



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA**



**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y  
ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO DEL ADULTO MAYOR (CAM) DE LA CIUDAD PUNO.  
2020.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**BACH. ADEMIR EDSON YUCRA PAMPA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN NUTRICIÓN HUMANA**

**PUNO – PERÚ**

**2023**



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS  
A LA DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICION  
AL EN ADULTOS MAYORES**

AUTOR

**ADEMIR EDSON YUCRA PAMPA**

RECUESTO DE PALABRAS

**13893 Words**

RECUESTO DE CARACTERES

**77406 Characters**

RECUESTO DE PÁGINAS

**76 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**182.5KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jan 11, 2023 4:49 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jan 11, 2023 4:51 PM GMT-5**

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 40 palabras)

*[Handwritten signature]*  
CNP 0870

*[Handwritten signature]*  
Dir. Gestión y Serv. Sección  
Sub Coordinadora de Investigación

Resumen



## DEDICATORIA

*Quiero dedicar este logro a mi familia, que son los que me brindan su apoyo incondicionalmente, a mi mamá María Luz Pampa Adco que me impulsa día a día con sus consejos y apoyo en cada proyecto, a mi papá Efrain Yucra Mamani por apoyarme en cada paso y por siempre estar pendiente de mi formación, a mi hermanita Melania Yashira Yucra Pampa que me inspira a seguir adelante para poder saber responder a sus preguntas y a mi hermana Erika Yucra Pampa que desde el cielo me brinda su apoyo, fuerza y protección en cada momento.*

*A mi pareja Grecia Amara Lipe Masco que día a día me brinda su apoyo en cada decisión, problema, trabajo, salud y sobre todo paciencia y comprensión.*

*A mi tío Yony Amado Pampa Adco, por ser una persona digna de admirar y porque este paso que pactamos lograr este año sí o sí.*

*También quiero dedicar este proyecto a un maestro que por el destino ahora descansa en paz, Lic. Jose Antonio Tovar Vasquez Q.D.Y.Q.D.G; quien fue un gran docente y amigo, que con sus consejos empecé con este proyecto.*

**ADEMIR EDSON YUCRA PAMPA**



## AGRADECIMIENTO

*En primer lugar, quiero agradecer a Dios por darme la dicha de poder cumplir con este objetivo, poniendo en mi camino a profesionales dignos de admirar sobre todo por su gran valor como personas.*

*Agradecer a mi familia que son el motor de mi vida, sin sus consejos, su comprensión y su cariño nada sería posible.*

*A mi Alma Mater, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, agradecer a la plana de docentes de la ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA por brindarme sus conocimientos como profesionales preparándome para poder ayudar a las personas que necesiten de mis conocimientos adquiridos.*

*A mi Asesor Dr. RODOLFO ADRIÁN NÚÑEZ POSTIGO, por sus orientaciones constantes, conocimiento y paciencia para la culminación del presente trabajo de investigación.*

*A los miembros de jurado, Dr. JOSE OSCAR ALBERTO BEGAZO MIRANDA, Dra. LUZBETH LIPA TUDELA, M.Sc. VERONICA LLANOS CONDORI por las sugerencias, colaboración, orientación y aporte para así poder concretar este trabajo de investigación.*

*Finalmente, personas adultas mayores del CENTRO DEL ADULTO MAYOR PUNO, sujeto de esta investigación apoyando y colaborando para poder llevar a cabo las medidas de evaluación necesarias para el desarrollo del presente trabajo de investigación.*

**ADEMIR EDSON YUCRA PAMPA**



# ÍNDICE GENERAL

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**ÍNDICE GENERAL**

**ÍNDICE DE TABLAS**

**INDICE DE ACRONIMOS**

**RESUMEN ..... 10**

**ABSTRACT..... 11**

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

**1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 13**

1.1.1. Problema general ..... 14

1.1.2. Problemas específicos..... 14

**1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO ..... 15**

**1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 16**

1.3.1. Hipótesis general ..... 16

1.3.2. Hipótesis específica ..... 16

**1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN ..... 17**

1.4.1. Objetivo general ..... 17

1.4.2. Objetivo específico ..... 17

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

**2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN ..... 18**

**2.2. MARCO TEÓRICO..... 23**

2.2.1. Adultos mayores ..... 23



2.2.2. Envejecimiento .....	24
2.2.3. Factores psicosociales.....	24
2.2.4. Depresión.....	25
2.2.5. Depresión en adultos mayores .....	26
2.2.6. Tipos de depresión.....	26
2.2.7. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor.....	27
2.2.8. Falta de apoyo social y familiar.....	30
2.2.9. Cambios en el rol social del adulto mayor .....	31
2.2.10. Falta de actividad de ocio .....	31
2.2.11. Factores institucionales y trato del personal de cuidado diario.....	32
2.2.12. Factores de protección .....	32
2.2.13. Resiliencia .....	33
2.2.14. Diagnostico.....	33
2.2.15. Instrumentos de evaluación .....	34
2.2.16. Tratamiento farmacológico.....	35
2.2.17. Psicoterapia.....	36
2.2.18. Consecuencias de la depresión en el adulto mayor .....	36
2.2.19. Estados nutricionales .....	37
2.2.20. Estado nutricional del adulto mayor.....	37
2.2.21. Factores de riesgo de la desnutrición en el adulto mayor.....	38

### **CAPÍTULO III**

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>40</b>
3.1.1. Tipo de investigación .....	40
3.1.2. Diseño de investigación.....	40



<b>3.2. LUGAR DE ESTUDIO .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>43</b>
3.5.1. Métodos de investigación .....	43
3.5.2. Técnica de investigación .....	43
3.5.3. Instrumento de investigación.....	43
<b>3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO .....</b>	<b>46</b>
3.6.1. Diseño estadístico .....	46
3.6.2. Determinación de la hipótesis estadística.....	46
3.6.3. Regla de decisión.....	47
3.6.4. Determinación de manifestaciones depresivas .....	47
3.6.5. Determinación del estado nutricional .....	48
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>53</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

**Área:** Ciencias de la salud.

**Línea:** promoción de la salud de las personas.

**FECHA DE SUSTENTACIÓN:** 13 de enero del 2023



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Regla de decisión. ....	47
<b>Tabla 2.</b> Nivel de depresión según escala de depresión geriátrica – Yesavage. ....	48
<b>Tabla 3.</b> Clasificación de Mini Valoración Nutricional a Adulto Mayor. ....	48
<b>Tabla 4.</b> Resultados de estado cognitivo en adultos mayores. ....	49
<b>Tabla 5.</b> Resultados de manifestaciones depresivas en adultos mayores. ....	50
<b>Tabla 6.</b> Resultados de estado nutricional en adultos mayores. ....	51



## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

**COVID - 19:** Coronavirus 2019

**DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

**EE. UU:** Estados Unidos

**EME:** Esclerosis Multiple España

**FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

**GDS-15:** Escala Para Depresión Geriátrica

**ICD-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

**ISRS:** Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina

**MINSA:** Ministerio de Salud

**MNA:** Mini Nutritional Assessment

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**SENC:** Sociedad Española De Nutrición Comunitaria

**TSH:** Hormona Estimulante De La Tiroides



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuenta con el objetivo general de identificar si existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, siendo una investigación con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo correlacional, con una población de estudio de 565 y una muestra de estudio de 223 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, en la que se utilizó el instrumento de investigación que es el cuestionario medir estado cognitivo (Pfeiffer), manifestaciones depresivas (Yesavage) y valoración mínima nutricional MNA, concluyendo que se identificó la relación en factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, 0,91 demostrando así que tiene una correlación positiva muy alta entre las variables de estudio, se identificó el estado cognitivo en adultos mayores se encuentran en deterioro moderado con el 43%, se analizó las manifestaciones depresivas, encontrando así en depresión leve con el 47% y se analizó el estado nutricional, encontrándose así en riesgo de desnutrición con el 61%.

**Palabras claves:** Adultos mayores, depresión, estado nutricional y Factores psicosociales.



## ABSTRACT

The present research work has the general objective of identifying the relationship between factors associated with depression and nutritional status in older adults of the Center for the Elderly of the City of Puno, being an investigation with a quantitative approach and descriptive correlational design, with a study population of 565 and a study sample of 223 older adults from the Center for the Elderly, in which the research instrument was used, which is the questionnaire to measure cognitive status (Pfeiffer), depressive manifestations (Yesavage) and minimal nutritional assessment MNA, concluding that the relationship was identified in factors associated with depression and nutritional status in older adults of the Center for the Elderly of the City of Puno, 0.91 thus demonstrating that it has a very high positive correlation between the study variables, cognitive status was identified in older adults are in moderate deterioration with 43%, the manifestations were analyzed depressive seasons, thus finding mild depression with 47% and the nutritional status was analyzed, thus finding themselves at risk of malnutrition with 61%.

**Keywords:** Older adults, depression, nutritional status and psychosocial factors.



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación cuenta con el propósito de identificar la relación en factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, debido a que la condición que afecta a los ancianos es la depresión, que a menudo es mal diagnosticada o infradiagnosticada porque sus síntomas se confunden con los de otras dolencias, la depresión no tratada puede tener efectos secundarios importantes, incluida la capacidad de una persona mayor para disfrutar de la comida y sentirse satisfecho después de comer, interactuar con sus seres queridos y tener una perspectiva positiva de la vida, siendo así la investigación cuenta con el problema de investigación de ¿Existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?, para contrastar esta información la investigación está estructurado en cuatro capítulos:

El capítulo I: Elaborado desde la introducción, planteamiento del problema, problema general, problemas específicos, justificación, hipótesis general, hipótesis específicas, objetivo general y objetivos específicos.

