



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DE JULIO A NOVIEMBRE 2012”

Autora: Silva Shiguango, Magali Samira

Tutor: Lic. Álvarez Zayas, Rafael Emilio

Ambato – Ecuador

Junio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DE JULIO A NOVIEMBRE 2012”, de Magali Samira Silva Shiguango, Estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2014

EL TUTOR

.....
Lic. Rafael. E. Álvarez

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de investigación “**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DE JULIO A NOVIEMBRE 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de mi exclusiva responsabilidad, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....
Magali Samira Silva Shiguango

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta Tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en líneas patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo 2014

LA AUTORA

.....

Magali Samira Silva Shiguango

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DE JULIO A NOVIEMBRE 2012”** de Magali Samira Silva Shiguango, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2014

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada para quienes hicieron posible este sueño, llegar a ser Médico.

A mi tío, Camilo, que aunque se encuentre en el cielo, siempre su recuerdo está presente en mi mente y en mi corazón dándome la fortaleza y motivo para seguir superándome.

A mi papi Víctor, el mejor padre del mundo por incentivar me a seguir siempre hacia adelante, por su gran corazón, capacidad de entrega y apoyo incondicional, pero sobre todo por enseñarme que todo es posible, pese a las adversidades.

Y a mi Señor, Jesús, mi fuente de inspiración y mi guía en todo momento.

Mil gracias a todos ustedes que no me dejaron recorrer sola este camino y que Dios los siga bendiciendo !! los amo !!

Magali Samira Silva SH.

AGRADECIMIENTO

El llegar a la meta, acarrea en el camino, grandes intenciones, retos impensados y recompensas satisfactorias.

Agradezco al Licenciado Rafael Álvarez por haber confiado en mi persona, por la paciencia, los consejos, el apoyo, el ánimo, y por la dirección de este trabajo.

A mi padre y Familia quienes con su amor y apoyo incondicional me acompañaron en esta aventura que significó llegar a ser Médico, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos para ellos toda mi gratitud.

A mi gran amor Byron Mauricio un pilar fundamental en todo mi camino, quién estuvo junto a mí ayudándome en la elaboración de este trabajo.

A Dios y a la Virgen María que gracias a ellos puede guiar mi vida cada día, y culminar esta tesis.

Mi eterna gratitud a mí querida Universidad y a cada uno de mis maestros por impartir sus conocimientos durante mis años de estudio, y así poder convertir este sueño en realidad.

Magali Samira Silva SH.

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv

ÍNDICE CAPÍTULOS

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 TEMA:	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	4
1.2.3 PROGNOSIS	5
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	5
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.4 OBJETIVOS	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	12
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	13
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES	15
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	16
2.4.1 ENVEJECIMIENTO	16
2.4.1.1 GENERALIDADES	16
2.4.1.2 DEFINICIÓN	16
2.4.1.3 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.....	17
2.4.2 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	22
2.4.2.1 GENERALIDADES	22
2.4.2.2 DEFINICIÓN.....	23
2.4.2.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN	23
2.4.2.4 DIAGNÓSTICO	23
2.4.2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	27
2.4.2.6 PRONÓSTICO.....	30
2.4.2.7 TRATAMIENTO.....	30
2.4.3 ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR	32
2.4.3.1 GENERALIDADES	32
2.4.3.2. NUTRICIÓN Y ENVEJECIMIENTO ANORMAL	32
2.4.3.3 CAUSAS FAVORECEDORAS	33
2.4.3.4 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	34
2.4.3.5 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL	37
2.5 HIPOTESIS.....	38
2.6 SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	40
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	41
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
3.6 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN	44
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	44

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
4.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	45
4.1.2 NIVEL DE DESNUTRICIÓN.....	49
4.1.3 NIVEL DE DEPRESIÓN	53
4.1.4 DEPRESIÓN RASGO - ESTADO	61
4.2 INTERPRETACION DE DATOS.....	63
4.3 VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS	69

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	71
5.2 RECOMENDACIONES	72

CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS	73
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	74
6.3 JUSTIFICACIÓN	74
6.4 OBJETIVOS	75
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	75
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	75
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	76
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA	76
6.7 MODELO OPERATIVO	81
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA	82
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Diferencia entre depresión y demencia.....	28
Tabla N° 2 Diferencia entre pseudodemencia y demencia.....	29
Tabla N° 3 Causas de mal nutrición en el anciano.....	33
Tabla N° 4 Operacionalización de variable Independiente.....	42
Tabla N° 5 Operacionalización de variable Dependiente.....	43
Tabla N° 6 Relación entre Depresión y E.Nutricional.....	70
Tabla N° 7 Valoración Geriátrica integral.....	77

Tabla N° 7 Modelo operativo.....	81
Tabla N° 8 Previsión de evaluación.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico. N° 1 Distribución de pacientes en estudio.....	45
Gráfico. N° 2 Distribución de la población según.....	46
Gráfico. N° 3 Población según nivel de instrucción	46
Gráfico. N° 4 Distribución por edad y género	47
Gráfico. N° 5 Distribución por enfermedades Agudas y Crónicas.....	48
Gráfico. N° 6 Distribución de la población según Estado Nutricional.....	49
Gráfico. N° 7 Distribución de la población según pérdida de apetito.....	50
Gráfico. N° 8 Distribución de la población según pérdida de peso.....	51
Gráfico. N° 9 Distribución de la población según su movilidad.....	51
Gráfico. N° 10 Distribución de la población según su stress.....	52
Gráfico. N° 11 Población según problemas neurológicos.....	53
Gráfico. N° 12 Distribución de la población según IMC.....	54
Gráfico. N° 13 Distribución de la población según el nivel de depresión.....	55
Gráfico. N° 14 Población según problemas gastrointestinales	56
Gráfico. N° 15 Población según enfermedades Dentales	57
Gráfico. N° 16 Población según la presencia o ausencia de recursos.....	58
Gráfico. N° 17 Población con presencia de un acontecimiento negativo.....	59
Gráfico. N° 18 Población con presencia de E. gastrointestinales.....	60
Gráfico. N° 19 Población con presencia de Depresión Rasgo.....	61
Gráfico. N° 20 Población con presencia de Depresión Estado.....	62

Gráfico. N° 21 Población con presencia de Depresión y E. Nutricional.....	63
Gráfico. N° 22 Relación entre Depresión rasgo y Depresión Estado.....	64
Gráfico. N° 23 Población con depresión estado y E. Nutricional.....	65
Gráfico. N° 24 Población con depresión rasgo y E. Nutricional	66
Gráfico. N° 25 Población con Depresión estado y pérdida de apetito.....	67
Gráfico. N° 26 Población con Depresión Rasgo y pérdida de apetito.....	68
Gráfico. N° 27 Relación entre depresión y nivel de instrucción.....	69

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO
NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
DE JULIO A NOVIEMBRE 2012”**

Autora: Silva Shiguango, Magali Samira

Tutor: Lic. Álvares Zayas, Rafael Emilio

Fecha: Marzo del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante conocer los niveles de depresión en los Adultos Mayores, y su impacto en el Estado nutricional.

Se encuestó a 148 Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina interna del Hospital Regional Docente Ambato.

La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), que evalúan parámetros antropométricos, estilos de vida, evaluación dietética, autopercepción del estado de salud y nutrición, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para el nivel de depresión, y el test de IDERE estableciendo la Depresión como Estado y Rasgo.

Cuyos resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos.

Recomendándose realizar un Manual o Guía de Alimentación para la población de Adultos Mayores, con el fin de proporcionar una longevidad adecuada.

PALABRAS CLAVES:

ESTADO_NUTRICIONAL, DEPRESIÓN, ALIMENTACIÓN,
DESNUTRICIÓN, ADULTO_MAYOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CARRER

"DEPRESSION IN OLDER ADULTS AND ITS EFFECT ON THE NUTRITIONAL STATUS IN INPATIENT SERVICE IN INTERNAL MEDICINE TEACHING HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO JULY TO NOVEMBER 2012"

Author: Silva Shiguango, Magali Samira

Tutor.: Lic. Álvarez Zayas, Emilio Rafael

Date: March 2014

ABSTRACT

This research work was to question know the levels of depression in Older Adults, and its impact on nutritional status.

He polled 148 Senior hospitalized in the Internal Medicine Teaching Hospital Regional Ambato.

The methodology included the Mini Nutritional Assessment (MNA), which assessed demographics, lifestyles, dietary assessment, self-rated health and nutrition, the Geriatric Depression Scale of Yesavage depression level, and establishing test Idere Depression as State and Trait.

The results showed that levels of depression are directly proportional to the nutritional status, nutritional status to high level of depression is lower. Older Adults intervened in the investigation were 85.5% and Irrigation Malnutrition Malnutrition associated with depression, of which 80% have a level of mild to moderate depression, concurring prevalence of depression as a State on the Depression as feature, allowing to understand how the presence of depressive features increases the likelihood of vulnerability to depressive episodes.

Recommending or performing a Manual Food Guide for Aging population, in order to provide adequate longevity.

KEYWORDS:

NUTRITIONAL, DEPRESSION, FOOD, MALNUTRITION, ELDERLY.

INTRODUCCIÓN

La población anciana es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas nutricionales por déficit o exceso, dado por el proceso declive que amplía las necesidades de algunos nutrientes y origina una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, sumados factores físicos, psíquicos, sociales y económicos que desatan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

Es de vital importancia mantener un estado nutricional adecuado en los ancianos, ya que con esto proporcionamos un proceso de longevidad óptimo. Se ha manifestado que la incidencia de síntomas depresivos en esta etapa de vida es significativamente frecuente, haciendo que la conservación del estado nutricional incremente la autonomía y validismo y con ello un mejor desempeño familiar, laboral, social y la sensación de plenitud vital.

Al igual que la Desnutrición, la Depresión es determinada por factores genéticos, dietéticos y psicosociales que interactuando recíprocamente alteran la situación nutricional del Adulto Mayor, siendo así que la nutrición podría influenciar directamente en la prevención de la depresión y a su vez el padecimiento de depresión puede alterar los hábitos alimentarios y perturbar la situación nutricional del paciente.

Se ha reconocido a la depresión como una de las autoras de la merma de peso en personas de edad avanzada, siendo el desequilibrio nutricional, un significativo factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, sin embargo la intervención nutricional ha verificado que mejora el peso corporal y el estado nutricional en adultos mayores malnutridos o con riesgo de malnutrición, extiende la fuerza muscular y normaliza el perfil metabólico del músculo durante la realimentación en sujetos malnutridos e incrementa la masa libre de grasa en adultos mayores quebrantables lo que pone de relieve el valor que tiene la identificación de los pacientes adultos mayores que podrían beneficiarse de la detección precoz de la desnutrición o aquellos en riesgo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“ DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DE JULIO A NOVIEMBRE 2012 ”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de la población adulta mayor, que la hace vulnerable con un riesgo elevado de sufrir deficiencias nutricionales.⁽¹⁾

Actualmente la estructura de la población Adulta mayor se ha innovado aceleradamente, debido a que la esperanza de vida ha ido cada vez en aumento, y más junto a la caída de fecundidad se ha reducido la proporción de niños, niñas y jóvenes, por tanto el envejecimiento de la población se ha generalizado ⁽²⁾

En América Latina, la prevalencia de desnutrición en adultos mayores que viven en la comunidad varía entre 4,6% y 18,0%, mientras que en los hospitalizados asciende a más de 50% ⁽²⁾. Ya que por diferentes motivos los adultos mayores son vulnerables a padecer de desnutrición, siendo frecuentes en aquellos que tienen enfermedades coadyuvantes, bajo recurso económico y escaso acceso al servicio de salud.

En un estudio realizado en adultos mayores de 60 años de edad que atendidos en consulta ambulatoria de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontró que 29,9% de los adultos mayores presentó malnutrición, se encontró asociación entre el riesgo y malnutrición con la depresión. ⁽³⁾

Mientras que la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que en todo el mundo hay más de 150 millones de personas con depresión. ⁽³⁾

Gran parte de la población padece de Depresión , mencionándose en estudios que la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres, considerándose ser una carga incapacitante mas que la Diabettes o la Hipertensión. ⁽⁴⁾

La población de adultos mayores en Ecuador ha crecido considerablemente debido a que la esperanza de vida ha ido cada vez en aumento, por tanto Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica con una tasa de fecundidad del 2,6%, una esperanza de vida de 75 años y una proporción de 5,7 % de personas adultas mayores, se espera que para el año 2050 la población mayor a 60 años llegue a más de tres millones de personas. ⁽⁶⁾.

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad, de los cuales el 24% de la población Adulto mayor padece desnutrición. ⁽⁵⁾

En el Hospital Provincial Docente Ambato, la depresión representa un problema social y psicológico para la población adulta mayor de 65 años, que interviene directamente en su estilo y calidad de vida. Debido a que en este establecimiento existe escasos estudios en la población de adultos mayores, se propone esta investigación con la finalidad de que los resultados constituyan un modelo que sitúe cambios, para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral de este grupo que por mucho tiempo se ha encontrado en el olvido.

Cada curso de la vida demanda de cuidados, pero es en las últimas fases de la vida cuando la atención y el cuidado son ineludibles, ya que a más del deterioro físico, en muchos casos se añaden los estados depresivos o la situación socioeconómica del adulto mayor donde es factible que derroche interés por su alimentación, o simplemente reduzca su capacidad para nutrirse como antes. De ahí que cuantiosas fundaciones geriátricas del mundo se alarmen cada vez más por el progreso de nuevas formas de alimentación que resguarden las necesidades señaladas de los Mayores.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La depresión es una enfermedad frecuente en personas de edad avanzada, siendo la nutrición quien juega un papel significativo en el umbral de los disturbios afectivos. La identificación precoz de desnutrición puede reducir el riesgo de complicaciones y la tasa de mortalidad.

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%, teniendo una alta relación con el progresivo envejecimiento de la población, siendo deficientemente reconocida y tratada, originando un impacto negativo sobre los pacientes individuales en términos de morbilidad, mortalidad, independencia y calidad de vida, siendo uno de los factores de riesgo la Depresión.

En el específico caso de lo Adultos mayores de nuestro país, la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial, por lo que es importante establecer un plan estratégico para luchar contra la desnutrición desarrollando e implantando guías, estableciendo cribados, los mismos que conlleven a un procedimiento estandarizado de valoración nutricional y de su tratamiento.

1.2.3 PROGNOSIS

A futuro de no asimilar e indagar el problema de depresión y su repercusión en el Estado nutricional, los adultos mayores en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, seguiremos exponiendo a las personas que se encuentran hospitalizadas, a que su estado nutricional se deteriore, aumentando el riesgo de desnutrición por la debilidad ósea y falta de nutrientes, agregando más dolor a su condición humana, ampliando de este modo la lista de mortalidad del adulto mayor con la culpabilidad callada de toda la sociedad, ya que la nutrición sigue siendo uno de las importantes precisas para el envejecimiento exitoso, para el mantenimiento de las capacidades funcionales físicas, cerebrales, afectivas y sociales. Por ello es necesario saber la entorno de los ancianos en el país, sus medios socioeconómicas y de salud, para que se tomen medidas adecuadas que avalen la atención integral de este grupo vulnerable, los ancianos.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la depresión en el Estado Nutricional de los Adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son los Estados Depresivos que presentan los A.M hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato?
- ¿Cuál es el Estado Nutricional de los AM hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato?
- ¿Cuáles son las diferencias entre Depresión como Estado y Rasgo.
- ¿Cuáles acciones se tomaría para mejorar la conducta Nutricional y Psicológica en los Adultos Mayores?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.8.1 D. Espacial:

1.2.8.1.1 lugar: Hospital Provincial Docente Ambato

1.2.8.1.2 área: Medicina Interna

1.2.8.2 D. Temporal: inicio de Junio y finales de Noviembre
2012

1.2.8.3 D. de Contenido.

1.2.8.3.1 Campo: Gerontología

1.2.8.3.2 Área: Síndromes Geriátricos

1.2.8.3.3 Aspecto: Depresión _ Nutrición

1.2.8.4 Objeto de Estudio: Adulto mayor

1.3 JUSTIFICACIÓN

En nuestro contorno la senectud es una porción de la población que se encuentra olvidada, como si la gente se negara a si misma el hecho de algún día poder llegar a esta edad que es rotulado como la tercera edad, siendo que muchos de ellos viven en el completo abandono sin ningún cuidado y sus familias solo los ven como seres inproductivos del que tienen que hacerse cargo ya que estamos inmersos en una cultura donde no se nos enseña a envejecer.

El presente trabajo investigativo es de gran interés ya que esta centrado en asistir a los adultos mayores, mediante la aplicación de una guía de herramienta, dirigida conservación de un adecuado estado nutricional, que permitira mantener un equilibrio corporal. Su contenido científico y varios estudios realizados sobre la aplicación de una herramienta de apoyo y las grandes ventajas que estos proporcionan al adulto mayor, nos lleva a indagar profundamente los aspectos benéficos que se pueden obtener al aplicarlos de manera correcta.

La factibilidad de esta investigación es amplia debido a que cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario del salud y de los adultos mayores.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de Depresión y su influencia en el Estado nutricional en los Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato de Julio a Noviembre del 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Puntualizar el estado nutricional de la población investigada mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA).
2. Analizar el nivel de depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
3. Diferenciar la Depresión como Estado y Rasgo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

*1.- Ana Lucía Contreras, “Malnutrición del adulto mayor y factores asociados”
Distrito de Masma Chicche, Junín, Perú, 2013*

Se ejecuto para determinar el estado nutricional y los factores asociados a malnutrición en el adulto mayor en la comunidad de Masma Chicche, utilizando un método descriptivo transversal, dirigido a 72 Adultos Mayores.

Se utilizó el Mini Nutritional Assesment (MNA) para la evaluación nutricional e instrumentos de valoración geriátrica integral para establecer la presencia de depresión (Yesavage), estado funcional (Katz), deterioro cognitivo (Pfeiffer), salud oral (GOHA) y estado social (Guijon). Se realizó estadística descriptiva, chi cuadrado y ANOVA para determinar asociación entre las variables.

Los resultados mostraron una prevalencia de malnutrición de 29,9%; 57,9% en riesgo de malnutrición. El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo; 93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social.

Concluyendo que en la comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la misma que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión ⁽⁷⁾

2.- Catherine Alexandra Andrade Trujillo, “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay” 2011.

Se realizó para determinar el nivel de depresión y su impacto en el estado nutricional de los adultos mayores de 65 años, la metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y con el programa estadístico JMP se analizó la relación entre variables.

Los resultados de los parámetros evaluados en la MNA, en sus dos fases Cribaje y Evaluación, indicó que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en malnutrición. El 6,3% de ancianos no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave.

Existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor.⁽⁶⁾

3.- Yunit Hernández Rodríguez, Elisa Maritza Linares Guerra, “Estado Nutricional del Adulto Mayor en un área de salud de la ciudad de Pinar del Río, Cuba” RevCubAlimentNutr 2010;20(1):57-71”

Estudio analítico, prospectivo para estimar la fuerza de la asociación entre el estado nutricional, la edad y sexo; la presencia de depresión; la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles; y la poli medicación. Se contabilizaron 11,621 sujetos mayores de 65 años, la mayoría comprendía edades entre 70 – 79 años.

Los resultados demostraron que la depresión afectó al 45.7% de los encuestados, 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.

La presencia de depresión se asoció con un mayor número de sujetos desnutridos y una menor proporción de personas con exceso de peso. Los fenotipos nutricionales se distribuyeron como sigue: Desnutridos: 14.7%; No Desnutridos: 47.4%; y Exceso de peso: 37.9%.

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.⁽⁸⁾

4.- Centurión Laura, Aparicio Vizquete Aránzazu, "Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid". 2010.

Determinó la asociación entre el riesgo de desnutrición y depresión en personas de edad avanzada institucionalizadas. Se ha estudiado un grupo de 68 personas mayores de 65 años de edad.

La situación nutricional fue evaluada por el Mini-Nutritional Assessment (MNA), la depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS). La capacidad cognitiva y funcional fueron valorados mediante el Mini Mental State Examination y el Índice de Barthel. Los datos de morbilidad y consumo de medicamentos se obtuvieron de los registros médicos.

Los resultados mostró una alta prevalencia de depresión 42,7% y la de riesgo de desnutrición del 54,4%. El 38,2% de la población presentó simultáneamente síntomas depresivos y malnutrición.

Concluyendo que existe una relación entre el riesgo de malnutrición y el padecimiento de síntomas depresivos.⁽⁹⁾

5.- Aime González Santiesteban, Angel Iroel Veranes Amador, “Estado nutricional en personas mayores de un área de salud del municipio Mariel.”2012.

Estimar la frecuencia de los diferentes fenotipos nutricionales entre los sujetos mayores de 60 años del Consultorio del Médico de la Familia #14 del municipio Mariel y la dependencia respecto a variables sociodemográficas, determinándose 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 concurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles; y la polifarmacia.

Los fenotipos nutricionales se distribuyeron Desnutridos: 14.7%; No desnutridos: 47.4%; y exceso de peso: 37.9%. 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.

