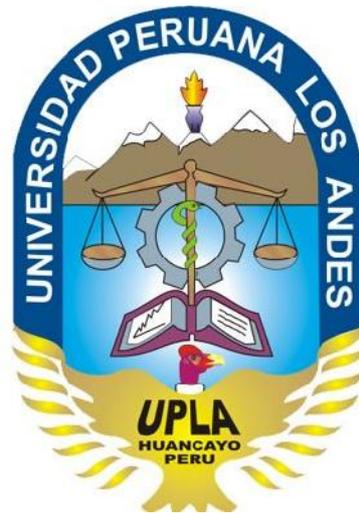


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS
ANDES**
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES EN UN
HOSPITAL REGIONAL 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO
DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
SULLCA CUBA, ERWIN**

HUANCAYO- PERÚ

2017

JURADOS

Mg. Erwin Tito Ortega.

Mg. Miguel Espinoza Castillo.

Mg. Lisseth M. Quispealaya Ascanio.

ASESOR

Dr. Gustavo Bastidas Parraga

DEDICATORIA

Dedicada para quienes hicieron posible este trabajo.

A mis padres, por el apoyo incondicional, quienes con sus consejos y ánimos ayudaron para culminar este trabajo.

A mis maestros que me brindaron su sabiduría que se me fue transmitida en el desarrollo de este trabajo.

A los pacientes de consultorio externo de geriatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes por brindarme una educación de calidad.

Al servicio de geriatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo por permitirme trabajar con los pacientes de consultorio externo en el periodo de abril a junio del 2016.

INDICE

Jurados	ii
Asesor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	V
Índice	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.1.1 Formulación del problema	2
1.1.2 Problema general	2
1.1.3 Problemas específicos	2
1.2 Justificación	3
1.2.1 Justificación científica	3
1.2.2 Justificación social	3
1.2.3 Justificación metodológica	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Marco teórico	5
1.4.1 Antecedentes de la investigación	5
1.4.2 Bases teóricas	8
1.4.3 Definición de términos	9
Capitulo II	13
Materiales y métodos	13
2.1 Tipo de investigación	13
2.2 Nivel de investigación	13
2.3 Diseño gráfico de investigación	13
2.4 Población	14
2.5 Muestra	14
2.6 Tamaño de muestra	14
2.7 Tipo de muestra	14
2.8 Criterios de inclusión y exclusión	14
2.8.1 Criterios de inclusión	14
2.8.2 Criterios de exclusión	14
2.8.3 Criterios de eliminación	15
2.9 Métodos y técnicas de recolección de datos	15
2.10 Instrumento de recolección de datos	15
2.11 Validación del instrumento	15
2.12 Procesamiento y aplicación del instrumento	16
2.13 Procesamiento y análisis de datos	16
2.14 Análisis estadísticos	16
2.15 Prueba de hipótesis	16
2.16 Aspectos éticos de investigación	17
Capitulo III	18

Resultados	18
Capítulo IV	29
Discusión	29
Capítulo V	33
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias bibliográficas	35
Anexos	38
Anexo 01	39
Anexo 02	40
Anexo 03	42
Anexo 04	46
Anexo 05	48
Anexo 06	49

RESUMEN

OBJETIVOS: Asociar el nivel de estado nutricional y el grado de depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (HRDCQDAC) de Huancayo en el periodo abril a junio 2016.

MÉTODOS: Estudio de tipo básico, nivel correlacional, transversal, en pacientes que acudieron a consultorio externo del servicio de geriatría del HRDCQDAC de Huancayo en el periodo abril a junio 2016, fueron 100 pacientes a quienes se aplicaron el NMA y la escala de Yesavage.

RESULTADOS: Tras la investigación el 66% representa el sexo femenino y el 34% el masculino, un mayor porcentaje de 57% se encuentra entre los 60 y 70 años, existiendo una correlación de Spearman significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de Spearman de 0.721 entre la depresión y el estado nutricional.

CONCLUSIONES: La correlación de Spearman es 0.721 pudiéndose afirmar que presenta moderada relación entre depresión y estado nutricional en los pacientes estudiados, también se apreció que la correlación entre los diferentes componentes de las dimensiones del estado nutricional varía entre un Rho de Spearman de 0.767 a 0.638, pudiéndose afirmar que presenta una moderada relación.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Estado nutricional, MNA, escala de Yesavage.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To associate the level of nutritional status and the degree of depression of older adult patients in geriatric outpatient clinics at the Daniel Alcides Carrión Surgical Clinical Teaching Hospital (HRDCQDAC) in Huancayo from April to June 2016.

METHODS: A baseline, cross-sectional, cross-sectional study of patients who attended the outpatient clinic of the geriatric clinic of the Huancayo HRDCQDAC in the period April to June 2016, were 100 patients to whom the NMA and the Yesavage scale were applied.

RESULTS: After the investigation, 66% represent the female sex and 34% the male, a higher percentage of 57% is between 60 and 70 years, with a significant correlation of Spearman to the level of 0.01, with a Rho index of Spearman score of 0.721 between depression and nutritional status.

CONCLUSIONS: The Spearman correlation is 0.721 and it can be stated that it presents a moderate relationship between depression and nutritional status in the studied patients. It was also observed that the correlation between the different components of the nutritional status varies between Spearman's Rho from 0.767 to 0.638 being able to affirm that it presents a moderate relation.

KEY WORDS: Depression, nutritional status, MNA, Yesavage scale.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La población adulto mayor es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas nutricionales por déficit y por otros factores asociados tales como: físicos, psíquicos, sociales y económicos, que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.¹

En la presente tesis se busca relacionar a dos grandes problemas que se ven en la población adulta mayor que son la desnutrición y la depresión, para lo cual se toma en cuenta los componentes a evaluar en el nivel de estado nutricional los cuales son: evaluación antropométrica, evaluación del estilo de vida, evaluación dietética y evaluación subjetiva, los cuales están relacionados a la depresión. Este estudio es de tipo básico de un nivel correlacional, que tomo en cuenta a todos los pacientes que acudieron a consultorio externo del servicio de geriatría en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el periodo de abril a junio del 2016. Tomando en

cuenta los criterios de inclusión y exclusión se contó con 100 pacientes a quienes se les realizó las dos encuestas para poder determinar el nivel de estado nutricional y el grado de depresión, estas dos encuestas están previamente validadas y presentan un buen grado de confiabilidad, los datos obtenidos en las encuestas fueron analizados mediante el programa Spss en donde se puede evidenciar que el estado nutricional está relacionado a la depresión al igual que los componentes del estado nutricional están relacionados a la depresión.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.1.2 Problema General:

¿Cuál es la relación entre el nivel de estado nutricional y el grado de depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQCAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016?

1.1.3 Problemas Específicos:

1. ¿Cuáles es la relación entre evaluación antropométrica con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016?
2. ¿Cuáles es la relación entre evaluación del estilo de vida con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016?
3. ¿Cuáles es la relación entre evaluación dietética con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016?

4. ¿Cuáles es la relación entre evaluación subjetiva con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016?

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.2.1 Teoría o científica:

La investigación que se aborda se basa en la teoría de la ciencia o epistemología el cual estudia la naturaleza, estructura y requisitos del conocimiento científico.

