

**Título: Estado nutricional en personas mayores de un área de salud del municipio Mariel.**

**Autores:** Aime González Santiesteban,\* Angel Iroel Veranes Amador, \*\* Adys García Hernández, \*\*\* Katia Valdéz Fernández \*\*\*\*.

\* Especialista de 1er Grado en Fisiología Normal y Patológica.

\*\* Residente 1er año de Medicina General Integral.

\*\*\* Lic Psicología

\*\*\*\* Lic Microbiología

**Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.**

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.**

**CP 10400.**

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

**Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"**

---

## Summary:

Objective: To estimate the frequency of the different nutritional phenotype among the fellows bigger than 60 years of the Clinic of the I Prescribe of the Family #14 of the municipality Mariel and the dependence regarding variable sociodemographic and specified clinics. Methods: The Index of corporal mass was determined, (IMC) to bigger 116 adults and the association was evaluated among the nutritional state, the age, the sex; the depression presence; the readiness of social resources of help; the concurrence of chronic illnesses not transferable; and the polypharmacy . Results: The nutritional phenotype was distributed like it continues: Undernourished: 14.7%; not undernourished: 47.4%; and excess of weight: 37.9%; respectively. The nutritional state was dependent of the age, depression (according to Yesavage), the state of the social resources (according to Fillenbaum and Smyer), the concurrence of chronic illnesses, and the polypharmacy . the excess of weight seems to be the phenotype nutritional prevalence in the adults bigger than the study area. Conclusions: The nutritional state can associate with variable sociodemographic and clinical that describe the quality of the aging process.

Words key: Aging, nutritional state, chronic illnesses, depression, polypharmacy, social resources.

---

## Resumen

Objetivo: Estimar la frecuencia de los diferentes fenotipos nutricionales entre los sujetos mayores de 60 años del Consultorio del Medico de la Familia #14 del municipio Mariel y la dependencia respecto a variables sociodemográficas y clínicas especificadas. Métodos: Se determinó el Índice de masa corporal, (IMC) a 116 adultos mayores y se evaluó la asociación entre el estado nutricional, la edad, el sexo; la presencia de depresión; la disponibilidad de recursos sociales de ayuda; la concurrence de enfermedades crónicas no transmisibles; y la polifarmacia. Resultados: Los fenotipos nutricionales se distribuyeron como sigue: Desnutridos: 14.7%; No desnutridos: 47.4%; y exceso de peso: 37.9%; respectivamente. El estado nutricional fue dependiente de la edad, depresión (según Yesavage), el estado de los recursos

sociales (según Fillenbaum y Smyer), la concurrencia de enfermedades crónicas, y la polimedicación. El exceso de peso parece ser el fenotipo nutricional prevalente en los adultos mayores del área de estudio. Conclusiones: El estado nutricional puede asociarse con variables sociodemográficas y clínicas que describen la calidad del proceso de envejecimiento.

**Palabras clave:** Envejecimiento, estado nutricional, enfermedades crónicas, depresión, polifarmacia, recursos sociales.

---

## Introducción.

El estado nutricional de los sujetos denotados como “adultos mayores” cuando alcanzan edades iguales/mayores de 60 años es objeto de creciente interés en nuestro análisis. El envejecimiento demográfico se ha erigido en el reto más formidable que deben enfrentar los sistemas de salud en el mundo entero en próximos años <sup>1</sup>. Cuba no escapa de esta tendencia global. En el año 2006, la fracción de la población cubana con 60 años o más fue del 15.9%. Un año después, esta fracción llegó a ser del 16.6% <sup>2</sup>. Para el 2025, con el 25.0% de la población superando la cuota de los 60 años de edad, Cuba se unirá a Argentina y Uruguay como uno de los 3 países más envejecidos del área latinoamericana. Hasta no hace mucho, la llegada de la vejez constituía en muchos sentidos el final de la vida laboral, social e incluso sexual del ser humano, y el inicio de una etapa marcada por la enfermedad y la muerte. Si ahora se piensa que, en virtud de las corrientes esperanzas globales de vida, la vejez ocupa la cuarta parte del ciclo vital del ser humano, es evidente entonces que el envejecimiento es sólo un tránsito natural hacia otra etapa en la vida del hombre (y la mujer también) que no tiene por qué ser menos fecunda y activa que las precedentes <sup>3,4</sup>. Como expresión entonces de los cambios de actitud de médicos, investigadores, demógrafos y salubristas ante el fenómeno del envejecimiento, hoy se ha acuñado el concepto de “vejez saludable, longevidad activa”. El estado nutricional, como expresión concentrada del estado de salud, podría determinar la capacidad del adulto mayor de adaptarse a los cambios que la edad trae consigo. La preservación del estado nutricional puede hacer posible grados incrementados de autonomía y validismo, y con ello, un mejor desempeño familiar, laboral y social, y la sensación de plenitud vital. El estado nutricional del adulto mayor podría depender del entorno de pertenencia en el momento de la encuesta nutricional. Entre los adultos mayores que viven sin restricciones en la comunidad la tasa de desnutrición suele ser baja, en contraste con los resultados observados

