es su Estado Civil?

() Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Unión Libre

2. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Anexo. Evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA)

Nombre Apellidos Sexo Fecha
 Edad Peso en kg Talla en cm

<p>I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS</p> <p>1. Índice de masa corporal (IMC=Peso/talla² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2. Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB ≥ 22 <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>3. Circunferencia de la pierna (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = Pérdida de peso > a 3 kg 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso nra 1 y 3 kg 3 = No ha habido pérdida de peso <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>II. EVALUACIÓN GLOBAL</p> <p>5. ¿El paciente vive en su domicilio? 0 = No 1 = Sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1 = No <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>8. Movilidad 0 = De la cama al sillón <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión severa <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos</p> <p>10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = Sí 1 = No <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>III. PARÁMETROS DIETÉTICOS</p> <p>11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿El paciente consume?</p> <p>¿Productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>¿Carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>0,0 = sí 0 ó 1 sí 0,5 = sí 2 sí <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1,0 = sí 3 sí</p> <p>13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día? 0 = No 1 = Sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? 0 = Anorexia severa 1 = Anorexia moderada 2 = Sin anorexia <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1,0 = Más de 5 vasos</p> <p>16. Forma de alimentarse 0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta solo con dificultad <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2 = Se alimenta solo sin dificultad</p> <p>IV. VALORACIÓN SUBJETIVA</p> <p>17. ¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 = Malnutrición severa <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = No lo sabe o malnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición</p> <p>18. En comparación con las personas de su edad ¿cómo encuentra su estado de salud? 0,0 = Peor 1,0 = Igual <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0,5 = No lo sabe 2,0 = Mejor</p> <p>TOTAL (máximo 30 puntos) <input style="float: right;" type="text"/> <input style="float: right;" type="text"/> , <input style="float: right;" type="text"/></p> <p>ESTRATIFICACIÓN: ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio De 17 a 23,5 puntos: Riesgo de malnutrición < 17 puntos: mal estado nutricional</p>
---	---

Ref. Guigoz Y, Vellas B, et al. Facts and Research in Gerontology (sup. nº 2: the mini nutritional assessment, 1994)
 © 1994 Nestec Ltd (Nestlé Research Centre) Clintec.

NOMBRE.....

FECHA.....

SEXO..... EDAD.....

3. ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5	Normal.
6-9	Depresión leve
>10	Depresión establecida



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuautla, Morelos a _____ del mes de _____ del año 2012

Por medio del presente acepto participar de manera voluntaria en el protocolo de investigación titulado "EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO Y PREVALENCIA DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF NO.7, CUAUTLA MORELOS. El cual ha sido registrado ante el comité de investigación médica con el número de registro: R-2012-1701-9

El cual tiene como objetivo evaluar el estado nutricional y depresión de los adultos mayores de la consulta externa de medicina familiar del hospital general de zona C/MF no.7, Cuautla Morelos, resultados que beneficiaran a la población; mi participación consistirá en responder a una serie de preguntas en base a mi edad, sexo, estado de ánimo etc.... para determinar el estado nutricional y depresión del adulto mayor.

Declaro que se me ha informado que no tendré ninguna molestia, en caso de detectarme alguna alteración, seré canalizado al servicio correspondiente. El investigador se ha comprometido a brindarme información oportuna si lo solicitara acerca de mi estado de ánimo, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE.

TESTIGOS

TESTIGOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