El conocimiento científico considerado como un conjunto de proposiciones de carácter empírico que describen, explican e interpretan una estructura compleja de la realidad.

Está integrada por principios, leyes y conceptos lo que enfocan un área de conocimiento.

1.2.2 Social o practica:

El aspecto social está dirigido en beneficio a los pacientes adultos mayores en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.

El aspecto social en esta etapa se caracteriza por cambios en el ámbito individual, familiar y social, todo paciente adulto mayor con deficiencia nutricional está relacionado con la depresión para lo cual los familiares deben de estar involucrados activamente para que el paciente pueda mantener un buen equilibrio corporal y mental.

1.2.3 Metodológica:

En este estudio se utilizó el método científico, determinándose el problema, para luego recopilar información del estudio, planteando una hipótesis posteriormente fundamentarla analizando e interpretando los resultados.

Este estudio fue realizado en pacientes adulto mayor de consultorio externo del servicio de geriatría en el hospital Carrión con el fin de contrastar la relación entre las variables estado nutricional medido mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) y depresión medido mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage analizados con el programa Spss, considerándose un $p < 0,05$ como significativo.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo general:

Asociar el nivel de estado nutricional y el grado de depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Relacionar la evaluación antropométrica con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.
2. Relacionar la evaluación del estilo de vida con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.
3. Relacionar la evaluación dietética con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.

4. Relacionar la evaluación subjetiva con la depresión de pacientes adulto mayor en consultorios externos de geriatría en el HRDCQDAC – Huancayo durante el periodo abril a junio 2016.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Antecedentes de la investigación:

Internacionales:

En cuanto a las referencias de la presente investigación, se evidencia en el campo de la salud tanto a nivel nacional como internacional una expectativa por entender aspectos relacionados del estado nutricional y la depresión, por lo que se presentarán en el presente acápite dichas investigaciones en función las variables de estudio:

Para Andrade CA.⁵ En el estudio “El nivel de depresión y su impacto en el estado nutricional de los adultos mayores de 65 años” en el año 2011. Encontró que el 84,4% de ancianos presentan riesgo de malnutrición y malnutrición, el estado nutricional normal apenas alcanzan el 15,6%, el 93,7% presentan depresión en sus diversas intensidades (moderada y grave). Existiendo una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor.

Según Aránzazu V.⁶ En el trabajo “Relación del estado nutricional y los hábitos alimentarios en la capacidad funcional, mental y afectiva de un colectivo de ancianos institucionalizados de la comunidad de madrid” en el año 2005. Concluyó que un aporte adecuado de micronutrientes es esencial para el mantenimiento de la capacidad funcional, cognitiva y afectiva en los

ancianos, y que en nuestro colectivo se ha encontrado que las personas con una facultad física, mental y afectiva sin deteriorar presentan una ingesta y contribución a las IR más adecuada de riboflavina y ácido fólico.

Como dice Vázquez SA ⁷. En el estudio “Estado nutricional y síntomas depresivos en el adulto mayor” en el 2012. Encontró que el riesgo de malnutrición aumenta seis veces el riesgo de presentar síntomas depresivos en el adulto mayor, y que factores como la presencia de enfermedades y el consumo de medicamentos guardan relación con la presencia de síntomas depresivos.

Para Shiguango S, Samira M ⁸. En el trabajo “Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato” en el año 2012. Encontraron que los niveles de depresión tienen relación inversamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los adultos mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron riesgo de desnutrición y desnutrición asociada a depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de depresión como estado sobre la depresión como rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos.

Según Wall A, et al.⁹. Presentan un estudio “Evaluar el efecto individual y aditivo de la depresión y la red social sobre la presencia de malnutrición y síntomas de ansiedad que presenta el adulto mayor de Ciudad Juárez” en el 2008. Mostraron 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. Concluyendo que 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.

Nacional:

Como dice Contreras AL, et al.¹⁰ en el estudio “Estado nutricional y los factores asociados a malnutrición en el adulto mayor en la comunidad de Masma Chicche” en el año 2013. Mencionan que la prevalencia de malnutrición fue 29,9%; 57,9% en riesgo de malnutrición. El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo; 93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social. Concluyendo que en la comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la misma que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión.

1.4.2 Marco teórico o conceptual:

Teoría biológica

El envejecimiento es el resultado de una acumulación de daños aleatorios producidos en moléculas vitales para el organismo a lo largo del tiempo.¹¹

Diversos autores han propuesto un modelo nutricional, basándose en la observación de una posible relación entre la restricción calórica y la presencia de síntomas depresivos, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los sistemas neuroconductuales, dichas anomalías en alguno de estos sistemas pueda generar depresión en un individuo¹¹

La alimentación está relacionada con la satisfacción y felicidad que siente la persona consigo misma de modo que si existe alguna molestia en algún ámbito de su vida como las interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo) o la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a una disminución de los hábitos alimentarios y por ende su nutrición.¹²

En cuanto a los hidratos de carbono, se ha observado que las personas deprimidas tienen disminuido el metabolismo de la glucosa en numerosas regiones del cerebro, y este estado hipo metabólico se correlaciona negativamente con la severidad de la depresión. Por otro lado, diversos estudios han encontrado una asociación entre las dietas ricas en carbohidratos y la mejora del estado de ánimo, debido a que incrementan los niveles de triptófano en el cerebro (aminoácido precursor de serotonina).¹³

Respecto a los bajos niveles de folatos encontrados en los pacientes deprimidos, se ha sugerido que este déficit puede causar una disminución en los niveles de serotonina, neurotransmisor implicado en el desarrollo

de la depresión, por lo que una suplementación con esta vitamina podría reducir la morbilidad por esta patología.¹⁴

1.4.3 Definición de términos:

1. Depresión

La depresión se da como resultado de la asociación de múltiples factores que pueden ser Psicológicos, neurológicos, psicosociales y nutricionales en quienes se puede evidenciar tristeza, disminución de interés o placer, sensación de culpa o falta de amor propio, alteración del sueño o apetito, disminución de la energía o agotamiento rápido de esta y el no poder concentrarse en las actividades que está realizando .¹⁵

Si la depresión es constante terminara siendo crónica o recurrente, y así dificultaría fuertemente el desempeño laboral, desempeño social, desempeño familiar y una disminución de la plenitud, cuando esta incrementa y no es tratada adecuadamente se puede llegar al suicidio de esta manera se ve la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno en estos pacientes.¹⁶

La depresión como trastorno se diagnostica de diversas formas y debe ser tratada adecuadamente por especialistas quienes la clasifican como no depresión (ausencia de síntomas depresivos) depresión leve (presencia de mínimos síntomas necesarios para cumplir con el diagnóstico), depresión moderada (síntomas necesarios que hagan cumplir los criterios diagnósticos), depresión grave (el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para ser diagnosticados)¹⁷

2. Estado nutricional

Dado que el deterioro del estado nutricional en el anciano está relacionado con una habitual polifarmacia, a una situación socioeconómica poco favorecida y a pérdida de sus capacidades funcionales; el envejecimiento puede significar para el adulto mayor disminución de la calidad de vida por la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes.¹⁸

Entre los problemas más frecuentes de salud mental en los adultos mayores se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión. Se ha reportado que los trastornos mentales juegan un papel importante y son un factor de riesgo para la pérdida de peso involuntaria en esta población.¹⁹

