

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



**DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DEL
ADULTO MAYOR ALBERGADO EN CENTROS DE ATENCION
RESIDENCIAL DE LA PROVINCIA DE PUNO Y CHUCUITO,
AGOSTO – OCTUBRE DEL 2016**

TESIS

PRESENTADO POR:

DIANA CAROLINA MAMANI HUANCA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICION HUMANA

PUNO – PERU

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION HUMANA.

“DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR ALBERGADO EN CENTROS DE ATENCION RESIDENCIAL DE LA PROVINCIA DE PUNO Y CHUCUITO, AGOSTO – OCTUBRE DEL 2016.”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE: LICENCIADA EN NUTRICION HUMANA

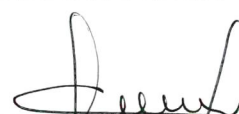
PRESENTADA POR:
BACH. DIANA CAROLINA MAMANI HUANCA

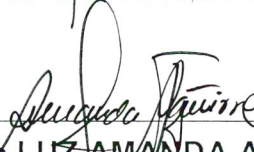


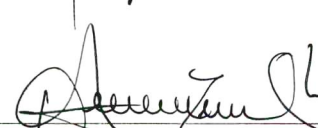
SUSTENTADO EL 02 DE AGOSTO DEL 2017

APROBADO POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE : 
: Mg. TATIANA PAULINA VALDIVIA BARRA

PRIMER MIEMBRO : 
: M. Sc. CLAUDIA BEATRIZ VILLEGAS ABRILL

SEGUNDO MIEMBRO : 
: M. Sc. LUZ AMANDA AGUIRRE FLOREZ

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS : 
: M. Sc. ARTURO ZAIRA CHURATA

AREA: NUTRICIÓN PUBLICA

TEMA: SALUD Y NUTRICIÓN EN LAS DIVERSAS ETAPAS DE LA VIDA

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por guiar mis pasos en el sendero de mi vida, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan.

A mi amada hija Dana por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi esposo por sus palabras y confianza, por su amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mi madre, por su amor, fuerza y decisión, por todo el apoyo que me brindo, a mi padre, mis hermanas y demás familiares por su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mis docentes que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino y así forman parte de este logro en mi desarrollo profesional.

Diana Carolina

AGRADECIMIENTOS

- *A la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, por ser mi alma mater estudiantil, y así brindarme la oportunidad de ser profesional.*

- *A mis maestros de la Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Nutrición Humana, por su entrega a la docencia y el haberme enseñado a amar mi profesión durante mi formación profesional.*

- *A mi director de tesis: M Sc, ARTURO ZAIRA CHURATA por su apoyo, que ha hecho posible el desarrollo y dirección de este estudio y que fueron de gran utilidad para el trabajo de investigación.*

- *A todos los adultos mayores albergados en ambos centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito.*

- *A mis jurados de tesis, quienes me ayudaron con sus orientaciones durante el desarrollo hasta la finalización de este trabajo de investigación.*

- *Finalmente agradecer a mis amigos por brindarme su amistad, que durante la vida estudiantil fueron fuente de fortaleza y desarrollo de momentos únicos, de gran apoyo y optimismo para la superación y logro de la culminación de la vida universitaria.*

Diana Carolina

INDICE

1 RESUMEN	7
3 CAPITULO I.....	9
1.1. INTRODUCCION	9
1.2. JUSTIFICACION	12
CAPITULO II	13
REVISION DE LA LITERATURA	13
2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	13
2.2.- ANTECEDENTES NACIONALES.....	14
2.3.- A NIVEL LOCAL.....	15
2.4.- MARCO TEORICO.....	16
2.4.1. DEPRESIÓN.....	16
2.4.2. ANSIEDAD	24
4 SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LA CIE-10: EQUIVALENCIAS	30
2.4.3. ADULTO MAYOR:	35
2.4.4. ENVEJECIMIENTO.....	36
2.4.5. ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR	41
2.4.6. MARCO CONCEPTUAL.....	46
2.4.7. HIPOTESIS	47
2.4.8. OBJETIVO GENERAL	47
CAPITULO III.....	49
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	49
CAPITULO IV	53
RESULTADOS Y DISCUSION.....	53

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESIÓN-ANSIEDAD Y ANSIEDAD ÚNICA	25
TABLA 2 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD	30
TABLA 3.- DIRECCIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA EAA	33
TABLA 4. TRASTORNOS ANSIOSOS QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG	34
TABLA 5.- ÍNDICE ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG - IMPRESIÓN DE EQUIVALENCIA CLÍNICA	35
TABLA 6.- CAUSAS DE MALNUTRICIÓN EN EL ANCIANO.....	41
TABLA 7.- EVALUACION DE LOS NIVELES DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CARPAM SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO.....	53
TABLA 8. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA EL ADULTO MAYOR SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO – 2016.....	55
TABLA 9.- EVALUACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE WILLIAM ZUNG.....	59
TABLA 10.- NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE WILLIAM ZUNG DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA EL ADULTO MAYOR SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO - 2016.....	61
TABLA 11.- ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LA FICHA D VALORACION NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR (MINI NUTRITIONAL ASSEMENT).....	63
TABLA 12.- ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EVALUACIÓN DE FÓRMULA DE ALTURA DE RODILLA, MÉTODO DE BAHNKE Y FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CARPAM SAN SALVADOR Y VIRGEN DEL ROSARIO. PUNO AGOSTO – OCTUBRE 2016	66
TABLA 13. NIVEL DE DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL SAN SALVADOR Y VIRGEN DEL ROSARIO PUNO. AGOSTO – OCTUBRE 2016	67
TABLA 14. NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL, DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL PUNO. AGOSTO – OCTUBRE 2016	69
TABLA 16 INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO. AGOSTO – OCTUBRE 2016.....	72

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “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”, se realizó con el objetivo, “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”. La población y muestra estuvo constituido por 27 adultos mayores. La metodología fue; para la depresión se utilizó el método descriptivo, la técnica de la entrevista y el instrumento la encuesta Escala resumida de Yesavage; en la ansiedad se utilizó el método descriptivo, la técnica de la entrevista y el instrumentos la encuesta escala de William Zung, y finalmente para el estado nutricional se aplicó el método Antropométrico y Descriptivo, la técnica circunferencias corporales, peso, altura de rodilla y la entrevista, el instrumento fue el Test Mini Nutritional Assessment (Ficha de valoración nutricional para la persona adulta mayor), analizándose como variables independientes la depresión y ansiedad, y variable dependiente el estado nutricional. Se obtuvo como resultado en el CARPAM (Centro de atención residencial para el adulto mayor) SAN SALVADOR y VIRGEN DEL ROSARIO en un nivel de depresión severa con mayor porcentaje y depresión moderada en menor porcentaje. El Nivel de Ansiedad fue en mayor porcentaje con ansiedad severa, y un menor porcentaje con ansiedad moderada. El estado nutricional, el mayor porcentaje presenta malnutrición, y un mínimo porcentaje con estado nutricional normal. Al comprobar estadísticamente la hipótesis, Según la regresión lineal simple utilizado para determinar la influencia, se muestra que la variable depresión y ansiedad influye en el estado nutricional del adulto mayor, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; esto demuestra que al estar el adulto mayor deprimido y ansioso esta se ve reflejado es su estado nutricional.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, Adulto Mayor, Envejecimiento, estado Nutricional

ABSTRACT

The present research work titled "Depression, anxiety and nutritional status of the older adult housed in the residential care centers of the province of Puno and Chucuito. August - October 2016, "was carried out with the objective of" determining the influence of depression, anxiety and the Nutritional Status of the Elderly Adult Hospitalized in the Residential Care Centers of the Province of Puno and Chucuito. " The population and sample consisted of 27 elderly people. The methodology was; For depression we used the descriptive method, the technique of the interview and the instrument the survey summary Scale of Yesavage; In the anxiety was used the descriptive method, the technique of the interview and the instruments the scale survey of William Zung, and finally for the nutritional status was applied the Anthropometric and Descriptive method, body circumference, weight, knee height and Interview, the instrument was the Test Mini Nutritional Assessment, analyzing as independent variables the depression and anxiety, and dependent variable the nutritional status. The results were obtained in the CARPAM (Residential Care Center for the Elderly) SAN SALVADOR and VIRGEN DEL ROSARIO in a level of severe depression with higher percentage and moderate depression in a lower percentage. The Anxiety Level was higher in percentage with severe anxiety, and a lower percentage with moderate anxiety. The nutritional status, the highest percentage present malnutrition, and a minimum percentage with normal nutritional status. Statistically checking the hypothesis According to the simple linear regression used to determine the influence, it is shown that the variable depression and anxiety influences the nutritional status of the older adult, therefore the alternative hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected; This shows that being the older adult depressed and anxious this is reflected in their nutritional status.

Key words: Anxiety, Depression, Elderly, Aging, Nutritional status

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.¹ En América del Sur, la mayor esperanza de vida al nacer se reporta en Chile con 80 años y la menor en Bolivia con 67 años; mientras que en Perú, la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 75 años, siendo mayor en mujeres que hombres.² 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 9,9% en el año 2016..³

La Organización Mundial De La Salud (OMS) nos informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente. El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.⁴

Según el Informe técnico de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN, del estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013, Lima – Perú 2015, tuvo como resultado que uno de cada dos adultos mayores presentó adelgazamiento siendo mayor en las regiones de la sierra y selva, y los que se encontraron en situación de pobreza y pobreza extrema. El sobrepeso en adultos mayores fue de 21,4% (IC95%: 19,6-23,2) y obesidad de 11,9% (IC95%: 10,6-13,2). El sobrepeso y la obesidad afectaron más a la población peruana que residió en el área urbana, la costa, Lima metropolitana y no pobre, concluyendo que existe además un muy alto riesgo de enfermar en la población adulta.⁵ En este contexto podemos decir que este grupo poblacional se está incrementando y adquiriendo mayores necesidades propias de esta edad como el aislamiento, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones menores que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida, salvo excepciones, los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada, ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes muchas patologías, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías, requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepresivo.⁵

Según los informes estadísticos de la DIRESA Puno, en el año 2011 los casos atendidos en el grupo etáreo de 60 a más años con trastorno depresivo fueron de 212 personas, mientras que en el 2012 fue de 370 personas, a diferencia del 2013 con un total de 418 personas. Cabe mencionar, dentro de los casos atendidos con trastorno depresivo se encuentran aquellas personas que en realidad consultan por otras enfermedades, mas no por la depresión, hecho que enmascara estos casos ya que no todos los adultos mayores asisten a una entidad de salud, y si asisten, solo a algunos se les realiza el tamizaje⁶, como

indica (HOYL - 2000) en su investigación sobre el adulto mayor, no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria.⁷

En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la calidad de vida, con discapacidad, morbi-mortalidad de los ancianos que la padecen, tomando en cuenta que el adulto mayor con depresión presenta dos a tres veces más probabilidad de muerte.

Es justamente toda esta compleja, difícil y dura realidad de condiciones de vida y de salud como fuente viva de la ansiedad - depresión que nos hace reflexionar para actuar de manera oportuna.

Ante esta problemática surgen las siguientes interrogantes:

INTERROGANTE GENERAL

¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad del adulto mayor y su influencia en el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los Centros de Atenciones Residenciales de la Provincia de Puno y Chucuito?.

INTERROGANTES ESPECIFICOS: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los adultos mayores albergados?, ¿Cuál es el nivel de depresión de los adultos mayores?, ¿Cuál es el estado Nutricional de los Adultos mayores?, ¿De qué forma influye la ansiedad y depresión en el estado nutricional?

1.2. JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la influencia de los niveles de depresión, ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito, que fue evidenciado la influencia de la depresión y ansiedad en el estado nutricional del adulto mayor, lo cual repercute en la salud del adulto mayor y requiere un especial atención de parte del nutricionista para intervenir de manera oportuna e integra, para darle un nuevo significado a su vida, desde una perspectiva positiva.

Este estudio de investigación podría estimular a una mayor participación de la nutricionista en el campo de la salud mental, fomentando la búsqueda y aplicación de otras terapias complementarias, usadas no solo para tratar sino también para prevenir los estados de depresión y ansiedad. A partir de los resultados de investigación el profesional en Nutrición Humana pueda realizar estrategias de tratamiento y prevención en el adulto mayor, mediante la valoración clínica del Adulto Mayor donde existe la escala geriátrica abreviada de Yesavage para valorar si el adulto mayor tiene algún nivel de depresión y posteriormente pueda ser integrada mediante acciones de promoción, prevención e intervención de salud, con la finalidad de que este grupo de edad y los que lo serán en el futuro logren una vejez saludable.

Finalmente, los resultados del estudio servirán como documento de consulta para fortalecer la línea de investigación y así motivar el interés de los profesionales de salud, siendo un tema nuevo que incursiona en el ámbito de estudio de investigación puesto que en la Escuela Profesional de Nutrición Humana no existen estudios similares que constituyan como antecedente de estudio, por este vacío de información se ha realizado el presente estudio para trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del adulto mayor.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

WALL, KIDDER, RODRIGUEZ y URQUIDEZ (2008) en la investigación de Depresión, Ansiedad y Estado nutricional de adultos mayores de Ciudad Juárez: hallazgos del “Estudio de los mil” (Mexico-2008).- Estudio observacional, descriptivo y transversal en 272 adultos ≥ 60 años que vivían en asilos, con sus familias o inscritos en un programa municipal de atención al adulto mayor (Grupos A, I y P respectivamente). El estado nutricional, presencia de depresión y signos de ansiedad fueron evaluados por medio de cuestionarios estandarizados [cuestionario mínimo nutricional (MNA), escala de Yesavage (depresión) y escala de Goldberg (ansiedad), respectivamente]. En un diseño factorial 3 x 3 fueron agrupados los individuos por el tamaño de su red social (A, I y P) y grado de depresión (sin depresión, depresión leve y depresión establecida), analizándose como variables dependientes la ansiedad y el estado nutricional. Resultados fueron 40% de todos los participantes tenían un buen estado nutricional o no presentaban ansiedad mientras que aquellos que no tenían depresión eran el 63%. Un mejor estado nutricional y menor ansiedad se presentaba en ausencia de depresión. La depresión y ansiedad fue mayor en mujeres y para los grupos A e I, teniendo un importante impacto en el estado nutricional individual. Conclusiones. En los programas públicos y asilos donde se atiende al adulto mayor se debe monitorear su estado anímico por su importante efecto en su estado nutricional.⁸

GÁZQUEZ, PÉREZ-F. SALUD Y CUIDADOS EN EL ENVEJECIMIENTO (2015), tras un análisis afirma que como resultados nos encontramos con que todos los estudios sobre la temática hacen hincapié en la gran repercusión que tiene la depresión sobre los ancianos institucionalizados. Además, la depresión empeora la salud física y las dificultades presentadas en el funcionamiento psicosocial, que como sabemos, ya se encuentran presentes de por sí por el propio envejecimiento. Son grandes las consecuencias de la enfermedad depresiva en los ancianos institucionalizados por lo que se tiene que tratar la

enfermedad con las mejores herramientas terapéuticas disponibles actualmente.⁹

2.2.- ANTECEDENTES NACIONALES.