El capítulo II: Aborda, los antecedentes de la investigación, marco teórico y operacionalización de variables.

El capítulo III: Representa lugar de estudio, población y muestra de investigación, método de investigación y la descripción de los métodos específicos.

El capítulo IV: En este capítulo se presenta los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.



## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2020 son menores de 15 años 25 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020, la proporción irá incrementándose hasta alcanzar el 16% en el 2050. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, en este informe técnico se definen como adultos mayores a aquellos que tienen 60 años o más (1).

Esto podría deberse a que los sistemas de atención médica han mejorado o porque las personas de este grupo de edad tienen un acceso más fácil a la atención médica, los alimentos y los servicios públicos, el hecho de que la gente viva más tiempo ha despertado el interés de los investigadores por descubrir qué factores pueden conducir a un envejecimiento saludable y una buena calidad de vida. (2).

La salud general de las personas, especialmente de los ancianos, se ve afectada por la desnutrición, una condición patológica caracterizada por la falta de una ingesta adecuada de nutrientes y energía de acuerdo con las necesidades biológicas (3).

Por ello, determinar el riesgo de desnutrición (DR) puede ayudar a predecir pérdida funcional, estados depresivos, mala calidad de vida y mayores tasas de morbilidad en este segmento poblacional (3).

La Evaluación Mínima del Estado Nutricional es la herramienta más precisa para evaluar rápidamente la nutrición de las personas mayores (EMEN). Este examen cubre datos antropométricos, salud general, factores dietéticos y estado subjetivo de salud y nutrición (3).



En este ciclo de vida, la nutrición es importante para mantener una salud adecuada, no solo porque es importante un buen estado nutricional, sino también porque hay menos riesgo de morbilidad, previniendo enfermedades.

Los adultos mayores enfrentan muchos obstáculos relacionados con la salud, incluidas actitudes, creencias y percepciones que afectan su salud, especialmente su nutrición, así como la situación laboral, la estructura familiar y las inequidades en el acceso a los servicios de salud (4), los factores biopsicosociales impactan negativamente en la salud de los adultos mayores, provocando trastornos como el exceso o la deficiencia nutricional (5).

Es así que surgió la necesidad de conocer cuál es el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la ciudad de Puno, para proponer nuevos programas y mejorar los existentes relacionados al cuidado del adulto mayor, para mejorar su atención, es necesario que se identifiquen los factores de riesgo que influyen en su estado nutricional.

### **1.1.1. Problema general**

¿Existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?

### **1.1.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo es el estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?
- ¿Cuáles son las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?
- ¿Cómo es el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?



## 1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según la OMS, de 2000 a 2050, los adultos mayores vivirán vidas más largas, este grupo conlleva una serie de cambios relacionados con el envejecimiento que pueden tener un efecto perjudicial en el estado nutricional, así, en comparación con los adultos mayores hospitalizados y comunitarios en el Perú, los adultos mayores institucionalizados presentan un mayor porcentaje de manifestaciones depresivas y desnutrición; actualmente no existen estudios nacionales que demuestren el grado de asociación entre las dos variables en la población adulta mayor institucionalizada; por lo que, ante esta circunstancia, es necesario tener en cuenta este estudio para obtener la prueba de la fuerza de esta importante relación, así como información estadística y prevalencias que nos ayudarán a comprender cómo afectan los síntomas depresivos provocados por el COVID - 19 al estado nutricional.

Si bien la depresión es una patología del envejecimiento patológico que se puede prevenir y tratar, rara vez se reconoce en los ancianos y mucho menos se trata porque con frecuencia se piensa erróneamente que es una parte normal del envejecimiento. La depresión contribuye al aumento de la morbilidad y la mortalidad, reduce la calidad de vida de quienes la experimentan y aumenta los costos de atención médica.

El presente estudio se justifica a la luz de lo anterior y en consideración al papel protagónico del profesional nutricionista en la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico precoz de las enfermedades y sus factores de riesgo. Esto se debe a que es crucial tener una mejor comprensión de los factores psicosociales asociados a la depresión en relación con el estado nutricional para planificar e implementar estas actividades promocionales preventivas.

Los resultados de este estudio serán de beneficio para los profesionales de la salud responsables del mantenimiento de esta población, en especial para el profesional



nutricionista, ya que permitirán desarrollar estrategias efectivas para la salud pública, específicamente la salud mental, así se podrán diseñar y planificar actividades preventivas y promocionales para solucionar los problemas encontrados y buscar alianzas estratégicas con organizaciones de base y organismos gubernamentales en favor de esta población vulnerable si conocen los factores que se asocian con la presencia de estados depresivos en esta población.

### **1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Hipótesis general**

La relación que existe entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional es positiva muy alta en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.

#### **1.3.2. Hipótesis específica**

- El estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno es de un deterioro moderado.
- Las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno se encuentran en una depresión leve.
- El estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, se encuentra en riesgo de desnutrición.



## **1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar si existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.

### **1.4.2. Objetivo específico**

- Identificar el estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.
- Analizar las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.
- Analizar el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### **Internacional**

Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco (2007) en su investigación titulada: Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, cuenta con el objetivo general de determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados, concluyendo que la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada, depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron (6).

Cruz, Sánchez y Lizárraga (2014) en su investigación titulada: Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor, cuenta con el objetivo de determinar la prevalencia de desnutrición y depresión en adultos mayores, así como evaluar su asociación, concluyendo que la depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores (7).

Restrepo, Arango, Cardona, Molina, Gómez y Maya (2013) en su investigación titulada: Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados, cuenta con el objetivo general de explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, concluyendo que los mayores porcentajes de síntomas depresivos en sus actividades cotidianas ( $p < 0,001$ ), en general, la pérdida de roles, el estado de dependencia y la disminución de la calidad de vida aumentaron la sintomatología depresiva, en altos niveles de ansiedad ( $OR = 2,74$ ), deterioro funcional ( $OR = 2,82$ ), falta de educación ( $OR = 3,70$ ) y mujeres parcialmente



dependientes ( $OR = 21,89$ ) se asociaron con mayores probabilidades de presentar síntomas depresivos ( $p 0,05$ ) (8).

Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra y Jaramillo-Villanueva (2012) en su investigación titulada: Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel, cuenta con el objetivo general de identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes, concluyendo que los residentes presentan con frecuencia síntomas depresivos y ansiosos, que los métodos mixtos de afrontamiento son los más utilizados y que la depresión y la ansiedad se asocian con métodos pasivos de afrontamiento (9).

Silva y Vivar (2015) en su investigación titulada: Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado, cuenta con el objetivo general de identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado, concluyendo la prevalencia de depresión obtenida en esta investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%; factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores (10).

Gómez (2022) en su investigación titulada: Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de Andalucía, Valle, cuenta con el objetivo general de explorar los factores psicológicos asociados a la depresión en los adultos mayores del hogar San Vicente de Paul del municipio de Andalucía valle, concluyendo que 37,5% se sienten solos muy a menudo, el 62,5% asocian la soledad como aburrimiento, el 62,5% de los adultos mayores del ancianato lloran muy a menudo, el



37,5% lloran sin motivo alguno, el 75% de los adultos mayores no le temen a la muerte ya que es un ciclo normal de la vida, 50% Si se sienten a gusto con su vida principalmente porque en cada momento y esfuerzo que desarrollaron en sus vidas fue fundamental para sentir, pensar y disfrutar (11).

Granados, Almanza, López y Álvarez (2019) en su investigación titulada: Influencia de factores psicosociales en depresión y ansiedad. Hacia el envejecimiento saludable, cuenta con el objetivo general de analizar la asociación entre factores psicosociales e indicadores de depresión y ansiedad en adultos mayores de localidades de Veracruz, concluyendo que se deben realizar evaluaciones periódicas e implementar estrategias de apoyo para los casos con dificultades; analizar más variables psicosociales como la autopercepción, el apoyo familiar y de la comunidad que permitan explicar los problemas afectivos y favorecer el envejecimiento saludable (12).

Allán (2022) en su investigación titulada: Factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor, cuenta con el objetivo general de identificar los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor y brindar información relevante sobre la depresión al personal de salud, concluyendo que la depresión es un trastorno mental frecuente en la población adulta mayor, su desarrollo involucra una variedad de factores de riesgo y la identificación oportuna de estos por parte del profesional de salud y la intervención en la atención primaria es fundamental para prevenir la enfermedad, y para mejorar la calidad de vida del paciente en la comunidad (13).

## **Nacional**

Contreras, Gualberto, Alonso, Silvana, Yeh, Orti y Tello (2013) en su investigación titulada: Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú, cuenta con el objetivo general de Determinar el estado nutricional y los factores asociados a malnutrición en el adulto mayor en la comunidad



de Masma Chicche, Junín, concluyendo en la comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión (14).

Torrejón (2015) en su investigación titulada: Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015, cuenta con el objetivo general de determinar el nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas-2015, concluyo que las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, presenta depresión en diferentes niveles, siendo predominante la depresión severa y los adultos mayores presentan predominantemente depresión moderada en la dimensión estado de ánimo depresivo, y depresión severa en las dimensiones de anergia o vaciamiento de impulsos y la discomunicación (15).

Escobedo y Zavala (2016) en su investigación titulada: Estudio sobre la fuerza de asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en la congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados del distrito de breña y callao, 2015, cuenta con el objetivo de determinar la fuerza de asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados, concluyendo que las manifestaciones depresivas y el sexo femenino están fuertemente asociados con el riesgo de malnutrición y/o malnutrición en los adultos mayores institucionalizados (16).