3. La Mini Encuesta Nutricional (MNA)

Se ha propuesto como una herramienta clínica de evaluación del estado nutricional del sujeto mayor de 60 años, es una de estas herramientas que fue desarrollada en los 1990 como resultado de la colaboración del Hospital de la Universidad de Tolón (Francia), el Programa de Nutrición Clínica de la Universidad de Nuevo México (Estados Unidos), y el Centro Nestlé de Investigaciones (Suiza).⁵

La MNA es un cuestionario agrupado en 4 secciones:

- Evaluación antropométrica: que viene a ser las mediciones corporales con las que se determina los niveles de nutrición por ejemplo Circunferencia del brazo, Circunferencia de la

pantorrilla, Índice de Masa Corporal, Pérdida de peso en los últimos 3 meses.⁵

- Evaluación del estilos de vida del sujeto: es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrolla para beneficio o perjuicio de su salud por ejemplo Movilidad dentro del hogar, Medicación corriente, Estrés síquico/sicológico, Enfermedad aguda en los últimos 3 meses, Capacidad para vivir por sí mismo en su hogar (sin necesidad de cuidador), Presencia de demencia, Ulceras de decúbito/Otras lesiones cutáneas.⁵
- Evaluación dietética: Número de comidas completas en el día, Consumo de fuentes de proteínas alimentarias, Consumo de frutas y vegetales, Ingresos líquidos, Modo de alimentación (Con/Sin ayuda), Cambios recientes en los hábitos alimentarios.⁵
- Autoevaluación subjetiva: es un método clínico de valoración del riesgo nutricional como por ejemplo Autopercepción de problemas nutricionales, Autopercepción del estado de salud.⁵

4. Adulto mayor

En el estado peruano se le considera desde noviembre del 2006 según resolución y ley se le define como todo poblador peruano mayor de sesenta años, en otros países se les consideras desde los 65 años ya que estos tienes una mayor tiempo de vida, mientras que en el Perú los promedios de edades son para las mujeres de 75 y para los hombres de 70¹

Este es el término o nombre que reciben todas las personas o individuos quienes pertenecen al grupo o que comprendan personas o individuos

que tienen más de 60 años de edad. De esta forma viene considerándolos a estos individuos como adulto mayor o sinónimos como ancianos personas de la tercera edad¹

5. Geriatria

Es una rama de la medicina que se dedica al estudio o comprensión, prevención forma de diagnosticar o manera de tratar y rehabilitar las enfermedades o comorbilidades de las personas de la tercera edad o ancianos o adultos mayores.¹

6. Correlación de Spearman

Es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos o número de orden de un grupo de sujetos y esta es comparada a otra similar , también se entiende como una versión no paramétrica del análisis estadístico y se puede utilizar en variables que son medidas en escalas ordinales los resultados se pueden dar de -1 a +1. El signo positivo o negativo viene a dar la relación que existe entre las variables que son medidas mientras que el cero revela que no hay asociación entre estas.²⁰

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación:

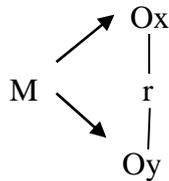
Este estudio es una investigación básica.²⁰

2.2 Nivel de la investigación:

El nivel de investigación es correlacional.²⁰

2.3 Diseño gráfico de investigación

Este grafico es de un diseño correlacional.²⁰



M: Muestra.

Ox: Observación de la variable depresión.

Oy: Observación de la variable estado nutricional.

r: Índice de correlación.

2.4 Población:

Se trabajó con toda la población de pacientes adulto mayor de consultorios externos del servicio de geriatría en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Huancayo en el periodo abril a junio del año 2016. Que fueron 103 pacientes. ²¹

2.5 Muestra:

Muestra conformada de pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. ²⁰

2.6 Tamaño de la muestra:

Se trabajó con 100 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión.²⁰ se excluyó a tres pacientes uno con dificultad para la bipedestación y dos con edema en miembros inferiores.

2.7 Tipo de la muestra:

Muestra censal. ²⁰

2.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

2.8.1 Criterios de inclusión:

Pacientes adulto mayor de ambos sexos que acudieron a consultorio externo del servicio de geriatría en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Huancayo en el periodo abril a junio del año 2016.

2.8.2 Criterios de exclusión:

1. Pacientes con edemas.
2. Pacientes con discapacidad motora.
3. Pacientes con trastorno de sensorio o enfermedad neurológica avanzada.

4. Pacientes que no mantenga estabilidad y/o sostenerse por sí solos.

2.8.3 Criterios de eliminación:

Pacientes adulto mayor que acudieron a consultorio externo de geriatría fuera del periodo abril a junio del año 2016.

2.9 Métodos y técnicas de recolección de datos:

El método aplicado para este estudio es el método de encuesta.

La técnica que se aplicaron en este estudio es la encuesta cuyo instrumento de recolección de datos es el Mini Nutritional Assessment y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.²¹

2.10 Instrumento de recolección de datos:

Mediante la aplicación del test de Mini Nutritional Assessment que mide el grado de nutrición y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage que mide el grado de depresión de los pacientes adultos mayores.²¹

2.11 Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos

Se realizó un estudio piloto de treinta pacientes que acudieron al servicio de geriatría en el Hospital Daniel Alcides Carrión.²¹

Se utilizó la medida de consistencia interna alfa de cronbach para obtener la confiabilidad del instrumento Mini Nutritional Assessment que mide el nivel del estado nutricional teniendo como resultado 0.89.

Se utilizó la medida de consistencia interna los coeficientes de KR-20 para obtener la confiabilidad del instrumento Escala de Depresión

Geriátrica de Yesavage que mide el grado de depresión teniendo como resultado 0.84.

Se adjunta artículo original de la validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, esta escala también fue utilizada en un trabajo de investigación que se llevó a cabo en la provincia de Jauja-Junín-Perú.

2.12 Procesamiento y aplicación de instrumento:

Se recolectó la información directamente a través de un interrogatorio acerca de 2 evaluaciones como el Mini Nutritional Assessment (MNA) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en las primeras 24 horas de su ingreso, previa información y firma del consentimiento informado por el paciente.

Finalmente comparar los puntajes obtenidos en cada aplicación de la escala, con la finalidad de determinar la relación entre estado nutricional y depresión en pacientes geriátricos.