en hospitales, hogares de ancianos y otros centros de atención geriátrica. Un estudio anterior reveló una tasa de desnutrición del 2.7% entre los adultos mayores residentes en una comunidad costera situada a 15 Km al este de la ciudad capital <sup>5</sup>. Otra indagación subsiguiente resultó en una tasa del 54.3% entre 160 personas atendidas en 2 consultorios del Sistema del Médico de Familia adscritos al Policlínico Comunitario "Antonio Guiteras", del municipio Habana Vieja, enclavado en el centro de la ciudad capital. Hasta el momento en que se redactan estas líneas, no se tienen datos sobre el estado nutricional de adultos mayores radicados en otras provincias de Cuba, fuera de la ciudad-capital. Fue por este motivo que se decidió realizar este estudio donde el municipio Mariel será pionero en el estudio para contribuir al aporte nacional para la confección de tablas de percentiles para la valoración nutricional del adulto mayor lo más correcta posible teniendo como objetivo estimar la frecuencia de los diferentes fenotipos nutricionales entre los sujetos mayores de 60 años del CMF#14 del municipio Mariel y la dependencia respecto a variables sociodemográficas y clínicas especificadas.

---

## Métodos

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio analítico prospectivo.

**Escenario del estudio:** El área de salud escogida para la conducción del estudio descrito en este trabajo se corresponde con la atendida por el Policlínico comunitario "Orlando Santana."

**Serie de estudio:** En el presente estudio participaron los adultos mayores atendidos ambulatoriamente por el consultorio 14.

**Criterios de inclusión y exclusión en el estudio:** Se incluyeron los adultos mayores que no presentaban limitación físico-motora y/o intelectual que impidiera la conducción de los procedimientos prescritos en el diseño del estudio. Se excluyeron del estudio aquellas personas que declinaron participar en el mismo; que presentaron discapacidad intelectual de cualquier causa que impidiera el llenado de las encuestas del estudio y/o limitaciones físico-motoras que imposibilitaran la conducción de los procedimientos prescritos; o estuvieran ausentes del hogar en el momento de la citación para participar en la encuesta.

En aquellos casos en que el sujeto declinara participar en el estudio, se le administraron las encuestas y procedimientos prescritos por el diseño del estudio a los fines de información y educación individual y familiar. Los datos recogidos en tales sujetos no se ingresaron en la

base de datos del estudio. En todo momento se garantizaron los requerimientos de espacio, privacidad, confort, y equipamientos requeridos para el desarrollo del estudio.

---

**Diseño del estudio:** El estudio contempló el relleno de un formulario con los datos generales de identificación (entre ellos, la edad); la historia personal de salud en el momento de la encuesta; la medicación instalada corrientemente; la obtención de la talla y el peso; el diagnóstico de la presencia de depresión; y el estado de la red de contención familiar y social. La edad del adulto mayor se estratificó como sigue: 60-69 años; 70-79; 80-89; y 90 o más años. La historia personal de salud comprendió una indagación en las enfermedades por las que el sujeto recibía asistencia médica (medicación incluida):

*DM Diabetes mellitus:* Presencia de trastornos de la utilización periférica de los glúcidos, controlables mediante restricciones dietéticas, el uso de hipoglucemiantes orales, la insulino terapia, o cualquiera combinación.

*HTA Hipertensión arterial:* Elevación de las presiones sistólica y diastólica por encima de 140/90 mm Hg en 3 ocasiones consecutivas, o consumo de medicamentos antihipertensivos.

*Afección Cardiovascular:* Resultante de coronarioesclerosis, cardioesclerosis, valvulopatías, o cualquier otra causa de Insuficiencia cardíaca crónica, que obligue a medicación para el control sintomático.

*EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:* Hábito clínico presente, junto con Hallazgos radiográficos.

*Afecciones del SOMA Sistema Osteomioarticular:* Osteoartritis de la columna cervical, Columna lumbosacra, cadera, rodilla, o cualquier otra articulación, que provoca deformaciones, junto con dolor y limitación de los movimientos, y obliga a medicación para el control sintomático.

*Afecciones del TGI Tracto gastrointestinal:* Gastritis crónica, Úlcera péptica, Colecistitis crónica (litiásica o no), Enfermedad inflamatoria intestinal; o cualquier otra disfunción gastrointestinal que obligue a seguimiento médico regular, junto con el consumo de medicación prescrita para el control sintomático.