Concluyendo que el estado nutricional puede asociarse con variables sociodemográficas y clínicas que describen la calidad del proceso de envejecimiento.
(10)

6.- Dosil, A, Leal, C. y Neto, S, “Estado Nutricional de Ancianos con deterioro cognitivo”, 2013

La variedad de cambios fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales que acompañan al envejecimiento comprometen el estado nutricional que interviene directamente en la conservación del estado de salud, en el que los procesos cognitivos son de especial relevancia.

Se llevó a cabo un estudio transversal con el objetivo de verificar si el deterioro cognitivo tiene influencia en el estado nutricional de los adultos mayores, la muestra de estudio fue constituida por 133 ancianos, con edad a partir de 65 años, residentes en una institución geriátrica de la Galicia, la evaluación se realizó mediante medidas antropométricas

Se encontró una prevalencia del 10,8% de Desnutrición, el 37,7% de Eutrofia y el 51,5% de Obesidad con distribución similar en ambos géneros.

El deterioro cognitivo fue muy prevalente entre los ancianos evaluados 80.8%, y mostro influencia significativa en su estado nutricional, se verifica el alto grado de malnutrición 62.3% asociado a una elevada prevalencia de déficit cognitivo en la muestra estudiada.⁽¹¹⁾

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.

- Tener tranquilo el ánimo y alegre el humor a las horas de comer y de dormir, es uno de los preceptos cuya práctica contribuye más a prolongar la vida. **Francis Bacon.**
- Todo lo que nace proviene necesariamente de una causa; pues sin causa nada puede tener origen. **Platón.**

El prototipo de la investigación es crítico como un dilema para la investigación social que se basa en cambios anímicos del Adulto mayor, y por ende su estado nutricional, pretendiendo una buena atención de salud asumiendo como necesidad urgente una Valoración Geriátrica Integral y su diagnóstico de desnutrición, con mayor porcentaje de certeza posible.

2.2.1 Fundamentación Ética Axiológica:

- Como cualquier otra enfermedad, la depresión puede curarse para que las personas puedan vivir felices. **Tom Bosley.**
- El hombre cauto jamás deplora el mal presente; emplea el presente en prevenir las aflicciones futuras. **William Shakespeare** (Escritor Británico)

La conducta del médico ante el Adulto Mayor con Depresión debe ser clara, comprometida con un juicio científico del tema, aplicación correcta de habilidades, destrezas y con una condición humanista que permitirá efectuar los objetivos propuestos entregando toda la calidez humanitaria y actitudes positivas para mantener

la salud de los adultos mayores en buen estado, accediendo a mejorar su calidad de vida.

2.2.2 Fundamentación epistemológica:

- La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica. **Aristóteles**

Mantiene que el conocimiento va más allá de la información buscando convertir sujetos y objetos, considerando a la ciencia como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El estudio se ampara en las siguientes disposiciones legales correspondientes, que respalda al Adulto Mayor.

CODIFICACIÓN DE LA LEY DEL ANCIANO
CONGRESO NACIONAL
COMISIÓN DE LEGISLACIÓN Y CODIFICACIÓN

Capítulo III

De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

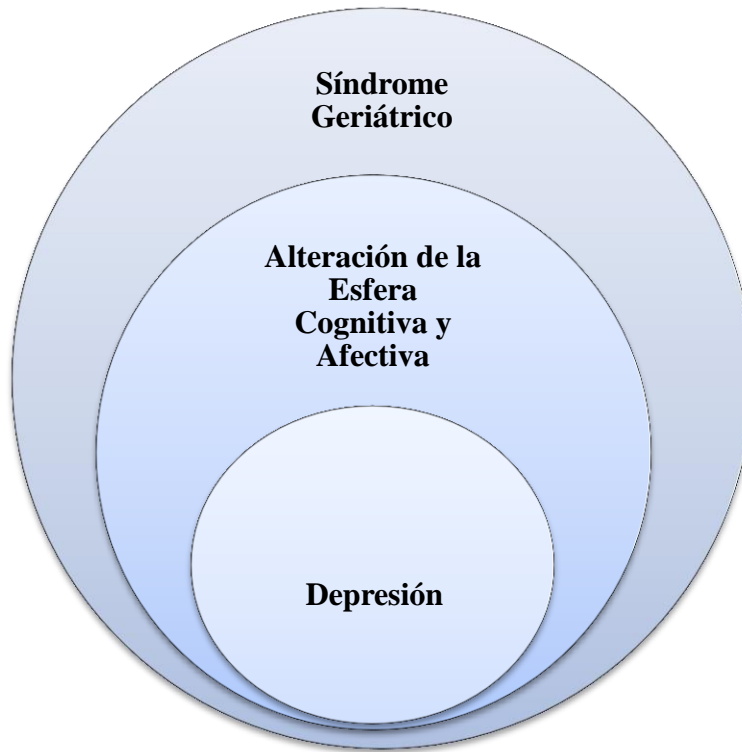
Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales, siendo el Ministerio de Bienestar Social, quien facilitará la infraestructura necesaria.

Los ancianos abandonados recibirán ayuda obligatoria en los hogares de protección estatal, mientras se resuelva la pensión de alimentos y si no fuere posible determinar familiares que asuman la pensión alimenticia, éstos continuarán en los referidos hogares de protección.

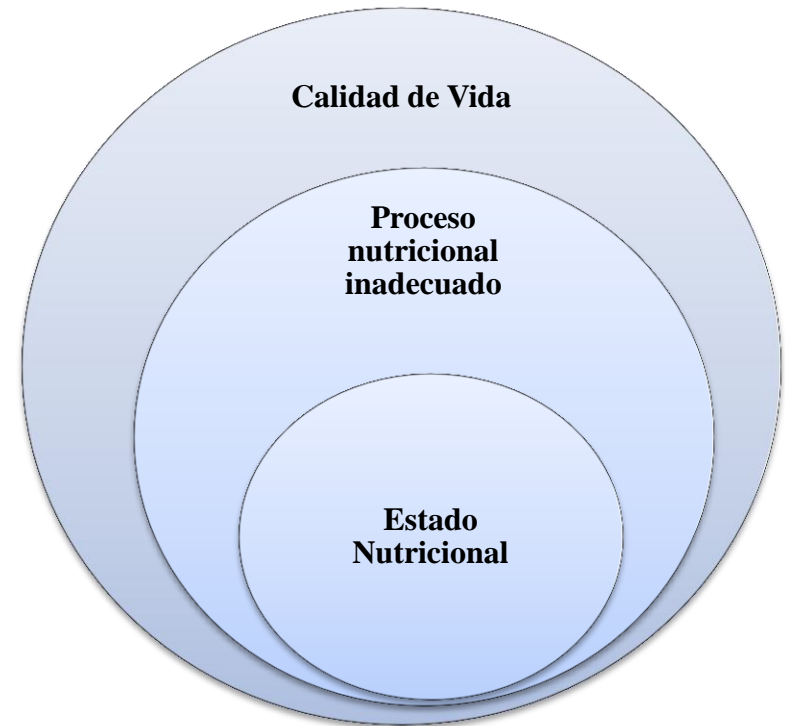
Art. 11.- En las reclamaciones alimenticias formuladas por los ancianos, el juez de la causa fijará una pensión, tomando en cuenta las reglas de la sana crítica. Los hijos deben respeto y obediencia a sus progenitores, y deben asistirlos, de acuerdo a su edad y capacidad económica, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos.

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, Geriátrico y gerontológico, que no se produjeren en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización de los ministerios de Bienestar Social y Salud Pública.

2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES



Variable Independiente



Variable Dependiente

2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.4.1.1 ENVEJECIMIENTO

2.4.1.1.1 Generalidades

La Tercera Edad es un proceso inevitable, y es un compromiso común plantear soluciones para que este grupo de Adultos Mayores se desenvuelva de un modo seguro. La preocupación general de cómo llegar a la vejez se presenta de manera inexorable como un futuro doloroso, debido a las condiciones especialmente difíciles, que deben afrontar en la tercera edad, en donde se sienten postergados y excluidos, a la par que aparecen las enfermedades asociadas a la vejez, Alzheimer, artrosis, osteoporosis, astenia etc. ⁽¹³⁾

Ocasionando un incremento a presentar enfermedades crónicas y degenerativas, sumando mas la tendencia genética, condiciones de vida incorrecta y condiciones socio-económicas temporales y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor se desequilibre, razón por la cual es necesario plantear propuestas con el fin de ofrecerles una vejez sana y placentera.

2.4.1.1.2 Definición:

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual.

- Universal porque afecta a todos los seres vivos.
- Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable.
- Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad.
- Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. ⁽¹⁴⁾

En este argumento la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.

2.4.1.1.3 Cambios fisiológicos:

En la vejez la expresión de los padecimientos suelen ser especial y las sintomatologías se alteran, manifestandose con un aumento del umbral del dolor, balance hidroelectrolítico y regulación de temperatura. Es indiscutible que la nutrición influye en la longevidad, siendo así que la relación recíproca entre una adecuada nutrición y salud conllevan a un equilibrio dinámico.

Los diferentes órganos y sistemas sufren cambios, sin embargo cabe recalcar que no todas las personas envejecen de la misma manera, hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso, en cambio va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, con gran discapacidad denominándose el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna u otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.⁽¹⁵⁾

Composición Corporal

Uno de los parámetros que más se altera en el envejecimiento es la composición corporal, entendemos que la grasa corporal va agrandando con la edad. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente en el abdomen (varones), pelvis y mamas (mujeres). Existe un descuento de peso ocasionado por la pérdida de tejido, al igual que el agua corporal total baja a expensas del agua intracelular, causando disminución de la turgencia de la piel, misma razón por la cual el Adulto Mayor se encuentra en un estado latente de Deshidratación.

El aumento de la grasa corporal tiene implicancia en la farmacodinamia de los medicamentos; los fármacos liposolubles, como las benzodiazepinas, van a tener un mayor volumen de distribución y una mayor concentración en el tejido adiposo, con consiguiente mayor tiempo de liberación de la droga.⁽¹⁵⁾

Aparato Digestivo

Se originan cambios presentando pérdidas de las piezas dentales, atrofia de las glándulas salivales, En el esófago hay una baja de las neuronas del plexo mientérico ocasionando trastornos de motilidad, produciendo espasmos dolorosos retroesternales, muchas veces confundidas con infartos.

La mala absorción de determinados elementos son el calcio y el hierro, parece deberse a que con la disminución de las secreciones gástricas en el tubo digestivo, mas la pérdida de acidez, lo que permite el crecimiento de determinada flora bacteriana que secuestra minerales como el calcio o el hierro, y vitaminas (B12) de forma que no pueden ser absorbidos.⁽¹⁶⁾

Esta disminución de absorción de nutrientes tiene como efectos secundarios anemias y diarreas, en el intestino la capacidad de absorción casi no tiende a alterarse, mientras que el intestino grueso es frecuente que se produzcan las impactaciones fecales.⁽¹⁵⁾

Aparato Respiratorio.

Existen calcificaciones de las articulaciones externo costales, asi como una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, ocasionando una rigidez de la caja torácica, desencadenando una insuficiencia respiratoria aguda, acompañada de la dificultad de expulsión de secreciones. Es importante recalcar que este tipo de personas consiguen tener un menor nivel de PO₂ en sangre, al igual que una leve disminución de difusión de oxígeno.

Sistema Cardiovascular.

Una de las principales causas de muerte de las personas mayores, son las Enfermedades Cardiacas, se va a encontrar rigidez de arterias lo que produciría el engrosamiento del ventículo izquierdo. Las válvulas cambian a sufrir variaciones, mayor fibrosis, depósito de calcio, sobre todo en la válvula mitral, originando alteraciones en la función diastólica.

Hay un descenso de los baroreceptores carotídeos y aórticos que ante pequeñas transiciones del volumen y de la presión arterial, va a aparecer la hipotensión ortostática y el síncope.

En cuanto a las alteraciones electrocardiográficas, son muy comunes en las personas mayores, a los 40 años el 70% de las personas tienen un electrocardiograma normal, mientras que a los 80 solamente el 20%, las alteraciones más frecuentes, son el aumento de la incidencia de la onda Q, la desviación del eje a la izquierda, el aumento del voltaje de las derivaciones izquierdas, alteraciones del segmento ST, los bloqueos de primer grado, y sobre todo lo que es bastante frecuente la fibrilación auricular.

Se observa un ampliación del diámetro de la luz en las arterias, que en el envejecimiento se declaran al nivel de las arterias elásticas e implica mayormente la capa media, y la aorta torácica, hay alteraciones de la respuesta vasodilatadora intervenida por el endotelio, en la capa media hay una extensión de las células musculares lisas, de los depósitos de calcio y colágeno, baja de la elastina, y procesión de productos de glucación que tiene que ver mucho con la dureza de las arterias traendo cambios funcionales de las arterias: vamos a encontrar un aumento de la velocidad de ondas de pulso, una mayor turbulencia de flujo sanguíneo que va a condicionar a la arteriosclerosis, una disminución de la sensibilidad al cambio brusco de volumen, por eso las pequeñas pérdidas de volumen pueden ocasionar hipotensión y síncope, y pequeños aumentos de volumen pueden ocasionar hipertensión.

Sistema Genitourinario

Hay disminución del número de glomérulos, en el intersticio mayor fibrosis y depósito de colágeno, esto se traduce igualmente en la función del riñón, presentando una disminución del flujo plasmático renal, tanto que a los 80 años, es el 50%, más o menos, la filtración glomerular también disminuye en similar proporción, haciendo que haya una disminución del clearance de la creatinina, llegando a ser 20-40 ml/min, y muchas veces a pesar de esta marcada disminución los niveles de creatinina en

sangre permanecen normales; esto se debe a que con el envejecimiento hay una disminución de la masa muscular.⁽¹⁵⁾

Siendo importante tenerlo en cuenta al administrar una medicación cuyo metabolismo sea renal, aplicando la siguiente fórmula:

$$DC = \frac{140 - \text{edad} \times \text{peso}}{72 \times \text{creatinina}}$$

En el caso de las mujeres debe multiplicarse por 0.85.

Existe una alteración del sistema renina-angiotensina, al haber una sobrecarga de volumen puede brotar rápidamente la insuficiencia cardiaca, debido a que el riñón no es capaz de eliminar este líquido sobrante tan ágilmente como los jóvenes, y ante enfermedades como neumonías, accidentes cerebro-vasculares, fármacos favorezcan la aparición de la secreción inadecuada de hormona antidiurética con usual intoxicación acuosa.

Sistema Nervioso

Hay una reducción del tamaño y del número de células, pero no todas disminuyen en igual proporción, haciéndose más evidente en las células de la sustancia negra, las células de Purkinje, del asta anterior de la médula, del locus cerúleos, en el hipocampo, hay una disminución de las sinapsis, acumulo de pigmentos, amiloides y neurofibrilas, muy similar a lo que podemos apreciar en la enfermedad del Alzheimer. Los agentes neurotransmisores disminuyen sobre todo los colinérgicos esto hace que ante cualquier medicamento anticolinérgico que puede disminuir aún más los niveles de acetilcolina cerebral, se presenten con frecuencia problemas de delirio en pacientes ancianos.

La tomografía muestra frecuentemente, atrofia cerebral y dilatación ventricular, no simbolizando que tengan alterada su función cognoscitiva, es habitual encontrar alteraciones en la sustancia blanca llamada leucoacariosis; en la resonancia a veces se encuentra hasta 20 o 40%, y esto se ha agrupado a depresiones y trastornos cognitivos en el anciano, pueden aparecer bradicinesia, discinesias, enlentecimiento del procesamiento de la información sensorial tanto visual como auditiva, en cuanto a la

memoria, el recuerdo sin pistas declinan, mientras que la memoria por reconocimiento se conserva, se conserva también la memoria a corto plazo y a largo plazo, para aprender va a necesitar mayor tiempo y mayores repeticiones.

En el sistema nervioso periférico hay una disminución de diferentes reflejos, un aumento del tiempo de latencia; el umbral del dolor disminuye y también los puntos dolorosos, lo que tiene implicancia en la identificación de diversas enfermedades, como el infarto de miocardio y en el abdomen agudo.

El gusto disminuye principalmente para lo dulce y lo salado, agranda el umbral gustativo, por eso muchas veces, personas mayores se echan mayor cantidad de azúcar o sal; para el ácido, el amargo permanece igual, también en el olfato disminuye la capacidad de distinguir los olores.

Sistema Endócrino

Las alteraciones endócrinas de la senilidad pueden ser tan perturbadoras de las funciones fisiológicas como para ser consideradas enfermedades. ⁽¹⁷⁾

La función tiroidea, no hay variación del TSH, ni el T4, el T3 si soporta una ligera disminución; el síndrome de eutiroideo enfermo, es muy frecuente, donde a pesar de haber una disminución del T3 y T4, el TSH está normal; esto no requiere tratamiento.

El páncreas aumenta la intolerancia a la glucosa, tanto que a los 80 años tienen diabetes o intolerancia a la glucosa hasta el 50%.

Las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisisario-gonadal son responsables de la menopausia provocando una disminución de estrógenos, en el varón se produce una disminución progresiva de la testosterona, FSH y la LH.

El eje cortico suprarrenal responde con una secreción de ACTH y cortisol elevada y persistente, y a una menor inhibición por la dexametasona, probablemente se deba a alteraciones de niveles del hipocampo y tiene que ver con las situaciones de estrés. Muchas de las alteraciones que encontramos en el envejecimiento como la disminución de la inmunidad, la osteoporosis, la disminución de la masa muscular, podrían estar explicados por esta secreción continua y persistente de la ACTH.

La dihidroepiandrosterona, considerada por muchos, la hormona de la juventud, la hormona del crecimiento y su mediador el factor de crecimiento similar a la insulina disminuyen hasta en el 50%, en los mayores de 80 años, y se habla en estos pacientes de una somatopausia, La parato hormona aumenta, y la calcitonina y el metabolito activo de la vitamina D disminuyen.

Sistema Inmunológico

Hay una disminución de la inmunidad, sobre todo celular debida a la involución tímica, una disminución de la función de las células killer o asesinas, y también alteraciones de las interleucinas; en cambio vamos a encontrar aumentos de anticuerpos, de gamapatias monoclonales que nos indica que hay una hiperactividad de las células linfoides, sobre todo en los muy ancianos.

La presencia de enfermedades autoinmunes no es mayor, pero puede mayor ser el número de neoplasias y las infecciones, aunque no solamente la inmunidad tiene que ver en este aumento, sino también las diversas alteraciones que van a sufrir los diferentes órganos.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, la mayoría de pruebas no se alteran, hay una discreta disminución de la hemoglobina. Hay una ligera disminución de los leucocitos; los niveles de lípidos sanguíneos sufren una leve elevación hasta los 60 años, pero desde ahí permanecen iguales, no siendo significativa. En cuanto a la presencia de autoanticuerpos, factor reumatoideo, células LE podemos hallar positivas hasta en un tercio de los mayores de 85 años.

2.4.1.2 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

2.4.1.2.1 Generalidades.

Dado por la gran demanda de la población Adulta Mayor y a los avances Científicos es importante conocer el proceso de envejecimiento, así como los trastorno que podrían ir de la mano con la misma, siendo la Depresión uno de los Síndromes más frecuentes, que lleve a un deterioro de la calidad de vida.

Existen factores que favorecen la aparición de este síndrome, como son las Enfermedades dados por la misma edad, sumado los factores biológicos, sociales, y económicos.

Según datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión hasta los 75 años. Las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 2-4 % en las muestras comunitarias, del 12 % en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16 % en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos. ⁽¹⁸⁾

Muchas veces equivocadamente se piensa que la depresión es un proceso normal, y propia de la vejez, lo que podría acarrear ciertas consecuencias si no se la trata, no solo afectando a la persona quien la padece, sino también al entorno.

2.4.1.2.2 Definición:

Es una patología psiquiátrica que tiene una elevada incidencia en las personas ancianas, y la depresión constituye el diagnóstico más frecuente con una prevalencia entre el 6 y el 20%, definiéndose así como una tendencia constante hacia un estado de ánimo decaído, exagerando los aspectos negativos de todo lo que sucede y envolviendo a la persona en una sensación continua de tristeza y desmotivación ⁽¹⁹⁾

2.4.1.2.3 Causas de la depresión

No existe una única causa conocida de la depresión más bien parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. ⁽²⁰⁾

La Depresión esta dada por varias causas entre ellas esta un desequilibrio entre los neurotransmisores, los antecedentes familiares, un las idiopáticas, donde no se a encontrado su origen, y la genética.

2.4.1.2.4 Diagnóstico:

Para efectuar un diagnóstico certero de los síndromes psiquiátricos hay que basarse en la historia clínica del paciente, y la historia adyacente contribuida por un familiar

cercano, cabe recalcar que los síntomas de la depresión podrían aparecer como un evento previo, y no ser su debut en la tercera edad exactamente, sin embargo los síntomas suelen ser mas evidentes y marcados en esta etapa.

Se menciona que la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, podrían representar un posible cuadro de Depresión sumado el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Disminución de interés en todas o en casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5% del peso total en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. ⁽²¹⁾

Si se plasman los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es enormemente significativo especificar si éste tiene algún subtipo diagnóstico, debido a que un subtipo de depresión asume impedimentos para el tratamiento farmacológico.