2.13 Procesamiento de datos obtenidos:

Para el análisis estadístico de los datos se tuvo que elaborar una base de datos mediante el empleo del programa Excel y posteriormente el SPSS.²¹

2.14 Análisis estadísticos-descriptivos e inferencial:

Para el análisis no paramétrico de estos datos se elaboró una base con el uso del programa SPSS.²¹

2.15 Prueba de hipótesis:

No aplica porque se está trabajando con toda la población.²¹

2.16 Aspectos éticos de la investigación:

El presente estudio estuvo dirigido en un interrogatorio al paciente sobre dos encuestas. Se garantizó que no se utilizaron los nombres de los pacientes ni los nombres de los médicos tratantes en el registro de la información, para ello se empleó el número de la historia clínica el mismo que no figuró en la base de datos, asegurándose de esta manera el principio de confidencialidad.²²

La participación en el proyecto de investigación fue de forma voluntaria con la aceptación del consentimiento informado, previa entrega a cada paciente; lo cual quedó registrado como aceptación con la debida firma del paciente (principio de respeto a la persona).²³

En el estudio no se aplicó procedimientos invasivos, ni tampoco ningún tratamiento, por lo que no aplica el monitoreo de probables efectos adversos (principio de no maleficencia).²²

Con este proyecto se debe sensibilizar al personal de salud y a la población en general sobre la situación actual de los adultos mayores en nuestro país y formar grupos multidisciplinarios de salud que trabajen mancomunadamente en hospitales que incluya médico geriatra, nutricionista y psicólogo para una evaluación integral de adulto mayor (principio de valor social).²³

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El estudio incluyó 100 pacientes del periodo abril a junio de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión y tras cumplir con criterios de inclusión se valoró la correlación entre el estado nutricional y la depresión, no se encontraron dificultades en la recolección de la información y el análisis de ésta se presenta a continuación:

La población estudiada fue a predominio del sexo femenino con un porcentaje de 66%, siendo ésta la población más afectada en relación a las variables, sobre el sexo masculino con un porcentaje de 34%. También se encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentra entre 60 a 70 años con un 57% seguido de 71 a 80 años con 36%, el rango con menor porcentaje se encuentra de 81 a más con un 7%, con una media de 70.94.

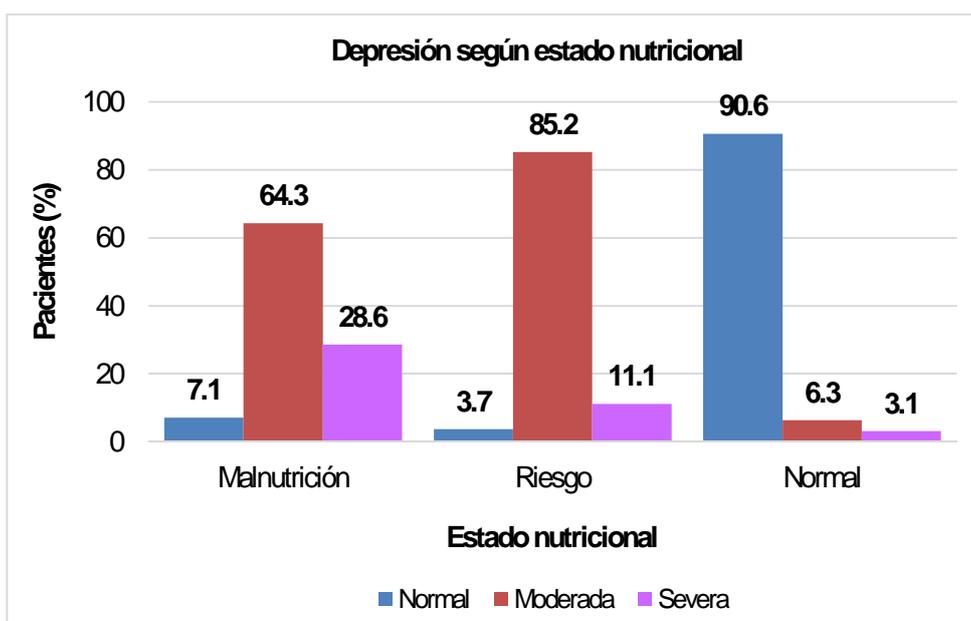
Ilustración N°1 Relación entre estado nutricional y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:

		Correlación	
Rho de Spearman		Depresión	Estado. Nutricional
Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-0,721**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Estado. Nutricional	Coefficiente de correlación	-0,721**	1.000
	Sig. (bilateral)	100	100
	N		

Fuente: base de datos propio.

En la tabla se observa que la correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de -0.721 afirmándose que presenta una correlación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre depresión y estado nutricional en los pacientes estudiados.

Ilustración N°2 Relación entre estado nutricional y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:



Fuente: base de datos propio.

En el grafico se puede apreciar que a mejor estado nutricional la depresión disminuye corroborando Rho de Spearman entre ambas variables en los pacientes estudiados.

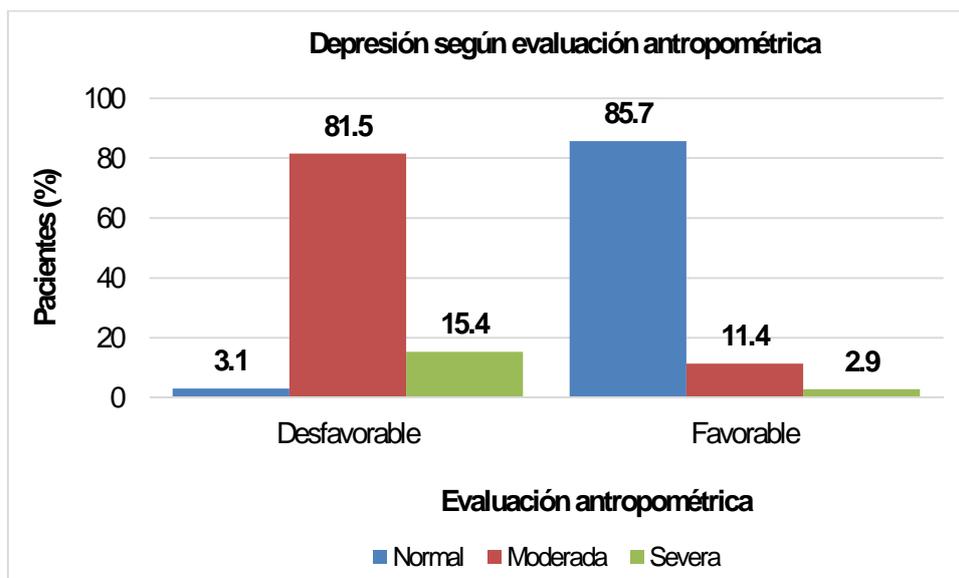
Ilustración N°3 Relación entre evaluación antropométrica y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:

correlación			
Rho de Spearman		Depresión	Evaluación antropométrica
Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-0,767**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Evaluación antropométrica	Coefficiente de correlación	-0,767**	1.000
	Sig. (bilateral)	0,000	100
	N	100	100

Fuente: base de datos propio.

En la tabla se observa que la correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de -0.767 pudiéndose afirmar que presenta una correlación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre depresión y evaluación antropométrica en los pacientes estudiados.

Ilustración N°4 Relación entre evaluación antropométrica y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:



Fuente: base de datos propio.

En el gráfico se puede apreciar que cuanto más favorable es la evaluación antropométrica para el paciente la depresión disminuye corroborando de esta forma el Rho de Spearman.