En caso de concurrencia de varias afecciones crónicas, la historia personal de salud se redujo como sigue: 0 –1 enfermedades concurrentes; 2 – 3; y 4 – 5; respectivamente.

La historia farmacológica corriente incluyó la indagación en el consumo de medicamentos como digitálicos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, diuréticos, hipnóticos, sedantes, analgésicos, anti-inflamatorios, y otros (entre ellos, suplementos vitamínicos). El consumo de medicamentos se redujo como sigue: 0 – 1 medicamentos consumidos; 2 – 3; y 4 – 5; respectivamente.

**Obtención de las mediciones antropométricas:** La talla y el peso se obtuvieron en horas de la mañana, con una exactitud de una décima, según los preceptos del Programa Biológico Internacional,<sup>6,7</sup> tal y como han sido adaptados localmente. Brevemente, se le pidió al sujeto que se colocara descalzo, con el vestido con ropa mínima/ligera, en PAA Posición Anatómica de Atención, en el centro del plato de la balanza previamente calibrada. De esta manera, se registró el peso. La talla se registró con el sujeto en PAA, orientando la cabeza del sujeto según el PAF Plano Anatómico de Frankfurt, y apoyando el Tallímetro de la balanza en el vertex.

**Encuesta de Depresión:** A cada sujeto participante se le aplicó la Encuesta descrita previamente para la demostración de la presencia de depresión.<sup>8</sup> El diagnóstico de depresión se estableció ante un puntaje acumulado igual/mayor de 6.19 (Anexo)

**Instrumento para la Evaluación de los Recursos Sociales:** El estado de las redes sociales y familiares de contención y asistencia del adulto mayor se determinó mediante el IERS Instrumento para la Evaluación de los Recursos Sociales. De acuerdo con el puntaje acumulado tras el relleno de un formulario estructurado con 10 preguntas, el IERS asigna al adulto mayor a cualquiera de 4 categorías:

*Recursos sociales excelentes/buenos:* Las relaciones sociales y familiares son muy extensas y satisfactorias, y existe al menos una persona dispuesta a cuidar del sujeto en caso de enfermedad/invalidez por 6 semanas como mínimo.

*Recursos sociales medianamente deteriorados:* Las relaciones sociales no son ni extensas ni satisfactorias; el sujeto tiene una familia pequeña y/o pocos amigos; pero existe al menos una persona en la que se puede confiar, y que podría ocuparse de cuidar del sujeto en caso de enfermedad/invalidez 6 semanas como mínimo.

*Recursos sociales muy Deteriorados:* Las relaciones familiares y sociales no son satisfactorias; el sujeto tiene una familia pequeña y/o pocos amigos; y Estado nutricional del adulto mayor en un área urbana solo podría encontrar ayuda ocasionalmente.

*Sin red de recursos sociales:* Las relaciones familiares y sociales no son satisfactorias, tiene una familia muy pequeña y/o muy pocos amigos, y no hay nadie dispuesto a ayudarlo en caso de invalidez/enfermedad ni siquiera ocasionalmente <sup>9</sup>.

### ***Cálculo del Índice de Masa Corporal:***

El IMC Índice de Masa Corporal se calculó según la fórmula descrita:  $IMC (kg/m^2) = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 (m^2)$ .

***Evaluación nutricional y construcción de los fenotipos nutricionales:*** El estado nutricional del sujeto participante se determinó según los valores del IMC, de acuerdo con las recomendaciones avanzadas previamente: 21 *Desnutrido*:  $< 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$ ; *No Desnutrido*:  $18.5 - 24.9$ ; *Exceso de Peso (Sobrepeso + Obeso)*:  $\geq 25.0$ ; respectivamente <sup>10</sup>.

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

Los datos recogidos de los adultos mayores que consintieron en participar del presente estudio se asentaron en los correspondientes formularios.

Las variables de interés se redujeron mediante estadígrafos de agregación (frecuencias absolutas/relativas), en concordancia con el objetivo a responder. Se evaluaron las asociaciones entre el fenotipo nutricional y los predictores avanzados: sexo, edad, presencia de depresión, estado de los recursos sociales, problema principal de salud, la concurrencia de enfermedades crónicas, y el número de medicamentos consumidos regularmente.

## Resultados

En el área de salud objeto de la encuesta se contabilizaron 220 sujetos con 60 años y más de edad, lo que representó el 18,3 % de la población radicada en ella. La serie de estudio se compuso finalmente por 116 sujetos atendidos en el CMF número 14 que cumplieron los criterios de inclusión del protocolo de la encuesta.