LICAS TORRES M. P., EN SU TESIS TITULADO “NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL TAYTAWASI (2014), el cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasí” presentan un nivel de depresión leve.¹⁰

ANDRADE C.A. (Ecuador 2011), el estudio realizado sobre “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón Azuay 2011” El objetivo fue determinar el nivel de depresión y su impacto en el estado nutricional de los adultos mayores de 65 años, el estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal el universo lo constituyeron 212 adultos mayores de 65 años, el instrumento utilizado fue la escala geriátrica de Yesavage aplicado a 64 adultos mayores de 65 años. Dentro de los resultados se deduce que el 6,3% de adultos mayores no presentan depresión, el 64,1% presentan depresión moderada y el 29,6% depresión grave.¹¹

TEITELMAN M. y VARELA L, realizaron un estudio de investigación titulado: Depresión en el adulto mayor, Lima 2000; en el cual sólo se aplicó la escala de Yesavage a aquellos que presentaran un nivel cognitivo adecuado. Así, se evaluó a 72 personas de los cuales 36,1% presentaba depresión leve y 5,6% depresión establecida. El 56% de las mujeres y el 24,3% de los hombres presentaron algún grado de depresión. No hubo diferencia entre las frecuencias de depresión global en los menores o mayores de 75 años; sin embargo, los

mayores tenían depresión establecida que los menores de 75 años (20% y 1.9 % respectivamente).¹²

2.3.- A NIVEL LOCAL.

PARI L. L. En su tesis titulado EFECTIVIDAD DE LA TECNICA DE LIBERACION EMOCIONAL EN LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 CHEJOÑA – PUNO 2014. El presente trabajo de investigación, se realizó con el objetivo de “Determinar la efectividad de la Técnica de Liberación Emocional en la depresión del adulto mayor, Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno - 2014”. La investigación fue de tipo pre – experimental con diseño pre y post test con un solo grupo. La población estuvo constituida por 51 adultos mayores y la muestra por 39 adultos mayores con niveles de depresión moderada y severa. La técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento utilizado fue la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage para medir los niveles de depresión. Los resultados fueron: en cuanto a las características personales del adulto mayor con depresión; el 51.3% oscila entre las edades 70-79 años, 79.5% es de sexo femenino, 59.0% son analfabetos, 51.3% tiene como ocupación su casa y 47.7% son viudos. La técnica de liberación emocional es efectiva en la disminución de la depresión del adulto mayor, ya que antes de la intervención predominaba la depresión moderada con 64.1%, seguido de severo con 35.9%. Después de la intervención de técnica de liberación emocional con cinco sesiones (1 teórico, 4 práctico), los resultados fueron: 74.4% pasó a sin depresión, 25.6% presentó depresión moderada y 0.0% depresión severa. Estadísticamente la constatación de hipótesis fue mediante la prueba de “diferencia de dos medias muestrales”; donde $Z_c = 11,57 > Z_t = 1,96$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se Acepta la hipótesis alterna (H_1), Esto significa que si existe diferencia significativa entre el nivel de depresión Pre-test y Post-test, confirmándose que las sesiones de técnica de liberación emocional son efectivas frente a la depresión en los adultos mayores del Establecimiento de Salud I-3 Chejoña.¹³

En el estudio titulado “Factores familiares asociados a la depresión del adulto mayor de los asilos Chucuito y Puno - 2010”. El objetivo fue determinar los

factores familiares asociados a la depresión del adulto mayor en los asilos de Chucuito y Puno, el estudio fue de tipo descriptivo con diseño correlacional, el instrumento utilizado fue la guía de entrevista estructurada y el Test de Yesavage aplicado a 22 personas de 60 años a más. Dentro de los resultados se encontró que en ambos asilos el 50% de adultos mayores presentó depresión severa, de los cuales los adultos mayores con apoyo familiar de nivel bajo a medio presentan depresión severa, mientras que los que tuvieron apoyo familiar de nivel medio a alto no presentaron depresión, deduciendo que los factores familiares se asocian a la depresión del adulto mayor.¹⁴

Otro estudio titulado “Factores socioeconómicos asociados a depresión en pacientes del hospital HRMNB - Puno 2009”. El objetivo fue determinar los factores socioeconómicos que se asocian en la depresión, el estudio fue de tipo descriptivo explicativo, con diseño correlacional. La muestra de estudio estuvo constituida por 132 pacientes hospitalizados de los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario clínico para el síndrome depresivo de Calderón. Dentro de los resultados se encontró que el 64.4% de los pacientes en estudio presenta depresión moderada, 18.2% con depresión leve, mientras que el 67.6% presenta depresión severa.¹⁵

2.4.- MARCO TEORICO.

2.4.1. DEPRESIÓN.

La depresión (del latín depressio, que significa opresión, encogimiento o abatimiento) es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.¹⁶

Según la OMS 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.¹⁷

2.4.1.1. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.

Las Teorías fisiopatológicas de la depresión se desarrollan en base a:

1. Estudios endocrinos
2. Neurotransmisores

Estudios clínicos y pre clínicos señalan que en el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presentes síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones de sueño apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognoscitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales.

Se sugiere una disfunción hipotálamo - hipófisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de

los esteroides corticales en la sangre, orina y la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se les administra dexametasona. La reacción a la hormona estimulante de la tiroides (TSH), con la hormona liberadora de tirotrópina también resulta aberrante, aunque la concentración sanguínea de T3 y T4 sea normal. La hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo y melatonina tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos.

Los primeros estudios sobre los mecanismos en los trastornos del estado de ánimo se relacionan con diversos sistemas de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) en el sistema nervioso central, hay pruebas de que puede ser causada por un desbalance o alteraciones en ellos. Se presume que el sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque un exceso puede causar manía. Además, los centros de recompensa y placer del hipotálamo y de las zonas circundantes reciben numerosas terminaciones nerviosas de los sistemas de norepinefrina y de serotonina.¹⁸

2.4.1.2. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN:

La etiología es multifactorial, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de ellos tenemos:

A. CAUSAS PRIMARIAS:

La depresión es una enfermedad, en muchos casos, causada por cambios fisiológicos. Entre las cuales tenemos:

Bioquímicos Cerebrales: La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales tales como:

Serotonina: Es una sustancia química que se encuentra en el cuerpo caloso del cerebro, específicamente se genera en el noveno núcleo del rafe, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral, desempeñando un papel esencial en el equilibrio entre el tono vital, autoestima y la depresión.¹⁹

Entre las principales funciones de la serotonina está la de regular el apetito mediante la saciedad, equilibrar el deseo sexual, controlar la temperatura corporal, la actividad motora y las funciones perceptivas y cognitivas. Según la hipótesis planteada por Coppen (1969), una alteración ya sea en la síntesis o en la transmisión en los niveles de Serotonina precipita la aparición de una depresión.²⁰

Noradrenalina: Es una catecolamina que funciona como hormona y neurotransmisor. Es liberada por las neuronas simpáticas. Los cuerpos celulares que contienen noradrenalina están ubicados en la protuberancia y la médula, que proyectan neuronas hacia el hipotálamo, el tálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral. Actúa sobre las células efectoras al unirse a unos receptores específicos, que pueden ser de dos tipos: receptores adrenérgicos alfa que intervienen en la relajación intestinal, la vasoconstricción y la dilatación de las pupilas. Y los receptores beta que participan en el aumento de la frecuencia y contractilidad cardíacas, la vasodilatación, la broncodilatación y la lipólisis. Se demostró que un alto nivel de secreción de noradrenalina aumenta el estado de vigilia y contrariamente, unos bajos niveles de ésta secreción causan un aumento en la somnolencia. Según la hipótesis planteada por Schildkraut (1965) los bajos niveles de Noradrenalina pueden ser una causa de la depresión debido a una alteración en la síntesis de este neurotransmisor.²¹

Dopamina: Es un neurotransmisor cerebral producida en muchas partes del sistema nervioso, especialmente en la sustancia gris, y liberada por el hipotálamo, se relaciona con las funciones motrices, las emociones y los sentimientos de placer; actúa como un agonista directo de los receptores D-1, D-2, b-1 y también actúa indirectamente como agonista estimulando

la liberación de norepinefrina endógena. Cuando los niveles de dopamina se agotan en el cerebro, los impulsos nerviosos, o mensajes, no se pueden transmitir correctamente lo cual puede afectar las funciones del cerebro: el estado de ánimo, la cognición, el comportamiento, la memoria, la atención, el aprendizaje, el movimiento y el sueño, por consiguiente una reducción de la función dopaminérgica podría ser uno de los causantes de la depresión.

Cuando un nervio libera dopamina, atraviesa un espacio muy pequeño llamado sinapsis y luego se une a un receptor de dopamina en el nervio siguiente.²²

Neuroendocrinos: Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotalámico pituitaria adrenal (HPA) en los trastornos depresivos, se sabe que cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3 poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea.

Neurofisiológicos: Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad física MOR.

Neuroimágenes: En las depresiones de iniciación de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales, disminución de la corteza prefrontal.

Genéticos y familiares: Algunos estudios muestran disminución del volumen de hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, así también estudios han revelado una relación entre la depresión y la herencia, los familiares biológicos de primer grado de pacientes

deprimidos tienen un riesgo entre el 10 y 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% en la población general.

Factores Psicológicos: Muchos autores postulan que en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos y conductuales. Desde el punto de vista psicosocial:

- Según Seligman (2009) postula que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no pueden ni predecir ni controlar, la persona se resigna y se deprime, además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control.²⁴

- Lewinsohn (2010) observó que la pérdida de refuerzo (consecuencias agradables) en el ambiente puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Posteriormente su inactividad y aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetúa la condición depresiva.²⁵

- Para Beck (2005) el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado el cual se considera la depresión como un síndrome (una vía final común), en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico.²⁶

B. CAUSAS SECUNDARIAS:

Drogas: Se han descrito más de 200 medicamentos que pueden producir depresión, pero la gran mayoría de ellos solo la produce ocasionalmente.

Enfermedades orgánicas: Cualquier enfermedad, en especial las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, por ejemplo. Siendo especial cierto en el sida, cáncer, enfermedades respiratorias, y cardiovasculares.

Trastornos neurológicos: Los más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto en la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales.

Trastornos endocrinos: De estos los más importantes son los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo.

Trastornos Metabólicos: Se describen depresiones en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson, la porfiria intermitente aguda (en esta son más frecuentes los trastornos psicóticos, fóbicos o confuncionales).²⁷

2.4.1.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

No todas las personas que están en fases depresivas padecen todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo, tenemos:

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

Ansiedad: Es una respuesta emocional que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero caracterizado por sentimiento de miedo desasosiego, nerviosismo, preocupación o temores. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: Al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: La mayoría de los pacientes pierde el apetito y en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer sexual: Se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

Inutilidad: Se siente inservible que no produce provecho o beneficio.

Pérdida de interés en las actividades: Hay falta de interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Dificultad para concentrarse, tomar decisiones: Se refiere a la capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.

Duelo: El duelo no complicado puede manifestarse con síntomas similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido. ²⁸

2.4.2. ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. ²⁹

Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (Diccionario de la Real Academia)

Existen algunas diferencias que se enuncian en la tabla 1.

Tabla 1.- *Diagnóstico diferencial entre depresión-ansiedad y ansiedad única*

Depresión asociada con ansiedad		Ansiedad única
INICIO Y EMPEORAMIENTO	Tardío por la mañana	Precoz por la tarde
Sentimientos	Desesperanza	Indefensión
Sueño	Despertar temprano	Sueño tardío
Ansiedad	Acerca del pasado	Acerca del futuro
Gravedad De Los Síntomas	Importante	No incapacitante
Suicidio	Riesgo alto	Riesgo bajo

FUENTE: Manuel Antón Jiménez Noemí Gálvez Sánchez Raquel Esteban Sáiz.
SINDROMES GERIATRICOS. Depresión y ansiedad.³⁰

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y cols.³² El más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio. Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia. Además, en el anciano, estos trastornos pueden presentarse de forma atípica u oligosintomática, predominando en su presentación los síntomas somáticos. Como ocurre en muchas áreas de conocimiento, nos encontramos con que a veces constituye una entidad única y fácilmente diagnosticable, pero en la mayoría de los casos coexiste con otras patologías, y hemos de discriminar si es primaria o secundaria, si es causa o consecuencia.³⁰

Formas clínicas

Siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el anciano, podemos citar:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar patología orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social.
- **Trastorno fóbico.** Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el anciano sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (adenticia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar. — Trastorno obsesivo compulsivo. Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos.
- **Trastorno de estrés post-traumático.** Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.

- **Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.** En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional.
- **Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.** Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad.

Diagnóstico diferencial.

Con la ansiedad transitoria: que es de adaptación a una situación de estrés, pero a priori desproporcionadas. Suelen ser más leves en el anciano y tienen menor repercusión en la actividad global. Con las enfermedades somáticas. Debemos sospechar causa médica si existe una relación temporal con la introducción de un nuevo fármaco o con el diagnóstico reciente de una enfermedad, si apreciamos manifestaciones atípicas de la enfermedad, como crisis de angustia de aparición tardía o si existe resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos convencionales a dosis adecuadas. Con el deterioro cognitivo. Está muy descrito que el deterioro mnésico puro cursa con trastorno de ansiedad en los pacientes en los que les preocupa mucho su deterioro, pero quizás es en las fases más evolucionadas de la enfermedad cuando son más frecuentes las alteraciones de conducta que cursan con ansiedad importante. Con el delirium. Sobre todo la situación vivencial que acompaña a las alucinaciones visuales. Con la depresión. Frecuentemente son enfermedades concomitantes, como se describe previamente.