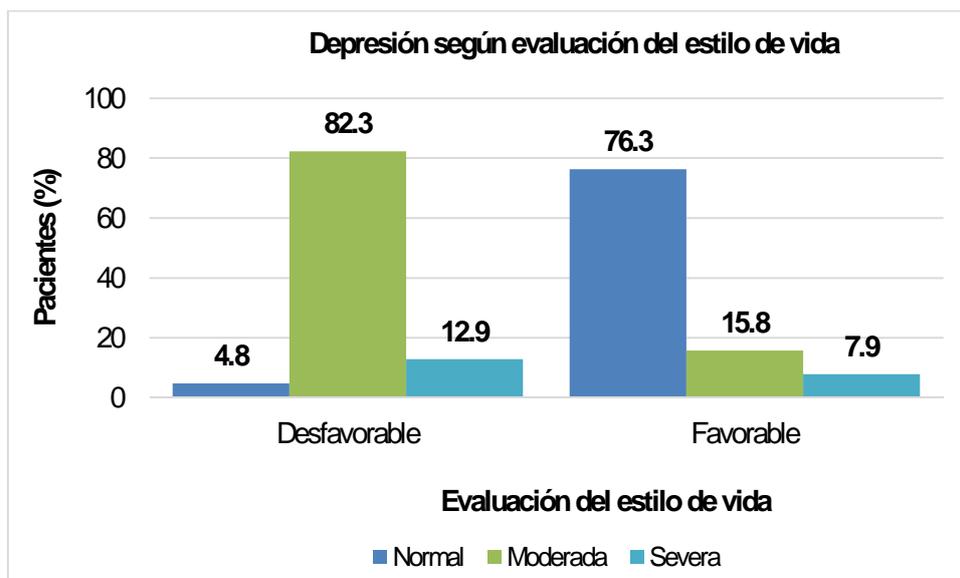
Ilustración N°5 Relación entre evaluación del estilo de vida y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:

correlación			
Rho de Spearman		Depresión	Evaluación del estilo de vida
Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-0,638**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Evaluación del estilo de vida	Coeficiente de correlación	-0,638**	1.000
	Sig. (bilateral)	100	100
	N		

Fuente: base de datos propio.

En la tabla se observa que la correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de -0.638 pudiéndose afirmar que presenta una correlación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre depresión y evaluación del estilo de vida en los pacientes estudiados.

Ilustración N°6 Relación entre evaluación del estilo de vida y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:



Fuente: base de datos propio.

En el grafico se puede apreciar que cuanto más favorable es la evaluación del estilo de vida para el paciente la depresión disminuye corroborando de esta forma el Rho de Spearman.

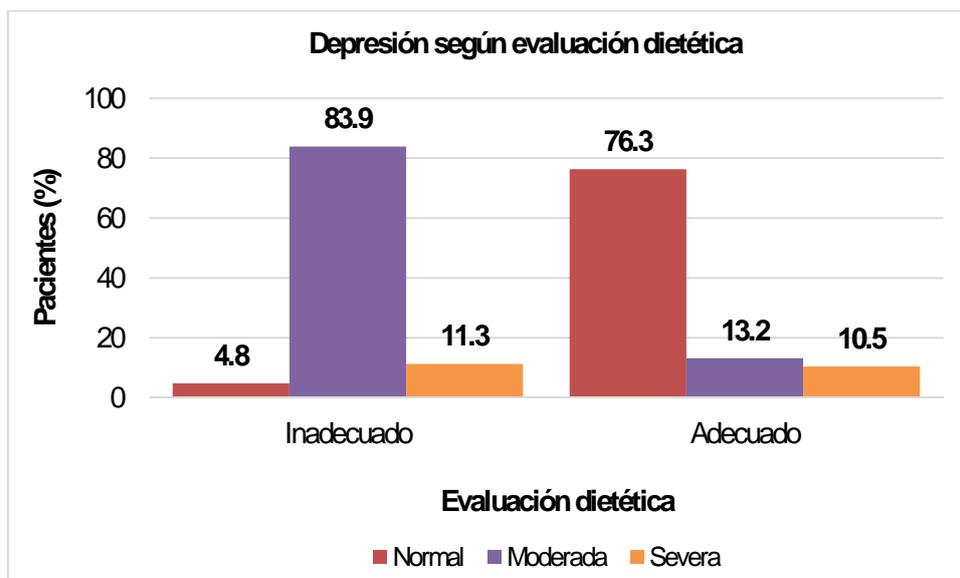
Ilustración N°7 Relación entre evaluación dietética y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:

		correlación	
Rho de Spearman		Depresión	Evaluación dietética
Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-0,647**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Evaluación dietética	Coeficiente de correlación	-0,647**	1.000
	Sig. (bilateral)	0,000	100
	N	100	100

Fuente: base de datos propio

En la tabla 4 se observa que la correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de -0.647 pudiéndose afirmar que presenta una correlación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre depresión y evaluación dietética en los pacientes estudiados.

Ilustración N°8 Relación entre evaluación dietética y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:



Fuente: base de datos propio.

En el grafico se puede apreciar que cuanto más favorable es la evaluación dietética para el paciente la depresión disminuye corroborando de esta forma el Rho de Spearman.

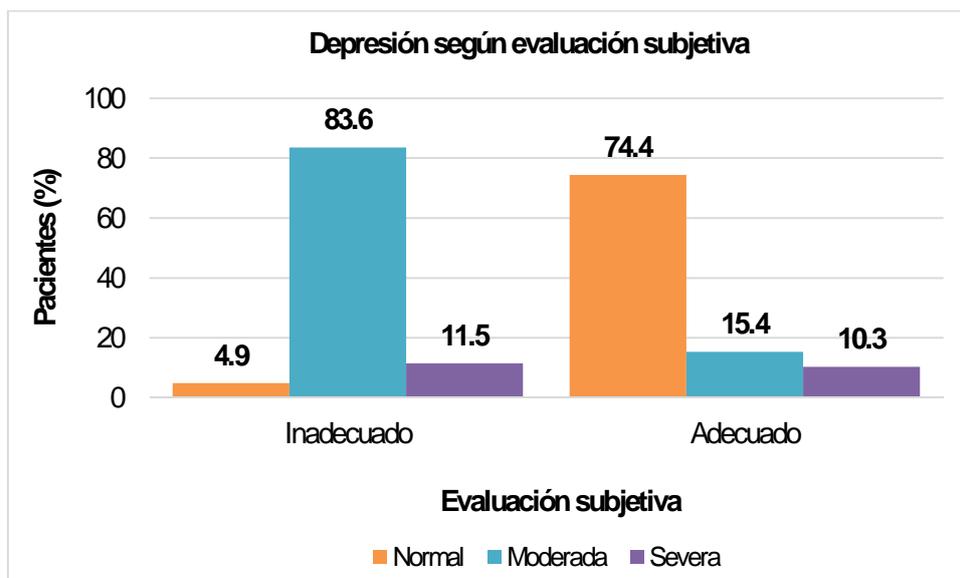
Ilustración N°9 Relación entre evaluación subjetiva y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:

		correlación	
Rho de Spearman		Depresión	Evaluación subjetiva
Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-0,634**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Evaluación subjetiva	Coeficiente de correlación	-0,634**	1.000
	Sig. (bilateral)	100	100
	N		

Fuente: base de datos propio.

En la tabla 5 se observa que la correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de -0.634 pudiéndose afirmar que presenta una correlación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre depresión y evaluación subjetiva en los pacientes estudiados.

Ilustración N°10 Relación entre evaluación subjetiva y depresión de 100 pacientes adulto mayor de consultorio externo del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el periodo abril a junio 2016:



Fuente: base de datos propio.

En el grafico se puede apreciar que cuanto más favorable es la evaluación subjetiva para el paciente la depresión disminuye corroborando de esta forma el Rho de Spearman.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El este estudio realizado se dio a conocer la relación existente entre el estado nutricional y la depresión en 100 pacientes adultos mayores que acudieron entre los meses de abril a junio a los servicios de consultorio externo de geriatría en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.