La Tabla 1 muestra las características demográficas de la serie de estudio. Predominaron las mujeres. La mayoría de los sujetos tenían edades entre 70 – 79 años. La depresión afectó al 45.7% de los encuestados. El 60.3% reveló recursos sociales excelentes/buenos. La HTA fue la afección crónica prevalente. El 91.4% declaró padecer entre 1 – 3 padecimientos crónicos. El 68.1% consumía diariamente entre 2 – 3 fármacos.

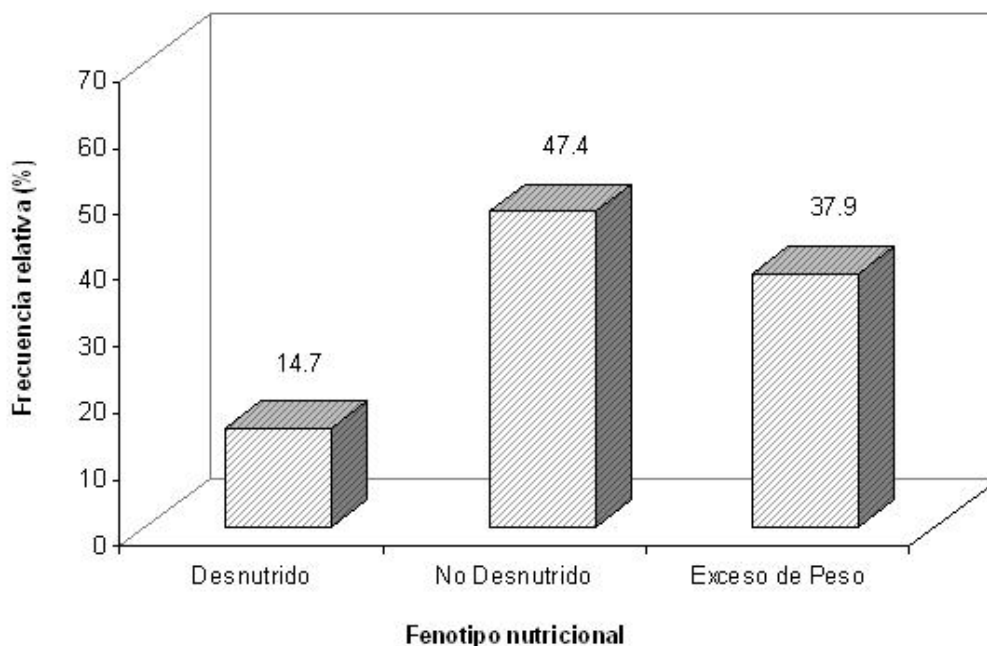
Tabla 1: Características demográficas de la serie de estudio.

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 116.

Característica	Hallazgo principal
Sexo	Femenino: 72 [62.1] Masculino: 44 [37.9]
Edad	60 – 69 años: 38 [32.7] 70 – 79 años: 54 [46.5] 80 – 89 años: 17 [14.7] 90 o más años: 7 [6.0]
Depresión	Ausente: 63 [54.3] Presente: 53 [45.7]
Estado de los recursos sociales	Excelentes/Buenos: 70 [60.3] Medianamente deteriorados: 18 [15.5] Muy deteriorados: 28 [24.1] Sin recursos sociales: 0 [0.0]
Enfermedad crónica	HTA: 55 [47.4] SOMA: 41 [35.3] Afec. cardiovasculares: 32 [27.6] Afecciones digestivas: 28 [24.1] EPOC: 22 [18.9] Diabetes mellitus: 19 [16.4]
Concurrencia de enfermedades crónicas	0 – 1 enfermedades: 53 [45.7] 2 – 3 enfermedades: 53 [45.7] 4 – 5 enfermedades: 10 [8.6]
Número de medicamentos consumidos	0 – 1 fármacos: 18 [15.7] 2 – 3 fármacos: 79 [68.1] 4 – 5 fármacos: 19 [16.4]

La Figura 1 muestra la distribución de los fenotipos nutricionales de interés en la serie de estudio. El 47.4% de los sujetos encuestados se denotó como “No Desnutrido” ante valores del IMC entre 18.5– 24.9 Kg.m<sup>-2</sup>. La otra mitad de la serie se distribuyó entre las categorías “Desnutrido”y “Exceso de Peso”. Llamó la atención de que la frecuencia de individuos con IMC  $\geq 25.0$  Kg.m<sup>-2</sup> fuera 2.5 veces mayor que la de aquellos con IMC  $< 18.5$  Kg.m<sup>-2</sup>.



Fuente: Registros del estudio.  
Tamaño de la serie de estudio: 116.