TRATAMIENTO

El tratamiento idóneo del trastorno de ansiedad en el anciano debe contemplar ineludiblemente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, muchas veces de forma conjunta. Tradicionalmente han sido utilizados benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, IMAO, anticomiciales e incluso antihistamínicos, pero la irrupción de los nuevos antidepresivos como los ISRS, ya referidos previamente, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina

(ISRSN), de acción dual, los sitúa como de primera elección en el trastorno de ansiedad en el anciano. En cuanto al tratamiento psicológico, cabe comentar que las terapias psicoanalíticas y la psicodinamia tradicional no han mostrado utilidad, excepto quizás en la ansiedad generalizada. Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual conjunta, con técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva y de exposición ha revelado importantes beneficios.

NIVELES DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental)

Según MARTINES Y CERNA (1990) clasifica la ansiedad en tres niveles:

F.1.- ANSIEDAD LEVE

La persona esta alerta, ve, oye domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.

F.2.- ANSIEDAD MODERADA

El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud,

respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.

F.3.- ANSIEDAD GRAVE En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuida y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y CLASIFICACION

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada en 1992, incluye los trastornos de ansiedad dentro del capítulo titulado “ Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (epígrafes F40-F48). Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su versión DSM-IV, les dedica el capítulo titulado “Trastornos de ansiedad”. El paralelismo entre ambas clasificaciones diagnósticas puede apreciarse en la siguiente tabla.

Tabla 2 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

SEGÚN EL DSM-IV-TR Y LA CIE-10: EQUIVALENCIAS	
DSM-IV-TR (1994)	CIE-1 (1992)
Trastornos de ansiedad F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia F40.1 Fobia social F40.2 Fobia especifica F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo. F43.0 Trastorno por estrés agudo F43.1 Trastorno por estrés postraumático. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a.... (indicar enfermedad médica)	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40 Trastorno de ansiedad fóbica F40.0 Agorafobia .00 Sin trastorno de pánico .01 Con trastorno de pánico F40.1 Fobia social F40.2 Fobias especificas (aisladas) F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación F41 Otros trastorno de ansiedad F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados F41.9 Otros trastornos de ansiedad sin especificación. F42 Trastorno obsesivo-compulsivo F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F43.0 Reacción a estrés agudo F43.1 Trastorno de estrés postraumático F43.2 Trastorno de adaptación F43.8 Otras reacciones a estrés grave F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificación. F44 Trastornos disociativos (de

	conversión) F45 Trastornos somatomorfos F42 Otros trastornos neuróticos
--	---

ESCALAS DE ANSIEDAD

Existen diferentes pruebas para medir la existencia, el grado y el tipo de ansiedad. Para evaluar la ansiedad en todo paciente que acude a consulta médica existen diversas escalas tales como STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY QUESTIONNAIRE), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD – ISRA), Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS), Inventario de Ansiedad de Beck, Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (ADIS – IV), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Autoevaluación de Zung.

La prueba de STAI, basada en la escala de Spielberger (SPIELBERGER STATETRAIT ANXIETY INVENTORY o STAI), evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación.

Seguidamente se presentará información acerca de la escala de Autoevaluación de Zung, por ser este el que se utilizará para el presente estudio.³¹

A. ESCALA DE AUTOEALUACIÓN DE ZUNG (EAA)

Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar

determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal.

En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana.

Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto.

Los ítems que evalúan una dirección positiva son:

Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre (Item 1)

Me siento con temor sin razón (Item 2)

Despierto con facilidad o siento pánico (Item 3)

Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos (Item 4)

Me tiemblan los brazos y las piernas (Item 6)

Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura (Item 7)

Me siento débil y me canso fácilmente (Item 8)

Puedo sentir que me late muy rápido el corazón (Item 10)

Sufro de mareos (Item 11)

Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar (Item 12)

Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies (Item 14)

Sufro de molestias estomacales o indigestión (Item 15)

Orino con mucha frecuencia (Item 16)

Siento bochornos (Item 18)

Tengo pesadillas (Item 20)

Los ítems que evalúan una dirección negativa son:

Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme (Item 05)

Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente (Item 09)

Puedo inspirar y expirar fácilmente (Item 13)

Generalmente mis manos están secas y calientes (Item 17)

Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche (Item 19)

En el siguiente tabla se presenta un resumen de los ítems y la dirección que asumen.

Tabla 3.- Dirección de los ítems de la EAA

Dirección Positiva	Dirección Negativa
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20	5, 9, 13, 17 y 19
15 ítems	05 ítems

Además en el formato de la Escala de ansiedad de Zung se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio.

Los resultados obtenidos de varios estudios han demostrado que en casi todos los desórdenes psiquiátricos hay un cierto grado de ansiedad concomitante.

Personas con diferentes diagnósticos primarios tales como enfermedad coronaria, lumbago o depresión, con frecuencia conllevan al diagnóstico adicional de ansiedad, lo cual significa que un diagnóstico primario que no sea el de ansiedad no elimina la concomitancia de sintomatología ansiosa que requiere el tratamiento de esta condición agregada. Ejemplo: enfermedad coronaria y ansiedad, depresión y ansiedad, entre otros.

Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4. TRASTORNOS ANSIOSOS QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

Afectivos	Somáticos
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Miedo	Tendencias a la fatiga y debilidad.
Intranquilidad	Palpitaciones
	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestias
	Nauseas y vomitos
	Frecuencia urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

El valor de cada respuesta por ítem de la escala de Zung se puede observar en el Anexo 3. Posteriormente se anota el valor individual de cada ítem en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” en base a la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{total}}{\text{promedio maximo de 80}} \times 100 = \text{índice de ansiedad}$$

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

El índice de la Escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. En el Anexo 4 se pueden apreciar los índices obtenidos según niveles.

Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 5.- Índice Escala de Ansiedad de Zung - Impresión de Equivalencia Clínica

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

2.4.3. ADULTO MAYOR:

Como seres humanos crecemos, nos desarrollamos y declinamos. Pero, ¿qué pasa cuando cursamos la etapa final de la vida? el ser humano que tenga 60 años a más, la sociedad y la OMS lo considera como un anciano, persona de tercera edad, viejo, adulto mayor y actualmente lo llaman adulto en plenitud. ¹

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. En su teoría de las etapas psicosociales del desarrollo de la personalidad; Erickson consideraba la integración de la personalidad como la etapa última del desarrollo. Para este autor la vida gira en torno a la persona y el medio, así cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión. ³²

SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ.

En el año 2013, la edad mediana de la población peruana se sitúa en 25,5 años. Hace dieciocho años era 20,5 años, lo que indica que hay más población en edades mayores. La población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,3% de la población total. Los mayores porcentajes se presentan en los departamentos de: Arequipa (7,3%), Lima (7,2%), Moquegua (7,1%), Ancash y la Provincia Constitucional del Callao (7,0% en cada caso) e Ica y Lambayeque (6,8% en cada caso). Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 334 mil y la mayoría son mujeres (58,4%).

Pero el proceso es aún más dinámico en el grupo de los más longevos. El ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población peruana. De 114 mil 445 habitantes que registró el Censo de 1972, ha pasado a 388 mil 388 personas en este último censo. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) anota en su "Perfil sociodemográfico del Perú", el primer informe oficial del censo 2007, señala que la población adulta mayor de nuestro país, es decir, la integrada por personas de 60 años a más representa el 9,1% del total de la población, cifra que asciende a 2'496.866 habitantes, mientras que la población total es de 27'419.294 habitantes.

La Encuesta Nacional de Hogares (2013) indica que: "En Lima Metropolitana la proporción de la población de adultos mayores es 10,4%, mayor que en el Área Rural (9,8%) y el Área Urbana (8,5%). Comparado dichos resultados con el trimestre abril -mayo- junio del año anterior por ámbito geográfico, se observa que la población de 60 a 79 años de edad se incrementó en Lima Metropolitana (0,4 punto porcentual); en tanto, se redujo en el Área Urbana (0,2 punto porcentual)".

2.4.4.- ENVEJECIMIENTO

La Tercera Edad es un proceso inevitable, y es un compromiso común plantear soluciones para que este grupo de Adultos Mayores se desenvuelva de un modo seguro. La preocupación general de cómo llegar a la vejez se presenta de manera inexorable como un futuro doloroso, debido a las condiciones especialmente difíciles, que deben afrontar en la tercera edad, en donde se sienten postergados y excluidos, a la par que aparecen las enfermedades asociadas a la vejez, Alzheimer, artrosis, osteoporosis, astenia etc. (32) Ocasionalmente un incremento a presentar enfermedades crónicas y degenerativas, sumando más la tendencia genética, condiciones de vida incorrecta y condiciones socio-económicas temporales y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor se desequilibre, razón por la cual es necesario plantear propuestas con el fin de ofrecerles una vejez sana y placentera.

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual.
- Universal porque afecta a todos los seres vivos.

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

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

Cambios durante la etapa del envejecimiento.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios tanto en la esfera orgánica como en la mental, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relaciones interpersonales.

Cambios fisiológicos:

En la vejez la expresión de los padecimientos suelen ser especial y las sintomatologías se alteran, manifestándose con un aumento del umbral del dolor, balance hidroelectrolítico y regulación de temperatura. Es indiscutible que la nutrición influye en la longevidad, siendo así que la relación recíproca entre una adecuada nutrición y salud conllevan a un equilibrio dinámico. Los diferentes órganos y sistemas sufren cambios, sin embargo cabe recalcar que no todas las personas envejecen de la misma manera, hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso, en cambio va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, con gran discapacidad denominándose el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

Cambios físicos y psicológicos.- El estado de salud, es primordial en la forma en la que se desenvuelven los adultos mayores en la sociedad, ya que influye en todos los ámbitos de su vida, y puede permitirle relacionarse de

determinada manera con las personas que se encuentran a su alrededor. Si su salud se ve afectada de alguna manera, va a tener limitaciones en cuanto a las actividades que pueda realizar.

Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades.

Algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas.

Aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor.

De los cambios anteriormente planteados, lo que puedo rescatar es que la energía disminuye, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un poco más lento y flexible; razón por la cual se les excluye de muchas actividades.

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos.

Observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar

sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros.

Cambios sociales del envejecimiento El envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos el cual se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista psicosocial, bajo este enfoque es que se analiza la manera en que el adulto mayor se enfrenta o se adapta a las condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos.

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios.

Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado, de aceptación y satisfacción personal.

En el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.

Nutrición y Envejecimiento Anormal.

El envejecimiento está determinado sobre todo por la concomitancia de alteraciones patológicas, atribuidas al propio proceso de envejecimiento y que dependen fundamentalmente de factores inherentes al estilo de vida, entre los que destaca la nutrición. La intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis, patologías que se creía están asociadas al proceso de envejecimiento, hoy se considera que al llevar un equilibrio entre alimentación, ejercicio, se obviara, lo que determina que hay ciertos procesos que erróneamente consideramos propios de la vejez no se presentan si se mantiene un adecuado estilo de vida. ³³

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Recomendaciones generales

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

Valorar las interferencias con otros fármacos que estén tomando.

- Tratar el mínimo tiempo posible, pero ajustado a criterios de duración del tratamiento.

Psicoterapia básica.

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

Elección de fármacos El conjunto de medicamentos antidepresivos es elevado, es recomendable antes de iniciar un tratamiento hacer una estimación que contenga analítica de sangre con sistemático, bioquímica completa, iones, B12, Fólico, hormonas tiroideas y ECG. La elección del antidepresivo en este grupo de edad viene condicionada por la existencia de efectos secundarios y/o interacciones con otros fármacos; los ISRS van, día a día, desplazando a los antidepresivos tricíclicos y tetra cíclicos, entre los que la nortriptilina ha sido el más utilizado. La permanencia del tratamiento se aprecia en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo. La Sociedad Española de Psiquiatría recomienda mantener el tratamiento hasta 3 ó 5 años si se trata de un segundo episodio, e incluso indefinido si el episodio fue muy grave. Es muy importante valorar las posibles interacciones con el tratamiento análogo en estos enfermos, dado que un alto porcentaje consume algún tipo de fármaco, partiendo entre uno o varias porciones.^{33, 34}

2.4.5. ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

En el envejecimiento se produce cambios biológicos, psicológicos y sociales y un descuento de la capacidad de reserva de todos los órganos, presentando un mayor riesgo de padecer enfermedades, que trascienden de la interacción de factores genéticos y ambientales, que encierran estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. Siendo la nutrición un factor importante en el proceso de envejecimiento, el estado nutricional de los longevos es expresado por los requerimientos y la ingesta, Cualquier estimación del estado nutricional por lo tanto, corresponde incluir información sobre estos factores, con la entidad de ayudar a deducir la etiología de posibles privaciones, plantear las intervenciones corregidoras y evaluar su efectividad. Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La ingesta energética disminuye más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física.

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

Causas favorecedoras de la malnutrición en el anciano

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

Tabla 6.- Causas de Malnutrición en el Anciano.

Causas fisiológicas	Causas psicosociales	Causas patológicas
Cambios en la composición corporal: - ↑ masa grasa - ↓ masa magra (músculo y hueso) - ↓ agua corporal total - ↓ masa osea. Menor gasto energético	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad, aburrimiento, depresión, viudedad, alcoholismo • Limitación de recursos económicos • Ingreso en 	<ul style="list-style-type: none"> • Pluripatología. • Polimediación. • Discapacidades.

<p>(metabolismo basal y actividad física) Deterioro de los sentidos del gusto, olfato y vista. Alteraciones digestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↓ masticación, ↓ dentición. - Alteración de la deglución. - ↓ peristaltismo-estreñimiento. - ↓ secreción salival, gástrica y pancreática. - ↓ superficie absorptiva. - ↓ absorción de disacáridos. - ↑ sobrecrecimiento bacteriano 	<p>instituciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento, dificultad para el transporte. 	
--	--	--

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

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

Evaluación del estado nutricional

La valoración clínica del estado nutritivo mediante técnicas simples, pretende obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo, conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como asimismo la capacidad funcional del individuo. De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como asimismo evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes.

Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional. Las mediciones antropométricas más comunes utilizadas son: peso, talla, pliegues tricípital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Una de las combinaciones de variables

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

- **Peso y talla:** considerándose que solas o combinadas, son indicadores del estado nutritivo global.
- **IMC:** muestra buenas correlaciones en masa grasa ($r = 0.6- 0.8$). El IMC para los ancianos se estima actualmente entre 23-28 kg/m², cuyos niveles elocuentemente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables.
- **Circunferencia del brazo:** indicada para evaluar la reserva proteica energética, técnica que se la realiza con el brazo derecho relajado, en el punto medio entre la punta del proceso acromial de la escápula y el olecranon. Cuyos valores normales hacen referencia tablas según sexo y edad.
- **Circunferencia de cintura y caderas:** La medición de estas circunferencias y su combinación en el índice cintura/cadera, permiten idear la grasa corporal. Los valores del índice cintura / caderas considerados de riesgo han sido estimados $>$ de 1 para hombres y $>$ 0.85 para mujeres, siendo un indicador valioso ya que un aumento de la grasa visceral es un factor de riesgo cardiovascular.
- **Pliegues cutáneos:** Los depósitos de grasa corporal representan la energía almacenada, siendo exactamente evaluada como la densitometría y métodos de dilución isotópica. Cuyos resultados en esta etapa serán menores por la redistribución de grasa. El pliegue cutáneo tricipital es la más utilizada para establecer la escasez de reserva calórica, como su aumento en la obesidad. El pliegue bicipital, se mide en el punto medio del brazo derecho extendido y relajado, en la cara anterior de éste. El pliegue subescapular, se mide bajo la punta inferior de la escápula derecha, formando un ángulo de 45° en relación a la columna vertebral. En tanto que, el pliegue suprailíaco, se mide sobre la cresta ilíaca, tomando como referencia la línea media axilar.

Parámetros bioquímicos en la evaluación del estado nutricional

- **Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto):** los patrones de referencia OMS (Hb<130mg/dl para hombres y <120 mg/dl para mujeres). Respecto al hematocrito la mediana para hombres es 46 y 44% en los mismos estudios, con rangos entre 37 y 53 para percentiles 2,5 y 97,5. En mujeres estos valores alcanzan cifras de 41% y 42% con rangos de 35 a 50% para los mismos percentiles. - **Albúmina:** buen indicador de estado de salud en el anciano, niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl tienen significado como indicador nutricional. En la medida que no medien otros factores patológicos.
- **Perfil lipídico:** son indicadores de predicción de enfermedad coronaria en adultos y adultos jóvenes y ancianos, es frecuente encontrar valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, valores de colesterol de HDL inferiores a 40 mg/dl y de triglicéridos superiores a 150 mg/dl. En pacientes con alto peligro coronario pero plenamente funcionales el tratamiento de la hipercolesterolemia puede ser tan útil como los tratamientos para corregir la hipertensión o el tabaquismo. - **Intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia:** la intolerancia a la glucosa tiene influencia adversa sobre los lípidos plasmáticos y la presión arterial. La hiperinsulinemia como un resultado directo de la intolerancia a la glucosa, es un factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria. Un adecuado aporte de CHO en la dieta y reducción de peso y grasa corporal mejoran la sensibilidad a la insulina en aquellos, además el ejercicio muscular y una ajustada nutrición corresponderían optimar la sensibilidad a la insulina en los viejos y reducir las consecuencias adversas de esta alteración.
- **Mediciones inmunológicas:** Diversas funciones inmunológicas son afectadas en la malnutrición. Los niveles de inmunoglobulinas, anticuerpos, función fagocítica, respuestas inflamatorias, función del complemento, inmunidad secretoria y de mucosa y otros mecanismos inmunológicos, Se ha demostrado una recuperación de la competencia inmune con relación a la repleción nutricional. En casos de desnutrición

- estructuras como el timo y el bazo se alteraran, observándose a demás linfocitos inferiores a 1.500 por mm³.
- **Función muscular:** El músculo siendo una reserva importante de aminoácidos, permite que éstos sean reclutados en condiciones de "estrés" o de ayuno. - Dinamometría: la medición de la fuerza de agarre de la mano con un dinamómetro simple, permite revelar depleción proteica preoperatoria, y su rebaja se correlaciona con mayor susceptibilidad del paciente a complicaciones postoperatorias.
 - **Presión inspiratoria y espiratoria:** Se puede medir la fuerza de la musculatura respiratoria, midiendo la presión inspiratoria y espiratoria máximas. Estas mediciones tienen una buena correlación con medidas de masa magra y lograrían ser predictores de entorpecimientos asociadas a desnutrición - Evaluación global subjetiva: La historia clínica, incluyendo datos dietarios y el examen físico pueden establecer o hacer sospechar la presencia de malnutrición. se realiza sin previo conocimiento de datos de laboratorio, indagando antecedentes personales, familiares, y estados que afecten la fase nutricional, mientras que con el examen físico se busca emaciación muscular y de grasa, edema y ascitis.

Instrumento de Evaluación nutricional del anciano.

Se propone instrumentos para identificación de personas con un riesgo nutricional, mediante técnicas fáciles y accesibles. Entre las herramientas más apropiadas para utilizar en personas mayores está el Mini Nutritional Assessment (MNA) que ha sido validado inicialmente en una población geriátrica y ha mostrado una buena correlación con la ingesta, parámetros antropométricos, analíticos, funcionales, tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

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

- **Medidas Antropométricas:** Peso, Talla, Pérdida de peso

- **Evaluación Global:** 6 preguntas sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad.
- **Evaluación nutricional:** 8 preguntas sobre el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos y la autonomía para comer
- **Evaluación subjetiva:** Preguntas sobre autopercepción de la salud y la nutrición.³⁶

2. 4.6 . MARCO CONCEPTUAL.

ADULTO MAYOR: Para fines de este proyecto se utilizará el término “adulto mayor” para referirse a las personas mayores de 60 años, considerándose el término “vejez” como un estado del ser y “envejecimiento” como un proceso, por lo que se adoptarán estos términos para facilitar la conceptualización.

DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR: 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. Es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.

DEPRESIÓN: síndrome psiquiátrico, que persiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor e insomnio y pérdida de peso, a veces concomitante con sentido de culpa y preocupaciones somáticas con frecuencia de proporciones delirantes.

ANSIEDAD.- estado emocional desagradable, resultado ostensible de un conflicto intrapsíquico no reconocido. Las concomitantes fisiológicas incluyen aumento de la frecuencia cardíaca, alteración de la frecuencia respiratoria, sudoración, temblor, debilidad y fatiga.

ANTIDEPRESIVOS. Que previene o alivia la depresión.

ANSIOLÍTICO.- que sucede la ansiedad.

ANTROPÓMETRO DE RODILLA: es un instrumento que consta de una vara con un tope fijo angular de 90° con la base y un tope móvil que se coloca sobre la rodilla. Este instrumento permite estimar la talla de las personas adultas mayores en casos especiales.

CASOS ESPECIALES: personas adultas mayores que por múltiples razones no puedan ser pesadas y/o talladas con los equipos antropométricos convencionales. Ejemplo: personas postradas, personas con problemas congénitos y de columna adquiridos, entre otras.

Medición de altura de la rodilla: es la medición antropométrica realizada en la pierna de mejor condición de la persona adulta mayor, para estimar su talla cuando esta no se pueda medir con el tallímetro. Requiere de un antropómetro de rodilla para su medición.

2.4.7. HIPOTESIS

H0: No existe influencia de la depresión y ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los Centros de Atenciones Residenciales de la provincia de Puno y Chucuito.

H1: Existe influencia de la depresión y ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los Centros de Atenciones Residenciales de la provincia de Puno y Chucuito

2.4.8. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la depresión y ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores de los Centros de Atenciones Residenciales de la provincia de Puno y Chucuito.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar el Nivel de Depresión de los adultos mayores de los Centros de Atenciones Residenciales de Puno y Chucuito
- Identificar el nivel de ansiedad de los adultos mayores de los Centros de Atenciones Residenciales de Puno y Chucuito
- Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores de los Centros de Atenciones Residenciales de Puno y Chucuito
- Establecer la influencia del nivel de ansiedad y depresión sobre el estado nutricional de los adultos mayores de los Centros de Atención Residencial de Puno Chucuito.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación fué de tipo descriptivo, de corte transversal.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el Centro de Atención Residencial para el adulto mayor San Salvador de la Sociedad de Beneficencia Pública de Puno y el centro de Atención Residencial del adulto mayor Virgen del Rosario de la provincia de Chucuito en el departamento de Puno.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el presente estudio de investigación se trabajó con la totalidad de los adultos mayores residentes en ambos Centros de atención para el adulto mayor “San Salvador” del distrito de Puno y “Virgen del Rosario” de distrito Chucuito, que son 27 adultos mayores.

Muestra de adultos mayores de ambos centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito participantes en la investigación en el periodo agosto - octubre del 2016.

SAN SALVADOR	VIRGEN DEL ROSARIO
11	16

3.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	INDICE
INDEPENDIENTE - DEPRESION	Evaluación del nivel de depresión. (Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage)	Sin depresión Depresión moderada Depresión severa	0-5 puntos. 6-9 puntos. >10 puntos.
- ANSIEDAD	Evaluación del nivel de ansiedad. Escala de Zung	Límites normales. Ansiedad mínima o moderada. Ansiedad marcada o severa. Ansiedad intensa	Menos de 45 45 – 59 60 – 74 75 a más
VARIABLE DEPENDIENTE - ESTADO NUTRICIONAL	Estado de Nutrición MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – PERIMETROS	Normal Riesgo de malnutrición Malnutrición	24 – 30 puntos 17 – 23.5 punto Menor a 17 puntos

3.5. ESTRATEGIA PARA OBTENCION DE DATOS.

3.5.1. DEPRESION

METODO: El método que se utilizo es la entrevista.

TECNICA: Se realizó mediante la encuesta y la observación.

INTRUMENTO: El instrumento que se utilizó la ficha de la escala geriátrica de Yesavage. Que contiene 15 ítems, se utiliza para una población generalmente mayor de 65 años. **Ver Anexo 02**

3.5.2. ANSIEDAD

METODO: El método que se utilizo es la entrevista y observacion.

TECNICA: Se realizó mediante la encuesta y la observación.

INTRUMENTO: El instrumento que se utilizó fue la ficha de la escala resumida de William Zung. Que contiene 20 items , que se utiliza para una población generalmente mayor de 65 años. **Ver Anexo 03**

3.5.3. ESTADO NUTRICIONAL

METODO: Se utilizó la antropometría en los adultos mayores, y la entrevista para completar la ficha de valoración nutricional.

TECNICA: Se realizó mediante la encuesta ficha nutricional para la persona adulta mayor, y la toma de medidas antropométricas 12 perímetros corporales, altura de rodilla para estimar la talla, IMC.

INTRUMENTO: ficha de valoración Nutricional para la persona adulta mayor, antropómetro, cinta métrica. ANEXO 04

3.5.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron recolectados por la investigadora y colaboradores, durante los meses de estudio. Previamente se realizaron las coordinaciones con la Directora de la sociedad de Beneficencia Pública de Puno y el Gobierno Regional Puno, para el hogar Virgen del Rosario de Chucuito.; para así poder cumplir con los trámites y permisos administrativos. Una vez obtenido las autorizaciones correspondientes entre ellas el consentimiento informado se procedió a obtener los datos por medio de la técnica de la encuesta.

3.6 DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables en estudio. Así también los resultados se presentaron en gráficos para apreciar de mejor forma el comportamiento de dichas variables. Para el procesamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0, dentro del cual se aplicó la prueba estadística “Ji cuadrada” de Pearson, el cual nos permitió determinar si existe relación entre las variables de estudio, cuya fórmula es:

a) Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05$ (Error estadístico de prueba del 5%)

b) Prueba estadística

$$\chi^2_C = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

χ_c^2 = Chi cuadrada calculada

O_{ij} = Valor observado

E_{ij} = Valor esperado

r = Número de filas

c = Número de columnas

Regla de decisión

$\chi_c^2 > \chi_t^2$ Entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna. Caso contrario se aceptará la hipótesis nula.

Comprobación de hipótesis

H0: No existe influencia de la depresión y ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los Centros de Atenciones Residenciales de la provincia de Puno y Chucuito

H1: Existe influencia de la depresión y ansiedad sobre el estado nutricional de los adultos mayores albergados en los Centros de Atenciones Residenciales de la provincia de Puno y Chucuito

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el estudio se tuvieron limitaciones importantes que deben tenerse en cuenta al momento de trabajar con los adultos mayores.

En primer lugar, la disponibilidad de tiempo, ya que cuentan con actividades programadas durante el día. Debido a ello, la recolección de datos tuvo que adaptarse a los horarios donde puedan participar. Es así que la investigación se realizó por las tardes y antes de entrar a la ducha programada. Una segunda limitación en la realización de este estudio fue la poca colaboración por parte de los tutores quienes se oponían a la aplicación de los test psicológicos para obtener el nivel de depresión y ansiedad.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION

A.- EVALUACION DEL NIVEL DE DEPRESION

Tabla 7.- EVALUACION DE LOS NIVELES DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CARPAM SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO.