Instrumentos de evaluación

- La escala de depresión geriátrica (GDS)

la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Jerome Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. ⁽²²⁾

existen 2 tipos, el cuestionario largo que consta de 30 puntos y el cuestionario corto GDS creada el 1986, que radica de 15 puntos. El puntaje de 0-4 se

discurre normal, según la edad, educación y sintomatología, 5-8 depresión leve, 9-11 depresión moderada, y 12-15 depresión severa.

El más utilizado de los dos cuestionarios es la corta, por la facilidad, tiempo y siendo más sencillo ya que usa específicamente en Adultos Mayores con afecciones físicas, y demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos transitorios o se agotan con facilidad.

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos, la validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como las investigaciones clínicas.⁽²³⁾ Sin embargo el GDS no delega la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental, es un instrumento de detección útil que proporciona la valoración de la depresión en los adultos mayores, es recomendado su utilización para el control de depresión en ambientes clínicos.

- **Inventario de Depresión Estado – Riesgo. (IDER)**

A pesar de que la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en las sociedades occidentales son muy escasos los instrumentos destinados a su evaluación que cuenten con las debidas garantías psicométricas.⁽²⁴⁾

El IDER consta de 20 puntos predestinado a valorar el grado de afectación (Estado) y por otra la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) que la persona muestra en relación con los elementos afectivos de la depresión.

Se trata de un instrumento que nos permitiera identificar a las personas sensibles a presentar estados depresivos, es decir alta depresión como rasgo o depresión personal; así como localizar a las personas que están sobrellevando un estado depresivo que incite malestar emocional.

La escala que evalúa la depresión como estado evalúa a las personas que tienen sintomatologías depresivos así como emociones de tristeza reactiva a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como

un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad, este test contiene 20 puntos, de los cuales 13 ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que los sobrantes son ítems antagónicos con la depresión, la persona debe señalar el ítems que destaque su estado en ese momento.

La escala de depresión como rasgo identifica la propensión a sufrir estados depresivos, brinda indagación sobre la persistencia de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems, La calificación se obtiene sumando las puntuaciones, cuyo resultado se le suma el valor 50 para conseguir que todos los valores sean positivos. Las calificaciones fluctúan entre 20 y 80 puntos para la escala estado; y entre 22 y 88 puntos para la escala rasgo, clasificándose según las respuestas en califican en: bajo, medio y alto. , es importante tener en cuenta que la consigna de la escala estado se refiere a lo que siente la persona en el momento en que responde el examen; y la de la escala estado a la depresión “habitual”

El IDERE valora más los componentes cognitivos de la depresión, fundamentalmente los relacionados con el auto concepto (sobre todo en la escala rasgo) y, la autoevaluación que hace la persona acerca de la presencia de ciertos síntomas de depresión y malestar (sobre todo en la escala estado), por tanto, era de esperar que la escala estado mostrara mayor sensibilidad para detectar a personas con depresión clínica que la escala rasgo. ⁽²⁵⁾

Altos niveles de depresion como estado no irreparablemente muestran que tengan un trastorno depresivo, ya que es habitual hallar que se manifieste de esta manera en personas con enfermedades crónicas o aquellas que están cruzando por una escenario estresante.

Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano

Existen ciertas situaciones de índole orgánico y falta de propulsión vital, que se ven reflejados en la depresión, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y

dirigiéndola hacia afecciones somáticas, siendo la ansiedad, uno de los principales cuadros que enmascara un síndrome depresivo, con el peligro de intensificar el trastorno y desarrollar dependencia, ya que obstaculizan sus sentimientos de depresión, y tristeza cubriéndolos con problemas gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, sin embargo existen una enfermedad somática, que dificulta aún más su diagnóstico.

Factores de riesgo relacionados con la depresión

Factores de riesgo de la Depresión que podrían renovar su pronóstico, se ha encontrado variables que se asocian visiblemente a riesgo de depresión en este grupo vulnerable como son; Género femenino, que es un factor de riesgo no modificable. Antecedentes de episodios depresivos previos, El duelo, La discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición y otros factores de riesgo que son discutidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, en términos somáticos, la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica.

2.4.1.2.5 Diagnóstico Diferencial

- **Demencia:** La relación entre depresión y demencia es un tema complejo. Además de poder aparecer conjuntamente, ambas entidades muestran un solapamiento en lo que se refiere a la clínica. ⁽²⁶⁾

Conocer cual es la causa primaria, cuando hay una interrelación entre síntomas psiquiátricos y alteraciones cognoscitivas, no es una labor fácil, existiendo un alto índice de error al realizar el diagnóstico, sin embargo constan una serie de datos que nos pueden orientar y que aparecen resumidos en la Tabla 1.

Tabla No.1 Diferencias entre la Depresión y la Demencia.

Características		Depresión	Demencia
Antecedentes Psiquiátricos		Historia de trastorno afectivo, aunque no siempre	A veces también historia de trastorno afectivo
Inicio y progresión de la enfermedad		Rápido y progresión acelerada	Insidioso y progresión lenta.
Actitud durante la entrevista		Más irritables y hostiles con negación a responder	Incontinencia afectiva, y respuesta a las preguntas de forma confabulatoria.
Síntomas		Mayor disminución del estado de ánimo, ansiedad somática, despertar precoz y mayor disminución de la libido.	Desorientación temporoespacial y dificultad para vestirse.
Neuropsicología		Mayor afectación de la atención, velocidad de procesamiento mental, elaboración espontánea y el análisis de detalle.	Mayor pérdida de memoria y dificultad de ejecución de tareas sencillas.
Neurofisiología		Aumento de la latencia de los potenciales auditivos evocados Anomalías generalizadas en el EEG.	Igual a la depresión pero con un aumento menor de los potenciales auditivos evocados.
Neuroquímica	Marcadores plaquetarios	Menor número de receptores para Imipramina y menor fluidez de membrana	Mayor número de receptores y mayor fluidez de membrana.
	Test de supresión a la dexametazona	Alteración en el 50 %.	Alteración en el 10 %.
Neuroimagen		Elevación del cociente volumen ventricular/ grosor masa cerebral.	Mayor grado de atrofia generalizada.
Tratamiento antidepresivo		Respuesta	No hay respuesta.

Fuente: Dra Martínez Hernández Olivia, Depresión en el Adulto Mayor, Revista Médica Electrónica 2007;29 (5).

Cuando una persona presenta los criterios diagnósticos para la depresión, tiene también tiene un grado de trastorno cognitivo, se puede tener en cuenta el diagnóstico de pseudodemencia, aunque actualmente se utiliza el término disfunción cognitiva relacionada con depresión ya que es más descriptivo (Tabla 2).

TablaNo.2: Diferencias entre la pseudodemencia y la demencia.

Demencia	Pseudo demencia
Los cambios cognitivos ocurren primero	Los cambios de humor ocurren primero
Humor lábil	Humor consistentemente disfórico
Cooperador, pero comete errores en el Mini-mental	No cooperador o no intenta hacer el Mini-mental
Afasia presente	Afasia ausente
Puede disfrutar de las cosas	No puede disfrutar de las cosas
Intenta duramente realizar las tareas	Hace pocos esfuerzos para realizar incluso tareas simples
Infrecuente historia de disfunción psiquiátrica previa	Frecuente historia de disfunción psiquiátrica previa

Fuente: Dra Martínez Hernández Olivia, Depresión en el Adulto Mayor, Revista Médica Electrónica 2007;29 (5).

- **Trastornos de la personalidad:** Son transformaciones del desarrollo que aparecen en edades precoces de la vida.
- **Hipocondría y otros trastornos somatomorfos:** Hay que diferenciar la hipocondría que custodia a la depresión de la agudización de los rasgos hipocondríacos ya preexistentes. Rara vez comienzan después de los 50 años de edad
- **Trastornos del sueño:** El sueño cambia con la edad y se origina una depreciación del número de horas y de su calidad. Aunque en la depresión también se origina una variación de las horas de sueño, existe una rica sintomatología psíquica afectiva y somática acompañante.
- **Enfermedades somáticas:** Varias padecimientos somáticas se revelan con depresión, que se consiguen recalcar con los tratamientos depresivógenos que el paciente tiene prescrito. Algunos cuadros depresivos se manifiestan a través de somatizaciones, sobre todo el dolor.
- **Duelo:** El duelo no complejo puede revelarse con augurios similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido.

- **Trastornos de ansiedad:** La comorbilidad entre depresión mayor y trastornos de ansiedad es aproximadamente tiene un alto índice.

2.4.1.2.6 PRONÓSTICO

El pronóstico de un suceso depresivo mayor en pacientes longevos escolta relación con elementos constitucionales y ambientales, y modifican de un estudio a otro, su predicción es generalmente bueno en los pacientes diagnosticados que adoptan un procedimiento apropiado.

2.4.1.2.6.1 Factores predictores de buen pronóstico:

- Buenas condiciones socioeconómicas
- Apoyo emocional
- Adecuado apoyo social
- La existencia de un estresor psicosocial como desencadenante del episodio actual
- Ausencia de condiciones médicas importantes
- Cuidadoso seguimiento médico
- Pocos estresores vitales o cambios importantes durante el último año. ⁽²⁶⁾

2.4.1.2.7 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Recomendaciones generales

- Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos.
- Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos.
- Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confesionales en los muy ancianos.
- Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto.
- Tener en cuenta los efectos secundarios, sobretodo el cardiotóxico

- Valorar las interferencias con otros fármacos que estén tomando.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero ajustado a criterios de duración del tratamiento. ⁽²⁷⁾

Psicoterapia básica.

- Explicar el carácter temporal de la depresión.
- Frecuencia del trastorno.
- La buena evolución.
- Su tendencia a ver todo negativo.
- Mantenerse siempre en una postura dialogante y flexible con el enfermo.
- Dejarle expresarse guardando silencios.

Elección de fármacos

El conjunto de medicamentos antidepresivos es elevado, es recomendable antes de iniciar un tratamiento hacer una estimación que contenga analítica de sangre con sistemático, bioquímica completa, iones, B12, Fólico, hormonas tiroideas y ECG.

La elección del antidepresivo en este grupo de edad viene condicionada por la existencia de efectos secundarios y/o interacciones con otros fármacos; los ISRS van, día a día, desplazando a los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, entre los que la nortriptilina ha sido el más utilizado. ⁽²⁸⁾

La permanencia del tratamiento se aprecia en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo. La Sociedad Española de Psiquiatría recomienda mantener el tratamiento hasta 3 ó 5 años si se trata de un segundo episodio, e incluso indefinido si el episodio fue muy grave.

Es muy importante valorar las posibles interacciones con el tratamiento análogo en estos enfermos, dado que un alto porcentaje consume algún tipo de fármaco, partiendo entre uno o varias paciones.

2.4.1.3 ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

2.4.1.3.1 Generalidades.

En el envejecimiento se produce cambios biológicos, psicológicos y sociales y un descuento de la capacidad de reserva de todos los órganos, presentando un mayor riesgo de padecer enfermedades, que trascienden de la interacción de factores genéticos y ambientales, que encierran estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades.

Siendo la nutrición un factor importante en el proceso de envejecimiento, el estado nutricional de los longevos es expresado por los requerimientos y la ingesta, Cualquier estimación del estado nutricional por lo tanto, corresponde incluir información sobre estos factores, con la entidad de ayudar a deducir la etiología de posibles privaciones, plantear las intervenciones corregidoras y evaluar su efectividad.

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física. ⁽²⁹⁾

El agua es uno de los nutrientes más significativos solicitados para mantener un equilibrio corporal, ya que durante esta etapa se revela una disminución lo que los hace lábiles a la pérdida de agua, teniendo consecuencias graves, siendo la sed uno de los principales mecanismos de defensa del cuerpo.

2.4.1.3.2 Nutrición y Envejecimiento Anormal

El envejecimiento está determinado sobre todo por la concomitancia de alteraciones patológicas, atribuidas al propio proceso de envejecimiento y que dependen fundamentalmente de factores inherentes al estilo de vida, entre los que destaca la nutrición. ⁽³⁰⁾

La intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis, patologías que se creía estan asociadas al proceso de envejecimiento, hoy se considera que al llevar un equilibrio entre alimetacion, ejercicio, se obviara, lo que

determina que hay ciertos procesos que erróneamente consideramos propios de la vejez no se presentan si se mantiene un adecuado estilo de vida.

2.4.1.3.3 Causas favorecedoras de la malnutrición en el anciano

Los diferentes factores equiparados se interrelacionan, se depositan y se asocian con el problema en adquirir los alimentos, en su preparación, en su ingesta y en la digestión y en la absorción de los nutrientes.

Tabla 3. Causas de Malnutrición en el Anciano.

Causas fisiológicas	Causas psicosociales	Causas patológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la composición corporal: <ul style="list-style-type: none"> - ↑ masa grasa - ↓ masa magra (músculo y hueso) - ↓ agua corporal total - ↓ masa ósea • Menor gasto energético (↓metabolismo basal y actividad física) • Deterioro de los sentidos del gusto, olfato y vista. • Alteraciones digestivas: <ul style="list-style-type: none"> - ↓ masticación, ↓ dentición - Alteración de la deglución - ↓ peristaltismo-estreñimiento - ↓ secreción salival, gástrica y pancreática - ↓ superficie absorbente - ↓ absorción de disacáridos - ↑ sobrecrecimiento bacteriano 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad, aburrimiento, depresión, viudedad, alcoholismo • Limitación de recursos económicos • Ingreso en instituciones • Aislamiento, dificultad para el transporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Pluripatología • Polimedicación • Discapacidades

Fuente: Nutrición y envejecimiento. Grupo de trabajo Catalano-Balear de Geriatria y Gerontología. Barcelona: Glosa ediciones;1999.

La prevalencia de extenuación en la población longeva es más habitual de lo que se suele diagnosticar y sus resultados se inculpan con excesiva facilidad al envejecimiento, por lo que es muy importante tenerlo presente al abordar a esta población, así como utilizar las pruebas de cribado validadas.

2.4.1.3.4 Evaluación del estado nutricional

La valoración clínica del estado nutritivo mediante técnicas simples, pretende obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo, conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como asimismo la capacidad funcional del individuo.

De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como asimismo evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes.⁽³¹⁾

Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional.

Las mediciones antropométricas más comunes utilizadas son: peso, talla, pliegues tricípital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla.

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso extendido es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla² m) o índice de masa corporal (IMC).

- ***Peso y talla:*** considerándose que solas o combinadas, son indicadores del estado nutritivo global.
- ***IMC:*** muestra buenas correlaciones en masa grasa ($r = 0.6- 0.8$). El IMC para los ancianos se estima actualmente entre 23-28 kg/m², cuyos niveles elocuentemente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables.
- ***Circunferencia del brazo:*** indicada para evaluar la reserva proteica-energética, técnica que se la realiza con el brazo derecho relajado, en el punto

medio entre la punta del proceso acromial de la escápula y el olecranon. Cuyo valores normales hacen referencia tablas según sexo y edad.

- ***Circunferencia de cintura y caderas:*** La medición de estas circunferencias y su combinación en el índice cintura/cadera, permiten idear la grasa corporal. Los valores del índice cintura / caderas considerados de riesgo han sido estimados $>$ de 1 para hombres y $>$ 0.85 para mujeres, siendo un indicador valioso ya que un aumento de la grasa visceral es un factor de riesgo cardiovascular.
- ***Pliegues cutáneos:*** Los depósitos de grasa corporal representan la energía almacenada, siendo exactamente evaluada como la densitometría y métodos de dilución isotópica. Cuyos resultado en esta etapa serán menores por la redistribución de grasa.

El pliegue cutáneo tricípital es la más utilizada para establecer la escasez de reserva calórica, como su aumento en la obesidad.

El pliegue bicípital, se mide en el punto medio del brazo derecho extendido y relajado, en la cara anterior de éste. El pliegue subescapular, se mide bajo la punta inferior de la escápula derecha, formando un ángulo de 45° en relación a la columna vertebral. En tanto que, el pliegue suprailíaco, se mide sobre la cresta ilíaca, tomando como referencia la línea media axilar.

Parámetros bioquímicos en la evaluación del estado nutricional

- ***Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto):*** los patrones de referencia OMS (Hb $<$ 130mg/dl para hombres y $<$ 120 mg/dl para mujeres). Respecto al hematocrito la mediana para hombres es 46 y 44% en los mismos estudios, con rangos entre 37 y 53 para percentiles 2,5 y 97,5. En mujeres estos valores alcanzan cifras de 41% y 42% con rangos de 35 a 50% para los mismos percentiles.
- ***Albúmina:*** buen indicador de estado de salud en el anciano, niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl tienen significado como indicador nutricional ⁽³²⁾. en la medida que no medien otros factores patológicos.

- **Perfil lipídico:** son indicadores de predicción de enfermedad coronaria en adultos y adultos jóvenes y ancianos, es frecuente encontrar valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, valores de colesterol de HDL inferiores a 40 mg/dl y de triglicéridos superiores a 150 mg/dl.
En pacientes con alto peligro coronario pero plenamente funcionales el tratamiento de la hipercolesterolemia puede ser tan útil como los tratamientos para corregir la hipertensión o el tabaquismo. ⁽³¹⁾
- **Intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia:** la intolerancia a la glucosa tiene influencia adversa sobre los lípidos plasmáticos y la presión arterial.
La hiperinsulinemia como un resultado directo de la intolerancia a la glucosa, es un factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria.
Un adecuado aporte de CHO en la dieta y reducción de peso y grasa corporal mejoran la sensibilidad a la insulina en aquellos, además el ejercicio muscular y una ajustada nutrición corresponderían optimar la sensibilidad a la insulina en los viejos y reducir las consecuencias adversas de esta alteración. ⁽³¹⁾
- **Mediciones inmunológicas:** Diversas funciones inmunológicas son afectadas en la malnutrición. Los niveles de inmunoglobulinas, anticuerpos, función fagocítica, respuestas inflamatorias, función del complemento, inmunidad secretoria y de mucosa y otros mecanismos inmunológicos, Se ha demostrado una recuperación de la competencia inmune con relación a la repleción nutricional. ⁽³³⁾
En casos de desnutrición estructuras como el timo y el bazo se alteraran, observándose a demás linfocitos inferiores a 1.500 por mm³.
- **Función muscular:** El músculo siendo una reserva importante de aminoácidos, permite que éstos sean reclutados en condiciones de "estrés" o de ayuno.
- **Dinamometría:** la medición de la fuerza de agarre de la mano con un dinamómetro simple, permite revelar depleción proteica preoperatoria, y su rebaja se correlaciona con mayor susceptibilidad del paciente a complicaciones postoperatorias.

- ***Presión inspiratoria y espiratoria:*** Se puede medir la fuerza de la musculatura respiratoria, midiendo la presión inspiratoria y espiratoria máximas. Estas mediciones tienen una buena correlación con medidas de masa magra y lograrían ser predictores de entorpecimientos asociadas a desnutrición
- ***Evaluación global subjetiva:*** La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, indagando antecedentes personales, familiares, y estados que afecten la fase nutricional, mientras que con el examen físico se busca emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis.

2.4.1.3.5 Instrumento de Evaluación nutricional del anciano.

Se propone instrumentos para identificación de personas con un riesgo nutricional, mediante técnica fáciles y accesibles.

Entre las herramientas más apropiadas para utilizar en personas mayores está el Mini Nutritional Assessment (MNA) que ha sido validado inicialmente en una población geriátrica y ha mostrado una buena correlación con la ingesta, parámetros antropométricos, analíticos, funcionales, tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad. ⁽³⁴⁾

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Este instrumento accede evaluar de una forma rápida el riesgo de malnutrición en ancianos, incluso antes de que se manifestara dicha situación. El MNA se compone de medidas y preguntas simples que pueden realizarse en menos de 15 minutos:

- **Medidas Antropométricas:** Peso, Talla, Pérdida de peso
- **Evaluación Global:** 6 preguntas sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad.

- **Evaluación nutricional:** 8 preguntas sobre el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos y la autonomía para comer
- **Evaluación subjetiva:** Preguntas sobre autopercepción de la salud y la nutrición. ⁽³⁵⁾

2.5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los Adultos Mayores con Depresión leve a Moderada presentan Riesgo de Nutrición.

2.6 SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES:

2.6.1	<i>Unidad de observación:</i>	Adultos mayores
2.6.2	<i>Variable independiente:</i>	Depresión
2.6.3	<i>Variable dependiente:</i>	Estado nutricional

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se utilizó un enfoque Descriptivo transversal cuali-cuantitativo.

- **Descriptivo:** Se detalló a la población en estudio mediante encuestas con muestras probabilísticas, incluyendo trabajos que han utilizado similares métodos con el objetivo de plantear una hipótesis que se haría mención a la encuesta como herramienta para la obtención de evidencia empírica..
- **Transversal:** La descripción del estudio se hace en un único momento temporal, en este caso durante el mes de Junio a Diciembre.
- **Cuali-Cuantitativo:** se diseñó preguntas que lleven a responder la hipótesis planteada, así como la descripción y características del problema social, además de la recolección de datos, el análisis de la misma realizada en excel y la comprobación de la hipótesis mediante el programa epi info.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN.