Aliaga y Del Campo (2017) en su investigación titulada: Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro de salud Magna Vallejo Cajamarca, Perú, cuenta con el objetivo general de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Salud “Magna Vallejo” de Cajamarca – 2017, concluyendo que la autoestima se muestra con un alto nivel de



asociación con el estado depresivo que presentan los adultos mayores del Centro de Salud Magna Vallejo, por lo que el 52% de los adultos mayores tienen un nivel medio de autoestima, también descubrimos una asociación entre la edad y el estado depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Magna Vallejo (17).

### **Regional**

Manrique (2019) en su investigación titulada: Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del adulto mayor de la municipalidad del Distrito de Mariano Melgar. Arequipa, concluyendo que la presencia de manifestaciones depresivas estaría significativamente correlacionada con menor nivel educativo (sin estudios, primaria y secundaria incompleta), deterioro cognitivo leve y otras características personales, la valoración sociofamiliar no estaría significativamente correlacionada con la presencia de depresión manifestaciones (18).

Mamani (2018) en su investigación titulada: Nivel de depresión y estado nutricional en adultos mayores de 60 años del distrito de Juli, mayo - agosto 2018, cuenta con el objetivo general de determinar la relación del nivel de depresión con el estado nutricional en el adulto mayor del Centro de Salud Pueblo Libre del distrito de Juli, concluyendo con el análisis estadístico descriptivo, se utilizó promedios para describir las dos variables ya mencionadas y la prueba estadística de Chi cuadrado para encontrar relación entre estas, se consideró una probabilidad de  $p < 0.05$  como nivel de significancia y se encontró que un 39% de la población padece depresión establecida, 32% presenta depresión leve y 29 % no presenta; respecto al estado nutricional se encontró que el 55% presenta riesgo de desnutrición, 24% desnutrición y 21% están bien nutridos (19).

Mamani (2017) en su investigación titulada: Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en los centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito. Agosto – octubre del 2016, cuenta con el objetivo general



de determinar la influencia de la depresión, ansiedad y el Estado Nutricional del Adulto Mayor Albergado en los Centros de Atenciones

Residenciales de la Provincia de Puno y Chucuito, concluyendo que los adultos mayores alojados en CARPAM San Salvador y Virgen del Rosario presentaron niveles de depresión severa en el 82% y 75% de los casos, y depresión leve en el 0% de los casos, los adultos mayores también presentaron niveles de ansiedad severa en 73% y 69% de los casos, seguidos por ansiedad moderada en el 27% y 31% de los casos, y ansiedad normal en el 0% de los casos, el estado nutricional de los adultos mayores de ambos centros es predominantemente desnutrición en 91% y 94% de los casos, con riesgo (20).

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Adultos mayores**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adultos mayores como aquellos que tienen 60 años o más en los países en desarrollo y 65 años o más en los países desarrollados. Las diferencias socioeconómicas entre cada nación son la causa de estas diferencias temporales (4).

El Perú el adulto mayor como “aquella persona que cuenta con sesenta años o más”, según lo estipulado por la reglamentación vigente en el país (1).



### **2.2.2. Envejecimiento**

El proceso normal de envejecimiento de una persona resulta en una pérdida de hasta el 25 al 30% de las células que forman los diversos órganos y sistemas del cuerpo, esto da como resultado un cambio en la homeostasis y tiene un impacto en la vitalidad orgánica, lo que hace que las personas sean más susceptibles a las enfermedades crónicas y degenerativas, así como a la predisposición genética, estilos de vida poco saludables, condiciones socioeconómicas transitorias y condiciones ambientales peligrosas, aumentar la probabilidad de que una persona mayor se vuelva dependiente a medida que su estado de salud funcional se deteriore (21).

El envejecimiento según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el proceso de maximizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida para prolongar la esperanza de vida saludable y mejorar la productividad y la calidad de vida en la vejez (22).

Los ancianos son vistos de esta manera y adoptan esta visión de sí mismos como un estereotipo que ha sido validado por la sociedad, y es así como el punto de vista moderno funciona como una profecía auto promovida (23).

### **2.2.3. Factores psicosociales**

Los factores psicológicos más significativos que contribuyen a la aparición de la depresión son las pérdidas que acompañan al envejecimiento, como las relacionadas con la propia salud o la de otras personas importantes, así como la soledad que experimentan las personas mayores en hogares de ancianos (24).

De acuerdo con la investigación de personalidad en adultos mayores, aquellos que tienen tendencias depresivas tienen más probabilidades de tener



esquemas mentales negativos, baja autoestima, una sensación de impotencia ante sus circunstancias y una propensión a preocuparse en exceso (25).

Según muchos autores, la soledad es otro temor en esta etapa del desarrollo, ya que la percepción de la soledad depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los recursos psicológicos que posea; por lo tanto, no debe asociarse con vejez, sino con el entramado de influencias sociales y culturales que entrelazan la vida del adulto mayor (25).

La satisfacción con la vida es una medida cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los resultados reales de la vida, lo que representa un resumen de los objetivos y logros de la vida (25).

La vida afectiva de los adultos mayores se caracteriza por un aumento de las pérdidas, o la sensación de que ya no tienen algo importante para ellos (25).

#### **2.2.4. Depresión**

La depresión provoca tristeza, pérdida de interés o placer, culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración (25).

Una enfermedad depresiva no es un sentimiento pasajero de melancolía; no representa debilidad personal y no es curable, los depresivos no pueden simplemente afirmar que pasará (26).



### **2.2.5. Depresión en adultos mayores**

Estas enfermedades representan el 17,4% de los años de discapacidad de la tercera edad. La depresión afecta al 7% de las personas mayores en todo el mundo (27).

Los síntomas depresivos impiden el tratamiento de enfermedades trastornos físicos (28).

La depresión es una enfermedad mental caracterizada por una tristeza profunda y una disminución del interés en prácticamente todas las actividades; la depresión, a diferencia del dolor normal, afecta el desempeño laboral y social (20).

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por tristeza prolongada, intolerancia a la frustración, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida, también implica una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (20).

### **2.2.6. Tipos de depresión**

Para mejorar el diagnóstico y la categorización de las enfermedades mentales, la OMS y las organizaciones psiquiátricas han creado dos sistemas de clasificación ampliamente utilizados para adultos e infancia/adolescencia, este esfuerzo produjo DSM-V y ICD-10 (29).

Sin embargo, según el sistema de categorización del DSM V, los trastornos depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves según su gravedad, el número, tipo e intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional, definen la gravedad de los episodios según los sistemas de categorización diagnóstica (29).



### 2.2.7. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor

Existen factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para la depresión.

**a) Factores Biológicos:** La depresión provoca cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos que aumentan la susceptibilidad a la enfermedad en adultos deprimidos, los trastornos depresivos están relacionados con la bioquímica cerebral. La actividad de la serotonina y su unión a receptores específicos disminuye con la edad, lo que contribuye a la patogénesis de la depresión fisiopatológica.

Los adultos mayores pueden desarrollar depresión además de enfermedades cardiovasculares, fracturas de cadera, dolor e incontinencia urinaria (29).

Más de dos tercios de las personas mayores de 55 años han experimentado al menos una enfermedad crónica durante su vida, y alrededor del 40 % han experimentado dos o más.

Los adultos con déficit funcional tenían prevalencias más altas de síntomas depresivos moderados y severos que aquellos con funcionalidad adecuada, y las actividades funcionales se relacionaron con la presencia de depresión (30).

**b) Hipotiroidismo:** Esta patología ha ganado importancia en los últimos 20 años como resultado tanto de su progresión constante como de la mayor sensibilidad de los ensayos inmunométricos que se utilizan para diagnosticarla.

Según el tipo de población investigada, los estándares de diagnóstico, el sexo, la raza y la ingesta de yodo en la dieta, entre otras cosas, la incidencia



de hipotiroidismo en ancianos varía, según una encuesta comunitaria reciente, el 14 % de los participantes de la tercera edad tenían niveles de TSH que estaban por encima del rango normal superior (31).

El perfil tiroideo se utiliza para hacer el diagnóstico, y los valores van desde TSH normal/baja con valores bajos de T4 libre (0,7 ng/dl) en casos de hipotiroidismo secundario (hipófisis) hasta TSH alta (>4 mU/L) con valores normales ( hipotiroidismo subclínico ) o valores bajos de T4 libre en casos de hipotiroidismo manifiesto (32).

Es importante señalar que la sintomatología clásica del hipotiroidismo en pacientes mayores es menos obvia y específica que la de los pacientes más jóvenes debido a las comorbilidades comunes y las molestias relacionadas con la edad que acompañan a la senescencia. La sintomatología del hipotiroidismo en pacientes mayores es dependiendo de la gravedad y la velocidad de desarrollo de la enfermedad.

Dado que estos síntomas neurológicos y psiquiátricos predominan en estos pacientes, como disgeusia, hipogeusia, hipoacusia, ataxia, depresión, delirio y demencia, la terapia tiroidea no siempre puede mejorar estos trastornos, los pacientes ancianos con hipotiroidismo pueden tener menos aumento de peso, intolerancia al frío, parestesias y calambres musculares (33).

Bradycardia, hipertensión diastólica, palidez, ronquera, disartria, reflejos osteotendinosos retardados, cambios en el estado mental, alteraciones cardiometabólicas como cardiopatía isquémica, derrame pericárdico, dislipidemia, apnea del sueño y anemia, pero rara vez bocio, son ejemplos de signos clínicos (34).



c) **Factores Psicológicos:** La soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátricos, así como las pérdidas inherentes a la vejez, como las de la salud o de sus seres queridos, son los factores psicológicos más significativos que contribuyen al desarrollo de la depresión.