En la discusión se trata de comparar los resultados vistos en los antecedentes para luego ser descritos en función de los reportados a nivel internacional y nacional en los estudios relacionados que apoyaron nuestra investigación y los estudios que contradicen a nuestra investigación.

La diferenciación por sexo en el adulto mayor es muy importante, de los 100 pacientes Adultos Mayores que fueron incluidos en nuestro estudio, se encontró que el 66% correspondieron al sexo femenino y el 34% pertenece al sexo masculino, encontrándose una relación de 1,94 mujeres por cada hombre.

Siendo el porcentaje de nuestro estudio superior al encontrado según Andrade CA.⁵ donde se encontró mayor población de sexo femenino pero en un 53,2% y el sexo masculino en un 46,8%, este resultado se puede deber a la diferencia que existe entre el número de la muestra que en este caso es de 64 pacientes; en el estudio de Shiguango S, Samira M.⁸ se encontró con un predominio también del sexo femenino en un 59% y el sexo masculino correspondía a un 41%, este resultado se puede deber a la diferencia que existe entre el número de muestra que es mayor en este caso es de 148 pacientes y la diferencia entre naciones que en este caso es un área rural de Ecuador; sin embargo se ve una similitud con el estudio de Aránzazu V.⁶ donde refiere que su muestra es a predominio del sexo femenino con un 65.57% esto puede deberse a que el número de muestra es de 183 pacientes y que estos fueron institucionalizados en comparación con el anterior; también se puede apreciar una contradicción con el estudio realizado por Contreras AL, et al.¹⁰ quienes encontraron una población a predominio del sexo masculino con un 59% encontrándose un 41% del sexo femenino, esto puede deberse a la diferencia de poblaciones si bien es cierto ambos estudios fueron realizados en el departamento de Junín nuestro estudio es a predominio de una población rural en comparación con este que fue realizado en una área rural.

La distribución por edad en el adulto mayor es de muy importante, debido a la ampliación de la expectativa de vida a nivel nacional y a la funcionalidad de los diversos sistemas, órganos y tejidos que conforme van pasando los años producen cambios fisiológicos.

El mayor número de adultos mayores en nuestro estudio se ubicó entre los 60 y 70 años, siendo este porcentaje inferior a los encontrados en el estudio de Shiguango S, Samira M.⁸ quien encontró adultos mayores entre los 65 y 74 años esto se puede deber a la diferencia de nacionalidades siendo esta última de Ecuador; en el estudio de Andrade CA.⁵ se encontró una población entre los 65 y 74 años esto puede deberse a la diferencia

de nacionalidades que en este último caso son de Ecuador; en el estudio de Aránzazu V.⁶ se encontró una media de edad de 82.4 el cual es muy superior a la nuestra esta diferencia se puede deber a la diferencia de poblaciones siendo esta último estudio realizado en Madrid – España, esta misma diferencia se encontró en comparación con el estudio de Shiguango S, Samira M.⁸ quienes reportaron una una media de edad de 82 años esto se podría deber a la diferencia de poblaciones siendo esta última realizada en Ecuador, existe una diferencia pero no tan marcada como en las anteriores en comparaciones con el estudio de Vásquez SA.⁷ quien encontró una media de 76,05 esto pudo deberse a la diferencia de poblaciones siendo este último realizado en México; también se encontró una similitud con el estudio de Contreras AL, et al.¹⁰ ubicando a la mayor población entre los 60 y 74 años, esto se puede deber a que este estudio tiene una similitud en la población que fue realizado en el distrito de masma chicche en la provincia de Jauja en el año 2013.

El estado nutricional de los adultos mayores es particularmente importante debido a su influencia en la capacidad funcional.

La desnutrición tiene una grave repercusión sobre la salud de estas personas y puede llevarlas a la pérdida de su capacidad funcional, a la depresión y a una mala calidad de vida.

Nuestro estudio confirmó que existe relación negativa o inversa, moderada y muy significativa entre el estado nutricional y la depresión afirmando que a mayor estado nutricional la depresión disminuye, similar a como se refiere en el estudio de Shiguango S, Samira M.⁸ donde afirmaron que distintos niveles de depresión se encuentran asociadas a riesgo de malnutrición o malnutrición, esto se puede deber a que en ambos se cumple la teoría biológica y como se refiere en la literatura, estos resultados también se puede concordar con el estudio realizado por Vásquez SA.⁷ donde se encontró que el riesgo de

malnutrición aumenta seis veces más el riesgo de presentar síntomas depresivos, esto puede deberse a que también cumple la teoría biológica, esta misma relación se puede observar en el estudio de Aránzazu V.⁶ quien realizó un estudio en Madrid – España y refiere que en su estudio se encontró una relación inversa entre la depresión y el estado nutricional, esto se podría deber a que nuevamente se cumple la teoría biológica; al igual que en los estudios anteriores en el estudio de Contreras AL, et al.¹⁰ que encontró que la tercera parte de la población estudiada presenta malnutrición la misma que está asociada a la presencia de depresión, esto se debería a que la población se encuentra en el distrito de Masma- Chicche provincia de Jauja.

En nuestro estudio también se encontró relación negativa o inversa, moderada muy significativa entre la depresión y la evaluación antropométrica resultando una correlación de Spearman de -0.767, también una relación negativa o inversa, moderada muy significativa entre la depresión y la evaluación del estilo de vida con una correlación de Spearman de -0.638, del mismo modo se obtuvo una relación negativa o inversa, moderada muy significativa entre la depresión y la evaluación dietética con una correlación de Spearman de -0.647, por ultimo encontramos una relación negativa o inversa, moderada muy significativa entre la depresión y la evaluación subjetiva resultando una correlación de Spearman de -0.634.

En este estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

1. Se encontraron dos pacientes con edema leve - moderado en miembros inferiores.
2. Se encontró a un paciente con dificultad para la bipedestación.
3. Los resultados encontrados en este estudio son específicos de una población de un hospital regional de tercer nivel y no pueden ser generalizados para el área rural o urbana.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. La correlación de Spearman es significativa al nivel de 0.01, con un índice Rho de 0.721 pudiéndose afirmar que presenta una correlación positiva moderada entre depresión y estado nutricional en los pacientes estudiados.
2. La correlación entre evaluación antropométrica y depresión tiene un Rho de Spearman de 0.767, pudiéndose afirmar que presenta una correlación positiva moderada.
3. La correlación entre evaluación del estilo de vida y depresión tiene un Rho de Spearman de 0.638, pudiéndose afirmar que presenta una correlación positiva moderada.
4. La correlación entre evaluación dietética y depresión tiene un Rho de Spearman de 0.647, pudiéndose afirmar que presenta una correlación positiva moderada.
5. La correlación entre evaluación subjetiva y depresión tiene un Rho de Spearman de 0.364, pudiéndose afirmar que presenta una correlación positiva moderada.