En esta investigación se trabajará con las siguientes modalidades:

- **Investigación de campo:** Se realizó en el lugar de los hechos, el servicio de Medicina Interna del “Hospital Provincial Docente Ambato” permitiendo seguir una secuencia lógica para formular la propuesta de la investigación.
- **Investigación bibliográfica y documental:** con el fin de complementar la información que nos permitiera procesar y formular las respectivas conclusiones, porque se recurrirá a libros, monografías, tesis de grado, periódicos, folletos y reportes relacionados con el problema, con el propósito de conocer las contribuciones científicas para la mejor elaboración del Marco

Teórico, puesto que se trata de ampliar, profundizar y analizar diferentes enfoques de información escrita, teóricas, conceptos y criterios de diversos actores sobre un determinado problema, con el propósito de conocer el pasado y establecer relaciones, diferencias del estado actual respecto al problema de estudio.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La investigación tuvo un nivel de investigación de tipo descriptivo transversal de periodo. Fue descriptivo en la medida que se identificaron y caracterizaron las variables, transversal ya que apunta a un momento y tiempo definido.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población está formada por todos los pacientes” adultos mayores” del área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato hospitalizados del mes de Julio a Noviembre del 2012. Se reviso los registros de ingresos de los pacientes de 4 meses consecutivos, dando un total de 225 pacientes entre hombres y mujeres, de los cuales fueron excluidos 77 de ellos, al no cumplir con los criterios de investigación, sin embargo se procede a realizar el cálculo la muestra, según la fórmula.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde

N= 225 población

Z α = 1.96 (Siendo una seguridad del 95%)

p= proporción esperada (5%= 0.05)

q= 1-p (1-0.05= 0.95)

d= precisión (3-5%)

Dándonos una muestra de **107**, sin embargo se procede a trabajar con los 148 adultos mayores, aplicando los criterios de exclusión.

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes Adultos mayores de 65 años
2. Hombre y Mujeres
3. Con o sin enfermedades coadyuvante

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Presenten dificultad del habla.
2. Pacientes con enfermedad neurológica avanzada de los cuales no se pueda obtener información
3. Paciente con discapacidad motora, que no aporten a la investigación o que falseen los datos.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente: Depresión.

Concepto	Dimensiones	Indicadores o subindicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
<p>Depresión</p> <p>Tendencia constante hacia un estado de ánimo decaído, exagerando los aspectos negativos de todo lo que sucede y envolviendo a la persona en una sensación continua de tristeza y desmotivación</p>	<p>Grados de depresión</p> <p>Tipo de depresión</p>	<p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Estado</p> <p>Rasgo</p>	<p>Llanto</p> <p>Desinterés</p> <p>Aburrimiento</p> <p>Abandono</p> <p>Tristeza</p> <p>Inquietud</p> <p>Preocupación</p> <p>Agresividad</p> <p>Desmotivación</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Pérdida de apetito</p>	<p>ENTREVISTA (escala de depresión geriátrica Yesavage modificada)</p> <p>Inventario de Depresión Rasgo Rscala (IDARE)</p>

Fuente: Elaborado por: Magali Samira Silva Shiguango

3.5.2 **Variable dependiente:** Estado nutricional:

Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumentos
<p>Estado nutricional</p> <p>Aproximación de la composición corporal de un individuo. determinado por los requerimientos y la ingesta; a su vez influenciados por la actividad física, redes sociales, mental y psicológica.</p>	<p>Nivel de Desnutrición</p>	<p>Riesgo de desnutrición ausente</p> <p>Riesgo de desnutrición presente</p> <p>Malnutrición</p>	<p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>IMC</p> <p>Perímetro Braquial</p> <p>Perímetro de pantorrilla</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Perdido peso</p> <p>Movilidad</p> <p>Problemas psicológicos</p> <p>Enfermedad aguda en los últimos tres meses</p> <p>Problemas neuropsicológicos</p>	<p>ENTREVISTA</p> <p>(Escala de valoración nutricional mini nutritional assessmentmna)</p> <p>Encuesta Preguntas Abiertas</p>

Fuente: Elaborado por: Magali Samira Silva Shiguango.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Las estrategias metodológicas para llevar a cabo la recaudación de la información se basó en la autorización del Director del establecimiento del HPDA para la utilización de la infraestructura, acceso de registros de ingresos mensuales, historial clínico, y acercamiento hacia los Adultos mayores de 65 años hospitalizados en el área de Medicina Interna.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: Mini Nutritional Assessment (MNA), adjuntada preguntas abiertas para evaluar el estado nutricional del adulto mayor, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la Depresión, y el inventario de IDERE para determinar el grado de depresión como estado y Rasgo, con el fin de indagar el problema planteado, y analizar la hipótesis.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida durante la investigación se analizará cuantitativamente mediante la elaboración de tablas y gráficos, se calculará el coeficiente de correlación entre el nivel de depresión y el estado nutricional. Se realizará un análisis interpretativo en el que se explicará la relación existente entre las variables.

Los resultados fueron sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación.

Para lo cual se seguirán los pasos propuestos:

1. Base de datos en EXCEL, junto a las tabulaciones de los resultados obtenidos, posterior a la aplicación de la escala Mini Nutritional Assessment, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage e inventario IDERE
2. Relación entre el estado nutricional y el nivel de depresión mediante pruebas estadísticas analíticas.
3. Diferencia e incidencia de Depresión como Estado y Rasgo, además de su relación con el Riesgo Nutricional.
4. Comprobación de la hipótesis con estadísticas del chi cuadrado
5. Identificación de conclusiones y recomendaciones.

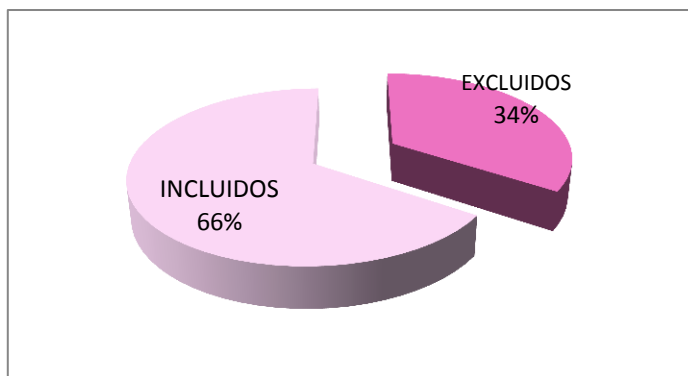
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

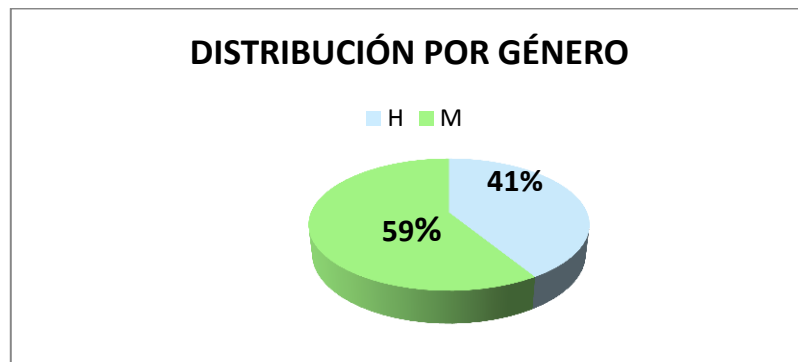
**Ilustración 1. PACIENTES ADULTOS MAYORES, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012**



Fuente: Historias Clínicas Entrevista Directa- Elaborado por M. Silva

Para el estudio se incluyeron todos los pacientes adultos mayores hospitalizados en Hospital Regional Docente Ambato durante el periodo Julio-Noviembre 2012, que totalizaron 225; de estas solo 148 historias clínicas cumplieron los criterios para ser incluidas en el estudio, es decir 66 % del universo. Los pacientes fueron excluidos debido a que presentaron dificultad del habla, enfermedad incapacitante y otros por falta de colaboración.

Ilustración 2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

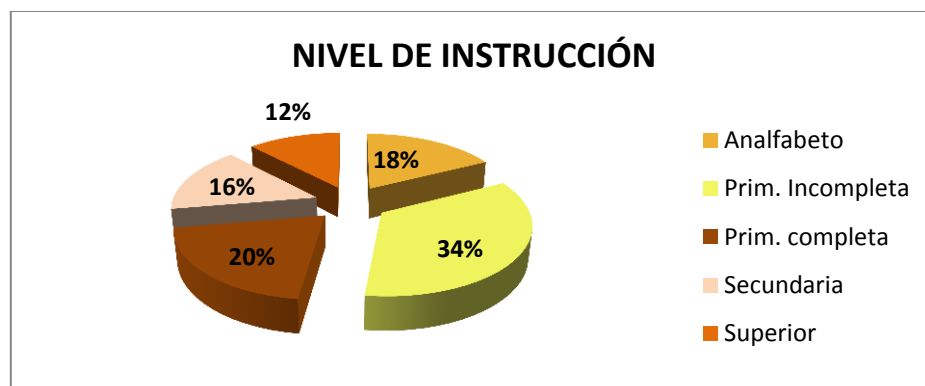


Fuente: Entrevista Directa y/o revisión de Historias Clínicas - Elaborado por M. Silva

De los 148 pacientes Adultos Mayores incluidos en el estudio, 87 correspondieron al género femenino, Encontrándose una relación de 1,42 mujeres por cada hombre.

La edad de los pacientes adultos mayores estudiados independientemente del sexo vario entre 65 y 99 años, con una media de 82 años, dependiendo del sexo, la edad media de Adultos Mayores masculinos fue de 79 años y del sexo femenino de 82 años, señalando que la esperanza de vida es mayor en el sexo femenino.

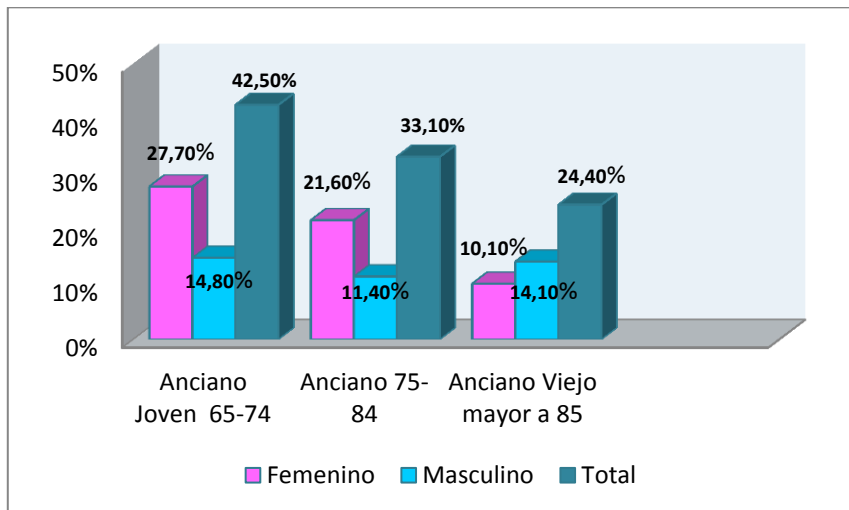
Ilustración 3. POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN EL NIVEL INSTRUCCIÓN, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012.



Fuente: Entrevista Directa - Elaborado por M. Silva

Un indicador a tener en cuenta en la descripción de la situación de vida de un Adulto mayor es el nivel de formación, por estar directamente relacionado con cuantiosos parámetros que establecen formas y hábitos de vida influyentes con la salud. Aunque el nivel pedagógico de las personas Adultas Mayores ha ido en aumento, todavía se conserva una tasa enorme de personas que se sitúan en el analfabetismo. Un nivel educativo bajo resulta concluyente en cuestiones tan destacadas como el bienestar, el estado de salud y las situaciones de discapacidad y dependencia.

Ilustración 4. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES POR GRUPOS DE EDAD Y GENERO, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



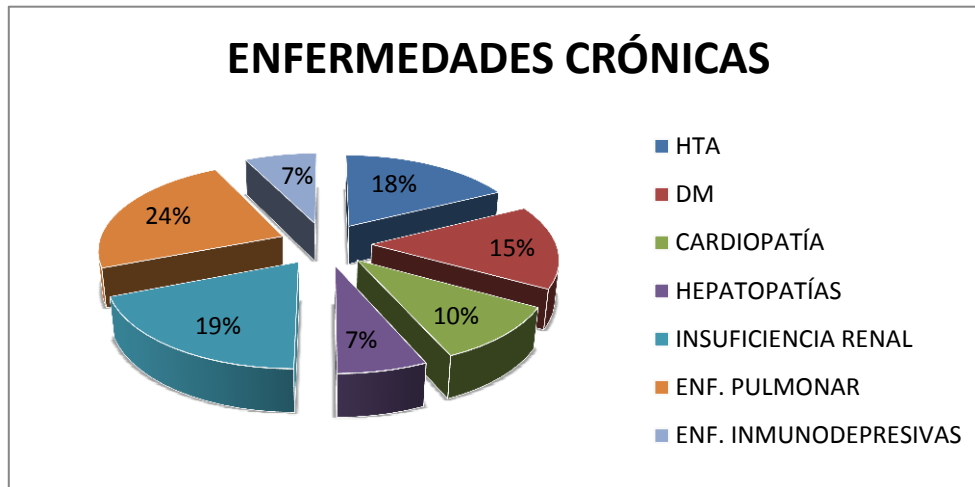
Fuente: Entrevista Directa y/o revisión de Historias Clínicas - Elaborado por M. Silva

La distribución por edad en el adulto mayor es de vital importancia, dado por la ampliación de la expectativa de vida y a la funcionalidad de los diversos órganos y tejidos que conforme avanzan los años producen cambios fisiológicos. El mayor número de adultos mayores se ubicó entre los 65 y 74 años destacándose las alteraciones sensoriales como el sentido del gusto y olfato, el sedentarismo que acarrearán padecimientos crónico-degenerativas. Este grupo de adultos mayores investigados, en general goza de autosuficiencia para realizar las actividades diarias,

sin embargo se encuentra asociado a problemas de estrés y depresión. En adultos mayores de 75 años se genera un periodo de debilidad funcional y la necesidad de ayuda para las tareas básicas diarias o el transporte suelen ser los cambios más destacables debido a que el sedentarismo predomina, por lo tanto el sistema de defensas del organismo en esta etapa disminuye.

La diferenciación por sexo en el adulto mayor es imprevisible, debido a que los valores antropométricos difieren según sexo.

**Ilustración 5. ENFERMEDADES AGUDAS O CRÓNICA EN LOS ADULTOS MAYORES
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012**



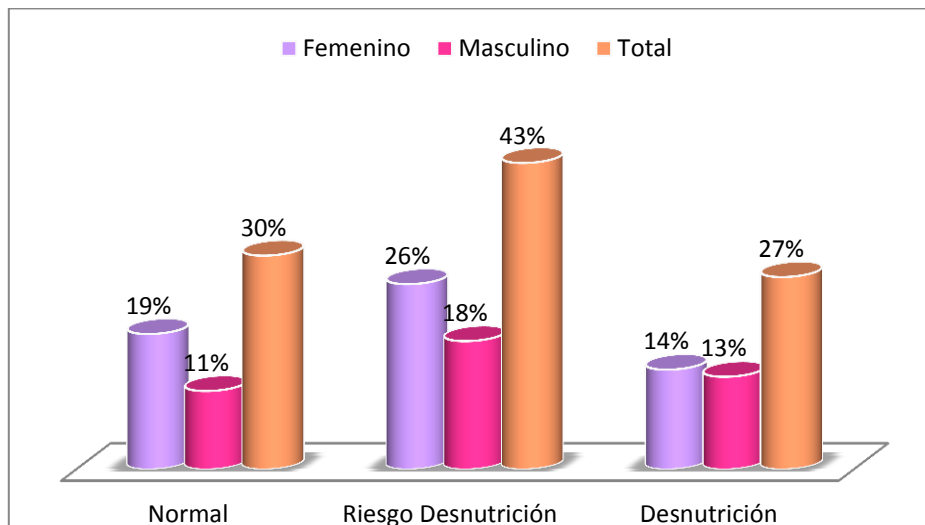
Fuente: Entrevista, Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

Basados en las diferentes publicaciones, los pacientes hospitalizados poseen diversos factores de riesgo para presentar trastornos del ánimo, entre ellos, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como: la hipertensión, diabetes, artrosis, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (asma, gripa y neumonía), y los diferentes tipos de cáncer, están ganando protagonismo presentando altos índices de morbimortalidad en la población.

Con respecto al consumo de fármacos, se observó que los pacientes tienen polifarmacia, lo que se coincide con otros estudios aquellos con polifarmacia mayor, tienen la más alta prevalencia de depresión en este estudio, esto se puede explicar por la relación existente entre polifarmacia y el número de patologías crónicas, siendo éste un factor predisponente para alteraciones del ánimo en el adulto mayor

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Ilustración 6. POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (MNA), SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012.

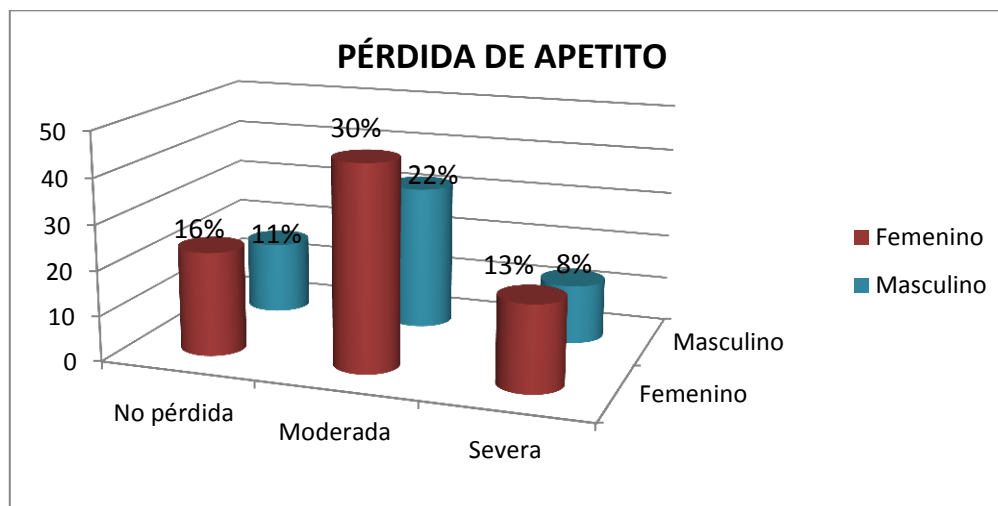


Fuente: Aplicación de la Mini Nutritional Assessment (MNA).- Elaborado por M. Silva

Una alimentación inadecuada en ancianos incrementa la vulnerabilidad del sistema inmunológico, aumenta el riesgo de infecciones, atrofia muscular, niveles altos de azúcar o grasas en sangre, debilidad, apatía, mayor riesgo de fracturas óseas y menor respuesta a la medicación. El envejecimiento determinan modificaciones de los hábitos de consumo alimentario y del aprovechamiento orgánico de los nutrientes. La principal consecuencia de todo ello es un aumento en la frecuencia de individuos con malnutrición global o específica para algún nutriente concreto.

PÉRDIDA DE APETITO

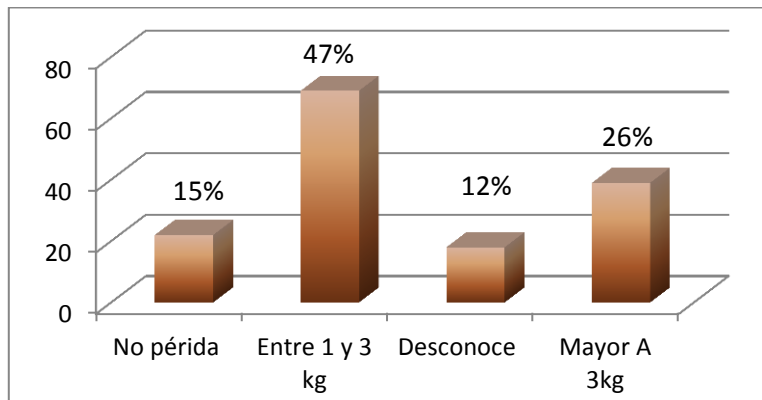
Ilustración 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PÉRDIDA DE APETITO, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (MNA). - Elaborado por M. Silva

Diversos cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento afectan al apetito como la disminución y atrofia de papilas gustativas, la reducción del sentido del olfato, toma de medicamentos, depresión, padecimiento de enfermedades crónicas, bajos ingresos económicos, factores que ocasiona que el anciano coma menos, tome menos proteínas, y nutrientes que desencadenan problemas en el Adulto mayor, además de presentar problemas de masticación, debido a la pérdida de piezas dentarias, u uso de dentaduras mal ajustadas que causan mucho dolor, situaciones que determinan el consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, como sopas y purés, por esta razón se excluyen de la dieta alimentos como cereales integrales, frutas, verduras frescas y carnes, sin embargo en un 27% de la población estudiada no se identifica la pérdida de apetito.