De manera similar, los síntomas de depresión y la gravedad de la enfermedad, así como algunos síntomas inespecíficos, son más frecuentes en quienes residen en hogares de ancianos que en quienes residen en la comunidad (35).

Diversos estudios sobre la personalidad de los adultos mayores indican que aquellos con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y una excesiva tendencia a la preocupación son más propensos a sufrir depresión.

Estas características pueden amplificar el impacto de los eventos estresantes o dificultar la capacidad para enfrentarlos o recuperarse de ellos, los patrones de pensamiento negativos a menudo se desarrollan en la infancia o la adolescencia y con el tiempo se convierten en patrones mentales deprimidos (30).

Según muchos autores, la soledad es otro temor en esta etapa del desarrollo, ya que la percepción de la soledad depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los recursos psicológicos que posea; por lo tanto, no debe asociarse con vejez, sino con el entramado de influencias sociales y culturales que entrelazan la vida del adulto mayor.

Debido a esto, hay dos tipos de soledad que se utilizan comúnmente: el tipo objetivo, que describe la falta de compañía permanente u ocasional, pero que no siempre es desagradable y puede ser una experiencia satisfactoria,



y el tipo subjetivo, cuya presencia no es deseado pero que afecta y hace que la persona se sienta sola (32).

La satisfacción con la vida es una medida cognitiva del ajuste entre las metas deseadas y los resultados reales de la vida que representa una evaluación resumida de las metas y los logros que rodean el curso de toda la vida. Está relacionado con la insatisfacción personal.

Las personas mayores deben esforzarse por llenarse de contenidos, deseos, nuevas relaciones y actividades que le den sentido a su vida, ya que la dimensión depende en gran medida del equilibrio personal de cada uno.

Duelo y pérdidas: El aumento de las pérdidas, que se definen como experiencias en las que los adultos mayores sienten que ya no poseen algo importante para ellos a nivel real y subjetivo, caracteriza la vida afectiva de los adultos mayores.

Estas pérdidas, que tienen un impacto en el bienestar emocional de los adultos mayores, incluyen la pérdida de autonomía y pérdidas relacionadas con la muerte de un cónyuge, seres queridos y Jubilación (29).

**d) Factores Sociales:** Hay varios factores que pueden inducir la depresión, y los estudios aún tienen que llegar a un acuerdo. La viudez, las conexiones interpersonales, el apoyo familiar y las condiciones demográficas son algunas de estas variables (36).

#### **2.2.8. Falta de apoyo social y familiar**

Sin embargo, esta “intención” de las residencias es cosa del pasado o solo se aplica a un reducido número de casos.

El establecimiento de los centros geriátricos tiene como objetivo brindar a la familia una asistencia integral a aquellos adultos mayores que no pueden recibir



los cuidados requeridos en sus hogares por la complejidad de sus patologías y la falta de tiempo de los integrantes del grupo familiar.

El acompañamiento familiar ha sido reconocido como un aspecto de vital importancia para estos pacientes con trastornos depresivos, donde un ambiente familiar positivo, aquel en el cual se evidencia cohesión familiar, armonía, respeto, demostraciones de afecto y una adecuada comunicación acompañada de una genuina expresión de sentimientos entre miembros en cualquier tema relevante, si por el contrario, en casos donde la familia es tipo disfuncional, el adulto mayor suele ser más vulnerable a los síntomas depresivos (37).

#### **2.2.9. Cambios en el rol social del adulto mayor**

El establecimiento de un estado depresivo en esta población es facilitado por los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vida y la disrupción de los roles desempeñados por los ancianos.

El momento más peligroso es después de que el sujeto ha dejado la situación o el rol anterior, pero antes de que se haya integrado a la nueva o haya asumido nuevos roles, ha implicado la pérdida de espacios de pertenencia, y esto ha ayudado a crear cierto nivel de desamparo en los adultos mayores. Esta impotencia y abandono se expresan con frecuencia porque no se valoran los “aportes” sociales y familiares de los adultos mayores, convirtiéndolos en una carga para la familia y sociedad (38).

#### **2.2.10. Falta de actividad de ocio**

El vacío que puede dejar el tiempo libre adicional provocado, por ejemplo, por la jubilación, puede llenarse con actividades de ocio.



Las actividades cotidianas tienen una influencia crucial en el estado emocional de los ancianos, por lo que las personas mayores institucionalizadas pueden tener una mejor salud mental cuando realizan juegos, caminatas y deportes, recrearse en los hospitales geriátricos socializa y dignifica a los adultos mayores institucionalizados (39).

#### **2.2.11. Factores institucionales y trato del personal de cuidado diario**

Las características de las residencias de ancianos y el trato que dan al personal de atención diaria son factores institucionales que se discutirán en relación con la depresión en los ancianos (39).

Esto es especialmente cierto para las instalaciones geriátricas donde puede haber casos de abuso físico y psicológico que fomentan el desarrollo de síntomas depresivos como la soledad, desamparo, baja autoestima, culpa, vergüenza, miedo, ansiedad, negación y una mayor pérdida de autonomía así como estrés, que pueden aumentar el riesgo de muerte (30).

#### **2.2.12. Factores de protección**

Muchos ancianos que han sufrido grandes pérdidas se deprimen, pero otros no, la personalidad y los recursos, como la resiliencia, otorgan a los adultos mayores la capacidad de enfrentar, superar y salir fortalecidos o transformados de la adversidad.

Creemos importante profundizar en el tema de la personalidad en la vejez y su influencia en el estado de ánimo depresivo, por ello se realizará una aproximación conceptual al término resiliencia.



### 2.2.13. Resiliencia

Creemos importante profundizar en el tema de la personalidad en la vejez y su influencia en el estado de ánimo depresivo. Por ello haremos una aproximación conceptual al término “resiliencia”, concepto que nos ayuda a comprender a los adultos mayores.

### 2.2.14. Diagnostico

La depresión a menudo se diagnostica erróneamente como una reacción a la adversidad en este grupo de edad, pero la adversidad no es necesaria ni suficiente para causar depresión o predecir la respuesta al tratamiento.

La presentación clínica de los ancianos difiere de la de los adultos jóvenes:

- Irritabilidad o enojo
- Agitación, ansiedad, preocupación
- Pérdida del apetito con pérdida de peso.
- Somatización.
- Deterioro cognitivo o alteraciones de la memoria.
- Actitudes obsesivas o compulsivas.
- Aislamiento social.
- Problemas maritales (30).

El sistema de diagnóstico internacional (DSM V) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) ha oscurecido la amplia gama de presentaciones clínicas proporcionadas por pacientes de edad avanzada que muestran síndromes atípicos, lo que hace que el diagnóstico y el tratamiento sean más desafiantes.



Antes de realizar un diagnóstico y recomendar una intervención psicológica o psiquiátrica, se debe considerar cuidadosamente la sintomatología depresiva junto con los criterios diagnósticos para identificar la depresión. Esto se debe a que no podemos ignorar el estilo cognitivo del sujeto, o la forma de pensar que tiene evolucionado a lo largo de su vida.

Las personas que carecen de habilidades sociales, tienen pocas habilidades para relacionarse, tienen problemas para resolver problemas y tienen baja autoestima con frecuencia corren el riesgo de sufrir depresión (40).

### **2.2.15. Instrumentos de evaluación**

La validez y la confiabilidad son necesarias para los dispositivos de medición, la validez, la especificidad, la sensibilidad y la confiabilidad deben abordarse al elegir un instrumento y la sensibilidad es la capacidad de un instrumento para detectar la depresión; la especificidad es la capacidad del instrumento para discriminar los "no casos" (de depresión) de los que lo son, o la proporción de pacientes deprimidos con una puntuación de cribado positiva.

Es importante que el instrumento elegido haya sido validado en diferentes poblaciones para tener universalidad. Cabe señalar que las cifras son inferiores cuando se utilizan instrumentos de diagnóstico como la CIE-10 o el DSM-V en comparación con instrumentos de cribado como la escala de Yesavage o el Euro-dep, con una diferencia de prevalencia de hasta el 26% en algunos casos.

Dependiendo de los objetivos del médico, existen instrumentos que pueden ayudar a diagnosticar la depresión, determinar su gravedad o evaluar el tratamiento.

El Inventario de Beck, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la Escala de autoevaluación de la depresión de Zung, la Escala de depresión del



Centro de estudios epidemiológicos de Radloff se utilizan comúnmente para evaluar la depresión en los ancianos (30).

Dado el prurito, la incapacidad para concentrarse y la fatiga de los adultos mayores, se prefieren instrumentos cortos y rápidos.

#### **2.2.16. Tratamiento farmacológico**

Las personas mayores se benefician del tratamiento farmacológico por igual que los adultos de mediana edad. En pacientes geriátricos, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos alteran la respuesta a los fármacos, incluidos los antidepresivos, por lo que se necesitan dosis más bajas para lograr efectos clínicos equivalentes.

Se recomienda esperar hasta seis semanas antes de aumentar la dosis en pacientes mayores porque la respuesta terapéutica lleva más tiempo que el período de latencia típico de tres semanas.

Una vez remitido un primer episodio depresivo, la duración media del tratamiento es de seis meses. Muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento con una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina, en pacientes de edad avanzada.

Los medicamentos más utilizados en la actualidad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que han demostrado ser eficaces contra la depresión y tienen pocos efectos secundarios. De estos, la agitación y la pérdida de peso persistente son los efectos secundarios que restringen con mayor frecuencia el uso del SRS.