La Tabla 2 muestra la asociación entre el fenotipo nutricional y los predictores avanzados en este estudio. No se pudo evaluar la asociación entre el fenotipo nutricional y el problema principal de salud, debido a la ocurrencia de co-morbilidades en el 54.3% de los sujetos de la serie de estudio. De los restantes predictores, solo el sexo del sujeto encuestado falló en asociarse con el fenotipo nutricional. Las edades avanzadas se asociaron con una mayor frecuencia de desnutrición, y una menor proporción de sujetos con exceso de peso.

La presencia de depresión se asoció con un mayor número de sujetos desnutridos, y una menor proporción de personas con exceso de peso. El deterioro de los recursos sociales estuvo unido a un porcentaje superior de encuestados con IMC  $< 18.5$  Kg.m<sup>-2</sup>. A más enfermedades crónicas concurrentes, peor fue el estado nutricional del sujeto. Mientras el



número de medicamentos consumidos por el participante se incrementaba, así se deterioraba el estado nutricional.

Tabla 2. Relaciones entre el fenotipo nutricional y los predictores avanzados.

	Fenotipo nutricional			
Predictor	Desnutridos < 18.5 Kg.m <sup>-2</sup>	No Desnutridos 18.5 – 24.9 Kg.m <sup>-2</sup>	Exceso de peso ≥ 25.0 Kg.m <sup>-2</sup>	Interpretación
Sexo: • Masculino • Femenino	9.1 18.0	54.5 43.0	36.4 38.9	$\chi = 2.304$
Edad, años: • 60-69 • 70-79 • 80-89 • 90 o más	2.6 14.8 23.5 57.1	26.1 62.9 52.9 28.6	72.0 22.2 23.5 14.3	$\chi^2 = 36.705 \uparrow\uparrow$
Depresión: • Presente • Ausente	28.3 3.2	43.4 50.8	28.3 46.0	$\chi^2 = 15.118 \uparrow\uparrow$
Estado de los recursos sociales: •Excelentes/Buenos • Moderadamente deteriorados • Muy deteriorados	0.0 22.2 46.4	47.1 55.6 42.9	52.9 22.2 10.7	$\chi^2 = 41.376 \uparrow\uparrow$
Problema principal de salud: • DM • HTA • ACV • EPOC • SOMA • TGI	0.0 0.0 3.1 9.1 29.3 39.3	10.5 45.5 40.6 45.5 26.8 32.1	89.5 54.5 56.3 45.5 43.9 28.6	No Calculado
Concurrencia de enfermedades crónicas: • 0 – 1 • 2 – 3 • 4 – 5	35.3 45.5 20.5	52.9 54.5 68.2	11.8 0.0 11.4	$\chi^2 = 11.657 \uparrow\uparrow$
Número de medicamentos consumidos regularmente:				$\chi^2 = 20.000 \uparrow\uparrow$

• 0 – 1	0.0	72.2	27.8	
• 2 – 3	11.4	49.4	39.2	
• 4 – 5	42.1	15.8	42.1	

¶ p < 0.05.

Leyenda: DM: Diabetes mellitus; HTA: Hipertensión arterial; ACV: Afecciones cardiovasculares; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; SOMA: Afecciones del Sistema Osteo-Mio-Articular; TGI: Afecciones del Tracto Gastrointestinal.

### Discusión

Este trabajo presenta los resultados de la indagación nutricional hecha entre los sujetos mayores de 60 años que viven sin restricciones en un área de salud. Como tal, se distingue de otros anteriores por ser la primera vez que se documenta la distribución de los diferentes fenotipos nutricionales entre adultos mayores, de acuerdo con el valor calculado del IMC.

Otros estudios conducidos en el país han sido orientados a la identificación de características demográficas de la serie de estudio y desnutridos después de la administración de la MNA Mini Encuesta Nutricional del Anciano.

De acuerdo con los resultados de este estudio, en una comunidad de adultos mayores que vive sin restricciones en un área urbana de salud se pueden presentar fenotipos nutricionales ubicados en cualquier banda de un espectro que recorre desde la desnutrición hasta el exceso de peso. De hecho, la desnutrición (calificada en este trabajo como el peso insuficiente para la talla del sujeto) afectó al 14.7% de la población encuestada: un valor intermedio entre los registrados previamente en otras comunidades de adultos mayores asentados en la ciudad-capital de Cuba.<sup>11</sup> Los hallazgos de este estudio en particular apuntan hacia las complejas (e incluso caóticas y redundantes) relaciones que pueden establecerse entre el envejecimiento, la enfermedad y el estado nutricional.