Ilustración 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN PÈRDIDA DE PESO EN ÚLTIMOS 3 MESES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

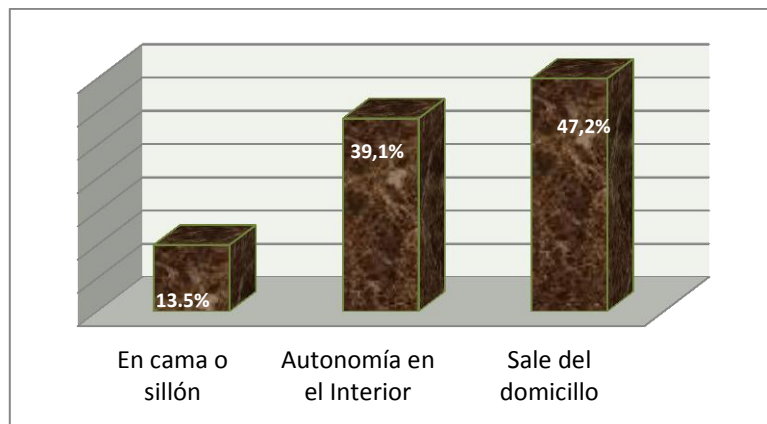


Fuente: Entrevista Directa y/o revisión de Historias Clínicas - Elaborado por M. Silva

La pérdida brusca de peso entre 1 a 3 kilos en un adulto mayor puede ser tan agresiva, por su fragilidad y vulnerabilidad siendo una causa básica asociada a agravar patologías colaterales, inducidas principalmente por alteraciones del sistema inmunitario con una elevada incidencia de infecciones, o menor respuesta orgánica.

MOVILIDAD

Ilustración 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MOVILIDAD SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

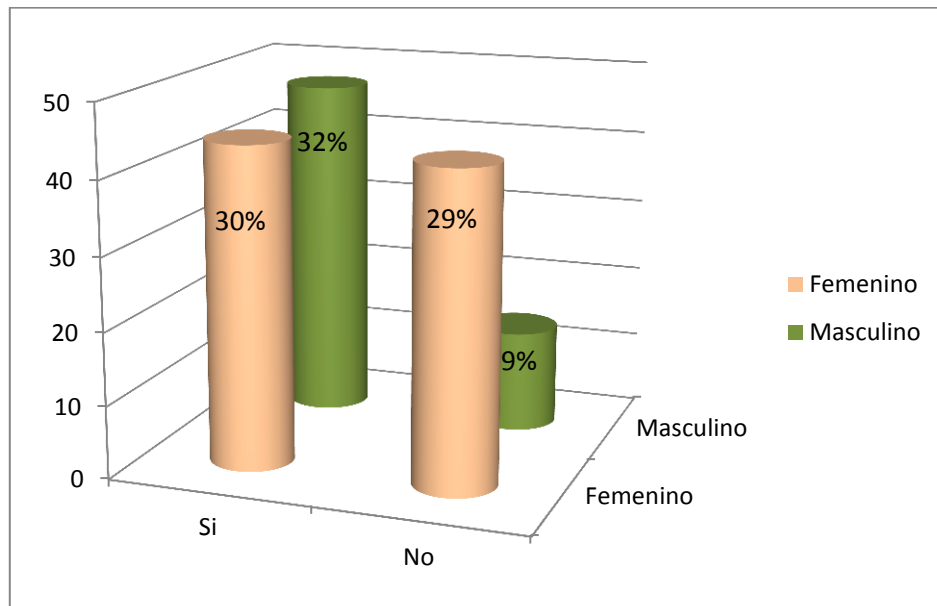


Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (MNA). - Elaborado por M. Silva

La mayor parte de la población investigada presenta trastornos de la locomoción, capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad, llevando a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y en grados avanzados complicaciones, aumento de la morbilidad, constantes estadías hospitalarias e incluso la muerte. En este particular hemos constatado que aquellos pacientes que permanecen la mayor parte del día sentados o encamados son los que presentan mayor tasa de depresión, sin embargo, no fue estadísticamente significativo.

ENFERMEDAD AGUDA O SITUACIÓN DE ESTRÉS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.

Ilustración 10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ENFERMEDAD AGUDA O ESTRÉS SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (MNA). - Elaborado por M. Silva

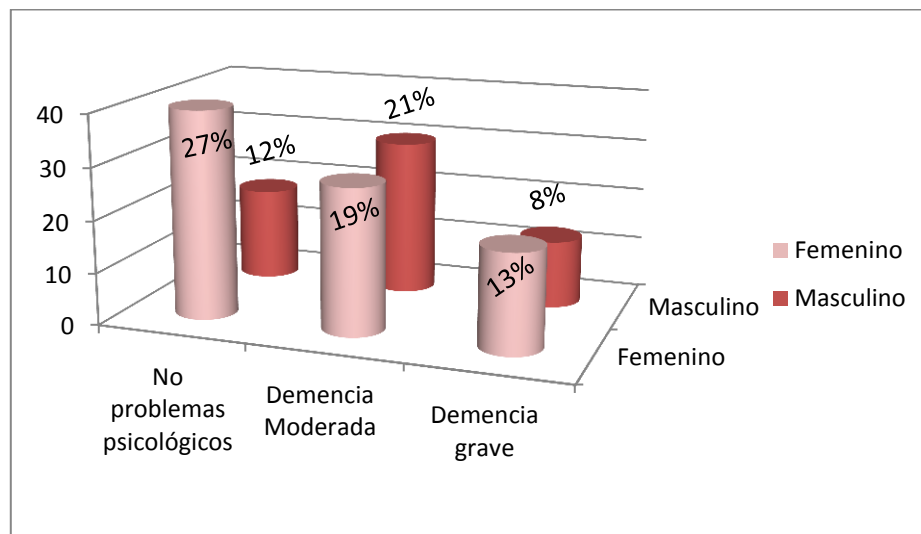
La mayor parte de los adultos mayores refieren haber presentado una situación de estrés psicológico o enfermedades agudas en los últimos tres meses, con un predominio del género masculino sobre el femenino. La principal causa de estrés en

los adultos mayores del HPDA, se genera debido a la soledad en la que se desenvuelven.

Entre las enfermedades agudas más comunes se encontró: resfriados, cefaleas, infecciones de las vías urinarias, cuadros diarreicos, insuficiencia respiratoria. A más de ello existen también descompensaciones, como en el caso de adultos mayores con diabetes e hipertensión, que han necesitado un control y tratamiento más específico, viendo la necesidad del ingreso hospitalario.

PROBLEMAS NEUROPSICOLÓGICOS

Ilustración 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE DEPRESIÓN Y/O DEMENCIA SENIL. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

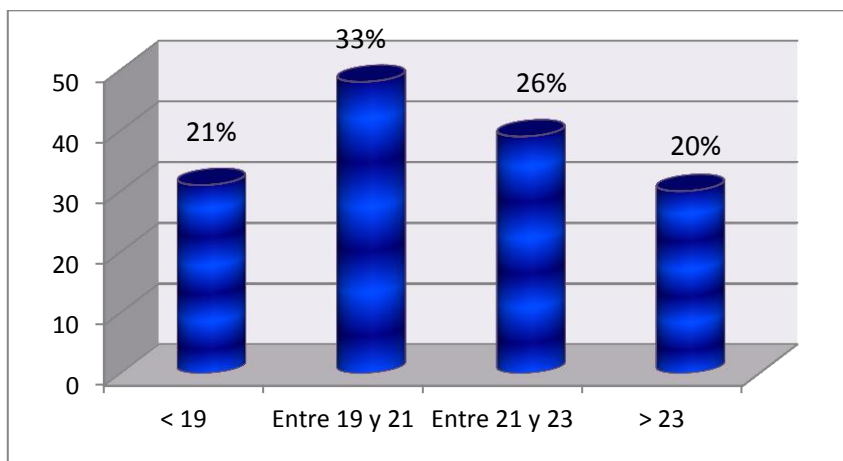


Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (MNA). - Elaborado por M. Silva .

Estos problemas neuropsicológicos en los ancianos encuestados no son detectados ni tratados por el personal de salud, a pesar de que los mismos influyen en el entorno de salud, alimentación y nutrición del anciano, que puede ir directamente relacionado con una disminución del apetito, pérdida de peso y astenia, siendo el personal de salud en nutrición el responsable de buscar alternativas de preparación de alimentos para satisfacer las necesidades en esta etapa de vida.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

**Ilustración 12. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN IMC
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012**

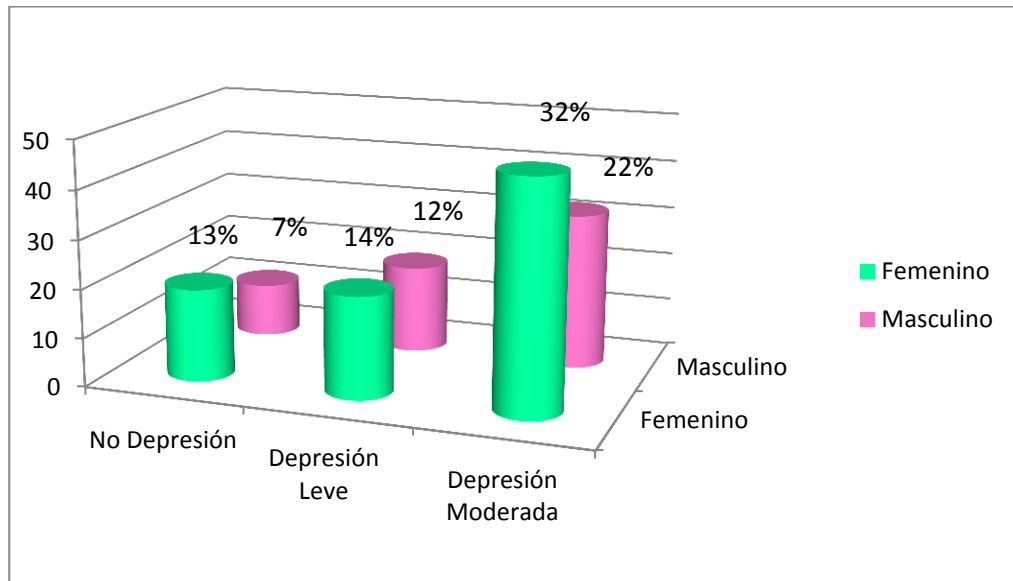


Fuente: Entrevista Directa y/o revisión de Historias Clínicas - Elaborado por M. Silva

Según criterios de la OMS se analizó que el índice de masa corporal menor a 18.5 indica desnutrición y su prevalencia aumenta con la edad, no siendo un dato confiable pero sí de apoyo, identificando la presencia de desnutrición con diferente nivel de intensidad, aspecto que llama la atención y sensibiliza frente a la urgencia de intervención en salud y nutrición en esta población, sin embargo cabe recalcar que es muy difícil determinar una desnutrición simplemente con la valoración del IMC, para lo cual se necesita complementar con otros aspectos.

NIVEL DE DEPRESIÓN: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Ilustración 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN POR GÉNERO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

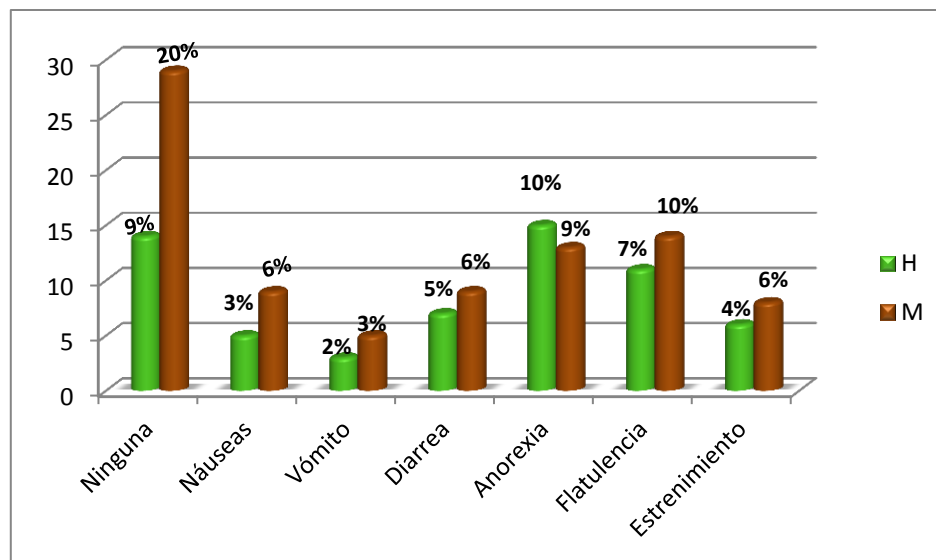


Fuente: Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.- Elaborado por M. Silva

La Depresión en la población investigada es prevalente, siendo un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directa o indirectamente al relacionarse con las patologías presentes en la edad senil). Los adultos mayores del HPDA, servicio de Medicina Interna presentan sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, estado de ánimo deprimido y disminución del interés o de la capacidad de realizar las actividades del día.

PREGUNTAS ABIERTAS

**Ilustración 14. SÍNTOMAS GASTRO_INTESTINALES EN LOS ADULTOS MAYORES
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012**

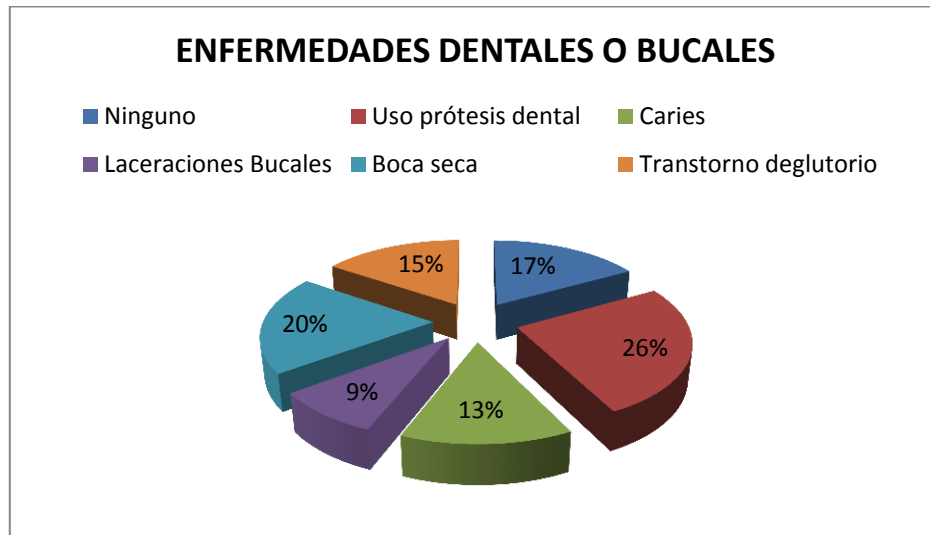


Fuente: Entrevista, Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

Las afecciones digestivas son muy frecuentes en el adulto mayor, por lo cual su diagnóstico requiere de una evaluación exhaustiva que permita sentar las bases para una actuación terapéutica correcta. En función de ello, hay que individualizar al máximo las decisiones, y siempre tener en cuenta las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos.⁴⁹

En este estudio los síntomas digestivos prevalentes con un 19 % es la anorexia, con un predominio del género masculino, seguido de la flatulencia con un 17%, la diarrea con un 11%, el estreñimiento con un 10%, náuseas con un 9%, y vómito con un 5%, sin embargo observamos que un porcentaje significativo que corresponde al 29%, manifiesta no presentar síntomas gastrointestinales, es decir que a pesar de los múltiples cambios ocasionados por el proceso de envejecimiento hay personas sanas.

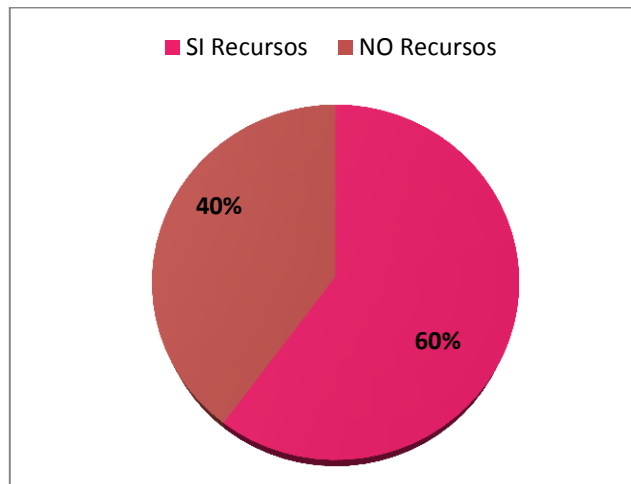
**Ilustración 15.. ENFERMEDES DENTALES O BUCALES EN LOS ADULTOS MAYORES
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO - NOVIEMBRE 2012**



Fuente: Entrevista, Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

En esta investigación se confirma la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. Las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas, por lo que las personas con estas características acuden a estos centros a solicitar el servicio odontológico, por presentar problemas en su capacidad fisiológica bucodental, que además les impide mantener una comunicación social adecuada. Se recomienda entonces que estas necesidades sean evaluadas antes de que afecten su calidad de vida, sin embargo, debido a la creciente demanda de atención de este grupo poblacional en nuestro país, se genera un importante problema de salud pública que debe ser abordado, siendo una de las causas del desbalance nutricional.

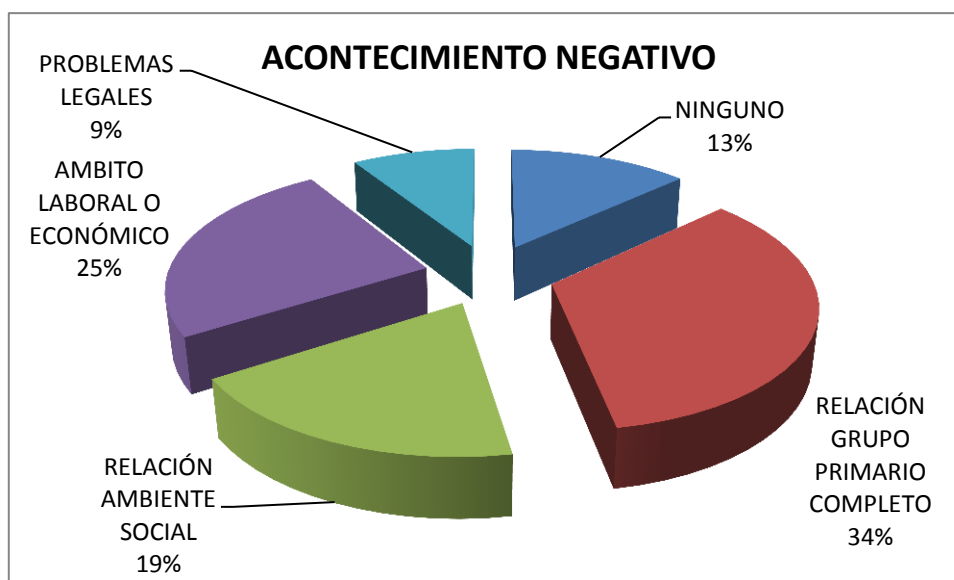
Ilustración 16. ADULTOS MAYORES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista, Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

En relación a la condición socioeconómica obtenida en este estudio el perfil del paciente Adulto Mayor tiene ingresos económicos entre bajo y medio, Estos factores influyen decididamente sobre la condición nutricional del adulto mayor ya que a menor educación e ingresos económicos es más probable que existan limitantes en el acceso a servicios de salud de calidad, o deficiencias en el mantenimiento de adecuadas redes de apoyo familiar y de autopromoción de la salud, lo que determina que el factor económico influye directamente en el estado nutricional.

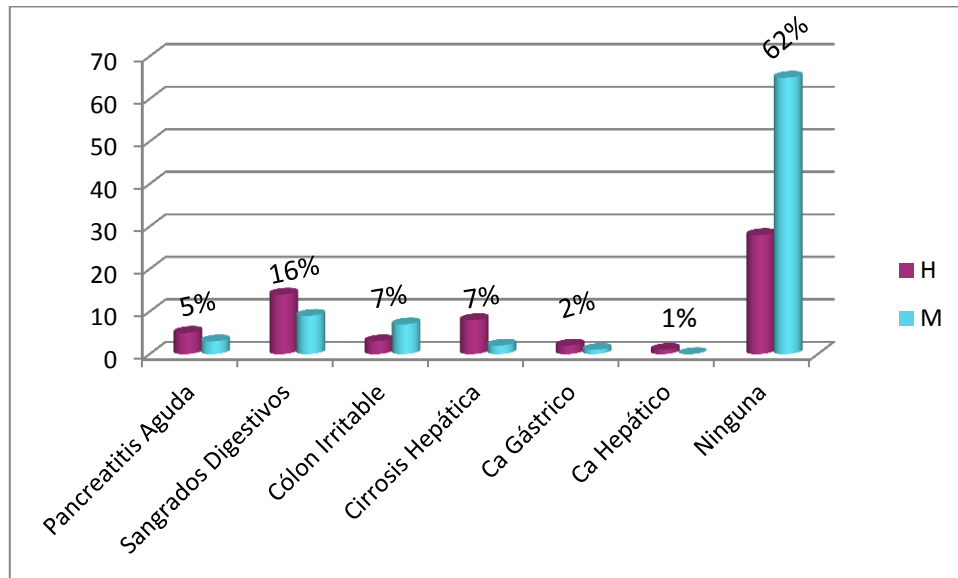
Ilustración 17. SITUACIÓN O ACONTECIMIENTO NEGATIVO EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista, Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado en pacientes predispuestos o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a problemas sociales, legales o económicos puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también un desequilibrio biopsicosocial, siendo el grupo primario completo donde hay un predominio de pérdida de un ser querido, seguida por una situación negativa en el ámbito laboral o económico, problemas sociales y problemas legales, resultando en ocasiones difícil encontrar una respuesta, ocasionando un cambio anímico y por ende una depresión o descuido personal.