### **2.2.17. Psicoterapia**

La eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio de ancianos con depresión mayor no melancólica ha sido demostrada en numerosos estudios.

Debido a su breve duración, enfoque educativo e interacción activa entre el paciente y el terapeuta, las personas mayores toleran bien la terapia cognitivo-conductual y se puede usar junto con medicamentos para tratar la depresión melancólica severa.

Trabajar con la familia es una de las formas más efectivas de tratar la depresión de los ancianos; los miembros de la familia son frecuentemente los mejores apoyos del terapeuta que trata al paciente (41).

### **2.2.18. Consecuencias de la depresión en el adulto mayor**

Según la Asociación Estadounidense de Psicología, la depresión puede exacerbar el problema de salud actual de una persona mayor y generar nuevos problemas.

La tasa de mortalidad de hombres y mujeres mayores que experimentan depresión y sentimientos de soledad es más alta que la de aquellos que están satisfechos con sus vidas, independientemente de la causa de la condición. La depresión también puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores.

Los planes de tratamiento para pacientes de edad avanzada con depresión que también padecen enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades graves suelen llevar más tiempo de lo habitual y los resultados son menos satisfactorios.

Además, las personas mayores, en particular las que tienen discapacidades o las que están confinadas en hogares de ancianos, tienen más probabilidades de



experimentar sentimientos de desesperanza y aislamiento, que con frecuencia fomentan la ideación suicida (36).

La Asociación Estadounidense de Psicología afirma que además de estos posibles efectos negativos en la salud de una persona mayor, la depresión también puede tener otro tipo de efectos.

La depresión puede causar patrones de alimentación que en última instancia conducen a la obesidad, una falta significativa de apetito y una disminución de los niveles de energía, lo que a veces puede terminar en una afección llamada anorexia de la vejez. Las personas mayores que están deprimidas también tienen mayores tasas de insomnio y pérdida de memoria (29).

Por otro lado, la disminución del rendimiento cognitivo aumenta los peligros de cocinar, automedicarse y otras tareas exigentes, la depresión puede preceder a la demencia, pero la depresión y el deterioro cognitivo se establecieron años antes como factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer (36).

#### **2.2.19. Estados nutricionales**

La FAO define el estado nutricional como tu condición física y tus necesidades nutricionales (42).

También es el equilibrio entre la ingesta de alimentos y la utilización del organismo para satisfacer las necesidades fisiológicas de una persona (42).

Los estudios bioquímicos, antropométricos, dietéticos y clínicos se interpretan para determinar el estado nutricional (16).

#### **2.2.20. Estado nutricional del adulto mayor**

La desnutrición, que la OMS define como emaciación y deficiencias de nutrientes, es un problema importante en los adultos mayores (43).



Según la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en España, la desnutrición es un trastorno corporal causado por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades del individuo.

La desnutrición es la falta de energía, proteínas y otros nutrientes, según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Esta deficiencia puede afectar la composición corporal, la función de los órganos y/o las respuestas fisiológicas (43).

En Perú, se sabe poco sobre la nutrición de los adultos mayores, pero un estudio transversal de 2005 encontró un 68,2% de desnutrición (44).

En 2012, el 26,3% de los hogares peruanos tenía al menos un adulto mayor con déficit energético, según la ENAHO (45).

En 2012, el 9,7% de los adultos mayores en Chile estaban desnutridos, según el MINSAL (31).

En España, la prevalencia de desnutrición en ancianos residentes en el hogar oscila entre el 3 y el 5% a nivel nacional. Sin embargo, en pacientes hospitalizados el porcentaje asciende al 20-40% en servicios médicos, al 40-60% en servicios quirúrgicos y por encima del 60% en pacientes institucionalizados (46).

En los EE. UU., la desnutrición es inferior al 1 % entre los adultos mayores sanos e independientes, el 25 % en la población general de ancianos, el 23 % al 85 % en los residentes de hogares de ancianos y el 33 % al 55 % en los pacientes hospitalizados.

### **2.2.21. Factores de riesgo de la desnutrición en el adulto mayor**

Las enfermedades agudas pueden disminuir el apetito y requieren el uso de medicamentos que pueden causar náuseas, vómitos y disfagia. Las alteraciones



y/o modificaciones dietéticas , como la restricción de sal o grasas, pueden hacer que la dieta sea menos apetecible y disminuir el consumo de alimentos (47).

Debido a los síntomas que se exacerbaban con la comida, como náuseas, vómitos, dolor abdominal o cambios en el ritmo intestinal, los trastornos digestivos también pueden hacer que las personas coman menos.

La anorexia también puede ser inducida por trastornos psiquiátricos como depresión, trastornos paranoides o alcoholismo (47).

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

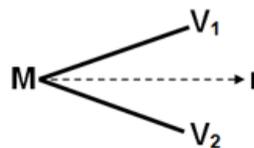
##### 3.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuantitativo por la recolección de datos estadísticos de acuerdo a la medida que se pretenda describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos, relacionados con otros fenómenos tal como se dan en el presente caso (48).

##### 3.1.2. Diseño de investigación

El estudio tiene un diseño de investigación es descriptivo correlacional, que mide el grado de relación entre dos o más ideas, grupos o variables. (48).

#### DISEÑO CORRELACIONAL



#### **Dónde:**

M: Muestra de Estudio.

V1: Factores psicosociales asociados a la depresión.

V2: Estado nutricional en adultos mayores.

#### 3.2. LUGAR DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, ubicado en la región de Puno.



### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. Población

La población de esta investigación está conformada por 565 adultos mayores que pertenecen al Centro del Adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Puno.

#### 3.3.2. Muestra

Mediante el método probabilístico aleatorio simple se determinó la muestra que estará conformado por 223 adultos mayores de ambos sexos:

$$n = \frac{(Z)^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(E)^2 (N - 1) + (Z)^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Donde:**

n = Tamaño de la muestra.

N= Población.

Z = Valor de distribución normal.

P = Proporción de población con características de interés.

Q = Población de que el evento ocurra (1-P).

E = Máximo error permisible 5%.



$$n = \frac{(1.96)^2(0.6)(0.4)(565)}{(0.05)^2(565 - 1) + (1.96)^2(0.6)(0.4)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.6)(0.4)(565)}{(0.0025)(564) + (3.84)(0.6)(0.4)}$$

$$n = \frac{520.7}{1.41 + 0.92}$$

$$n = \frac{520.7}{2.33}$$

$$n = 223$$

### 3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1:

Estado Nutricional

Esta variable categórica, será clasificado en: Estado nutricional Normal, Riesgo de Malnutrición y Malnutrición.

Para la medición del Estado nutricional se utilizará la Escala Mini Nutritional Assessment (MNA).

Variable 2:

Manifestaciones depresivas

Esta variable categórica será medida a través del instrumento de la Escala de Rosenberg Yesavage en versión reducida por la factibilidad de la Covid 19, tiempo y sencillez del test.



### 3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.5.1. Métodos de investigación

El método que se utilizará para la evaluación de los factores psicosociales será:

**Manifestaciones depresivas:** Se aplicará el test de Yesavage (GDS 15) que consta de 15 ítems dirigido a medir depresión geriátrica, el test tiene un patrón de respuesta dicotómico (si o no), toma aproximadamente 5 minutos ejecutarlo.

**Estado cognitivo:** Para su administración se utilizará la Escala de Pfeifer, que consta de 10 ítems y asigna puntajes basados en cuatro criterios: memoria a corto y largo plazo, conocimiento de los eventos diarios y capacidad de cálculo.

Para la investigación que se realizó cuenta con el método del MNA (Valoración Mini Nutricional) para la persona adulta mayor. Consta de 18 ítems distribuidos en 04 partes o áreas, toma aproximadamente 10 minutos realizarla. Anexo C.

#### 3.5.2. Técnica de investigación

Para la variable en estudio se utilizó la técnica de entrevista y cuestionario, la entrevista y antropometría MNA, el peso, la talla, la circunferencia del brazo y la circunferencia de la pantorrilla fueron variables antropométricas. La encuesta recopilará datos sobre la pérdida de peso, la salud, la nutrición y la evaluación subjetiva.

#### 3.5.3. Instrumento de investigación

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesabaye abreviada GDS-15 y Escala de Pfeifer.



Para obtener los índices antropométricos (medias corporales) se realizó el análisis de:

**Peso:** Quítese los zapatos y los vestidos, peso (en kg) para obtener el peso correcto (en kg). Utilice escalas precisas.

1. Verificar la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza ubicada en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo esta.
2. Solicitar a la persona adulta que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
3. Solicitar a la persona adulta se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una “V”.
4. Leer en voz alta el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas de la persona.

**Talla:** Medir la estatura con el paciente descalzo y utilizando un tallímetro.

1. Comprobar que la superficie del suelo es lisa y firme.
2. Pedir al paciente que se quite los zapatos y se coloque derecho con los talones juntos y con los talones, glúteos y hombros pegados al estadiómetro.
3. Los brazos deben colgar relajados con las palmas contra los muslos.
4. Tomar la medida con el paciente bien erguido, con la mirada al frente y la cabeza derecha, no inclinada hacia atrás.
5. Asegurar de que los talones estén pegados al suelo.
6. Descender el medidor del estadiómetro hasta que toque el vertex de la cabeza.



### **Perímetro braquial (PBr)**

1. Pedir al paciente que doble el brazo no dominante por el codo en ángulo recto, con la palma mirando hacia arriba.
2. Medir la distancia entre la superficie acromial del omóplato (la superficie ósea protuberante de la parte superior del hombro) y la apófisis olecranon del codo (punta ósea del codo) por la parte trasera.
3. Marcar el punto medio entre los dos con el lápiz.
4. Pedir al paciente que deje colgar el brazo relajadamente junto al costado.
5. Colocar la cinta métrica en el punto medio del brazo y ajustar bien. Evitar los pellizcos y la presión excesiva.
6. Registrar la medida en cm.