RECOMENDACIONES

1. Dirigido todo el personal de salud como médicos, enfermeras, técnicos, en enfermería, psicólogos y los nutricionistas quien son los que trabajan con la población adulta mayor para prestarle mayor atención y tener más en cuenta la situación actual en nuestra región y país.
2. Se recomienda hacer en el futuro nuevas investigaciones de nivel explicativo haciendo hincapié en otros factores que influyan en el desarrollo de riesgos nutricionales en los adultos mayores.
3. La nutrición juega un papel importante en la calidad de vida del adulto mayor, es por ello que se recomienda realizar un manual o guía de alimentación para la población del adulto mayor, el mismo que cuente con las recomendaciones necesarias, en lo que se refiere a porciones diarias recomendadas, textura, mezclas y combinación de alimentos, alternativas de reemplazos alimentarios, alimentación según las diversas patologías que en este grupo de edad son más frecuentes y que promueva la actividad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. 2013:8-67.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población Adulto Mayor. Informe técnico N°3. 2016 set:1-61.
3. Franco N, Ávila JA, Ruiz L, Gutiérrez LM. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(6):369–375.
4. Aranceta J, et al. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Madrid: Ergon; 2011.
5. Andrade CA. Nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011. [tesis pregrado]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica De Chimborazo; 2011.
6. Aránzazu V. Relación del estado nutricional y los hábitos alimentarios en la capacidad funcional, mental y afectiva de un colectivo de ancianos institucionalizados de la Comunidad de Madrid. [Tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2006.
7. Vázquez SA. Estado nutricional y síntomas depresivos en el adulto mayor. [Tesis de maestría]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.

8. Shiguango S, Samira M. Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012. [Tesis pregrado].Ecuador: Universidad técnica de Ambato; 2014.
9. Wall A, et al. Depresión, ansiedad y estado nutricional de adultos mayores de ciudad de Juárez: hallazgos de "Estudio de los mil". [Tesis pregrado]. México: Universidad autónoma de ciudad Juárez; 2008.
10. Contreras AL, Mayo GVA, Romaní DA, Silvana G, Yeh M, Ortiz PJ, et al. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Rev Medica Hered.* 2013; 24(3):186–191.
11. Sanz J, Vázquez C. Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Man Psicopatología.* 1995; 2:341–378.
12. Villa BAD, González CG. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatr.* 2012; 11(3):106.
13. Kimbrell TA, Ketter TA, George MS, Little JT, Benson BE, Willis MW, Regional cerebral glucose utilization in patients with a range of severities of unipolar depression. *Biol Psychiatry* 2002; 51(3):237-252
14. Alpert M, Silva RR, Pouget ER. Prediction of treatment response in geriatric depression from baseline folate level: interaction with an SSRI or a tricyclic antidepressant. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23(3):309-313.
15. Instituto nacional de la salud mental. Depresión. 2009 Ene: 2-25.
16. Ministerio de salud. Guía clínica depresión en personas de 15 años a más. 2013.

17. Goncalves F, Gonzales VM, Vásquez J. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. 2 ed. España: International Marketing and communication, S.A; 2008.
18. Zenón TG, Silva JAV. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Med Int Méx. 2012; 28(1):58.
19. Capa M. importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. España: Novartis Consumer Health S.A; 2002.
20. Mandujano LJ, Bustamante R. Metodología de la investigación. Perú: Editorial Marsant's; 2014.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6° ed. México: Mc Graw-Hill; c 2014.
22. Zavala S, Mantilla J. Ética e investigación. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(4):664-69.

ANEXOS

ANEXO 01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN DE VARIABLE	INDICADORES DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Decaimiento de ánimo y voluntad, constituye uno de los síndromes psiquiátricos e incapacitantes que aumenta la morbilidad en la población. ¹⁵	Estado psíquico caracterizado por la inestabilidad del individuo que se expresa a través de dimensiones como, no depresión, depresión moderada y depresión grave las cuales tienen indicadores que conllevan a identificar el grado de depresión que se obtiene a través de los puntajes obtenidos en la escala de Yesavage valido y confiable.	No depresión. Depresión moderada. Depresión grave.	1. ¿estas satisfecho/a con la vida? ¹⁵ 2.- ¿has abandonado muchas de tus actividades e intereses? ¹⁵ 3.- ¿notas que tu vida está vacía? ¹⁵ 4.- ¿te encuentras a menudo aburrido? ¹⁵ 5.- ¿la mayor parte del tiempo estas de buen humor? ¹⁵ 6.- ¿tienes miedo de que te pase algo malo? ¹⁵ 7.- ¿te sientes feliz la mayor parte del tiempo? ¹⁵ 8.- ¿te sientes a menudo abandonado? ¹⁵ 9.- ¿prefieres quedarte en casa en lugar de salir y hacer cosas? ¹⁵ 10.- ¿crees que tienes más problemas que la mayoría de gente? ¹⁵ 11.- ¿crees que vivir es maravilloso? ¹⁵ 12.- ¿te es difícil poner en marcha nuevos proyectos? ¹⁵ 13.- ¿te encuentras lleno de energía? ¹⁵ 14.- ¿crees que tu situación es desesperante? ¹⁵ 15.- ¿crees que los otros están mejor que tú? ¹⁵	Ordinal
Estado nutricional	Aproximación de la composición corporal de un individuo determinado por los requerimientos y la ingesta; a su vez influenciados por la actividad física, sociales, mental y psicológica. ¹⁸	Situación en la que se encuentra una persona que se expresa a través de dimensiones como el estado nutricional normal, riesgo de malnutrición y malnutrición que presentan indicadores que nos llevan a identificar el nivel de estado nutricional a través de los puntajes obtenidos en el MNA valido y confiables	Estado nutricional normal. Riesgo de malnutrición. Malnutrición.	a.- ¿has perdido el apetito? ¹⁸ b.- pérdida resiente de peso ¹⁸ c.- movilidad ¹⁸ d.- has tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses ¹⁸ e.- problemas neuropsicologicos ¹⁸ f.- índice de masa corporal ¹⁸ g.- ¿el paciente vive independientemente en su domicilio? ¹⁸ h.- ¿tomas más de tres medicamentos al día? ¹⁸ i.- úlceras o lesiones cutáneas ¹⁸ j.- cuantas comidas completas tomas al día ¹⁸ k.- consume el paciente ¹⁸ l.- ¿consumes frutas o verduras al menos dos veces al día? ¹⁸ m.- ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? ¹⁸ n.- forma de alimentarse ¹⁸ o.- se considera el paciente que está bien nutrido ¹⁸ p.- en comparación con las personas de sus edad, ¿Cómo se encuentra el paciente en su estado de salud? ¹⁸ q.- circunferencia braquial ¹⁸ r.- circunferencia de la pantorrilla ¹⁸	Ordinal

02 ANEXO INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

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

Evaluación.

0 – 5 puntos: Normal.

6 – 9 puntos: Depresión Moderada.

10 o más: Depresión Severa.