**Ilustración .18 ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN LOS ADULTOS MAYORES
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012**

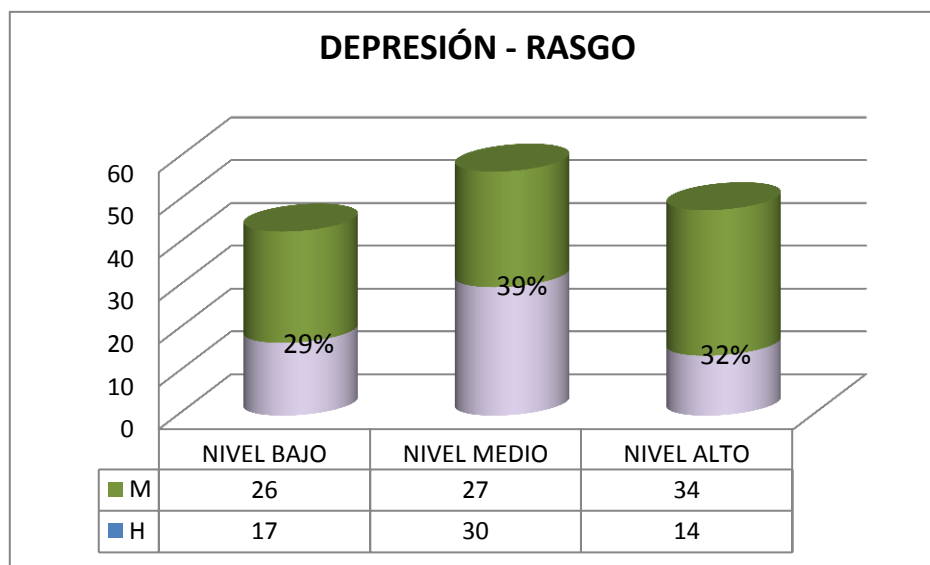


Fuente: Preguntas Abiertas - Elaborado por M. Silva

Las afecciones digestivas son muy frecuentes en el adulto mayor, por lo cual su diagnóstico requiere de una evaluación exhaustiva que permita sentar las bases para una actuación terapéutica correcta. En función de ello, hay que individualizar al máximo las decisiones, y siempre tener en cuenta las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos. La prevalencia de enfermedades Gastrointestinales predominates durante el estudio son los Sangrados digestivos predominando en el género masculino, mientras que en si minoria es el Ca hepático. observamos que la prevalencia de enfermedades gastrointestinales se da en el género masculino, sin embargo vemos que mas de la mitad de la población con un 62% no padece ninguna enfermedad gastrointestinal, habiendo mayor cantidad de mujeres.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO- ESTADO

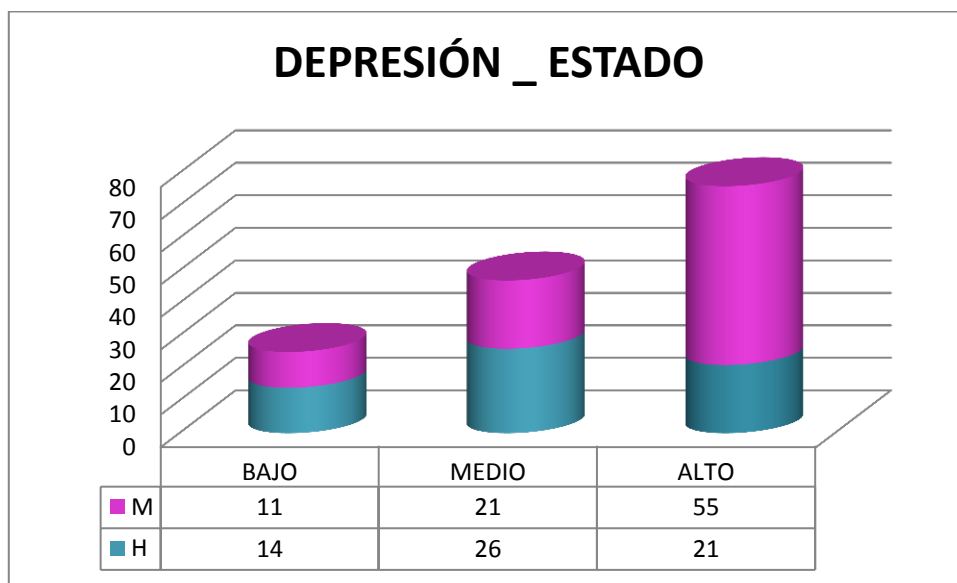
Ilustración 19. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN DEPRESIÓN COMO RASGO, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (TEST IDERE) - Elaborado por M. Silva

La población en estudio mostro un predominio del nivel medio de Depresión como rasgo, con una mayor frecuencia del género masculino, seguido por el nivel alto en un con predominio del género femenino, concluyendo que la depresión como rasgo es perceptible en ambos géneros.

Ilustración 20. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA DEPRESIÓN COMO ESTADO, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (TEST IDERE) - Elaborado por M. Silva

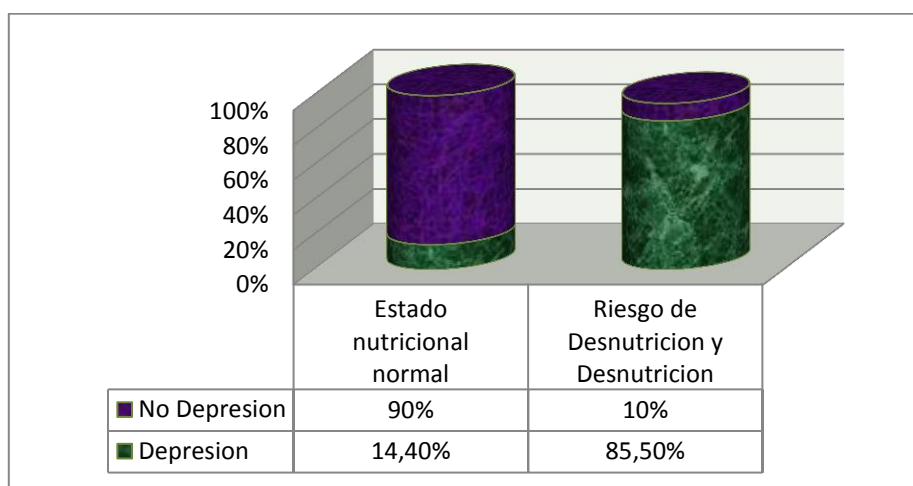
La depresión ha sido uno de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendidos. El abordaje psicológico sobre las relaciones entre la vulnerabilidad personal y los acontecimientos vitales en la génesis de la depresión también han contribuido a aumentar la incertidumbre con respecto al término, ya que se tiende a confundir los factores personales predisponentes con síntomas propios de la depresión, sin que queden delimitadas las fronteras que pudieran diferenciar a una persona que está deprimida de una persona con propensión a deprimirse.

La prevalencia de Depresión como estado en la muestra estudiada fue más predominante en el nivel Alto con un 51.3%, seguido del nivel medio 31.7% y bajo con el 16.8%. Los niveles de Depresión como Estado en relación al género, el femenino fue predominante en un nivel de Depresión como Estado alto, mientras que el masculino en un nivel de Depresión como estado medio.

4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS

RELACIÓN ENTRE RESULTADOS DE VARIABLES.

Ilustración 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

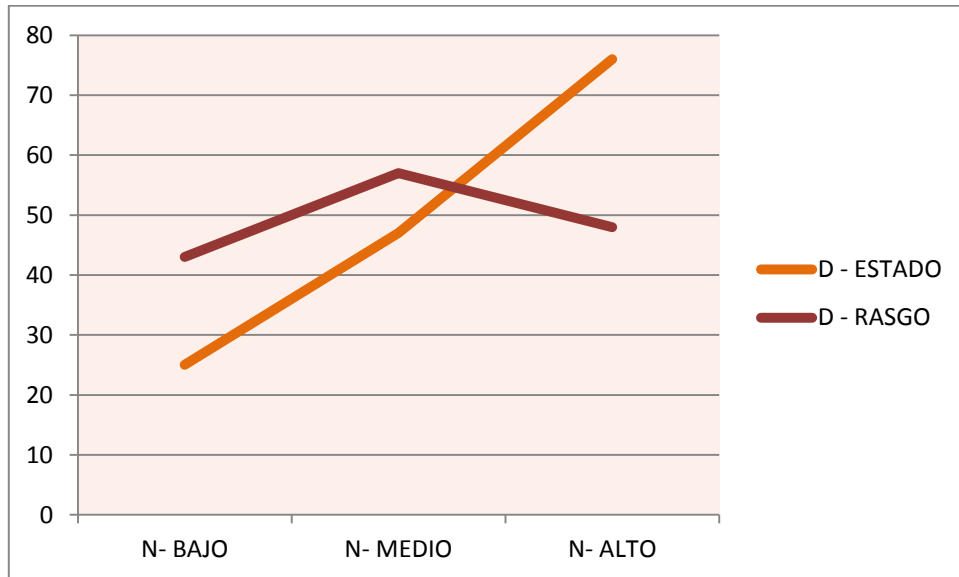


Fuente: Entrevista Directa: Aplicación (MNA) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.-
Elaborado por M. Silva

El estado nutricional de los adultos mayores es particularmente importante debido a su influencia en la capacidad funcional. La desnutrición tiene una grave repercusión sobre la salud de estas personas y puede llevarlas a la pérdida de su capacidad funcional, a la depresión y a una mala calidad de vida. Este estudio confirmó que distintos niveles de depresión se encuentran asociadas a riesgo de malnutrición o malnutrición, la gran diversidad de los factores asociados con el RD en los adultos mayores y puso de manifiesto lo difícil que puede resultar que intervenciones aisladas prevengan esta situación de riesgo en la que vive una gran parte de este sensible grupo de la población.

La hipótesis de cumple debido a que los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor en la población de adultos mayores investigados.

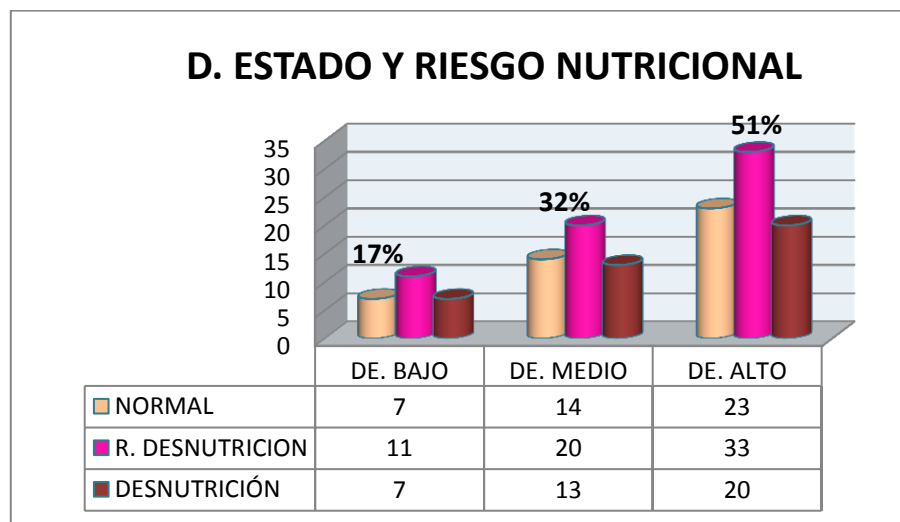
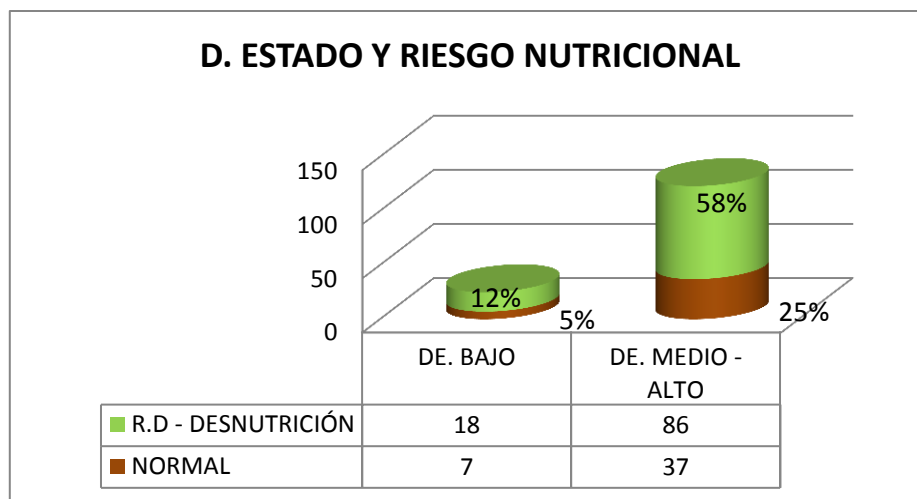
Ilustración 22. CRUZE DE VARIABLE; DEPRESIÓN ESTADO Y DEPRESIÓN RASGO, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Aplicación (TEST IDERE) - Elaborado por M. Silva

En esta ilustración observamos la prevalencia del Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, demostrando que se hace una diferenciación entre la frecuencia de aparición de los síntomas (rasgo) y la afectación que tiene la persona de acuerdo a dicha sintomatología (estado), permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos.

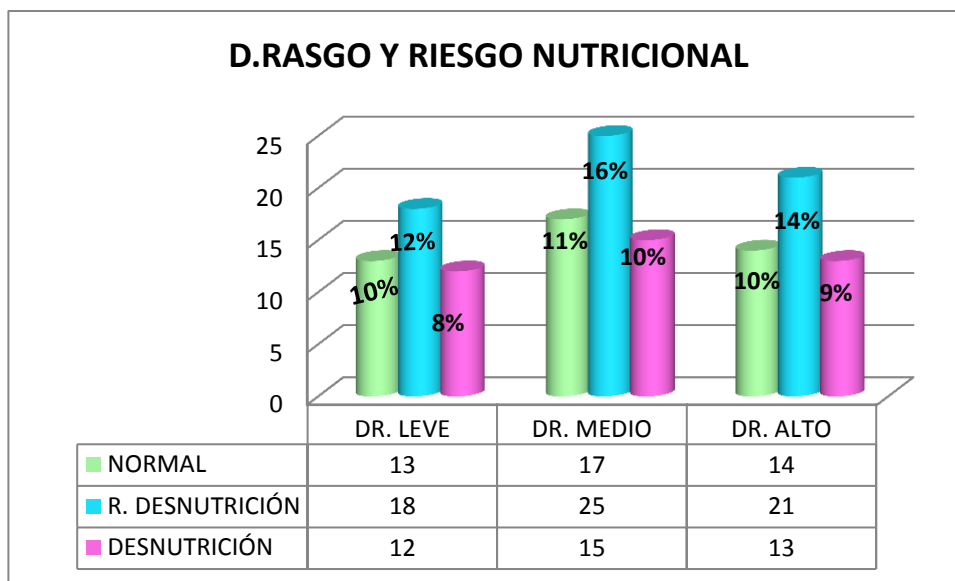
Ilustración 23. RELACIÓN DEPRESIÓN ESTADO CON RIESGO NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HPDA DICIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014



Fuente: Escala IDERE - Escala MNA- Elaborado por M. Silva

Observamos que la población en estudio que padece Depresión como estado, en un nivel alto en un 51%, la misma que esta con influenciada con un riesgo Nutricional. sin embargo en todos los niveles de Depresión como estado vemos que prevalece el Riesgo nutricional sobre la desnutrición.

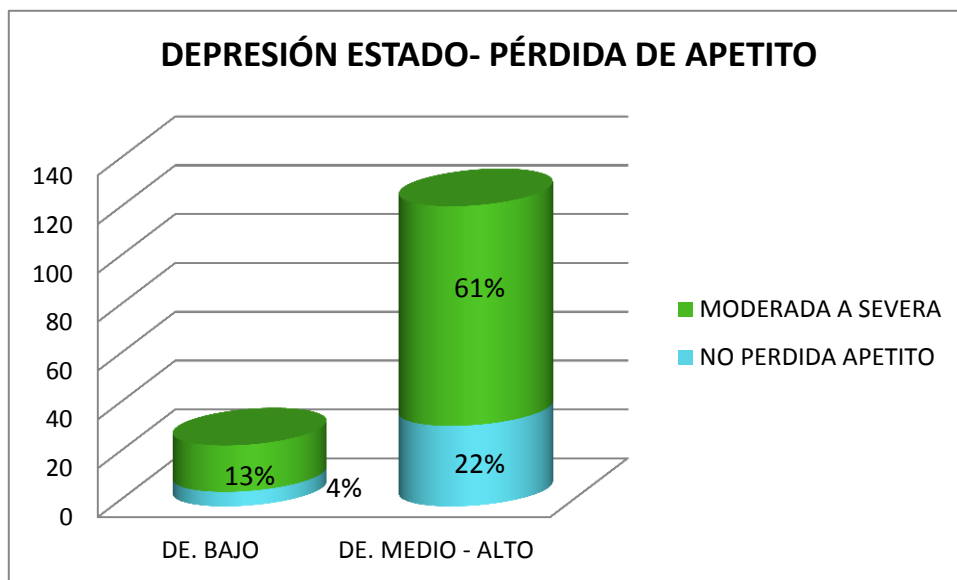
Ilustración 24. RELACIÓN DEPRESIÓN RASGO CON RIESGO NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA DICIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014



Fuente: Escala IDERE - Escala MNA - Elaborado por M. Silva

La prevalencia de Depresión como Rasgo en este gráfico es muy evidente en el nivel medio con un predominio de un Riesgo nutricional con un 16%, y desnutrición en un 10% en Depresión como Rasgo nivel medio, seguido de un riesgo nutricional con el 13%, lo que quiere decir que la Depresión en si, afecta o influye en el Estado Nutricional de un Adulto mayor, lo que a la vez confirma la hipótesis planteada en el estudio donde se menciona que los Adultos Mayores con Depresión presentan una Desnutrición.

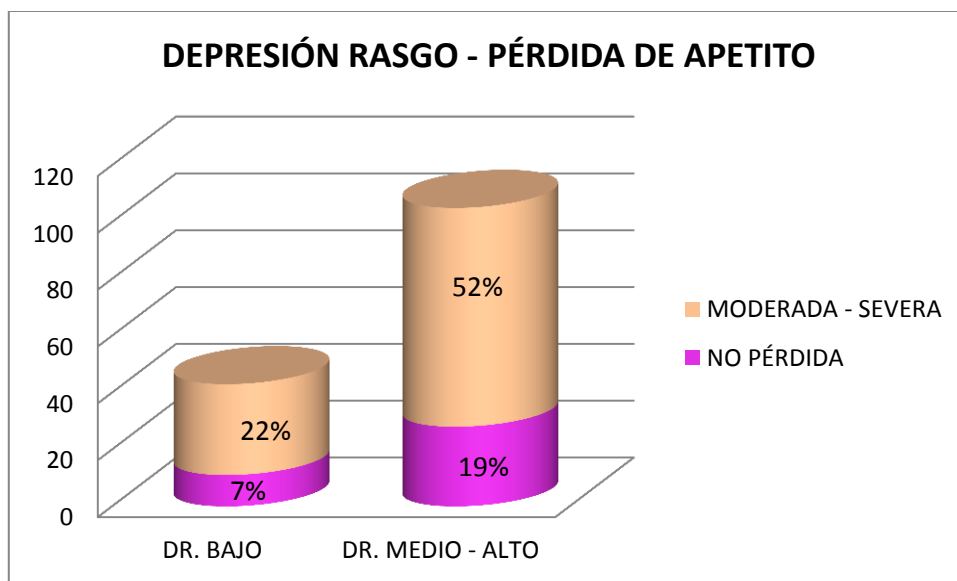
Ilustración 25. RELACIÓN DEPRESIÓN ESTADO Y PÉRDIDA DE APETITO EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA DICIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014



Fuente: Escala IDERE - Escala MNA - Elaborado por M. Silva

La relación entre las variables Depresión Estado y pérdida de apetito, observamos que existe una prevalencia del 63% de pérdida de apetito de moderada a severa en Adultos Mayores con Depresión estado de nivel medio a alto, mientras que el 22% no presenta una pérdida de apetito, concluyendo que existe una relación muy alta entre Depresión como estado y su influencia en el Estado nutricional.