Se obtiene la medida en cm, luego se da una puntuación

- Si el PBr es inferior a 21, la puntuación = 0.
- Si el PBr está entre 21 y 22, la puntuación = 0,5.
- Si el PBr es 22 o superior, la puntuación = 1,0

### **Perímetro pantorrilla**

1. El paciente debe estar sentado con la pierna izquierda colgando o de pie con el peso distribuido uniformemente sobre ambos pies.
2. Pedir al paciente que se suba la pernera del pantalón para dejar la pantorrilla al descubierto.
3. Rodear la pantorrilla con la cinta métrica en su punto más ancho y anotar la medida.
4. Tomar medidas adicionales por encima y por debajo de ese punto para asegurar de que la primera medida era la mayor.

5. Solo puede obtenerse una medición correcta si la cinta métrica está en ángulo recto respecto a la longitud de la pantorrilla; debe redondearse al milímetro más cercano.

### 3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

#### 3.6.1. Diseño estadístico

Para el diseño estadístico de la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Spearman, un diseño estadístico que ayudará a verificar la relación entre las dos variables de estudio.

$$p = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

**Dónde:**

P = Coeficiente de correlación de Spearman.

n = Población.

D<sup>2</sup> = Diferencia de los valores de las variables elevado al cuadrado.

#### 3.6.2. Determinación de la hipótesis estadística

$H_1 = R_{xy} \neq 0$  (Quiere decir que hay algún grado de relación entre los dos valores).

$H_0 = R_{xy} = 0$  (Quiere decir que no hay algún grado de relación entre los dos valores).

### 3.6.3. Regla de decisión

Para tomar una decisión respecto del coeficiente de correlación que se obtienen se ha considerado como parámetro de decisión de la siguiente tabla:

**Tabla 1**

*Regla de decisión.*

Escala Cuantitativa	Escala Cuantitativa
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación negativa nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

### 3.6.4. Determinación de manifestaciones depresivas

Esta herramienta es usada como parte del formato de atención en evaluación del adulto mayor establecido en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores NTS N°043-2006/MINSA; la cual no se ha modificado hasta la actualidad a nivel nacional en las instituciones MINSA y no MINSA.

Además, esta herramienta ha sido validada en versión reducida en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en un estudio realizado entre setiembre 2002 y junio 2003; indicando una sensibilidad de 93%, y una especificidad de 78%).

**Tabla 2**

*Nivel de depresión según escala de depresión geriátrica – Yesavage.*

<b>Nivel de depresión</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Normal</b>	0 a 5
<b>Depresión leve</b>	6 a 9
<b>Depresión establecida</b>	10 a mas

Nota: Yesavage (1986).

### **3.6.5. Determinación del estado nutricional**

La valoración mínima nutricional (MNA), permite identificar el estado nutricional de las personas adultas mayores. Consta de 18 ítems divididos en cuatro áreas, por pregunta se asigna un puntaje.

**Tabla 3**

*Clasificación de Mini Valoración Nutricional a Adulto Mayor.*

<b>Puntaje de corte</b>	<b>Clasificación</b>
<b><math>\geq 24</math> puntos</b>	Bien Nutrido
<b>17 a 23.5 puntos</b>	Riesgo de Desnutrición
<b>&lt; 17 puntos</b>	Desnutrido

Nota: Guigoz, Vellas, Garry (1994).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

Los resultados de la investigación realizada son de acuerdo a las variables de factores psicosociales asociados a la depresión y estado nutricional en adultos mayores, donde se realizó la aplicación de los instrumentos de investigación para poder obtener los resultados que a continuación de demuestra:

**Tabla 4**

*Resultados de estado cognitivo en adultos mayores.*

N°	VALORACIÓN	fi	%
01	Valoración cognitiva normal	68	30
02	Deterioro leve	53	24
03	Deterioro moderado	95	43
04	Deterioro severo	7	3
	<b>Total</b>	223	100

Nota: Cuestionario cognitivo (Pfeiffer).

#### Interpretación

Se puede observar en la tabla 4, el 100% que es el total de 223 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, que en el estado cognitivo se logró obtener los resultados que el 7% de los adultos mayores se encuentra en deterioro severo en el estado cognitivo, 53% se encuentra en un deterioro leve, 68% se encuentra en una valoración cognitiva normal y el porcentaje más elevado es del 95% se encuentra en un deterioro moderado, señalando así que se equivocaron en responder en un rango de 5-7



preguntas, siendo así que adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, tienen dificultades para recordar.

**Tabla 5**

*Resultados de manifestaciones depresivas en adultos mayores.*

N°	NIVEL DE DEPRESIÓN	fi	%
01	Normal	70	31
02	Depresión leve	105	47
03	Depresión establecida	48	22
	<b>Total</b>	223	100

Nota: Cuestionario manifestaciones depresivas (Yesavage).

### **Interpretación**

Se puede observar en la tabla 5, el 100% que es el total de 223 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, con respecto a las manifestaciones depresivas se logró obtener los resultados que 48% de los adultos mayores presentan una depresión establecida, el 70% una depresión normal y el 105% una depresión leve, siendo el porcentaje más elevado, señalando así que los adultos mayores se identifican que ya han abandonado varias actividades de su interés, tiene miedo a que suceda algo malo, prefiriendo así quedar en casa y se convierten en realizar actividades de rutina, el cual le perjudica estando encerrados, desanimándose anímicamente y pensando en qué pase rápido el día para que termine el mes.

**Tabla 6***Resultados de estado nutricional en adultos mayores.*

N°	ESTADO NUTRICIONAL	fi	%
01	Bien nutrido	37	17
02	Riesgo de desnutrición	135	61
03	Desnutrido	51	22
	<b>Total</b>	223	100

Nota: Clasificación de estado nutricional.

**Interpretación**

Se puede observar en la tabla 6, el 100% que es el total de 223 adultos mayores del Centro de EsSalud de la ciudad de Puno, con respecto al estado nutricional se logró obtener los resultados que 37% de los adultos mayores se encuentran bien nutridos, 51% se encuentran desnutridos y el porcentaje más elevado es de 135% que se encuentran dentro de riesgo de desnutrición que si existe problemas de desnutrición, es por una mala alimentación, causando así problemas de movimiento y de retención de conocimientos que es la memoria, es por ello que en los factores de los anteriores tablas se encuentran con problemas de memorizar y de tendencias depresivas, siendo así un factor muy importante la alimentación.

**Resultados de la prueba de hipótesis**

Para los resultados de la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Spearman y determinar mediante la regla de decisión para observar los parámetros de la relación entre las dos variables de estudio, para lo cual se utilizó la siguiente formular:



## PRUEBAS DE HIPÓTESIS DE SPEARMAN

$$\frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$P = 1 - \frac{6(166340.16)}{223(223^2 - 1)}$$

$$P = 1 - \frac{998040.96}{11089344}$$

$$P = 1 - 0,09$$

$$P = 0.91$$

Escala Cuantitativa	Escala Cuantitativa
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación negativa nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
<b>0,9 a 0,99</b>	<b>Correlación positiva muy alta</b>
1	Correlación positiva grande y perfecta



Logrando así obtener como resultado de correlación de la prueba de hipótesis de Spearman un 0,91 demostrando así que tiene una correlación positiva muy alta entre las variables de estudio de factores psicosociales asociados a la depresión y estado nutricional en adultos mayores.

#### **4.2. DISCUSIÓN**

De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que con un 0,91 se demostró que existe una relación positiva muy alta entre las variables de estudio factores psicosociales asociados a la depresión y estado nutricional en adultos mayores, teniendo en cuenta que la alimentación es fundamental en adultos mayores, porque pueden tener varias dificultades como pérdida de memoria y ello puede llevar a una depresión, porque dentro de una buena nutrición existen alimentos que son necesarios para la parte cognitiva, así como Cruz, Sánchez y Lizárraga (2014) en su investigación concluye que la depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores (7).

Contreras, Gualberto, Alonso, Silvana, Yeh, Orti y Tello (2013) en su investigación concluye que en comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión (14), siendo investigación que nos ayudan a ratificar la postura que si existe una mala alimentación existe depresión en adultos mayores, ya que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (25).

Además, que en los adultos mayores que tiene problemas nutricionales, tienden a tener sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son



más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a residencias geriátricas (36).

Con respecto al estado cognitivo con adultos mayores, se demostró que el 46% se encuentran en un deterioro moderado, así como se sostiene que la depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (20).

En las manifestaciones depresivas en adultos mayores de logro obtener los resultados que 47% se encuentran en una depresión leve, lo cual tiene que ser atendido por que la depresión es un sentimiento de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a residencias geriátricas (36).

Este deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades (28); también existe otros factores que pueden estar asociados a la depresión así como Silva y Vivar (2015) en su investigación concluyó que la depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5%; factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores (10).

Con respecto al estado nutricional en adultos mayores se demostró que se encuentra con el 61% siendo el porcentaje más elevado que se encuentra en riesgo de desnutrición, siendo resultados que concuerdan con la investigación de Mamani (2017) quien señala que existe un estado nutricional de los adultos mayores en ambos centros



prevalece la malnutrición con 91% y 94%, con riesgo de malnutrición 9% y 6% y en estado nutricional normal 0% esto en la provincia de Juli de la ciudad de Puno (20).