DEPRESION												
	SAN SALVADOR						VIRGEN DEL ROSARIO					
	SI	%	N O	%	TOTAL		S I	%	N O	%	TOTAL	
					Nº	%					Nº	%
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	3	27	8	73	11	100	4	25	12	75	16	100
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	3	27	8	73	11	100	3	19	13	81	16	100
3. ¿Siente que su vida está vacía?	3	27	8	73	11	100	5	31	11	69	16	100
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	2	18	9	82	11	100	4	25	12	75	16	100
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	8	73	3	27	11	100	11	69	5	31	16	100
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	4	36	7	64	11	100	5	31	11	69	16	100
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	8	73	3	27	11	100	13	81	3	19	16	100
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	4	36	7	64	11	100	6	38	10	62	16	100
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	3	27	8	73	11	100	5	31	11	69	16	100
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	9	10	91	11	100	2	13	14	87	16	100
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	2	18	9	82	11	100	3	19	13	81	16	100
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	10	91	1	9	11	100	11	69	5	31	16	100
13. ¿Se siente lleno de energía?	2	18	9	82	11	100	3	19	13	81	16	100
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	2	18	9	82	11	100	2	13	14	87	16	100
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	3	27	8	73	11	100	4	25	12	75	16	100

En la tabla N° 7 muestra el porcentaje de respuestas de las 15 ítems relacionados a depresión, lo que se obtuvo que, los adultos mayores del CARPAM San Salvador y Virgen del Rosario, el 73% y 75% respectivamente no están satisfechos con su vida, solo el 23% y 25 % estas satisfechos con su vida, el 73% y 81% ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas y en 27% y 29% se mantiene en sus actividades principales. El 73% y 69% siente que su vida no está vacía, el 27% y 31% siente que su vida está vacía; no se siente aburrido frecuentemente 82% y 75%, se siente aburrido 18% y 25; se siente de buen ánimo 73% y 69% el resto se encuentra desanimado; está preocupado o teme que algo le pase el 36% y 31%, el 64% y 69% no se preocupa; se siente feliz la mayor parte del tiempo 73% y 81%, solo el 27%y 19% no se siente feliz; se siente desamparado frecuentemente 36% y 38%, l 64% y 62% no se siente desamparado; prefiere quedarse en casa 27% y 31%, más 73% y 69% prefieren salir d la casa; el 9% y 13% siente que tienen más problemas con su memoria que otras de su misma edad, el 91% y 87% sienten que otros están con mayores problemas de memoria; creen que es maravilloso estar vivos 18% y 19%, el 82% y 81% no creen que es maravilloso vivir al contrario desean morir; el 9% y 31% no se sienten inútiles y despreciables actualmente, el 91 y 69% se sienten despreciables e inútiles; se sienten lleno de energía el 18% y 19%, l 82% y 81% se sienten sin energías día a día; el 18% y 13% tienen esperanzas ante la situación actual más el 82 y 87% no tienen esperanzas ante la situación actual. El 27% y 25% creen que otras personas en general están mejor que él, más el 73% y 75% no creen estar mejor que otras personas en general.

Los resultados muestran que los adultos mayores se encuentran insatisfechos, sin esperanza de vida, y en un estado emocional de insatisfacción, sin esperanzas de vida y esperando que termine esta última etapa d la vida, lo más pronto posible.

Tabla 8. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA EL ADULTO MAYOR SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO – 2016.

Nivel de depresión	San Salvador		Virgen del Rosario	
	Nº	%	Nº	%
Depresión leve	0	0	0	0
Depresión severa	9	81.8	12	75.0
Depresión moderada	2	18.2	4	25.0
Total	11	100.0	16	100.0

En la tabla N° 8 El nivel de depresión en los residentes del CARPAM SAN SALVADOR de Puno se encontró con, depresión severa un 81.8% y depresión moderada, 18,2%, sin depresión no se encontró a ningún adulto mayor. En el CARPAM VIRGEN DEL ROSARIO de Chucuito presentan un 75% depresión severa y un 25% depresión moderada. Los adultos mayores albergados en mayoría, en ambos centros se encuentran con depresión severa lo cual con el tiempo traerá consecuencias en la salud de cada uno inclusive la muerte si se mantiene en ese estado y no se interviene prontamente con el equipo multidisciplinario de profesionales.

En la actualidad la depresión es considerada un problema de salud mental a nivel mundial, que se torna particularmente sensible en la tercera edad del ciclo vital; frente a este hecho DAVISON y NEALE (1983), señalan que el sistema neuroendocrino juega un papel importante en la depresión, se sabe que el área límbica del cerebro está estrechamente ligada a las emociones; dentro del sistema límbico se encuentra el hipotálamo, el cual controla las glándulas endocrinas y por consecuencia los niveles de hormonas que secretan. Algunas investigaciones confirman que el hipotálamo es la llave de trastornos depresivos por existir evidencia de alguna irregularidad en este proceso hormonal en las personas deprimidas. También JUSSET (2002) confirma que

la depresión se relaciona con el déficit relativo o absoluto de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina.

La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente convirtiéndose para el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

En relación a la prevalencia de la depresión en la población adulta mayor, en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi – Lima (2002), encontró que en nuestro país la depresión en adultos mayores representaba 9,8%, superior a la población joven 8,6% y adulta 6,6%; una prevalencia mayor que la hallada en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña - Puno, por lo tanto existe un porcentaje representativo de adultos mayores con depresión.

Al respecto ANDRADE (2011) muestra en su investigación que el 64,1% de adultos mayores presentan depresión moderada, seguido del 29,6% con depresión grave y sólo el 6,3% no presentan depresión. Que coincide con los resultados de DOMÍNGUEZ (2009). Señalando que el adulto mayor en algún momento presentó sentimientos de tristeza y melancolía al sentirse solos y olvidados, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiados, estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución de la capacidad para concentrarse y realizar las actividades del día, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte; estos síntomas depresivos se asocian a la presencia de disfunción familiar y bajo nivel educativo.

Sin embargo, en relación a este aspecto ROQUE (2011), señala en su investigación que solo un 12,50% no presentan ningún nivel de depresión, a diferencia del resto de entrevistados donde predomina la depresión severa representada por un 46,59%, seguida de la depresión leve en un 40,91%. Concluyendo que la depresión probablemente se deba a los cambios orgánicos y mentales, que acompañan a esta etapa de vida así como de enfrentarse a

situaciones traumáticas por la muerte de familiares, el bajo nivel económico y abandono de hogar por sus hijos.

En el estudio realizado por HOYL, et al (2000), sobre el adulto mayor, no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria. Al respecto durante las vivencias de nuestras prácticas pre-profesionales en el Establecimiento de Salud I-3 Chejoña, se observó que dentro de los casos atendidos se encuentran aquellas personas que en realidad consultan por otras enfermedades, mas no por la depresión, además no todos los adultos mayores asisten a una entidad de salud, y si asisten solo a algunos se les realiza el tamizaje, que al no ser diagnosticado ni tratado podrían ocasionar sufrimiento y discapacidad en quién la padece. Tomando en cuenta este aspecto se vio la necesidad de realizar un tamizaje en el lugar de estudio, para que la depresión en el adulto mayor no pase desapercibida.

En nuestro medio social ser adulto mayor es sinónimo de discapacidad física, psicológica y social, por la disminución de la capacidad psicomotora, auditiva y visual, también en el salario y en las oportunidades de trabajo, agregándose las actitudes negativas de su entorno que causan serios problemas emocionales. Al respecto DOUGLAS (2004), señala que si se atiende la depresión puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Todos los seres humanos, alguna vez en la vida, han tenido experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal, sufrimos pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de nuestras vidas, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos sufrir de depresión.

Ante esta situación se concluye que los resultados obtenidos en el presente estudio tienen semejanza con los estudios de ANDRADE (2011), DOMÍNGUEZ (2009) y ROQUE (2010), ya que de los adultos mayores albergados en los centros de atención residencial de Puno, la mayoría tienen nivel de depresión severa seguido de moderado, por lo que se deduce que en casi todo momento se sintieron insatisfechos con su vida, abandonando muchas de sus actividades que realizaban cuando aún tenían fuerza física, dando inicio a

emociones negativas como tristeza, inutilidad, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, preocupación, problemas de memoria, temor a que algo malo les pueda suceder, aburrimiento constante, abandono por parte de sus familiares; siendo estos, los ítems de mayor riesgo a la valoración mediante la Escala Geriátrica Abreviada de Yesavage, por todo ello se considera el grupo etareo de mayor riesgo frente a los cuadros depresivos; también la depresión se produce por cambios fisiológicos en el sistema orgánico de forma natural, progresivo y transitorio. Además los niveles depresivos severos y moderados ya en términos de prevalencia, es cada vez mayor; siendo una enfermedad que provoca incapacidad lo que facilita la presencia de nuevas patologías o el agravamiento de las ya existentes.

B.- NIVEL DE ANSIEDAD.

Tabla 9.- EVALUACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE WILLIAM ZUNG.

NIVEL DE ANSIEDAD																
N° Ítems	SAN SALVADOR								VIRGEN DEL ROSARIO							
	TOTAL		11 = 100%						TOTAL		16 = 100%					
	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia		Siempre o casi siempre		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia		Siempre o casi siempre					
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre	0	0	1	9	7	64	3	27	0	0	3	19	9	56	4	25
Me siento con temor sin razón	1	9	4	36	3	27	3	27	2	13	5	31	5	31	4	25
Despierto con facilidad o siento pánico	0	0	2	18	6	55	3	27	0	0	3	19	8	50	5	31
Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos	0	0	0	0	3	27	8	73	0	0	2	13	4	25	10	63
Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme	4	36	4	36	2	19	1	9	6	38	5	31	4	25	1	6
Me tiemblan los brazos y las piernas	0	0	2	18	4	36	5	46	0	0	2	13	7	44	7	44
Me mortifican dolores de cabeza, cuello o Cintura	1	9	1	9	3	27	6	55	1	6	1	6	8	50	6	38
Me siento débil y me canso fácilmente	0	0	1	9	7	64	3	27	0	0	2	13	9	56	5	31
Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente	6	55	2	18	3	27	0	0	8	50	4	25	4	25	0	0
Puedo sentir que me late muy rápido el corazón	0	0	2	18	3	27	6	55	0	0	3	19	5	31	8	50
Sufro de mareos	0	0	2	18	1	9	8	73	0	0	2	13	4	25	10	63
Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	0	0	2	18	2	18	7	64	0	0	2	13	5	31	9	56
Puedo inspirar y expirar fácilmente	0	0	2	18	7	64	2	18	0	0	4	25	10	63	2	13
Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies	0	0	2	18	3	27	6	55	0	0	3	19	6	38	7	44
Sufro de molestias estomacales o indigestión	0	0	2	18	2	18	7	64	0	0	2	13	5	31	9	56
Orino con mucha frecuencia	1	9	0	0	4	36	6	55	1	6	0	0	7	44	8	50
Generalmente mis manos están secas y calientes	0	0	0	0	7	64	4	36	6	38	8	50	2	13	0	0
Siento bochornos	1	9	2	18	4	36	4	36	1	6	4	25	5	31	6	38
Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche	4	36	5	46	2	18	0	0	7	44	7	44	2	13	0	0
Tengo pesadillas	0	0	1	9	4	36	6	55	1	6	1	6	7	44	6	38

En la tabla N° 9 muestra que en el CARPAM San Salvador y Virgen del Rosario el 64% y 56% con bastante frecuencia se sentía nervioso y ansioso que de costumbre, siempre se sentía nervioso el 27% y 25%, a veces se sentía nervioso el 9% y 19%, nunca 0%. Siente temor sin razón siempre 13% y 25, con bastante frecuencia 27% y 31%, a veces 36% y 31%, nunca 9% y 13%. Despierta con facilidad o siente pánico siempre o casi siempre 27% y 31%, con bastante frecuencia 55% y 50%, a veces 18% y 19%, nunca o casi nunca 0%. Se siente como si fuera a reventar y partirme en pedazos siempre 73% y 63%, con bastante frecuencia 27% y 25%, a veces 0% y 13%, nunca 0%. Siento que todo esta bien y que nada malo puede sucederme siempre o casi siempre 9% y 6%, con bastante frecuencia 19% y 25%, a veces 36% y 31%, nunca o casi nunca 36% y 38. En; me tiemblan los brazos y las piernas, siempre o casi siempre un 46% y 44%, con bastante frecuencia 36% y 44%, a veces 18% y 13%, nunca o casi nunca 0%. Si le mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura siempre o casi siempre 55% y 38%, con bastante frecuencia 27% y 50%, a veces 9% y 8%, nunca o casi nunca 9% o 6%. Me siento débil y me canso fácilmente; siempre o casi siempre 27% y 32%, con bastante frecuencia 54% y 56%, a veces 9% y 13% y nunca o casi nunca 0%. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente; siempre o casi siempre 0%, con bastante frecuencia 27% y 25%, a veces 18% y 25%, nunca o casi nunca 55% y 50%. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón; siempre o casi siempre 55% y 50%, con bastante frecuencia 27% y 31%, a veces 18% y 19%, nunca o casi nunca 0%. Sufro de mareos; siempre o casi siempre 73% y 63, con bastante frecuencia 9% y 25%, a veces 18% y 13% y nunca 0%. Siento de desmayos o siento que me voy a desmayar; siempre o casi siempre 64% y 56%, con bastante frecuencia 18% y 31%, a veces 185 y 13%, nunca o casi nunca 0%. Puedo inspirar y expirar facilmente; siempre o casi siempre 18% y 13%, con bastante frecuencia 64% y 63%, a veces 18% y 25%, nunca o casi nunca 0%. Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y los pies; siempre o casi siempre 55% y 44%, con bastante frecuencia 27% y 38%, a veces 18% y 19% y nunca o casi nunca 0%. Sufro de molestias estomacales o indigestión; siempre o casi siempre 64% y 56%, con bastante frecuencia 18% y 31%, a veces 18% y 13%, nunca o casi nunca 0%. Orino con mucha frecuencia; siempre o casi siempre el 55% y 50%, con bastante frecuencia 36%

y 44%, a veces 0%, y nunca o casi nunca 9% y 6%. Generalmente mi mano están secas y calientes; siempre o casi siempre 36% y 0%, casi siempre el ingeniero 64% y 13%, a veces 0%, y 50%, nunca o casi nunca 0% y 38%. Siento bochornos; siempre o casi siempre 36% y 38%, con bastante frecuencia 36% y 31%, a veces 18% y 25%, nunca o casi nunca 9% y 6%. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche; siempre o casi siempre 0%, con bastante frecuencia 18% y 13% a veces 46% y 44%, nunca o casi nunca 36% y 44%. Tengo pesadillas; siempre o casi siempre 55% y 38%, con bastante frecuencia 36% y 44%, a veces 9% y 6%, nunca o casi nunca 05 y 6%.