El envejecimiento incrementa el riesgo de padecer enfermedades como el cáncer, la diabetes mellitus, la cardioesclerosis, e incluso la falla crónica de órganos.<sup>12</sup> El envejecimiento también trae consigo la senescencia del sistema inmune, y con ello, una susceptibilidad aumentada a la infección. Todos estos factores, actuando coaligadamente o por separado, pueden afectar el tamaño y la integridad de los compartimientos corporales, y desencadenar la desnutrición. Una vez instalada, la desnutrición se convierte en causa importante de descompensación de las enfermedades crónicas del paciente, y de fracasos terapéuticos.<sup>13</sup> Se cierra así un círculo vicioso que puede ser muy difícil de quebrar.

Sin embargo, resulta llamativo que la proporción de adultos mayores con exceso de peso fuera superior en 2.5 veces a la de aquellos con un peso insuficiente. La proporción de encuestados con exceso de peso (dado por un  $IMC \geq 25.0\text{Kg.m}^{-2}$ ) fue similar a la encontrada por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Se ha advertido en Cuba un incremento paulatino y sostenido del exceso de peso en años recientes, como parte del denominado fenómeno de la “transición epidemiológica”.<sup>14</sup> La constatación de una mayor proporción de adultos mayores con exceso de peso en el escenario encuestado coincide con reportes aparecidos en la literatura consultada sobre la extensión de este problema de salud. De continuar las tendencias señaladas, el exceso de peso podría dominar el cuadro futuro de salud del país.

Se discute hoy sobre la repercusión del exceso de peso sobre el estado de salud del adulto mayor.<sup>15</sup> Se ha avanzado que la deposición abdominal de grasa puede vincularse con estados de insulinoresistencia y trastornos en la utilización periférica de los carbohidratos. También se ha expresado que el exceso de peso podría ser un factor protector del estado de salud del adulto mayor, si no asocia con estigmas de insulinoresistencia. La conducción de estudios posteriores en subpoblaciones como la encuestada en este trabajo podría aportar nuevas evidencias sobre la relación entre el envejecimiento, la obesidad y el estado de salud.

Este estudio se extendió para evaluar la fuerza de la asociación existente entre el fenotipo nutricional y predictores especificados como variables demográficas y clínicas selectas. Con el aumento de la edad se observó una reducción de la frecuencia del exceso de peso, concomitante con un incremento de la tasa de desnutrición. Patrones similares han sido descritos anteriormente. Se han identificado procesos que pueden repercutir desfavorablemente en la composición corporal del adulto mayor, como son la sarcopenia, la emaciación, y la osteoporosis.<sup>16</sup> Estos procesos pueden estar determinados tanto por los ingresos dietéticos del sujeto como el nivel de actividad física, la constitución genética y la actividad hormonal, e incluso solaparse en su presentación, lo que haría más compleja la interpretación de la relación que pueda existir entre el fenotipo nutricional y la edad. El envejecimiento se asocia con una disminución del tamaño de la masa magra corporal, y con ello, de la intensidad de la actividad metabólica del sujeto, y la cuantía de los ingresos dietéticos. De no ser intervenida, la sarcopenia puede colocar al adulto mayor en riesgo de

desnutrición, y con ello, de discapacidad y morbilidad. Por otra parte, una menor actividad física, unida a un ingreso energético excesivo y un ritmo metabólico disminuido, podría resultar también en un aumento de peso a expensas de una mayor deposición de grasa corporal. Luego, el exceso de peso podría ser el fenotipo nutricional prevalente en las primeras décadas del envejecimiento, mientras que la desnutrición (en este caso, por pérdida importante de tanto la grasa corporal como la masa muscular esquelética) sería el propio de los longevos. Este estudio devolvió una asociación inversa entre la depresión y el estado nutricional del adulto mayor. El envejecimiento trae consigo un redimensionamiento de los roles social, laboral, familiar e incluso comunitario que hasta ese momento desempeñaba hasta el otro día el adulto maduro. El síndrome del nido vacío, la soledad por la pérdida del cónyuge, la rescisión del vínculo laboral, y la incapacidad para emprender proyectos de autosuperación, todos pueden coalescer para colocar al adulto mayor en riesgo incrementado de pérdida de la autoestima y depresión. La depresión establecida puede incidir en la cuantía de los ingresos dietéticos del adulto mayor, y con ello, un riesgo incrementado de desnutrición. La carga de morbilidades presentes podría convertirse en un predictor que determine el fenotipo nutricional del adulto mayor encuestado: a mayor número de co-morbilidades presentes, mayor la repercusión sobre la composición corporal.<sup>17</sup> Por otro lado, la asociación entre el fenotipo nutricional del adulto mayor y la carga de morbilidades podría ser el resultado de la relación singular que una enfermedad (y sus secuelas) puede establecer con los distintos compartimientos corporales. En este caso particular, existirían entonces enfermedades que se destacarían por un importante deterioro nutricional, como ocurriría en la EPOC; mientras que otras se asociarían con el exceso de peso, y la deposición de grasa abdominal, tal y como se observa en la obesidad, la insulinoresistencia, y las enfermedades crónicas asociadas. Lamentablemente, la concurrencia de varias co-morbilidades en la mayoría de los sujetos encuestados impidió profundizar en el estudio de la relación subyacente entre el problema principal de salud, la carga de morbilidades y el fenotipo nutricional.