Teniendo así estos resultados de investigación, podemos darnos cuenta que si los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, están pasando por factores psicosociales asociados a la depresión es directamente correlación con un estado nutricional esto que significa que si manifiestan depresión su estado nutricional se ve afectado en un riesgo de desnutrición, Gómez (2022) en su investigación señala que el 37,5% se sienten solos muy a menudo, el 62,5% asocian la soledad como aburrimiento, el 62,5% de los adultos mayores del ancianato lloran muy a menudo, el 37,5% lloran sin motivo alguno, el 75% de los adultos mayores no le temen a la muerte ya que es un ciclo normal de la vida, 50% se sienten a gusto con su vida principalmente porque en cada momento y esfuerzo que desarrollaron en sus vidas fue fundamental para sentir, pensar y disfrutar (11) y por ello que Granados, Almanza, López y Álvarez (2019) señala que de apoyo para los casos con dificultades; analizar más variables psicosociales como la autopercepción, el apoyo familiar y de la comunidad que permitan explicar los problemas afectivos y favorecer el envejecimiento saludable (12).

Allán (2022) indica que la depresión es un trastorno mental frecuente en la población adulta mayor, su desarrollo involucra una variedad de factores de riesgo y la identificación oportuna de estos por parte del profesional de salud y la intervención en la atención primaria es fundamental para prevenir la enfermedad, y para mejorar la calidad de vida del paciente en la comunidad (13), aportando a la investigación que los factores de riesgo asociados a la depresión están directamente relacionados con el estado nutricional en los adultos mayores, donde si no tiene una buena alimentación, los adultos mayores empiezan a demostrar manifestaciones depresivas y pérdida de conocimiento,



como pérdida de memoria, por ello es muy importante señalar que los adultos mayores tienen que tener una buena alimentación para poder contrarrestar estos factores psicosociales.



## V. CONCLUSIONES

- Primera:** Se logró identificar la relación en factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, con un resultado de  $p=0,91$  demostrando así que tiene una correlación positiva muy alta entre las variables.
- Segunda:** Se logró identificar el estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, se encuentran en deterioro moderado con el 43%, siendo el porcentaje más elevado, demostrando así que existe un problema en su valoración nutricional que afecta al conocimiento del adulto mayor.
- Tercera:** Se logró analizar las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, encontrando así en depresión leve con el 47%, donde los adultos mayores manifiestan que se sienten solos y es producto de falta de alimentos que regulen su valor nutricional.
- Cuarta:** Se logró analizar el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, encontrándose así en riesgo de desnutrición con el 61%, teniendo en cuenta que los adultos mayores no cuenta con una buena alimentación balanceada.



## VI. RECOMENDACIONES

- Primera:** A los Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, que realicen campañas motivacionales con respecto a cómo alimentarse para obtener un buen estado nutricional y evitar factores de depresión en adultos mayores.
- Segunda:** Al Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno, realice diagnósticos de estado cognitivo y poder ayudarlos mediante tratamientos adecuados a adultos mayores.
- Tercera:** A los hijos de los adultos mayores para que puedan dedicarse más tiempo a sus padres y evitar manifestaciones depresivas, el cual le puede traer diferentes enfermedades.
- Cuarta:** A los futuros tesisistas para que puedan implementar unas nuevas formas motivar y concientizar a los adultos mayores en tener una buena alimentación balanceada y así evitar riesgos de desnutrición.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Informe técnico. Situación de la Población Adulto Mayor. 2020;16–8.  
Available from: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
2. Franco-Alvarez N, Avila-Funes JA, Ruiz-Arregui L, Gutierrez-Robledo LM. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunicad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). 2007; Available from: Mexico.
3. Heather HK, Ostbye T, Goy R. Nutritional risk predicts quality of life inelderly community-living canadians. 2004; Available from: North Carolina.
4. OMS. Envejecimiento y salud. Geriatrika [Internet]. 2021;56(1):38–43. Available from: North Carolina.
5. Lawson-Smith L, Petersen J, Soe Jensen P, Maria Sivertsen D, Merete Pedersen M, Ellekilde G, et al. Nutritional risk in acutely admitted older medical patients. Am J Food Nutr [Internet]. 2015;3(3):84–9. Available from: <http://pubs.sciepub.com/ajfn/3/3/4>
6. Martínez JA, Martínez VA, Esquivel CG, Velasco VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Médica del Insitituto Mex del Seguro Soc [Internet]. 2007;45(1):21–8. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf>
7. Cruz EP, Sánchez DC, Lizárraga Esteves M del RM. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901–6.
8. Restrepo AE, Arango DC, Cardona AMS, Molina JO, Gómez JJO, Maya LMC.



- Síntomas depresivos en adultos mayores institucionales y factores asociados.  
Univ Psychol. 2013;12(1):81–94.
9. Sepúlveda-Vildósola AC, Romero-Guerra AL, Jaramillo-Villanueva L.  
Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant Mex médico del Hosp Infant México. 2012;69(5):347–54.
  10. Silva MM, Vivar VP. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Cuenca-Ecuador.; 2015.
  11. Gómez J. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de Andalucía, Valle. Universidad Antonio Nariño. 2022.
  12. Granados D, Almanza L, López J, Álvarez M. Influencia de factores psicosociales en depresión y ansiedad. Hacia el envejecimiento saludable. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 2019;18(1870–6592):81–6. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/1Y7-UjGz69JdC20WRbqVMjkLSSZK64n-C>
  13. Allán VI. Factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor. 2022;
  14. Contreras A, Gualberto AM, Alonso D, Silvana G, Yeh M, Ortiz PJ, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú Malnutrition and associated factors in the elder population of Masma Chicche, Junin, Peru. Rev Med Hered Rev Med Hered [Internet]. 2013;24(24):186–91. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3ao1.pdf>



15. Torrejón R. Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015 [Internet]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza 2016. 2015. Available from:  
<file:///C:/Users/User-PC/Downloads/moderada.pdf>
16. Escobedo J, Zavala E. Estudio sobre la fuerza de asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en la congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados del distrito de breña y callao, 2015. Lima-Perú.; 2016.
17. Aliaga Marín EI, Del Campo Arroyo OM. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro de salud Magna Vallejo Cajamarca, Perú. 2017;123. Available from:  
[http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/710/Elizabeth Isolina Aliaga Marín.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/710/Elizabeth_Isolina_Aliaga_Marín.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Manrique V. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del adulto mayor de la municipalidad del Distrito de Mariano Melgar. Arequipa. Repos Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2019;1:1–64. Available from:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9412/UPmachv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9412>
19. Mamani ML. Nivel de depresion y estado nutricional en adultos mayores de 60 años del distrito de Juli, mayo - agosto 2018. Repos Inst UNA [Internet]. 2018;86. Available from:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9637/Mamani\\_Condori\\_Max\\_Lenin.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9637/Mamani_Condori_Max_Lenin.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



20. Mamani Huanca DC. Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en los centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito. Agosto – octubre del 2016 [Internet]. Puno-Perú.; 2017. Available from:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5056/Mamani\\_Huanca\\_Diana\\_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5056/Mamani_Huanca_Diana_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Alvarez P. Normas y protocolos de atención integral de Salud de las y los Adultos Mayores. 2010;
22. Allevato MA, Gaviria J. Envejecimiento. Educ Contin [Internet]. 2008;154–62. Available from: [http://www.atdermae.com/pdfs/atd\\_31\\_03\\_02.pdf](http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf)
23. Cardona Arango MD, Estrada Restrepo A. Envejecer nos “toca” a todos caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población Adulta mayor. Medellín, 2002. Univ Antioquia [Internet]. 2002;2001. Available from:  
<https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/abb2aa99-91f1-42f4-8258-5695a5014a73/Caracterización+de+algunos+componentes+de+calidad+de+vida+y+de+condiciones+de+salud+de+la+población+adulta+mayor,+Medellín+2002.pdf?MOD=AJPERES>
24. Ferras L, Gonzales M, Perez A, Pelier E, Preval F. Depresión en gerontes institucionalizados, Municipio Isla de la Juventud 2011. 2012;1–9. Available from: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/41/90>
25. Cuadros Bordal AD. Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. Doc Trab Soc Rev Trab y acción Soc [Internet]. 2013;(52):109–32. Available from:



- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703008&info=resumen&idioma=ENG>
26. Lorca E, Castilla-Guerra L, Fernandez MC, Doblado R, Jimenez MD. Depresión post ictus: una actualización. 2015;30(1).
  27. OMS. La salud mental y los adultos mayores. La salud Ment y los adultos mayores La [Internet]. 2017;2. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
  28. Antón M, Gálvez N, Esteban R. Síndromes geriátricos: Depresión y ansiedad. Tratado de geriatría para residentes. 2007. 243–249 p.
  29. Castro MV, Brizuela SJ, Gomez JM, Juan C. Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. Margen [Internet]. 2010;(59):1–18. Available from: <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
  30. Vejarano Alvarado F, Angulo Novoa A. Vejez y envejecimiento: Envejecer en Colombia. 2020. 25–62 p.
  31. Sinchire Gómez MV. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los Centros Gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016 [Internet]. Universidad Nacional de Loja. 2017. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19621>
  32. Londoño N, Zapata J. Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional.pdf. 15 [Internet]. 2007; Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/783>
  33. CEOMA. Discriminacion Por Edad. VII Congr Nac Organ Mayores [Internet].