Nos muestra claramente que esta etapa de la vida es difícil y muy complicado, ya que los temores, y toda esperanza de un envejecer optimo está muy lejos de la realidad o de lo que nosotros deseáramos que fuese, para garantizar la salud de esta población a la que todos llegaremos.

Tabla 10.- NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE WILLIAM ZUNG DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA EL ADULTO MAYOR SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE Chucuito - 2016

Nivel de ansiedad	San Salvador		Virgen del Rosario	
	Nº	%	Nº	%
Normal	0	0	0	0
Ansiedad moderada	3	27.3	5	31.3
Ansiedad severa	8	72.7	11	68.8
Ansiedad intensa	0	0	0	0
Total	11	100.0	16	100.0

En la tabla N° 10, se muestra el Nivel de Ansiedad encontrado en el CARPAM SAN SALVADOR de Puno fue de 72.7% con ansiedad severa, y un 27% con ansiedad moderada. En el CARPAM VIRGEN DEL ROSARIO de Chucuito, se

encontró que el 68.8% de los residentes se encuentran con ansiedad severa y un 31.3% ansiedad moderada.

En la investigación de WALL (Mexico-2008).-, de Depresión, Ansiedad y Estado nutricional de adultos mayores de Ciudad Juárez: encontró que el 40% de todos los participantes tenían un buen estado nutricional o no presentaban ansiedad mientras que aquellos que no tenían depresión eran el 63%. Un mejor estado nutricional y menor ansiedad se presentaba en ausencia de depresión. La depresión y ansiedad fue mayor en mujeres y para los grupos A e I, teniendo un importante impacto en el estado nutricional individual. Lo que nos hace concluir que no coincide con los resultados obtenidos ya que los residentes del CARPAM SAN SALVADOR DE PUNO Y VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO en ambos casos la ansiedad es severa en promedio 70% de los adultos mayores lo cual requiere tratamiento para mejorar su calidad de vida.

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. El nivel elevado de la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. Por lo que los adultos mayores albergados por tener niveles elevados de ansiedad están poniendo en riesgo su salud ya que los procesos fisiológicos se ven alterados, y como consecuencia de permanecer mucho tiempo presentaran alteraciones patológicas, ejemplo en la motricidad, físicas y sociales.

C.- EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.

Tabla 11.- ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LA FICHA D VALORACION NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR (MINI NUTRITIONAL ASSEMENT)

ESTADO NUTRICIONAL									
I INDICES ANTROPOMÉTRICOS		San salvador				Virgen del rosario			
				total				total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Índice de masa corporal									
	0 = IMC < 19	6	55	11	100	5	31	16	100
	1 = IMC 19 < 21	4	36			6	38		
	2 = IMC 21 < 23	1	9			3	19		
	3 = IMC > 23 2.	0	0			2	12		
Perímetro braquial (cm)									
	0,0 = < 21	9	82	11	100	6	37.4	16	100
	0,5 = 21 a < 22	2	18			7	43.8		
	1,0 = ≥ 22 3.	0	0			3	18.8		
Perímetro de pantorrilla (cm)									
	0 = < 31	8	73	11	100	14	88	16	100
	1 = > 31. 4.	3	27			2	12		
Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses)									
	0 = > 3kg	1	9	11	100	0	0	16	100
	1 = no sabe	1	9			10	63		
	2 = 1 a 3 kg	8	73			4	25		
	3 = no perdió peso	1	9			2	12		
II EVALUACIÓN GLOBAL									
5. ¿Paciente vive independiente en su domicilio?									
	0 = No	11	100	11	100	15	94	16	100
	1 = Sí	0	0			1	6		
6. ¿Toma más de tres medicamentos por día?									
	0 = Sí	6	55	11	100	12	75	16	100
	1 = No	5	45			4	25		
7. ¿Presentó alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?									
	0 = Sí	0	0	11	100	4	25	16	100
	2 = No	11	100			12	75		
8. Movilidad									
	0 = de la cama al sillón	2	18	11	100	5	31	16	100
	1 = autonomía en el interior	9	82			10	63		
	2 = sale de su domicilio	0	0			1	6		
9. Problemas neuropsicológicos									
	0 = demencia o depresión severa	7	73	11	100	11	69	16	100
	1 = demencia o depresión moderada	3	27			5	31		
	2 = sin problemas psicológicos	0	0			0	0		
10. Ulceras o lesiones cutáneas									
	0 = Sí	1	9	11	100	2	12	16	100
	1 = No	10	91			14	88		
III PARÁMETROS DIETÉTICOS									
11. Número de comidas completas que consume al día (equivalente a dos platos y postre)									
	0 = 1 comida	0	0	11	100	0	0	16	100

1= 2 comidas	2	18			1	6		
2= 3 comidas	9	82			15	94		
12. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres								
Productos lácteos al menos una vez/ día								
Sí	11	100	11	100	16	100	16	100
No	0	0			0	0		
Huevos / legumbres dos a más v/semana								
Sí	11	100	11	100	16	100	16	100
No	0	0			0	0		
Carne, pescado o aves diariamente								
Sí	11	100	11	100	16	100	16	100
No	0	0			0	0		
Sí 0 o 1 califica = 0,0 Sí 2 califica = 0,5 Sí 3 califica = 1,0								
13. Consume frutas y verduras al menos dos veces por día								
0 = No	0	0			0	0	16	100
1 = Sí	11	100	11	100	16	100		
14. ¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para de deglutir o masticar en los últimos 3 meses?								
0 = pérdida severa del apetito	4	36.5			8	50	16	100
1 = pérdida moderada del apetito	4	36.5	11	100	5	31		
2 = sin pérdida del apetito	3	27			3	19		
15. Consumo de agua u otros líquidos al día								
0,0 = < de 3 vasos	11	100			15	94	16	100
0,5 = de 3 a 5 vasos	0	0	11	100	1	6		
1,0 = de 5 vasos	0	0			0	0		
16. Forma de alimentarse								
0 = necesita ayuda	1	9			1	6	16	100
1 = se alimenta solo con dificultad	5	45.5	11	100	7	44		
2 = se alimenta solo sin dificultad	5	45.5			8	50		
IV VALORACIÓN SUBJETIVA								
17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales								
0 = malnutrición severa	2	18			4	25	16	100
1 = no sabe/ malnutrición moderada	8	73	11	100	11	69		
2 = sin problemas de nutrición moderada	1	9			1	6		
18. En comparación con personas de su edad, ¿Cómo se encuentra su estado de salud?								
0,0 = peor	4	36.5			7	44	16	100
0,5 = no lo sabe	4	36.5	11	100	5	31		
1,0 = igual	3	27			3	19		
2,0 = mejor	0	0			1	6		

En la tabla N° 11 se muestra la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores albergados en ambos centros de atención San Salvador, y Virgen del Rosario, en la primera parte se evaluó los índices antropométricos: IMC; IMC < 19 55% y 51%, con IMC 19 < 21 se encontró el 36% y 38%, IMC 21 < 23 se muestra 9% y 19%, IMC > 23, 2 se obtuvo al 0% y 12% respectivamente. Parámetro braquial; < 21 se encontró el 82% y 37%, con perímetro braquial de 21 a < 22 cm se encontró a 18% y 44%, con perímetro braquial < 22 se encontró al 0% y 18%. En el perímetro de pantorrilla con < 31cm el 73% y 88%, y con > 31.4cm se obtuvo al 27% y 12%. La pérdida reciente de peso: con > 3kg muestra al 9% y 0%, no sabe si perdió peso 9% y 63%, perdió peso de 1 a 3kg, 73% y 25%, y no perdió peso el 8% y 12%. La evaluación global nos muestra que el 100% y 94% no viven independientemente en su domicilio, y el que si vive independiente 0% y 6%. Toma más de 3 medicamentos por día; si 55% y 75% y no 45% y 25%. Presento alguna enfermedad aguda o de situación de estrés psicológica en los últimos tres meses; si 0% y 25%, no el 100% y 75%. En cuanto a la movilidad, de la cama al sillón 18% y 31%, autonomía en el interior el 82% y 63%, y sale de su domicilio 0% y 6%. Problemas neuropsicológicos, demencia o depresión severa 73%, 69%, demencia y depresión moderada 27% y 31%, sin problemas psicológicos. Ulceras o lesiones cutáneas; si 9% y 12%, y no 91% y 88%. Según los parámetros dietéticos tenemos; el número de comidas que consume al día; 1 comida 0%, 2 comidas al día 18% y 6%, y 3 comidas al día 82% y 94%. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres fue de 3 veces si al 100% en ambos centros. Consumo de frutas y verduras al menos dos veces al día si al 100% en ambos centros. Ha comido menos por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para deglutir o masticar en los últimos 3 meses, se encontró con pérdida severa del apetito al 36.5% y 50%, con pérdida moderada del apetito al 36.5% y 31%, y sin pérdida del apetito 27% y 19%. En el consumo de agua y otros líquidos al día con = < de 3 vasos 100% y 94%, de 3 a 5 vasos al día 0 a 6% de 5 vasos al día 0%. Según la forma de alimentarse; necesita ayuda para alimentarse el 18% y 25%, se alimenta solo con dificultad el 45.5% y 44%, y se alimentan solo sin dificultad 45.5% y 50%. Según la valoración subjetiva: el paciente considera que tiene problemas nutricionales mostrados con malnutrición severa 18% 25% , no sabe su estado nutricional el

73% y 69% y los que consideran que no tienen problemas de nutrición son el 9% y 6%. En comparación con personas de su edad ¿cómo se encuentra su estado de salud?, consideran que están peor 36.5% y 44%, no sabe 36.5% y 31%, igual 27% y 19% y mejor 0% y 6%.

El estado nutricional de los adultos mayores esta afectado por diferentes factores como que limitan al adulto mayor como son la independencia, el consumo de medicamentos, enfermedades agudas, factores fisiopatológicos propios de la edad, y diferentes aspectos que aquejan a este grupo etareo, lo cual si no se controla, evalua y se previene lleva a una malnutrición y reduce la esperanza de vida de la persona.

TABLA 12.- ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EVALUACIÓN DE FÓRMULA DE ALTURA DE RODILLA, MÉTODO DE BAHNKE Y FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CARPAM SAN SALVADOR Y VIRGEN DEL ROSARIO. PUNO AGOSTO – OCTUBRE 2016

Estado nutricional	San Salvador		Virgen del Rosario	
	Nº	%	Nº	%
Normal	0	0	0	0
Riesgo de malnutrición	1	9.1	1	6.3
Malnutrido.	10	90.9	15	93.7
Total	11	100.0	16	100.0

En la tabla N° 12 se muestra los resultados del estado nutricional de los adultos mayores del CARPAM San Salvador y Virgen del Rosario. En el CARPAM San Salvador el 90.9% de los residentes presentan delgadez o desnutrición, y solo el 9.1% de los adultos mayores tienen un estado nutricional normal. En el CARPAM Virgen del Rosario de Chucuito, el 93.8% se encuentran con delgadez y 6.3% con estado nutricional normal.

En la investigación de WALL, KIDDER, RODRIGUEZ y URQUIDEZ(Mexico-2008), encontró que el 40% de todos los participantes tenían un buen estado nutricional o no presentaban ansiedad mientras que aquellos que no tenían

depresión eran el 63%. Un mejor estado nutricional y menor ansiedad se presentaba en ausencia de depresión. La depresión y ansiedad fue mayor en mujeres y para los grupos A e I, teniendo un importante impacto en el estado nutricional individual. Conclusiones. En los programas públicos y asilos donde se atiende al adulto mayor se debe monitorear su estado anímico por su importante efecto en su estado nutricional.

Comparando con los resultados de la investigación se muestra que son diferentes, la razón es que estos adultos mayores están más predispuestos a los factores que afectan el estado de depresión y ansiedad, lo que no es manejado adecuadamente por los profesionales y la falta de capacitación de los cuidadores.

Finalmente el estado nutricional valorado fue de delgadez en ambos centros de atención residencial mostrando en promedio 91.5%, lo cual es necesario intervenir oportunamente para mejorar su calidad de vida.

Tabla 13. NIVEL DE DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL SAN SALVADOR Y VIRGEN DEL ROSARIO PUNO. AGOSTO – OCTUBRE 2016

Nivel de depresión	Estado Nutricional SAN SALVADOR								Estado Nutricional VIRGEN DEL ROSARIO							
	Normal		Riesgo de Malnutrición		Malnutrición		Total		Normal		Riesgo de Malnutrición		Malnutrición		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Depresión moderada	0	0	1	9	1	9	2	18	1	6	0	0	3	19	4	25
Depresión severa	0	0	0	0	9	82	9	82	0	0	0	0	12	75	12	75
Total	0	0	1	9	10	91	11	100	1	6	0	0	15	94	16	100

En la tabla N° 13, se muestra La relación del nivel de depresión y estado nutricional En CARPAM SAN SALVADOR PUNO, se encontró que un 82% de los residentes presentan depresión severa y se encuentran con estado nutricional desnutrido o con delgadez, con depresión moderada y estado

nutricional desnutrido un 9%, con depresión moderada y estado nutricional normal un 9%. Los residentes del CARPAM VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO, El 75% presentan nivel de depresión severa y estado nutricional desnutrido, el 19% se encuentran con depresión moderada y con estado de desnutrición, el 6% con estado nutricional normal y con nivel de depresión moderada, lo que significa, que la relación es directa entre el nivel de depresión y estado de desnutrición, y demuestra que al estar en un estado de depresión severa, es que se ve afectado negativamente el proceso de la alimentación y nutrición del adulto mayor, con el tiempo de permanencia en este estado depresivo es que presentan actitudes inapropiadas ante el consumo de alimentos y se ve alterado el metabolismo de los nutrientes.

La relación entre el nivel de depresión y estado nutricional se encontró con 82% con depresión severa y con estado nutricional desnutrido, con depresión moderada un 9% y con estado nutricional desnutrido, con depresión moderada un 9% y estado nutricional normal. Esta relación indica que los adultos mayores con depresión severa también se encuentran desnutridos, lo que también nos hace concluir que tiene relación directa entre la variable independiente y la variable dependiente.