La polimedicación o polifarmacia se reveló en este trabajo como otro predictor de ocurrencia de trastornos nutricionales en el adulto mayor. En efecto, mientras mayor era el número de medicamentos que consumía el adulto mayor encuestado, mayor la frecuencia de fenotipos nutricionales bipolares. La polimedicación podría convertirse en un subrogado de la carga de

morbilidades del sujeto: a mayor número de co-morbilidades, mayor el número de medicamentos necesarios para la compensación de las mismas. Por lo tanto, la polifarmacia podría ser el rasgo identificativo de subpoblaciones de adultos mayores con una importante carga de morbilidades y un significativo deterioro nutricional. No obstante, no se puede pasar por alto que el consumo de medicamentos puede desencadenar interacciones fármaco-nutriente, fármaco-fármaco, nutriente- nutriente, que pueden potenciar las acciones tóxicas del medicamento, y con ello, la afectación del estado nutricional.

Entre estas acciones tóxicas se pueden contar la pérdida del apetito, la alteración del paladar, y la disminución de la absorción de los nutrientes contenidos en los alimentos. Este trabajo se destaca de otros precedentes por la inclusión de la herramienta IERS para evaluar en qué medida el fenotipo nutricional puede depender del estado de las redes de contención familiar y social. En efecto: los sujetos con recursos sociales buenos/excelentes se destacaron por el exceso de peso, mientras que la desnutrición identificó a aquellos con recursos sociales deteriorados e incluso inexistentes.

El sostenimiento de un adecuado estado nutricional en el adulto mayor puede implicar la necesidad de desplegar una red de recursos humanos, materiales y monetarios que desbordan la familia para alcanzar la comunidad y la sociedad. El anciano, en virtud de su condición social, suele recibir una pensión de jubilación que por sí sola no le es suficiente para enfrentar las cotidianidades de la manutención. Luego, la familia se erige en el factor protector fundamental del adulto mayor. La satisfacción de las necesidades nutrimentales de esta franja demográfica dependerá muchas veces del ingreso económico familiar y del apoyo que encuentre en otros familiares para la preparación de los alimentos. La soledad es un poderoso predictor del estado nutricional del adulto mayor. La comida es un acto social. Una persona sola come menos. Además, puede llegar a no cocinar, bien porque no se ha cocinado nunca, o bien porque se pierden las ganas de hacerlo para uno solo. Por otra parte, la menor movilidad causada por limitaciones físico-motoras puede influir en la calidad del estado nutricional del adulto mayor en un área urbana de los alimentos preparados, servidos y consumidos.<sup>18</sup> Los ancianos con mayor riesgo nutricional dependen, en la mayoría de los casos, de otras personas para la satisfacción de las necesidades cotidianas de higiene, autocuidado y alimentación; y esto puede originar determinadas acciones indeseables, consistentes en la no

administración de alimentos, o la administración inadecuada/inaceptable de alimentos. Este estudio falló en encontrar una asociación entre el fenotipo nutricional y el sexo del adulto mayor, como se ha avanzado en otros textos. La viudez, mucho más frecuente en la mujer, se ha relacionado con una disminución de los ingresos alimentarios, cambios en el patrón de alimentación, y por consiguiente, un mayor riesgo de desnutrición. El sujeto que enviuda se encuentra repentinamente solo, aislado, y aquejado de síntomas depresivos, así que la viudez se puede convertir en un factor de riesgo de desnutrición.<sup>19,20</sup>

---

## Conclusiones.

Los hallazgos de este estudio se deben convertir en pautas de intervención nutricional para los sistemas locales de salud. Se debe estimular la práctica de ejercicio físico en espacios abiertos, como forma de mantener una tasa metabólica elevada, incrementar el apetito, y con ello, los ingresos alimentarios, mejorar el desempeño del adulto mayor con una carga moderada de morbilidades, y por sobre todas las cosas, favorecer la socialización. Los médicos que asisten localmente al adulto mayor deben instruirse en buenas prácticas de la prescripción farmacológica, a fin de prevenir la polimedicación o, en caso de que ello no sea posible, identificar aquellas combinaciones farmacológicas que resulten en interacciones fármaco-fármaco atentatorias del estado nutricional.