- 2005;497. Available from: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2016/12/vii\\_congreso\\_nacional.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2016/12/vii_congreso_nacional.pdf)
34. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018;29(3):182. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/3408/3570>
35. Bacca AM, González A, Fernanda A, Rodríguez U. Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2005;1(4):53–63. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>
36. Hernández Zamora Z. El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El Ágora USB*. 2007;7(2):247–58.
37. Muñoz A. Disfunción tiroidea en pacientes ancianos hospitalizados en geriatría: prevalencia, etiología, morbi-mortalidad y seguimiento a corto y largo plazo [Internet]. 2015. Available from: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/32720/1/T36243.pdf>
38. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey J V., Klein I, Mechanick JI, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Cosponsored by the american association of clinical endocrinologists and the American thyroid association. *Endocr Pract* [Internet]. 2012;18(6):988–1028. Available from: <https://doi.org/10.4158/EP12280.GL>
39. Wiersinga WM. Hipotiroidismo adulto. 2014;1–120.
40. Ferras L, Et al. Depresión en gerontes institucionalizados, Municipio Isla de la



- Juventud 2011. Rev Med Isla La Juv [Internet]. 2011;13(2):68–79. Available from: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/41/90>
41. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. 2005;36(6):345–6.
  42. Cerquera Córdoba AM, Meléndez Merchán C. Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. Pensam psicológico [Internet]. 2010;7(14):63–72. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3265130.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3265130>
  43. Gonzales-Mechan M, Legia-Cerna J, Diaz-Velez C. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores. 2017;35–42.
  44. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez JJ, Chavarriaga Maya LM. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Univ Psychol. 2012;12(1):81–94.
  45. Eirín C. Evaluación del Estado Nutricional y Prevalencia de Patologías Asociadas en Pacientes Asistidos en las Policlínicas de la UDA Las Piedras [Internet]. 2014. Available from: <https://www.clubensayos.com/Tecnología/PROYECTO-DE-INVESTIGACION-NUTRICIONAL-UDA-LAS-PIEDRAS/1700098.html>
  46. CEPAL. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. 2018;1–19. Available from: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>



47. Cárdenas-Quintana H, Machaca-Hilasaca M, Roldan-Arbieto L, Muñoz Del Carpio Toia Á, Figueroa Del Carpio V. Nutrition-related risk factors in autonomous elderly people from Arequipa, Peru. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2022;42(1):160–8.
  
48. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Vol. 1, Mc Graw Hill. Mexico; 2018. 714 p.

## ANEXOS

### Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS		HIPÓTESIS		VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	ESTADÍSTICA
	O. GENERAL	O. Específicos	H. General	H. Especifica					
¿Existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno?	Identificar si existe relación entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.	La relación que existe entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional es positiva muy alta en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.	<p><b>H. General</b></p> <p>La relación que existe entre factores asociados a la depresión y el estado nutricional es positiva muy alta en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Ciudad de Puno.</p>		Factores psicosociales asociados a la depresión	Estado cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estado cognitivo de Pfeiffer</li> </ul>	Cuestionario	<p>Diseño correlacional</p> <p><b>Dónde:</b> M: Muestra de Estudio. V<sub>1</sub>: Desempeño Docente. V<sub>2</sub>: Estado emocional en la emergencia sanitaria Covid-19.</p>
¿Cómo es el estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno?	Identificar el estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno.	El estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno es de un deterioro moderado.	<p><b>H. Especifica</b></p> <p>El estado cognitivo en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno es de un deterioro moderado.</p>		Estado nutricional en adultos mayores	Valoración mínima nutricional (MNA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Índices astrométricos</li> <li>Evaluación global</li> <li>Parámetros dietéticos</li> <li>Valoración subjetiva</li> </ul>	Cuestionario	



<p>¿Cuáles son las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno?</p>	<p>Señalar las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno.</p>	<p>Las manifestaciones depresivas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno es preocupación o temor que algo malo va a pasar y Sentimiento de desamparo.</p>		<p>r: Grado de Relación existente.</p>
<p>¿Cómo es el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno?</p>	<p>Analizar el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno.</p>	<p>El estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Puno, se encuentra en riesgo de desnutrición.</p>		



## INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

### Cuestionario para medir estado cognitivo (Pfeiffer)

N°	TEST DE PFEIFFER / ESTADO COGNITIVO	PUNTAJE
01	¿Cuál es la fecha de hoy? (1) .....	
02	¿Qué día de la semana? .....	
03	¿En qué lugar estamos? (2) .....	
04	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?) .....	
05	¿Cuántos años tiene? .....	
06	¿Dónde nació? .....	
07	¿Cuál es el nombre del presidente? .....	
08	¿Cuál es el nombre del presidente anterior? .....	
09	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre? .....	
10	Reste de tres en tres desde 29 (3) .....	



1) Día, mes y año.

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar.

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta.

<b>Errores</b>	<b>Resultados</b>
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.



### Cuestionario para medir presencia de manifestaciones depresivas (Yesavage)

N°	PREGUNTAS	ESCALAS	
		Si	No
01	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
02	¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Si	No
03	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
04	¿Se siente a menudo aburrido?	Si	No
05	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si	No
06	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si	No
07	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
08	¿Se siente a menudo sin esperanza?	Si	No
09	¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si	No
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Si	No
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	Si	No
14	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
15	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si	No
Si las respuestas coinciden con alternativas en rojito anotar un punto.			

#### Nivel de depresión

Normal : 0 a 5

Depresión leve : 6 a 9

Depresión establecida: 10 a mas



## Valoración mínima nutricional MNA para la persona adulta mayor

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla (cm): \_\_\_\_\_

I.ÍNDICES ASTROMÉTRICOS	III.PARÁMETROS DIETÉTICOS
<p>1. Índice de masa corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = IMC &lt;19</li> <li>• 1 = IMC 19 &lt; 21</li> <li>• 2 = IMC 21 &lt; 23</li> <li>• 3 = IMC &gt; 23 2.</li> </ul> <p>2. Perímetro braquial (cm): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,0 = &lt; 21</li> <li>• 0,5 = 21 a &lt; 22</li> <li>• 1,0 = ≥ 22 3.</li> </ul> <p>3. Perímetro de pantorrilla (cm): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = &lt; 31</li> <li>• 1 = &gt; 31 4</li> </ul> <p>4. Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = &gt; 3kg</li> <li>• 1 = no sabe</li> <li>• 2 = 1 a 3 kg</li> <li>• 3 = no perdió peso</li> </ul>	<p>11. Número de comidas completas que consume al día (equivalente a dos platos y postre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0=1 comida</li> <li>• 1=2 comidas</li> <li>• 2=3 comidas</li> </ul> <p>12. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres</p> <p>Productos lácteos al menos una vez/ día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul> <p>Huevos / legumbres dos a más v/semana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul> <p>Carne, pescado o aves diariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul> <p>Sí 0 o 1 califica = 0,0 Sí 2 califica = 0,5 Sí 3 califica = 1,0</p>
<b>II.EVALUACIÓN GLOBAL</b>	
<p>5. ¿Paciente vive independiente en su domicilio?</p>	



<p>0 = No</p> <p>1 = Sí</p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día?</p> <p>0 = Sí</p> <p>1 = No</p> <p>7. ¿Presentó alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = Sí</p> <p>2 = No</p> <p>8. Movilidad</p> <p>0 = de la cama al sillón</p> <p>1 = autonomía en el interior</p> <p>2 = sale de su domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demencia o depresión severa</p> <p>1 = demencia o depresión moderada</p> <p>2 = sin problemas psicológicos</p> <p>10. Úlceras o lesiones cutáneas</p> <p>0 = Sí</p> <p>1 = No</p>	<p>13. Consume frutas y verduras al menos dos veces por día</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 = No</li><li>• 1 = Sí</li></ul> <p>14. ¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, ¿dificultades para deglutir o masticar en los últimos 3 meses?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 = pérdida severa del apetito</li><li>• 1 = pérdida moderada del apetito</li><li>• 2 = sin pérdida del apetito</li></ul> <p>15. Consumo de agua u otros líquidos al día 0,0 = &lt; de 3 vasos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 = de 3 a 5 vasos</li><li>• 1,0 = de 5 vasos</li></ul> <p>16. Forma de alimentarse</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 = necesita ayuda</li><li>• 1 = se alimenta solo con dificultad</li><li>• 2 = se alimenta solo sin dificultad</li></ul> <p><b>IV. VALORACIÓN SUBJETIVA</b></p> <p>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 = malnutrición severa</li><li>• 1 = no sabe/ malnutrición moderada</li><li>• 2 = sin problemas de nutrición moderada</li></ul> <p>18. En comparación con personas de su edad, ¿Cómo se encuentra su estado de salud?</p>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,0 = peor</li><li>• 0,5 = no lo sabe</li><li>• 1,0 = igual</li><li>• 2,0= mejor</li></ul>
	<b>V.INTERPRETACIÓN</b>
	TOTAL: 30 PUNTOS (MÁXIMO) <ul style="list-style-type: none"><li>• = 24 puntos: bien nutrido</li><li>• 17 a 23,5 puntos: riesgo de desnutrición</li><li>• &lt; 17 puntos: desnutrido</li></ul>



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR (CAM) DE LA CIUDAD PUNO. 2020”**

Buenos días, soy bachiller en Nutrición de la Escuela Profesional de Nutrición Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Altiplano. Puno.

Propósito del estudio: Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión y estado nutricional en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) de la ciudad Puno. 2020

Participación voluntaria:

Su participación en este trabajo de investigación es totalmente voluntaria.

Procedimiento: La prueba se realizará de manera gratuita, no representa ningún Riesgo, se pesará y tallará a su persona, se le realizara preguntas de aspectos familiares y psicosociales, toda la información dada es totalmente confidencial.

---

Firma del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_