En su investigación WALL, y colaboradores de Depresión, Ansiedad y Estado nutricional de adultos mayores de Ciudad Juárez: hallazgos del “Estudio de los mil” (Mexico-2008).- tuvo como. Resultados que el 40% de todos los participantes tenían un buen estado nutricional o no presentaban ansiedad mientras que aquellos que no tenían depresión eran el 63%. Un mejor estado nutricional y menor ansiedad se presentaba en ausencia de depresión. La depresión y ansiedad fue mayor en mujeres y para los grupos A e I, teniendo un importante impacto en el estado nutricional individual.

Los resultados de GÁZQUEZ , (2015) tras un análisis afirma que como resultados que todos los estudios sobre la temática hacen hincapié en la gran repercusión que tiene la depresión sobre los ancianos institucionalizados. Además, la depresión empeora la salud física y las dificultades presentadas en el funcionamiento psicosocial, que como sabemos, ya se encuentran presentes de por sí por el propio envejecimiento. Son grandes las consecuencias de la

enfermedad depresiva en los ancianos institucionalizados por lo que se tiene que tratar la enfermedad con las mejores herramientas terapéuticas disponibles actualmente.

Al comparar con Wall no se coincide hay diferencias ya que el porcentaje de adultos mayores con depresión es menor pero las que presentan también desnutrición, y se coincide con la afirmación de Gazquez(2015).

La depresión es de etiología multifactorial, ya que incluyen los factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo que es importante la oportuna evaluación e intervención para prevenir diferentes patologías que pueden agravarse por el estado depresivo, que afecta directamente al estado nutricional lo cual determinara el estado de salud de la persona.

Tabla 14. NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL, DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL PUNO. Agosto – octubre 2016

Nivel de ansiedad.	SAN SALVADOR								VIRGEN DEL ROSARIO							
	Estado nutricional								ESTADO NUTRICIONAL							
	Normal		Riesgo de Malnutrición		Malnutrido		Total		Normal		Riesgo de Malnutrición		Malnutrido		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ansiedad moderada	0	0	1	9	2	18	3	27	1	6	0	0	4	25	5	27
ansiedad severa	0	0	0	0	8	73	8	73	0	0	0	0	11	69	11	73
Ansiedad intensa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	9	10	91	11	100	1	6	0	0	15	94	16	100

En la tabla N° 14 se muestra la relación de ansiedad y estado nutricional de los adultos mayores albergados en el centro de atención residencial de San Salvador Puno, se encontró que el 73% presentan nivel de ansiedad severa y estado nutricional desnutrido o delgadez, con nivel de ansiedad moderada y estado nutricional desnutrido o delgadez el 18%, con estado nutricional normal y ansiedad moderada el 9% de los residentes. Se muestra el nivel de ansiedad en relación al estado nutricional de los adultos mayores albergados en el centro

de atención residencial VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO, el 69% presentan ansiedad severa y estado nutricional de delgadez o desnutrido, el 25% se encuentra con nivel de ansiedad moderada y estado nutricional desnutrido, el 6% se encuentra con estado nutricional normal y ansiedad moderada. Lo que refiere que el adulto mayor albergado teniendo la disponibilidad de los alimentos para su consumo diario en 4 y 5 tiempos y en cantidades adecuadas, se ven afectados por los factores psicológicos por ello presentan delgadez.

En la investigación de WALL Resultados fueron 40% de todos los participantes tenían un buen estado nutricional o no presentaban ansiedad mientras que aquellos que no tenían depresión eran el 63%. Un mejor estado nutricional y menor ansiedad se presentaba en ausencia de depresión. La depresión y ansiedad fue mayor en mujeres y para los grupos A e I, teniendo un importante impacto en el estado nutricional individual.

En los programas públicos y asilos donde se atiende al adulto mayor no se evalúa y no dan la importancia que merece al aspecto psicológico, y se debe monitorear su estado anímico porque tiene un importante efecto en el estado nutricional.

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y cols. () el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio. Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia. Además, en el anciano,

estos trastornos pueden presentarse de forma atípica u oligosintomática, predominando en su presentación los síntomas somáticos.

Finalmente se muestra que al estar con niveles de ansiedad elevadas también el estado nutricional se ve directamente afectado, y que como consecuencia se vea disminuido la esperanza de vida d la persona por la falta de los cuidados y políticas de prevención de los principales factores que afectan y aceleran el curso normal de envejecimiento.

Tabla 15. INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CARPAM SAN SALVADOR PUNO, AGOSTO – OCTUBRE 2016

CARPAM SAN SALVADOR – PUNO			
Influencia de	Significancia	Regla	Decisión
Depresión	0.000	Sig. < a 0,05	Influye en el estado nutricional
Ansiedad	0.000	Sig. < a 0,05	Influye en el estado nutricional

En la tabla 19 se muestra la influencia de las variables independientes depresión y ansiedad sobre la variable dependiente estado nutricional.

Según la regresión lineal simple utilizado para determinar la influencia, se muestra que la vaiable depresión influye en el estado nutricional del adulto mayor, ya que la significancia con un nivel del confianza del 5 % es menor que 0.005, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; esto demuestra que al estar al adulto mayor deprimido y ansioso esta se ve reflejado es su estado nutricional.

Tabla 1615 **INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL VIRGEN DEL ROSARIO DE CHUCUITO. AGOSTO – OCTUBRE 2016**

CARPAM VIRGEN DEL ROSARIO – CHUCUITO			
Influencia de	Significancia	Regla	Decisión
Depresión	0.000	Sig. < a 0,05	Influye en el estado nutricional
Ansiedad	0.000	Sig. < a 0,05	Influye en el estado nutricional

En la tabla 20 se muestra la influencia de las variables independientes depresión y ansiedad sobre la variable dependiente estado nutricional.

Según la regresión lineal simple utilizado para determinar la influencia, se muestra que la variable depresión influye en el estado nutricional del adulto mayor, ya que la significancia con un nivel del confianza del 5 % es menor que 0.005, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; esto demuestra que al estar al adulto mayor deprimido y ansioso esta se ve reflejado es su estado nutricional.

CONCLUSIONES

PRIMERO:

Los niveles de depresión de los adultos mayores albergados en el CARPAM San Salvador y Virgen del Rosario, presentaron nivel de depresión severa en 82% y 75% y con 0% en depresión leve.

SEGUNDO:

El nivel de ansiedad de los adultos mayores albergados fue de un nivel ansioso severo con 73% y 69% respectivamente, seguido de ansiedad moderada con 27% y 31% y 0% con nivel de ansiedad normal..

TERCERO:

El 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%.

CUARTO:

Los niveles de depresión y ansiedad influye en el estado nutricional del adulto mayor, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; esto demuestra que al estar al adulto mayor deprimido y ansioso esta se ve reflejado es su estado nutricional.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar en ambas patologías psicológicas y sus consecuencias al personal encargado del cuidado, para que pueda identificar con evaluaciones periódicas y reducir estos altos índices de depresión y ansiedad, para garantizar la salud de adulto mayor.
2. Realizar mayores estudios de investigación para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores teniendo en cuenta los resultados del presente estudio.
3. Concientizar a la población en general sobre la salud del adulto mayor.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) Envejecimiento y ciclos de vida. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmisibles y análisis de salud/información y análisis de Salud: Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013. Washington, D.C: OPS; 2013. disponible en: www.paho.org/per/images/stories/DyE/IB2013.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población Adulta mayor. Lima: INEI; 2014. INFORME TÉCNICO No 1 - Marzo 2017. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (abril - 2016). Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
5. Dirección ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN. MINSA Estado Nutricional en el Peru por etapas de vida; 2012 – 2013.. Lima- Peru 2015. Disponible en: [www.ins.gob.pe/.../ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%2008051...](http://www.ins.gob.pe/.../ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%2008051...)
6. Dirección Regional de Salud Puno. Unidad de Estadística; Información mensual de Salud Mental y Cultura de Paz 2011, 2012, 2013.
7. Hoyl MT, Venezuela AE, Marin LP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. [en línea] RM 2000 Nov; 128 (11): 11991204. [Consultado el 27 de enero del 2017]. URL Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=soo3498872000001100003&script=sci_arttext
8. WALL, KIDDER, RODRIGUEZ y URQUIDEZ. Investigación de Depresión, Ansiedad y Estado nutricional de adultos mayores de Ciudad Juárez: hallazgos del “Estudio de los mil” (Mexico-2008).
9. Gázquez L. J. J., Pérez-F. M^a del C., Molero M^a del M., Mercader J. I, Barragán R.A.B., Núñez N. M. A. Salud y cuidados en el envejecimiento Volumen III. 2015.
10. Licas Torres M. “NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL S.J.M - V.M.T 2014” [tesis de licenciatura].lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.
11. Andrade C.A. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción Cantón Girón Azuay. (Tesis de grado Lic.). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de nutrición humana. EAP. de Nutrición, [en línea]

- Ecuador 2008. Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1467/1/34T00245.pdf>.
12. TEITELMAN M. y VARELA L., realizaron un estudio de investigación titulado: Depresión en el adulto mayor, Lima 2000
 13. PARI L. L. Efectividad De La Técnica De Liberación Emocional En La Depresión Del Adulto Mayor, Establecimiento De Salud I-3 Chejoña – Puno 2014. Tesis De Licenciatura. Universidad Nacional Del Altiplano Puno.
 14. Factores familiares asociados a la depresión del adulto mayor de los asilos Chucuito y Puno - 2010
 15. "Factores socioeconómicos asociados a depresión en pacientes del hospital HRMNB - Puno 2009.
 16. Douglas N. Depresión en el Adulto Mayor Instituto de Geriátría, [En línea] México 2012 [Consultado el 30 de enero 2017]. URL disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>.
 17. Organización Mundial de Salud. Depresión. [en línea] 2003. [Consultado el 30 de enero 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
 18. Hall RV. Depresión fisiopatología y tratamiento. [En línea] diciembre 2003 [Consultado 25 de mayo]. URL Disponible en:<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>.
 19. Diario crítico. Serotonina, la droga del bienestar. [En línea] 2008. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL Disponible en: <http://venezuela.diariocritico.com/2008/Febrero/ocio/60322/serotonina.html>
 20. Serotonina. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. [En línea] 2005. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Serotonina>
 21. Salud, el estilo de vida saludable. Noradrenalina. [En línea] 2010. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/noradrenalina>
 22. Barlow J. Dopamina. [En línea] 2011. [Consultado el 12 de octubre 2014]. URL. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/trastorno-bipolar/reportajes/la-dopamina-el-principal-neurotransmisor-cerebral-relacionado-con-los>
 23. Trastornos depresivos en poblaciones ancianas en el departamento de Risaralda. Tipos de trastornos y factores de riesgo individuales y socio-familiares. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría, 17(3), 506-517.
 24. Seligman M. E. P, "Positive Health", en Applied Psychology, núm. 57, 2008, pp. 3-18.
 25. Gender differences in the developmental course of depression. *Essau CA, ewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa SJ Affect Disord. 2010 Dec; 127(1-3):185-90. [PubMed] [Ref list]*.

26. Beck J.S *Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work.* (2005) New York: Guilford Press. pp. 324
27. Toro R, Yépez L, Palacio C. *Psiquiatría. impresión y terminación*, 5a edición. Legis SA, Medellín Colombia 2010.
28. Instituto Nacional de Salud mental. *Depresión. Departamento de salud y servicios humanos. Publicación de NIH Núm. SP 09 3561. Modificado en Enero del [En línea] 2009. [Consultado 2 de marzo 2014]. URL Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf>*
29. Reyes T. A. *Trastornos de ansiedad guía practica para diagnóstico y tratamiento. Filósofos del siglo XX. URL disponible <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>*
30. Manuel Antón Jiménez Noemí Gálvez Sánchez Raquel Esteban Sáiz. *SINDROMES GERIATRICOS. Depresión y ansiedad.*
31. McGlynn TJ, Metcalf HL (Editores). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manual para el Médico*
32. Ramos N. Pazmiño A. *Calidad de Atención Gerontológica Relacionada con la Aplicación de Terapias Alternativas en el Hogar del Adulto Mayor "Atalaya" del Cantón Chillanes. [Tesis de grado]: Escuela de Enfermería. Universidad Estatal De Bolívar. [En línea] Guaranda - Ecuador 2012. [Consultado el 30 de enero 2017].URL Disponible en: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1421/1/TESIS%20GERONTOLOGIA.pdf>*
33. Salech F. *Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Chile Pág. 23 [En línea] 2009. [Consultado el 10 de octubre 2014]. URL Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf*
34. Remick, R. *diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria: una actualización clínica y el examen. CMAJ. 2002; 167 (11): 1253-60.48.*
35. Sánchez MI. *Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor en: IV Congreso Latinoamericano de Geriátría y gerontología, Simposio: depresión, Chile, ed. Medware; [En línea] 2005. [Consultado el 28 de enero 2014]. Disponible en:*

- <http://www.mednet.cl/link.cgi/medware/congresos/geriatria2003/depresio n/653>
36. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. *Overview of the MNA—Its history and challenges*. J Nutr Health Aging. 2006 Nov-Dec;10(6):456-63; discussion 463-5.
 37. Carrasco MM. La prevención en psiquiatría geriátrica: el momento del sentido común. RCP [en línea] 2009; 38 (4): 615 – 616 [Consultado el 27 de enero del 2017]. URL Disponible en: http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
 38. Salech F. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Chile Pág. 23 [En línea] 2009.. URL Disponible en:http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf
 39. Lizarbe AI. El suicidio y la muerte celular. Revista de la Real academia de ciencias. Volumen 101, N° 2, PP, 2007.
 40. Ortiz A., González P. Depresión en el anciano. Hospital Español de México. [En línea] 2001. URL Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/sosaortiz.pdf>
 41. Remick, R. diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria: una actualización clínica y el examen. CMAJ. 2002; 167 (11): 1253-60.
 42. José Juárez M. Angélica León F. Vicky Alata Linares “evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del aa.hh “viña alta” – la molina, lima- Perú.rev horizmed 2012; 12(2): 26-29
 43. Rioseco Pedro. El envejecimiento poblacional desafío para Ecuador hacia el 2025. [Internet]. 2011; Volumen (1):p1-22. (14) Disponible en: www.sierramaestra.cu/mundo/6670
 44. González Aime, Veranes Amador, García Hernández Adys, Valdéz Katia. Estado nutricional en personas mayores de un área de salud del municipio Mariel. 2012; Volumen (7):p 1-18. (10)

ANEXOS

ANEXO 01**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del trabajo: Niveles de Ansiedad – Depresión y su Influencia en el Estado Nutricional del Adulto Mayor albergado en los CARs de la provincia de Puno y Chucuito. Mayo – julio 2016. Investigadora: Diana Carolina Mamani Huanca Estudiante de la Escuela profesional de Nutricion Humana de la UNA – PUNO.