Ilustración 26. RELACIÓN DEPRESIÓN RASGO Y PÉRDIDA DE APETITO EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012

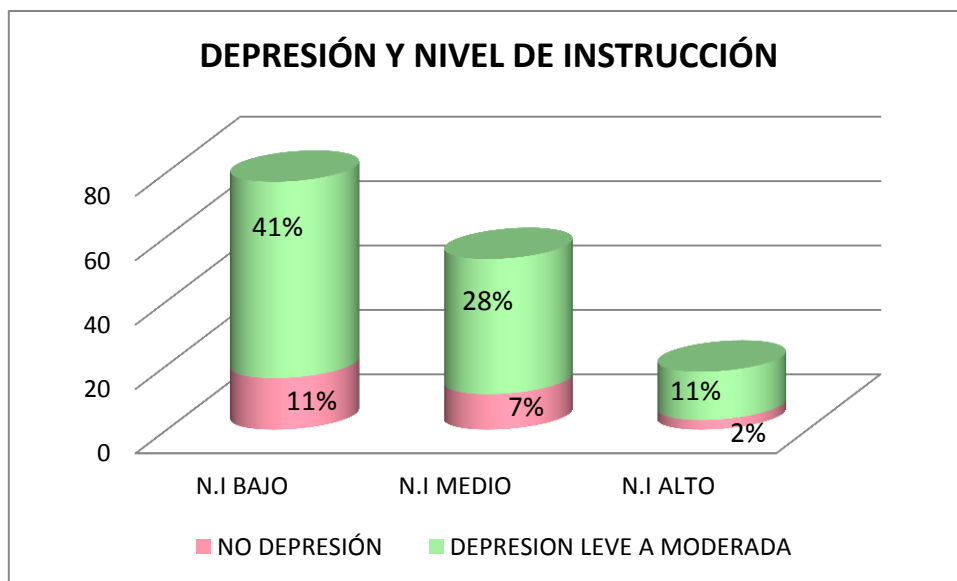


Fuente: Escala IDERE – Escala MNA – Elaborado por M. Silva

Observamos que el 52% de la población Adulto mayor con Depresión Rasgo presenta una pérdida de Apetito de moderada a Severa, mientras que el 19% no presenta una pérdida de Apetito, representando un menor porcentaje en relación con la Depresión como Estado.

En relación al estado civil y depresión, ésta se manifestó con mayor prevalencia en pacientes viudos, en concordancia con la literatura, contrastando con los pacientes casados o convivientes, en quienes la depresión se manifiesta en menor proporción. Incluso, en relación a la compañía, los pacientes que relataron vivir solos presentaban mayor tasa de depresión que aquellos que viven en familia o con la pareja. Ambas variables son estadísticamente significativas, lo que puede hablar de la importancia de la condición de soledad en estos pacientes.

Ilustración 27. RELACIÓN DEPRESIÓN Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HPDA JULIO A NOVIEMBRE 2012



Fuente: Escala de Yesavage – Preguntas Abiertas – Elaborado por M. Silva

El bajo nivel de escolaridad, sin dudas, incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas que engendra la vida cotidiana, y por ende, la frustración de no poder comprender y/o dominar el medio genera depresión en el adulto mayor, que logra adaptarse con dificultades a las exigencias del mundo actual o no logra hacerlo, muchas veces potenciado por su escaso nivel de instrucción, más acentuado en nuestras mujeres añosas, afectadas por la discriminación a que fueron sometidas en la etapa pre-revolucionaria.

4.3 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula que dice HO: Los Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato con Depresión Leve a Moderada no presentan Desnutrición.

Para poder verificar la hipótesis se estratifica a los pacientes según el riesgo y Desnutrición en función de la presencia de Depresión Leve a Moderada.

Tabla N.-6 Relación entre Depresión y Estado Nutricional

Variables	Estado Nutricional Normal	Riesgo de Desnutrición y Desnutrición	Total
No Depresión	27	3	30
Depresión leve a Moderada	17	101	118
Total	44	104	148

Fuente: Aplicación (MNA) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.- Elaborado por M. Silva

Se observó que los porcentajes en cada uno de estos estratos muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí, obteniéndose un chi cuadrado con tres grados de libertad y el 95% de confianza de 8,41 y $p=0,004$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que es, Los Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato con Depresión Leve a Moderada presentan riesgo de Desnutrición.

Hay que recordar que todos no envejecemos de igual forma, hay una gran individualidad, los cambios que ocurren con el envejecimiento van a estar influenciados por muchos factores ambientales, genéticos y que dependen también del modo que tenemos de vivir; y que cultivando hábitos adecuados podemos retardar muchos de estos procesos que por el momento, aún se denominan fisiológicos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

1. Los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor en la población de adultos mayores investigado, ya que de los Adultos Mayores intervenidos en la entrevista el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión.
2. La población de adultos mayores tienen un riesgo de malnutrición, predominando en el género Femenino en todos los casos, limitadamente una escaso porcentaje de adultos mayores estudiados presentaron un estado nutricional normal. Una alimentación inadecuada en ancianos incrementa la vulnerabilidad del sistema inmunológico, aumenta el riesgo de infecciones, sumado los cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento determinan modificaciones de los hábitos de consumo alimentario y del aprovechamiento orgánico de los nutrientes.
3. La cuarta parte de los Adultos Mayores investigados, presentan un nivel de depresión de moderada a intensa según las determinantes evaluadas con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
4. Existe una prevalencia del Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, demostrando que se hace una diferenciación entre la frecuencia de aparición de los síntomas (rasgo) y la afectación que tiene la persona de acuerdo a dicha sintomatología (estado), permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar al personal de salud y a la población en general sobre la situación actual de los adultos mayores en nuestro país.
2. Formar grupos multidisciplinarios de salud en centros y sub centros de salud, hospitales que incluya médico geriatra, nutricionista y psicólogo para una evaluación integral de adulto mayor.
3. Gestionar con las autoridades del HPDA para la creación de centro de apoyo en donde los adultos mayores puedan realizar actividades y ejercicios en un ambiente cómodo y apto según sus necesidades.
4. Realizar un programa de difusión dirigida a los estudiantes sobre la problemática actual que atraviesan los Adultos Mayores, con ayuda de afiches, folletos y conferencias el mismo que aporte recomendaciones necesarias, en lo que se refiere a porciones diarias, textura, combinación de alimentos según las diversas patologías que en este grupo de edad son más frecuentes.
5. Se recomienda hacer en el futuro nuevas investigaciones haciendo hincapié en otros factores que influyan en el desarrollo de riesgos nutricionales en los Adultos mayores.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TÍTULO

Programa de Difusión para la prevención y control de los factores de riesgo Nutricionales en pacientes Adultos Mayores dirigidos a los Estudiantes.

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

- Universidad técnica de Ambato

6.1.3 BENEFICIARIOS

- Estudiantes de Medicina
- Adultos mayores

6.1.4 UBICACIÓN

- Universidad técnica de Ambato.
- Centros de atención de salud

6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que de ser factible se encontrara en permanente aplicación.

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:

Mi persona, y equipo voluntariado.

6.1.7 COSTO:

La propuesta tiene como presupuesto un total de 100 dólares que será invertidos en impresiones de afiches, realización de carteles y material audiovisual para conferencias, además en la elaboración de medidas preventivas e informativas (folletos) que se repartirán a los estudiantes presentes.

6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA.

El trabajo que se realizó en HPDA, del servicio de Medicina Interna constituida por 148 Adultos Mayores, cuya metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), parámetros antropométricos, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el test de IDERE estableciendo la Depresión como Estado y Rasgo.

Cuyos resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación realizada en las áreas de Consulta externa, Emergencia y Hospitalización del HPDA, son una muestra clara de esta problemática, el trato homogenizado que reciben los pacientes que no son considerados su situación de vulnerabilidad, los obliga a madrugar o dormir en la Institución y conseguir un turno para la atención de su quebrantada salud.

La inexistencia de una estrategia adecuada a las necesidades de los Adultos Mayores, la atención preventiva de salud, y la atención social que lo necesitan, nos estimula a trabajar conjuntamente para formar un sector de recursos, acciones y de servicios destinados a la atención Integral, donde además se incluirá a la familia y a la

comunidad, para promover actividades que permita al Adulto Mayor mantenerse activos suscitando un envejecimiento satisfactorio .

El documento del NICE analiza que si se mejorara la atención nutricional de los pacientes (cribado universal, evaluación y tratamiento) y se aplicara se conseguiría tener pacientes mejor nutridos con una clara reducción de las complicaciones tales como infecciones respiratorias secundarias, úlceras por presión, abscesos de la herida y la insuficiencia cardíaca. Las estimaciones más conservadoras de la menor cantidad de ingresos y reducción de la permanencia de los pacientes ingresados, la reducción de la demanda de atención por el médico de cabecera y consultas externas indican un importante ahorro que podría ascender.

Estas son algunas de las posibles razones que nos permiten emitir un mensaje claro, “INVERTIR EN EL CUIDADO NUTRICIONAL PRECOZ ES INVERTIR EN LA SALUD DE LOS CIUDADANOS Y PERMITE AHORRAR COSTOS”.

Desde este punto de vista el desarrollo de un programa de prevención y control de factores de riesgo nutricionales en adultos mayores, dirigido a los estudiantes es una alternativa que debe ser tomada en consideración para superar esta problemática.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Formar un equipo responsable para el diseño de medidas preventivas que conlleve un procedimiento estandarizado de valoración nutricional, dirigida a la Prevención, formación, Evaluación, Tratamiento y monitorización de los Adultos Mayores.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar, al equipo multidisciplinario; la Formación en nutrición necesaria para detectar pacientes en riesgo de desnutrición y establecer las medidas pertinentes para su resolución.

- Implementar métodos de Evaluación de la desnutrición relacionada con la enfermedad
- Establecer medidas encaminadas a disminuir factores de riesgo modificables
- Desarrollar protocolos de Tratamiento Nutricional en centros de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de ancianos y distintos niveles asistenciales
- Estandarizar un plan de Monitorización de los cuidados y tratamientos nutricionales imprescindible en la evolución del paciente desnutrido.

6.5 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD

La propuesta es factible desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, se dispone del diseño del manual.

6.6 FUNDAMENTACIÓN

6.6.1 Introducción.

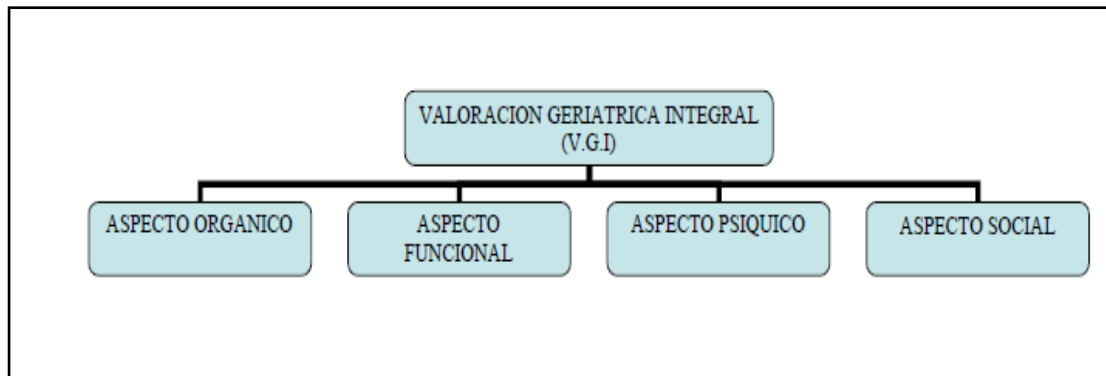
Las intervenciones destinadas a prevenir y controlar condiciones asociadas a la edad avanzada están en demanda, no sólo debido a un imperativo demográfico, sino también como resultado de factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida, que nos ponen frente a una población que envejece con mayor rapidez, comparada con la de los países desarrollados.

En cumplimiento de esta función se propone establecer un “ programa de difusión” dirigida a los estudiantes con el fin de que concienticen la realidad actual de los Adultos mayores, fortaleciendo la capacidad de la atención y poder responder más eficientemente los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores, así como el inconveniente de desnutrición.

Contando así con eventos de promoción, difusión y programas de retención de estudiantes dentro de las universidades, mismos eventos que resultan muy buenos para que estudiantes, familiares y los mismos Adultos Mayores se beneficien de un sistema de apoyo informativo.

6.6.2. Valoración Geriátrica Integral

Tabla N.- 7 Valoración Geriátrica Integral



Fuente: Valoración Geriátrica integral MSP_ elaborado por M.Silva

La Evaluación Geriátrica Integral es el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía

La interacción de distintos aspectos, tanto clínicos, físicos, funcionales, psicológicos, espirituales y sociales que presentan los adultos mayores requieren de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional sino de la interacción de varios en lo que se ha dado en llamar “El Equipo Multidisciplinario de Valoración Geriátrica Integral”.

6.6.3 Valoración Nutricional

Es básico conocer el estado nutricional de las personas mayores, los aspectos dietéticos, socio – económicos, funcionales, mentales, psicológicas y fisiológicas, siendo indispensable disponer de un equipo interdisciplinario que participe en la identificación etiológica de las enfermedades.

La valoración clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo, información adicional de la dieta habitual, los cambios en la ingesta, el peso, así como la capacidad funcional del individuo, incluyendo Antropometría, Parámetros hematológicos y Parámetros bioquímicos, además de Identificar las escalas e indicadores para la evaluación del estado nutricional de las personas mayores.

6.6.4 Etapas de la Valoración Geriátrica Integral.

1. **Pesquisaje:** se identifica los problemas en términos Generales.
2. **Intermedia:** consiste en identificar los mecanismos causantes del problema, en este punto se establece la terapia o estrategia adecuada a aplicarse al paciente.
3. **Evaluación Exhaustiva:** consite en la identificación precoz del problema, estableciendo el programa de difusión dentro de la universidad.

6.6.5 Evaluación.

Existe un test que nos sirve como indicador para la identificación de personas con factores de riesgo. Puede hacerse en el entorno comunitario y también orientarse hacia aquellas personas mayores con discapacidad y dependencia funcional.

TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS

PROBLEMA	ACCIÓN	RESULTADO
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: "Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse".	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: "¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg.
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿Salir de compras? 4. ¿Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas

Fuente: Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor

VALORACIÓN NUTRICIONAL

ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL (Mini nutritional Assessment MNA) TAMIZAJE

A.- ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?

- Severa 0 pérdida del apetito
Moderada 1 pérdida del apetito
Ausencia 2 de pérdida del apetito

B.- ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?

- Mayor de 0 3kg o 6.6 lbs
No 1 conoce
Pérdida 2 entre 1 y 3kg
No existe 3 pérdida de peso

C.- Movilidad

- En la 0 cama o en silla de ruedas
Puede 1 salir de la cama o la silla, pero no afuera
Puede ir 2 afuera

D.- ¿Ha sufrido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses?

- Si 0 No 2

E.- Presencia de problemas neuropsicológicos

- Demencia 0 o depresión severas
Demencia 1 moderada
Ausencia 2 de problemas psicológicos

F.- Índice de masa Peso kg____ Talla mt____ IMC ____

- IMC 0 menos de 19
IMC 1 entre 19 – menor a 21
IMC 2 entre 21 – menor a 23
IMC 23 o 3 mayor

NOTA:

Puntaje total ____

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos

Fuente: Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor

6.7 METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO.

Fase de Planificación	Metas	Evolución	Presupuesto	Recursos
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Cumplimiento del 100% de la propuesto en un tiempo corto	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	Depende de los que intervengan en la ejecución de la propuesta	Solicitud, autorización y permiso a las autoridades
Fase de Ejecución	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
Capacitación al personal responsable Diseño fichas personales y medidas antropométricas Diseño de tamizaje de condiciones geriátricas Medidas preventivas para los pacientes integrantes	Aplicación de diseño de tamizaje de condiciones geriátricas	medidas antropométricas Indagar problemas de visión, audición, movilidad, incontinencia urinaria, nutrición, memoria, depresión, e incapacidad física	\$ 100 Para material didáctico y los test y cribaje aplicables a los A.M	Conferencias a Estudiantes Trípticos y material de apoyo Plan de medidas preventivas e informativas
Fase de evaluación	Metas	Evaluación	Presupuesto	Recursos
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta	Cumplimiento Del 100% de la propuesta	Encuesta de evaluación	10.00	Información obtenida por las encuestas realizadas a estudiantes.

6.8 ADMINISTRACIÓN

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:



6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Preguntas básicas	Explicación
1. Quiénes solicitan Evaluar?	Investigadora: Magali Samira Silva Sh.
2. Porqué Evaluar?	Identificar y Cuantificar los problemas físicos, funcionales, nutricionales mentales, sociales que afectan a los A.M
3. Para que Evaluar?	Con el propósito de desarrollar un programa de Difusión dirigido a los estudiantes, para concientizar la realidad actual de los Adultos Mayores, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos.
4. Que Evaluar?	Las condiciones geriaticas; visión, audición, movilidad, incontinencia urinaria, nutrición, pérdida de peso, memoria, depresión, e incapacidad física.
5. A quién Evaluar?	A los Estudiantes, posterior a la realización de los eventos de difusión
6. Cuando Evaluar?	Aleatoriamente a los estudiantes después de ser capacitados.
7. Como Evaluar?	Desarrollando una encuesta de valoración.

A. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA.

1. Almeida Andrade, Jorge. Incidencia de Bailoterapia en el estado de ánimo de los grupos de los Adultos Mayores. Sangolqui; Enero 2011. P: 1-110.(3)
2. Andrade Trujillo, Catherine.A. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Riobamba; 2011.(6)
3. Ávila.Funes. J.A, Aguilar.Navarro.S, Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México; vol5, 2006. (9)
4. Capunay Chafloque, José; Figueroa Alvarado, Marcos y Varela Pinedo, Luis. Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Médica. 1996, vol.7, n.4, pp. 172-177. (30)
5. Centurión.Laura, Aparicio Vizuete Aránzazu, Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid, España, 2010; p23-56. (8)
6. Cuesta Triana.F, Valoración Nutricional en el Adulto Mayor, Servicio de Geriátria.Hospital Clínico San Carlos. Madrid, Medicine. 2006. (49)
7. Dapcich V, Medina Mesa R. Escalas de evaluación rápida del estado nutricional. En: Muñoz M, Aranceta J, Guijarro J.L, editores. Libro Blanco de la alimentación de los mayores. Buenos Aires; Madrid, 2008. (48)
8. Dechent.Claudia.R, Depresión geriátrica y trastornos cognitivos, 2da Ed, Chile, 2013. (26)
9. Del Risco Airaldi, P.M, Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor, 2da ed, Perú, 2007. (27)

10. Dosil, A, Dosil C.; Leal, C. y Neto, S. Estado Nutricional de Ancianos con deterioro. Grupo de investigación del Complejo Terapéutico Gerontológico; España, 2013; Volumen (2):p 23-89. (11)
11. Douglas C. Nance, Depresión en el adulto mayor, instituto de geriatría, 2012. (29)
12. Faini, Claudia, la terapia sistémica, Tratamiento para trastorno depresivo mayor, Quito- Noviembre 2010. (34)
13. García, J.C. Análisis del Bienestar Adulto mayor en México, Maestría en población y desarrollo;vol 1, México, 2008. (16)
14. Gómez Pavón.J,El anciano frágil Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud, vol 1, España, 2010. P1-23. (23)
15. González Aime, Veranes Amador, García Hernández Adys, Valdéz Katia. Estado nutricional en personas mayores de un área de salud del municipio Mariel. 2012; Volumen (7):p 1-18. (10)
16. Gutierrez.L.M, Nutrición del anciano, Num. 45, México 2011. (44)
17. Hernández Rodríguez.Yunit. Revista Médica, 2010; pp: :57-71. (46)
18. Hernández Rodríguez Yunit, Linares Guerra Maria.E. Estado Nutricional del Adulto Mayor en un área de salud de la ciudad de pinar del río . Rev Cubana AlimentNutr. 2012; Volumen 1:p16-44. (7)
19. Krupzkaya ivanova. Programa de actividad física para el mejoramiento de la motricidad en el adulto mayor. Volumen 1. Ed amigos de los años dorados. Sangolqui; 2011. (12)
20. Llaca Martínez.C Ordorica, Cambios en la estructura por edad de la población. Demos, vol 10, 2010. (19)
21. López Trigo J.A, La depresión en el adulto mayor, Centro municipal Tercera edad, Área de bienestar social.2011. (35)
22. Martín.P.M, Cuesta Triana.F, Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología,Vol. 41, Nº. 6, 2006. (45)