Identificados los sujetos con redes familiares/sociales deterioradas de contención y protección, los órganos locales de gobierno deben proveer estructuras alternativas, a fin de evitar el riesgo de abandono y desnutrición en que tales personas se encuentran. El estado cubano impulsa actualmente programas de asistencia a adultos mayores sin amparo familiar, a través de la vinculación con centros elaboradores de alimentos, y la creación de la figura del (la) asistente geriátrico(a) que les auxilie en el desempeño de las tareas de la cotidianeidad en el hogar de residencia. La creación y operación de las "Casas del Abuelo" como espacios locales de socialización del adulto mayor, a la vez que de intervención y educación, se ha revelado en una experiencia valiosa en el logro de la sana aspiración de un envejecimiento activo y saludable.

## Bibliografía

1. Finch CE. Evolution in health and medicine Sackler colloquium: Evolution of the human lifespan and diseases of aging: roles of infection, inflammation, and nutrition. Proc Natl Acad Sci USA 2010;107(Supp).
2. Why Population Aging Matters: A Global Perspective. Departamento de Estado. Gobierno de los Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Instituto Nacional del Envejecimiento. Institutos Nacionales de la Salud. Washington, DC: 2007.
3. Vaupel JW. Biodemography of human ageing. Nature 2010;464(7288):536-42.5. Morales Cartaya A. Acerca de la necesidad de modificar la ley de seguridad social. Discurso pronunciado ante la sesión ordinaria de la VII Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular. 11 de Julio del 2008. Periódico Granma [Edición digital]. Disponible en: <http://granma.co.cu/> Visitado por última vez: Domingo 13 de Julio de 2008.
4. Castro Ruz R. Socialismo significa justicia social e igualdad, pero igualdad no es igualitarismo. Discurso pronunciado ante la sesión ordinaria de la VII Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular. 11 de Julio de 2008. Periódico Granma [Edición digital]. Disponible en: <http://granma.co.cu/> Visitado por última vez: domingo 13 de julio de 2008.
5. Fontana L, Partridge L, Longo VD. Extending healthy life span- from yeast to humans. Science 2010; 328(5976):321-6.
6. Weiner JA, Lourie JA. Practical Human Biology. Academic Press. London: 1981.
7. Camps Calzadilla. E. Caracterización somatofisiológica y nutricional de los Centenarios Cubanos. Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. 2011
8. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. Psychopharmacol Bull 1988;24:709-11.
9. Fillenbaum GG, Smyer A. The development, validity and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. Journal of Gerontology 1981;36:428-34.
10. Borroto Castellano. M. Caracterización somatofisiológica y nutricional de la población de Ancianos Centenarios de la provincia de Villa Clara. Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en Fisiología Normal y Patológica. 2008.

11. Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marques-Lopes I, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr.Hosp 2003; Vol. XVIII(3):109-137.
12. Cannella C, Savina C, Donini LM. Nutrition, longevity and behavior. ArchGerontolGeriatr 2009; 49(Suppl 1):19-27.
13. Fontana L. Modulating human aging and age-associated diseases. Biochim Biophys Acta 2009; 1790:1133-8.
14. Faragher RG, Sheerin AN, Ostler EL. Can we intervene in human ageing? Expert Rev Mol Med 2009; 11:e27.
15. Clarke P, Nieuwenhuijsen ER. Environments for healthy ageing: a critical review. Maturitas 2009; 64:14-9.
16. Fernández IE, Martínez AJ, García F, Díaz ME, Xiqués X. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21:36-9.
17. Jiménez Acosta S, Díaz ME, Barroso I, Bonet M, Cabrera A, Wong I. Estado nutricional de la población cubana adulta. Rev Esp Nutr Comunitaria 2005;11:18-26.
18. Mataix J, Rivero M. Edad avanzada. En: Mataix J, ed. Nutrición y Alimentación Humana. Madrid: ERGON; 2002. p.883-901.
19. Valls T, Mach. Risk of malnutrition in people older than 75 years. N. Med Clin (Barc). 2012 Jul 7;139(4):157-60. doi: 10.1016/j.medcli.2012.01.029. Epub 2012 May 14.
20. Antal M, Regöly-Mérei A. Nutrition and life style in the elderly - risk factors and recommendations. Orv Hetil. 2011 Jan 30;152(5):182-9. doi: 10.1556/OH.2011.29029.



**Anexo:**

**Cuestionario**

---

**Escala de depresión geriátrica de Yesavage**

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI

¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

## Valoración global

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:

0-10: **Normal.**

11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).