Estimado (a) señor (a): Solicitud del consentimiento informado Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar los niveles de ansiedad – depresión y su influencia en el estado nutricional de los adultos mayores de los CARs de la provincia de Puno y Chucuito. Mayo – Julio 2016. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Nacional del Altiplano – Puno.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma del participante

Fecha _____

ANEXO 02

PARA LA DEPRESION:

- A. La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento utilizado fue el cuestionario Escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en los adultos mayores, este instrumento fue validado en Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. (ver anexo 2).
- Para la obtención de los datos se siguió el siguiente procedimiento:
 - Se coordinó con el responsable del CARPAM para la autorización y fijar las fechas de recolección de los datos.
 - Según la ficha fijada se aplicó la encuesta a cada uno los adultos mayores, los que respondían a las preguntas formuladas y luego estas respuesta llenadas en la ficha correspondiente.
 - Posterior a ello se procedió a realizar una base de datos en el SPSS versión 20.0 y posterior llenado de los datos según corresponda a cada adulto mayor.
 - Finalmente se procedió a sacar los cuadros y gráficos según los objetivos del proyecto.

Para la calificación se utilizó la Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage que consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución; Ítems (+) si = 0 No = 1; Ítems (-) si = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes

B. NIVELES DE DEPRESION SEGÚN TEST DE YESAVAGE

Niveles de Depresión	Puntuación
Normal	0-5 puntos
Depresión leve	6-9 puntos
Depresión severa	10-15 punos

C. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE TEST DE YESAVAGE

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?		
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO

ANEXO 03
PARA LA ANSIEDAD

A.- La técnica que se aplicó fue la entrevista, se usó la escala de Ansiedad de Zung que consta de 20 interrogantes. Con puntuaciones hasta 4. En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

Para la obtención de los datos:

- Se coordinó con el responsable del CARPAM para la autorización y fijar las fechas de recolección de los datos.
- Según la fecha fijada se aplicó la encuesta a cada uno de los adultos mayores, los que respondían a las preguntas formuladas y luego estas respuestas llenadas en la ficha correspondiente.
- Posterior a ello se procedió a realizar una base de datos en el SPSS versión 20.0 y posterior llenado de los datos según corresponda a cada adulto mayor.
- Finalmente se procedió a sacar los cuadros y gráficos según los objetivos del proyecto.

B.- NIVELES DE ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD DE WILLIAM ZUNG

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada o severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

C.- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA WILLIAM ZUNG

I. DATOS GENERALES

1. Edad:.....

Sexo: (M) (F)

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

N°	Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1.	Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre				
2.	Me siento con temor sin razón				
3.	Despierto con facilidad o siento pánico				
4.	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5.	Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas				
7.	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o Cintura				
8.	Me siento débil y me canso fácilmente				
9.	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente				
10.	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11.	Sufro de mareos				
12.	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13.	Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14.	Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies				
15.	Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16.	Orino con mucha frecuencia				
17.	Generalmente mis manos están secas y calientes				
18.	Siento bochornos				
19.	Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche				
20.	Tengo pesadillas				

D.- Calificación de Escala de Evaluación de Ansiedad de ZUNG

Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4

E.- INDICES DE LA EAA SEGÚN NIVELES

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. NO HAY ANSIEDAD PRESENTE

Total	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35
Índice EAA	25 26 28 29 30 31 33 34 35 36 38 39 40 41 43 44

PRESENCIA DE ANSIEDAD MINIMA

Total	36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47
Índice EAA	45 46 48 49 50 51 53 54 55 56 58 59

PRESENCIA DE ANSIEDAD MARCADA O SEVERA

Total	48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
Índice EAA	60 61 63 64 65 66 68 69 70 71 73 74

PRESENCIA DE ANSIEDAD GRADO MAXIMO

Total	60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75
Índice EAA	75 76 78 79 80 81 83 84 85 86 88 89 90 91 92 94

Total	76 77 78 79 80
Índice EAA	95 96 98 99 100

F.- SINTOMAS AFECTIVOS Y SOMATICOS DE LA ANSIEDAD

Síntomas de ansiedad	Frases de la escala
AFECTIVO	
Intranquilidad	1. Me siento más nervioso(a) y ansioso (a) que de costumbre.
Temor	2. Me siento con temor sin razón.
Angustia.	3. Despierto con facilidad o siento pánico
Desintegración mental	4. Me siento como si fuera reventar y partirme en pedazos.
Aprensión	5. Siento que todo está bien y que nada
SOMÁTICOS	
Temblores	6. Me tiemblan los brazos y las piernas.
Molestias y dolores musculares	7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.
Fatigabilidad, debilidad	8. Me siento débil y me canso fácilmente.
Inquietud	9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.
Palpitaciones	10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.
Vértigo	11. Sufro de Mareos.
Desmayos	12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.
Disnea	13. Puedo inspirar y espirar fácilmente.
Parestesias	14. Se me adormecen o hinchan las manos y pies.
Náuseas y vómitos	15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.
Micción frecuente	16. Orino con mucha frecuencia.
Sudoración	17. Generalmente mis manos están secas y calientes.
Rubor facial	18. Siento bochornos
Insomnio	19. Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche.
Pesadillas	20. Tengo pesadillas.

ANEXO 04

A.- PARA ESTIMAR EL ESTADO NUTRICIONAL

- Se realizó en la institución para determinar las características generales en la que se encuentran los adultos mayores previa observación de informes trimestrales de las trabajadoras sociales y el enfermero se llegó a tomar ciertas características generales del adulto mayor con respecto a su estadía en el centro de atención residencial San Salvador perteneciente a la sociedad de la Beneficencia Publica Puno y virgen del Rosario de Chucuito, perteneciente al gobierno Regional de Puno
- Se elaborara una ficha para obtener el peso mediante la toma de perímetros corporales, altura de rodilla para obtener la talla del adulto mayor, IMC y diagnostico nutricional basado en las tablas de valoración nutricional.

MEDICIÓN DE PESO EN EL ADULTO MAYOR

Para obtener los perímetros corporales en los adultos mayores se tomó en cuenta lo siguiente.

1. Determinar los perímetros a tomar, como son:
 - a) Hombros (a 8 centímetros del acromion).
 - b) Torax (línea de pezones)
 - c) Abdomen normal(en el ombligo)
 - d) Abdomen máximo (inspiración y distensión)
 - e) Caderas (prominencia de los glúteos)
 - f) Muslo (debajo de las nalgas)
 - g) Rodillas (bicondileo)
 - h) Pierna (pantorrilla prominente)
 - i) Tobillos
 - j) Brazo (punto medio del olecranon y Acromion)
 - k) Antebrazo (prominencia)
 - l) Muñeca.
2. Se posiciono a adulto mayor con sus batas y se realizó las mediciones.
3. Luego se procederá a la lectura del dato cuidadosamente para evitar caídas y poniendo en riesgo su salud.

$$\text{Peso (kg)} = \left[\frac{\text{suma de perimetros (cm)}}{339} \right]^2 \times \text{talla (dm)}$$

B.- MEDICIÓN DE TALLA EN EL ADULTO MAYOR

Para obtener la talla en los adultos mayores se realizó la técnica de medición de altura de rodilla para evitar errores en precisión de toma de datos por la deformación anómala de la columna vertebral propia de este grupo etareo y expresión de molestia en alguno de ellos, para ello se realizara los siguientes pasos:

1. El sujeto debe estar en posición sentado, sin zapatos, flexionando la rodilla y tobillo en ángulo de 90°,
2. Se mide la longitud de la pierna colocando la regla bajo el talón y situar el eje de tal modo que pase por el maleolo externo justo por detrás de la cabeza del peroné.
3. Se desliza la escuadra sobre la superficie anterior del muslo. Por encima de los cóndilos del fémur, a unos 4 cm. de la rótula.
4. Se sostiene el eje de la regla de manera paralela al eje de la tibia y se presiona para comprimir tejidos, para tomar la longitud en centímetros.
5. La medición se realizó manteniendo la rodilla y el tobillo en un ángulo de 90°. Se determinó la talla según la fórmula de Bermúdez, dado que él hace la adaptación para sujetos hispanos americanos

$$\text{Hombres} = 69.11 + (1.86 * \text{AR}) - (0.03 * \text{E})$$

$$\text{Mujeres} = 72.08 + (1.84 * \text{AR}) - (0.131 * \text{E})$$

Dónde: **AR**: Altura de Rodilla, **E**: Edad

 **IMC:**

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{TALLA mts})^2}$$

- **IMC ≤ 23,0 (delgadez)**
- **IMC > 23 a < 28 (normal)**
- **IMC ≥ 28 a < 32 (sobrepeso)**
- **IMC ≥ 32 (obesidad)**

C.- TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA. (FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR)

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____
 Peso (kg): _____ Talla (cm): _____ Altura talón rodilla: _____
 Perímetro braquial: _____ Perímetro de pantorrilla: _____

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	III PARÁMETROS DIETÉTICOS
<p>Índice de masa corporal 0 = IMC < 19 1 = IMC 19 < 21 2 = IMC 21 < 23 3 = IMC > 23 2.</p> <p>Perímetro braquial (cm) 0,0 = < 21 0,5 = 21 a < 22 1,0 = ≥ 22 3.</p> <p>Perímetro de pantorrilla (cm) 0 = < 31 1 = > 31 4.</p> <p>Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses) 0 = > 3kg 1 = no sabe 2 = 1 a 3 kg 3 = no perdió peso</p>	<p>11. Número de comidas completas que consume al día (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas</p> <p>12. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres Productos lácteos al menos una vez/ día Sí No Huevos / legumbres dos a más v/semana Sí No Carne, pescado o aves diariamente Sí No Sí 0 o 1 califica = 0,0 Sí 2 califica = 0,5 Sí 3 califica = 1,0</p> <p>13. Consume frutas y verduras al menos dos veces por día 0 = No 1 = Sí</p> <p>14. ¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para de deglutir o masticar en los últimos 3 meses? 0 = pérdida severa del apetito 1 = pérdida moderada del apetito 2 = sin pérdida del apetito</p>
II EVALUACIÓN GLOBAL	IV VALORACIÓN SUBJETIVA
<p>5. ¿Paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1= Sí</p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1= No</p> <p>7. ¿Presentó alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No</p> <p>8. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale de su domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión severa 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos</p> <p>10. Úlceras o lesiones cutáneas 0 = Sí 1= No</p>	<p>15. Consumo de agua u otros líquidos al día 0,0 = < de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = de 5 vasos</p> <p>16. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1= se alimenta solo con dificultad 2= se alimenta solo sin dificultad</p> <p>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales 0 = malnutrición severa 1= no sabe/ malnutrición moderada 2= sin problemas de nutrición moderada</p> <p>18. En comparación con personas de su edad, ¿Cómo se encuentra su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0= mejor</p> <p>TOTAL 30 PUNTOS (MÁXIMO)</p> <p style="text-align: center;">INTERPRETACIÓN: > = 24 puntos: bien nutrido 17 a 23,5 puntos: riesgo de desnutrición < 17 puntos: desnutrido</p>

Fuente: Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a Practical Assessment Tool for Grading the Nutritional State of Elderly Patients. In Facts and Research in Gerontology (Supplement on Nutrition and Aging). Spring.

ANEXO 05**BASE DE DATOS****A.- CARPAM SAN SALVADOR – PUNO**

NUMERO	SEXO	DEPRESION		ANSIEDAD		EST. NUT.	
1	M	MODERADA	8	minima	51	NORMAL	25
2	M	SEVERA	14	severa	70	MALNUTRICION	16.5
3	M	SEVERA	12	minima	50	MALNUTRICION	16
4	F	SEVERA	12	severa	69	MALNUTRICION	15
5	F	SEVERA	13	severa	74	MALNUTRICION	14
6	F	SEVERA	15	severa	73	MALNUTRICION	15
7	F	MODERADA	6	minima	49	MALNUTRICION	17
8	F	SEVERA	12	severa	74	MALNUTRICION	14
9	F	SEVERA	11	severa	74	MALNUTRICION	12
10	F	SEVERA	13	grado maximo	79	MALNUTRICION	11
11	F	SEVERA	12	severa	74	MALNUTRICION	15

**B.- CARPAM VIRGEN DEL ROSARIO –
CHUCUITO**

NUMERO	SEXO	DEPRESION	Puntuación	ANSIEDAD	puntuacion	ESTADO NUTRICIONAL	Puntuación
1	M	MODERADA	7	SEVERA	70	RIEZGO DE DESNUTRICION	18.5
2	M	SEVERA	12	SEVERA	69	MALNUTRICION	16
3	M	SEVERA	14	SEVERA	74	MALNUTRICION	16.5
4	M	SEVERA	14	SEVERA	73	MALNUTRICION	14
5	M	SEVERA	12	MINIMA	51	MALNUTRICION	16
6	M	SEVERA	13	MINIMA	50	MALNUTRICION	15
7	M	MODERADA	8	MINIMA	49	MALNUTRICION	24.5
8	M	SEVERA	11	SEVERA	74	MALNUTRICION	14
9	M	MODERADA	8	MINIMA	48	RIEZGO DE DESNUTRICION	19
10	M	SEVERA	12	SEVERA	74	MALNUTRICION	15.5
11	M	SEVERA	15	SEVERA	72	MALNUTRICION	16
12	F	SEVERA	13	SEVERA	74	MALNUTRICION	15
13	F	SEVERA	12	SEVERA	72	MALNUTRICION	14
14	F	SEVERA	12	SEVERA	74	MALNUTRICION	14.5
15	F	SEVERA	14	SEVERA	74	MALNUTRICION	14
16	F	MODERADA	6	MINIMA	50	RIEZGO DE DESNUTRICION	22

IMAGEN 1.- FOTOGRAFIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CARPAM