23. Martínez Hernández Olivia, Depresión en el Adulto Mayor, Revista Médica Electrónica 2007;pp: 12-29. (28)
24. Martínez Larrea, J.A. Envejecimiento normal y trastornos mentales, funcionales y principios generales de la asistencia psiquiátrica. Gerontopsiquiatría. 2009; Volumen (1). 1ed: p 1-34. (2)
25. Pinar del Río, Estado nutricional del adulto mayor en un área de salud de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. Julio, 2011. (47)
26. Rabat Restrepo J. Suplementos nutricionales, Blanco AI, editores. Nutrición en Atención Primaria. Madrid: Jarypo; 2001. (41)
27. Revista "Sesenta y Piquito, publicación semestral del Centro de Experiencia del Adulto Mayor, de la Fundación Patronato Municipal San José, Edición 1, 2006. (13)
28. Ruth Lucio, Econ, MSc, Nilhda Villacrés, MD, MSc, Rodrigo Henríquez. La población del Ecuador envejece. 2011; Volumen (6): p1-45. (15)
29. Sánchez.García.S, Frecuencia de los síntomas depresivos, entre adultos mayores de la Ciudad de México, N. 35, México, 2012. (39)
30. Soliz Carrión, Doris. Agenda de igualdad para Adultos Mayores. Volumen 1. 2da. Edición. Quito; 2013.(4)
31. Sosa Ana Luisa, Gonzales Héctor, Depresión en el Anciano, Hospital Español de México, Tópicos de gerontología, Ed 2; Editorial Serie de Científicas de la FES Zaragoza, México 1998. (25)
32. Tapia.Mejía.M.S, Depresión en el Adulto Mayor con Enfermedad Crónica, Xicohtencatl 1502 Sur, vol 2, Colombia, 2007. (38)

LINKOGRAFÍA

1. Contreras, Ana Lucía. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. Rev Med Hered [online]. 2013, vol.24, pp. 186-191. (5) Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci...pid...130X2013000300002

2. Galván E. Fernández y J. Fonseca, Síntomas residuales en el anciano con depresión, Medicina Familiar y Comunitaria, Elsevier España, S.L. y SEMERGEN, 2013. (40) Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S1138-3593\(13\)00017-8.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S1138-3593(13)00017-8.pdf)
3. García Felipe Ramón, Comportamiento de Depresión en el Adulto Mayor, Policlínico Docente Mártires de Calabazar, La Habana, Cuba, 2007. (37) Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/comportamiento-consumo-de-vegetales-adolescentes/>
4. Grinan Peralta, Ileana Antonia; Cereme Lobaina, Elvia y Matos Lobaina, Calidis. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. MEDISAN [online]. 2012, vol.16, n.8, pp. 1241-1248. ISSN 1029-3019. (18) Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000800008&script.
5. Guía de orientación para atención y comprensión psicológica en la edad avanzada, Una nueva etapa de vida, Consejo Directivo Fundación del empresario Chihuahense, A.C, México. 2010. (21) Disponible en: www.fechac.org/pdf/.../guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.
6. Johnson, J. Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. (EEUU) 2005; PP: 66:93. (17) Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975197
7. Márquez Cardoso, E; Soriano Soto, S; García Hernández, Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados Publicado en Aten Primaria, vol.36, núm 06, 2005. (27) Disponible en: www.elsevier.es/es/.../atencion-primaria.../depresion-adulto-mayor-frecu.
8. Ministerio de Salud. Programa de atención integral del adulto [Internet]. Chile: 2014. (1) Disponible en: web.minsal.cl/.../Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%2
9. Miranda C, Fernández-Santos, Depresión en el anciano, Centro de Salud "Palomarejos". 2002; PP: 28-31 Toledo, 2010. (32) Disponible en: www.mgyf.org/medicinageneral/enero2002/28-31.pdf

10. Moreno, c. Lopera, R. Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo, 2011, (33) disponible en: [en línea] <http://www.neurociencia.cl/docs/articulos/sub/59.pdf> 2011-05-08
11. MsC.Odalys.María, Álvarez.Guerra.Beatriz, Ulloa.Arias.Jesús, Fernández Duharte.Teresa Castellanos Carmenatte y MsC. José E. González de la Paz, Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. Medisan 2011; pp: 511-518. (50)
Disponible en: www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?...articulo..
12. Quetzal Coatl Hernandez Cervantes, Depresión del adulto en plenitud, Escuela de enfermería y salud pública, vol 3, 2010. (31) Disponible en: www.enfermeriaysaludpublica.edu.mx/13/descargas/Milenaria-a2-n2.pdf
13. Rioseco Pedro. El envejecimiento poblacional desafío para Ecuador hacia el 2025. [Internet]. 2011; Volumen (1):p1-22. (14) Disponible en: www.sierramaestra.cu/mundo/6670
14. Salech Felipe, Jara. Rafael. Cambios Fisiológicos asociados al envejecimiento. [REV. MED. CLIN. CONDES [Internet]. 2012; Volumen (1): p 19-30. (24) Disponible en: www.clc.cl/Dev_CLC/media/.../2012/.../Cambios-fisiologicos-5.pdf
15. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Valoración Nutricional Del Anciano. Barcelona: 2007. (42) Disponible en: http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/senpe_valoracion_nutricional_anciano.pdf
16. Valero.M. A. Diaz, L. Jiménez.A.E, herramientas recomendadas por la ASPEN y la ESPEN equiparables en la valoración del estado nutricional, 2011, PP: 5-2°. (43) disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n4/05HerramientasAspen.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

1. SCIELO Chong A. [Base de datos en línea]. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Habana:Revista Cubana de Medicina General Integral; 2012. [citado 9 de Abril 2014]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000200009&lng=es&nrm=iso
2. SCIELO Morfi Samper Rosa. [Base de datos en línea]. La salud del adulto mayor en el siglo XXI; Rev Cubana Enfermer v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005. [citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319200500030001&lang=pt
3. SCIELO Pérez V, Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Habana:Revista Cubana de Medicina General Integral; 2008. [citado 8 de Abril 2014]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es&nrm=iso
4. SCIELO Seclén Santisteban, Segundo. [Base de datos en línea]. Los programas de atención para el adulto mayor; Rev Med Hered v.13 n.1 Lima ene.;2002. [citado 10 de Junio 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2002000100001&lang=pt
5. SCIELO Vázquez F, Blanco V, Torres Á. [Base de datos en línea]. La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. Murcia: Anales de Psicología; 2014. [citado 9 de Abril 2014]. Disponible en:<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.138931>

ANEXO #1

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA.

OBJETIVO:

- Determinar el nivel de depresión y su influencia en el estado nutricional en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de clínica del Hospital Provincial Docente Ambato de Julio a Noviembre del 2012

EDAD:.....

SEXO:.....

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23,	<input type="checkbox"/>

Evaluación:

- 12 – 14 puntos: Estado Nutricional Normal
- 8 – 11 puntos: Riesgo de malnutrición
- 0 – 7 puntos: Malnutrición

ANEXO #2

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	Si	No
1 ¿Esta satisfecho/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida esta vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 La mayor parte del tiempo esta de buen humor?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene mas problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12 Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

Evaluación.

- 0 – 5 puntos: Normal
- 6 – 9 puntos: Depresión Leve
- 10 o más: Depresión Moderada

ANEXO # 3.

IDERE (INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

No, en absoluto :	1	Bastante :	3
Un poco:	2	Mucho :	4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado.....()
3. Me siento con confianza en mi mismo.....()
4. Siento que me canso con facilidad.....()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.....()
6. Siento deseos de quitarme la vida.....()
7. Me siento seguro.....()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....()
9. Me canso más pronto que antes.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento bien sexualmente.....()
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....()
13. He perdido la confianza en mi mismo.....()
14. Siento necesidad de vivir.....()
15. Siento que nada me alegra como antes.....()
16. No tengo sentimientos de culpa.....()
17. Duermo perfectamente.....()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....()
19. Tengo gran confianza en el porvenir.....()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir....()

IDERE

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

Casi nunca	1
Algunas veces	2
Frecuentemente	3
Casi siempre	4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.....()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas.....()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal.....()
4. Creo que he tenido suerte en la vida.....()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás.....()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.....()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.....()
8. Me deprimó por pequeñas cosas.....()
9. Tengo confianza en mi mismo.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento aburrido.....()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen.....()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.....()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.....()
15. Todo me resulta de interés.....()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....()
17. Me falta confianza en mi mismo.....()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías.....()
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.....()
20. Me ahogo en un vaso de agua.....()
21. Soy una persona alegre.....()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.....()

CUESTIONARIO ESTADO NUTRICIONAL

PREGUNTAS ABIERTAS

Edad:

Peso:

Talla:

Nivel de instrucción:

1. ¿Ha presentado síntomas gastrointestinales?

- Ninguno
- Nauseas
- Vómito
- Diarrea
- Anorexia
- Flatulencia
- Estreñimiento

2. ¿Padece de alguna **enfermedad Crónica** que lo ha obligado a modificar la cantidad o el tipo de alimento que consume

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía
- Hipotiroidismo/Hipertiroidismo
- Ins. Renal
- Enf. Pulmonar
- Otros (inmunodeprimidos)

3. ¿Tiene problemas dentales o algún otro padecimiento bucal que le ocasiona dificultad para comer?

- Uso de prótesis dentales
- Caries
- Laceraciones bucales
- Boca seca
- Trastornos deglutorios

4. ¿En ocasiones no tiene el dinero suficiente para comprar los alimentos que necesita?

.....

5. ¿Tiene problemas físicos que le impidan comprar, preparar o consumir sus alimentos sin ayuda? (invalidez, dificultad a la deambulaci3n).

.....

6. ¿Al servirse los alimentos lo hace en compaa de alguien.. de quién?

.....

7. ¿Padece algún tipo de Enfermedad Gastrointestinal?

- Pancreatitis Aguda
- Sangrados Digestivos
- Colon irritable
- Cirrosis Hepática
- Ca Gástrico
- Ca Hepático
- Ninguna

.....

8. En los últimos meses ¿ha sufrido alguna situaci3n afectiva o acontecimiento negativo que lo haya obligado a modificar su estado de ánimo?

Tipo de Acontecimiento	si	no	duracion M/A
Relacionado con el grupo primario de apoyo			
Ruptura / separación o divorcio			
Infidelidad de la pareja			
conflictos / problemas con otro miembros de la familia			
reconciliación			
Matrimonio			
Muerte de un familiar			
Embarazo/ Nacimiento de un miembro			
Independización de los hijos			
Problemas de salud			
Relacionado con el Ambiente Social			
Fallecimiento de un amigo			
Pérdida de apoyo social			
Soledad prolongada			
Cambio de residencia / Emigración			
Discriminación			
Ambito Laboral/ Economico			
Desempleo			
Jubilación			
Insatisfacción laboral			
Fin de un Negocio o Quiebra			
Problemas Legales			
Arresto			
Juicio			

9. ¿En la actualidad, y como consecuencia de haber experimentado dicho acontecimiento tiene Ud algún tipo de síntoma emocional o comportamental que le produzca un nivel de malestar subjetivo importante en su vida? Por ejemplo, se siente ansioso, deprimido, preocupado, incapaz de seguir adelante.

SI.....

NO.....

10. ¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento y sus consecuencias?

.....

11. Ha notado una pérdida de peso en estos últimos 5 meses?

Peso anterior:

Peso actual: ...

ANEXO #5. BASE DE DATOS.

#	SEX	EDAD	Mini Nutritional Assessment MNA																Escala de Depresión Yesavage																															
			Pérdida Apetito			Pérdida Peso			Movilidad			Enf Agud.		P. psicol.		I.M.C					Satis. Vida		Aband. Activ		Vida vacia		Aburrido		B.humor		Miedo		Feliz		Abandono		En casa		>Proble.		Vivir mrv		Proyectos		Energia		S. Desesp		Mejor q Ud	
			NO	M	S	No PP	1-3 kg	D	>3kg	C-S	A.I	A.E	Si	No	No	D.M	D.G	<19	19-21	21-23	>23	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	F	89	2			3				2	2	2				1				0		0	0	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0							
2	F	65		1			2			2	2	2							3	1	1	1	1		1	0	1	1	1	1	1	0		0	0		0	0		0	0									
3	F	67			0			0	1		0	2				0				1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	0		1	0	1	0		1	1										
4	F	91	2			3				2	2	2				1				1	1	1	1		1	0	1	1	1	1	1	0		0	0		0	0		0	0									
5	F	99	2				2			2	2	2				2				0		0	0	0	0	1	1	0		0	0		0	0		0	0		0	0										
6	F	75		1			1		1		0				0	0				1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0		0	0		0	0		0	0									
7	F	79		1			1		0		0			1			2			0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		1	0	1		1	1	1	1	1									
8	F	84	2				1		0		0			1		0				1	1	1	1		1	0	1	1	1	1	1	0		1		1	1	1	1	1										
9	F	91		1				0	1		0			1			1			1	1	1	1		0	0	1		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1									
10	F	75			0		2		1		0			1			2			1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0		0	0		0	0		0	0									
11	F	73	2			3				2	2	1			1		2			0		0	0	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0										
12	F	71		1			2			2	2	2							3	1	1	1	1		1	0	1	0	1		0	0		0	0		0	0		0	0									
13	F	82		1			1		0		0			0	0				0		0	1	1		1	0	1	1	1	1	1	0		0		0		1	1	1	1									
14	F	74		1			1		0		0			0		1				1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0		0		0		1	1	1	1									
15	F	73	2			3				2	0	2						3	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0										
16	F	79		1			2		0		0			1		1				1	0	0	1		1	0	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0										
17	F	86		1			1		1		2			1		1				1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1		1	1		1	1		0	0									
18	F	84		1				0	1		0			1		0				1	1	1	1		1	0	1	1	1	1	1		1	1		1	1		0	0										
19	F	65			0		2		1		0			0	0				0	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	1		0	0										
20	F	66	2				2			2	2	2				2			0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	0	0		0	0		0	0		0	0									
21	F	69		1			1			2	2			0	0					1	1		0	1	0	1	0	0	0	0	0		1	0		0	1		0	0										
22	F	70			0			0	1		0			1						1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1		1	0		1	0	1	0	1									
23	F	67		1				0		2	0			0		1				1	1	1	1	1	0	1		1	1	1	1		1	0		1	0	1	0	1										
24	F	71	2			3				2	2	2				1				1	1	1	1		0	1		1	1	1	1		1	0		1	0	1	0	1										
25	F	68		1			2		1		0			1		0				1	1		0	1	0	1	0		0	0	0		1		1		0	0		0	0									
26	F	73	2				2		1		2	2							3	0	1		0	0	0	1	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0										
27	F	75			0		2		0		0	2			1				0		0	1	1		1	1		1	1	1	1		1	0		1	1	1	1	1										
28	F	77			0		1		1		0			1		0				0		0	1	1		1	1		1	1	1		1	0		1	1	1	1	1										
29	F	68	2			3				2	0	2							3	0		0	0	0	0	1	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0										
30	F	85		1			2			1	2	2				1				1	1	1	1		0	1	0	1	1	1	0		1	1		0	1		0	0										

31F	82	1				0	0			0		1		1			1	1	1		0	1	1		1	1	1	1		1	1		1	1		0	
32F	91	1		2			1	0	2		1			1	1	1		0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
33F	90		0	2			1	0		1	0			1	1	1		0	1	0		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
34F	87	2		2				2	2	2			2		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		0		0		0	
35F	82	1			1			2	0			0	0		1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
36F	68	2		3			1		2	2			2	0		0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
37F	75	1		2				2	0		1		1		1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
38F	78		0	2			1	0			0	0			1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		0	0	
39F	66	1					1	0	2		0				1	1	1	1	0	1		1	1	1	1	1	0	1		1	1	1	1	1	1	1	
40F	93	1		2				2	0			0	1		1	1	1	1	0	1		1	1	1	1	1	1	0	1		1	1	1	1	1	1	
41F	69		0	2				2	0		1		1		0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
42F	81	2		2	1			2	2	1			3		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		0	0	
43F	86	1		2			1	0			0	0			1	1	1	1		1	1	1		1	1		0	1	0	1		1	1	1	1	1	
44F	91	1			1		1	0			0		2	0		1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45F	92	1				0	1	0		1	0			0	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
46F	75		0	2				2	2	1			2		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		0	0	
47F	73	2		3				2	2	2			3	0		1	1		0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
48F	71	1		2				2	0		1		1		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		0	0	
49F	77	1		2			0		0	2		1		0	1	1	1	1		1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
50F	79	2		3			1		2	1			3	0		1	1	1	1		1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
51F	80	1		2			0		0		1		1		0	1	1	1	1		1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
52F	82	1				0	1	0			0	1			1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		1	0	
53F	74	2		3				2	0	2			1		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		1	0	
54F	66	1		2			1	0		1			2		1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		1	0	0
55F	69	1		2			1	0		1		1			1	1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		1	0	0
56F	67	1		2				2	0		1		2		1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
57F	66	1		2				2	0	2			2		1	1	1		0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
58F	68	2		3				2	2	1			3	0		1	1		0	1	0		1	1		0	1	0	1	0		1	0		1	0	0
59F	84		0	2				2	0		1	0			1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
60F	92	1		2				2	2	2			3		1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1

61F	91	1				0		2	0		1		2		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	0	1	1
62F	74		0	2				2	0		1	0			1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	0	1	1
63F	73	2		2				2	2		1			3	0	1				0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
64F	65	1		2				2	0		1		2		1	1	1			0	0	1	0		1	1		1	0	0	1	0
65F	68		0			0		2	0		1		2		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	
66F	74		0	2				2	0		1		2		1	1	1			0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
67F	71	2		2				2	2	2			2	0	1	1	1	1		1	1		1	1	1		0	1	1	1	0	1
68F	94	1				0		2	0		1	0		0	1	1	1	1		1	1		1	1	1		0	1	1	1	0	1
69F	68	1				0		2	0		1		2		1	1	1			0	1	1	0	1		0	0	0	0	0	1	0
70F	78	1		2				2	2	2				3	0	1				0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
71F	71		0			0		2	0		0	1		0	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
72F	72	1				0		2	0		1	1		0	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
73F	66	2		3				1		2	2			2	0	1	1	1	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
74F	69	1				0	1	0			0	1			1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
75F	70		0			0		2	0		0	1			1	1	1			0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
76F	73	2		2				2	2	2			2	0	1	1	1			0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
77F	75		0			0		2	0		0			3	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
78F	65	2		2				2	2	1				3	0	1				0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
79F	86	1		2				2	2	2				3	0	1	1	1		0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
80F	78	1				0	1	0			0	1			1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
81F	74	1				0		2	0		0	1			1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
82F	69		0			0	1	0			0	1			1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
83F	71	1				0	1	0			0		2		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
84F	68	1		2				2	2	2				3	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
85F	81	2		2				2	2	1				3	0	1	1	1		0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0
86F	90	1				0	1	0			0	0			0	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	0
87F	92		0			0	1	0			0	0			0	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1	1	0
88M	78	2		3				2	2	2			2	0		0	0	0	0	0	0	1	0		0	1		0	0	0	0	0
89M	67	1		2			1		2	1			2		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	0	0	1	0	0
90M	76	1		2		0		0			0	0			0	1		0	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1

121	M	87				2		0		0		1		1		0	1	1	1		1	1		1	1		0	1	1		1	0	1		
122	M	68	1	3			1	0		1		2	0	1	1	1		1	1		1	1	1		0	1	1		1	0	1				
123	M	89	1			0	1	0		1			3	0	1	1	1		1	1		1	1	1		0	1	1		1	0	1			
124	M	67	2			2			2	2	2			2	0		0	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	0			
125	M	78	1			0		2	0		1		2		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	1			
126	M	91	1			2		0		0		1		2		1	0	0	0		1	1		1	1	1	1		1	0	0	0	1		
127	M	76	1			2		1	0		0	0			1	0	0	0		1	1		1	1	1	1		1	0	0	0	1			
128	M	77	1			1		1		2	2			3	1	0	0	0		1	1		1	1	1	1		1	0	1	0	1			
129	M	79	1			0		2	0		1		1		0	1	1	1		1	1	0	1	1	1		1	0	1	0	1				
130	M	73		0	3		0		0		1		1		0	1	1	1		1	1	0	1	1	1		1	0	1	0	1				
131	M	72	1			0	1	0		1	0		0		1	1	1	1		1	1	0	1	1	1		1	0	0	0	1				
132	M	67	2			2			2	2	2			2	0		0	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	0			
133	M	69	1			0	1	0		0	1		0		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	1			
134	M	65	1			2		1	0		1			3	0	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	1			
135	M	66	2			2			2	2	2			2	0		0	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	0			
136	M	69	1			0	1	0		1			3	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1			
137	M	70		0	3		0		0		1		1		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1		
138	M	67	1			2		1	0		2			3	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1		
139	M	71	1			0	1	0		1				3	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1		
140	M	73	2			3		1		2	2			2		1	1	1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1	
141	M	78	1			2		1		2	1			3	1	1	1	1		1	1	0	1	1	1	1		1	1		1	0	1		
142	M	74	1			3		1	0		2		0			1	1	1	1		1	1	0	1	1		0	1	1		1	0	1		
143	M	87	1			2		1		2	1		1		1	1		0	1		1	1		1	1	1	1		1	0	1	1	1		
144	M	84	2			3		1		2	2			2		1	1		0	1		1	1		1	1	1	1		1	0	1	1		
145	M	82	1			0		2	2		1		1		1	1		0	1		1	1		1	1	1	1		1	1		1	0	1	
146	M	76	1			2		0		2	2		0			1	1		0	1		1	1		1	1	0	1		1	1		1	0	1
147	M	79	2			3			2	2	2			3	1	1		0	1		1	1		1	1	0	1		1	1		1	1	1	
148	M	77	2			3		1		2	2			2	0		0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	