MINI ENCUESTA NUTRICIONAL

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellido:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responde a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta sólo con dificultad 2 = se alimenta sólo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Re Velaz R, Vilas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-460.
 Rubenstein LZ, Haber JC, Savla A, Guigo Y, Velaz R. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001; 56A: M366-377.
 Guigo Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-467.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Nestlé.
 © Nestlé, 1994, Revision 2005. N67200 12566 104
 Para más información: www.mna-nutrition.com

ANEXO 03 VALIDEZ DEL MNA: CORRELACIÓN DE SPEARMAN (PRUEBA PILOTO 30 PACIENTES)

			Correlaciones																	
			itemA	itemB	itemC	itemD	itemE	itemF	itemG	itemH	itemI	itemJ	itemK	itemL	itemM	itemN	itemO	itemP	itemQ	itemR
Rho de Spearman	item A	Coeficiente de correlación	1,000	,455	,262	-,029	,582	,626	,284	-,154	,206	,592	,344	,293	,126	-,154	,498	,643	,296	,653
		Sig. (unilateral)	.	,006	,081	,439	,000	,000	,064	,208	,137	,000	,031	,058	,254	,208	,003	,000	,056	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	item B	Coeficiente de correlación	,455	1,000	,504	-,045	,557	,650	,330	,199	,642	,652	,561	,208	,099	,256	,645	,282	,424	,626
		Sig. (unilateral)	,006	.	,002	,407	,001	,000	,037	,145	,000	,000	,001	,134	,301	,086	,000	,066	,010	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	item C	Coeficiente de correlación	,262	,504	1,000	-,473	,535	,683	,199	,614	,117	,645	,405	-,239	,116	,614	,157	,089	,204	,327
		Sig. (unilateral)	,081	,002	.	,004	,001	,000	,146	,000	,270	,000	,013	,102	,271	,000	,203	,320	,140	,039
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	item D	Coeficiente de correlación	-,029	-,045	-,473	1,000	-,301	-,298	-,174	-,094	-,029	-,111	,077	,299	-,231	-,236	,157	-,120	-,089	,191
		Sig. (unilateral)	,439	,407	,004	.	,053	,055	,179	,310	,439	,280	,342	,054	,109	,104	,203	,264	,320	,156
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	item E	Coeficiente de correlación	,582	,557	,535	-,301	1,000	,672	,371	-,177	,400	,829	,327	,000	,000	,000	,380	,438	,117	,612
		Sig. (unilateral)	,000	,001	,001	,053	.	,000	,022	,175	,014	,000	,039	,500	,500	,500	,019	,008	,268	,000
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

item	Coeficiente de correlación	,626	,650	,683	-,298	,672	1,000	,279	,153	,398	,689	,594	,135	,153	,221	,612	,504	,365	,491
	F Sig. (unilateral)	,000	,000	,000	,055	,000	.	,067	,210	,015	,000	,000	,239	,210	,120	,000	,002	,024	,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,284	,330	,199	-,174	,371	,279	1,000	-,131	-,122	,308	,480	,415	,322	,263	,141	,222	,044	,227
	G Sig. (unilateral)	,064	,037	,146	,179	,022	,067	.	,245	,261	,049	,004	,011	,042	,080	,228	,119	,410	,113
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	-,154	,199	,614	-,094	-,177	,153	-,131	1,000	-,309	,053	,189	-,316	,122	,850	-,049	-,244	,288	,000
	H Sig. (unilateral)	,208	,145	,000	,310	,175	,210	,245	.	,049	,390	,158	,044	,260	,000	,399	,096	,062	,500
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,206	,642	,117	-,029	,400	,398	-,122	-,309	1,000	,428	,175	,098	-,126	-,309	,498	,222	,154	,356
	I Sig. (unilateral)	,137	,000	,270	,439	,014	,015	,261	,049	.	,009	,177	,304	,254	,049	,003	,119	,209	,027
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,592	,652	,645	-,111	,829	,689	,308	,053	,428	1,000	,336	-,067	-,261	,053	,459	,286	,142	,739
	J Sig. (unilateral)	,000	,000	,000	,280	,000	,000	,049	,390	,009	.	,035	,362	,082	,390	,005	,063	,228	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,344	,561	,405	,077	,327	,594	,480	,189	,175	,336	1,000	,327	,433	,353	,333	,345	,315	,376
	K Sig. (unilateral)	,031	,001	,013	,342	,039	,000	,004	,158	,177	,035	.	,039	,008	,028	,036	,031	,045	,020
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

item	Coeficiente de correlación	,293	,208	-,239	,299	,000	,135	,415	-,316	,098	-,067	,327	1,000	,155	-,126	,340	,363	,105	,183
	L Sig. (unilateral)	,058	,134	,102	,054	,500	,239	,011	,044	,304	,362	,039	.	,207	,253	,033	,024	,290	,167
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,126	,099	,116	-,231	,000	,153	,322	,122	-,126	-,261	,433	,155	1,000	,367	,120	,334	,226	-,118
	M Sig. (unilateral)	,254	,301	,271	,109	,500	,210	,042	,260	,254	,082	,008	,207	.	,023	,264	,036	,115	,268
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	-,154	,256	,614	-,236	,000	,221	,263	,850	-,309	,053	,353	-,126	,367	1,000	-,049	-,108	,288	,000
	N Sig. (unilateral)	,208	,086	,000	,104	,500	,120	,080	,000	,049	,390	,028	,253	,023	.	,399	,285	,062	,500
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,498	,645	,157	,157	,380	,612	,141	-,049	,498	,459	,333	,340	,120	-,049	1,000	,373	,428	,480
	O Sig. (unilateral)	,003	,000	,203	,203	,019	,000	,228	,399	,003	,005	,036	,033	,264	,399	.	,021	,009	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,643	,282	,089	-,120	,438	,504	,222	-,244	,222	,286	,345	,363	,334	-,108	,373	1,000	,385	,452
	P Sig. (unilateral)	,000	,066	,320	,264	,008	,002	,119	,096	,119	,063	,031	,024	,036	,285	,021	.	,018	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item	Coeficiente de correlación	,296	,424	,204	-,089	,117	,365	,044	,288	,154	,142	,315	,105	,226	,288	,428	,385	1,000	,325
	Q Sig. (unilateral)	,056	,010	,140	,320	,268	,024	,410	,062	,209	,228	,045	,290	,115	,062	,009	,018	.	,040
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

	item	Coefficiente de correlación	,653	,626	,327	,191	,612	,491	,227	,000	,356	,739	,376	,183	-,118	,000	,480	,452	,325	1,000
	R	Sig. (unilateral)	,000	,000	,039	,156	,000	,003	,113	,500	,027	,000	,020	,167	,268	,500	,004	,006	,040	.
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

ANEXO 4 CONFIABILIDAD: KUDER RICHARDSON (PRUEBA PILOTO)

Variable depresión:

$$\rho_{KR20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k p_j q_j}{\sigma^2} \right)$$

Obteniendo como resultado con el programa Spss:

Estadísticos de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,841	15

CONFIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH

a) Mediante la varianza de los ítems
$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$
α = Alfa de Cronbach K = Número de Ítems Vi = Varianza de cada Ítem Vt = Varianza total

Variable estado nutricional:

Estadísticos descriptivos

	N	Varianza
itemA	30	.202
itemB	30	.892
itemC	30	.257
itemD	30	.920
itemE	30	.166
itemF	30	1.151
itemG	30	.064
itemH	30	.064
itemI	30	.093
itemJ	30	.599
itemK	30	.102
itemL	30	.093
itemM	30	.122
itemN	30	.230
itemO	30	.259
itemP	30	.128
itemQ	30	.095
itemR	30	.217
suma	30	36.116
N válido (según lista)	30	
Suma		5.653

Reemplazando:

$$\text{ALFA DE CRONBACH} = 18/17 \ (1 - 5.653/36.116) = \mathbf{0.89}$$

ANEXO 06 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Acepto voluntariamente formar parte del estudio que lleva como título **DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES EN UN HOSPITAL REGIONAL 2016**, que se realizará incluyendo a todos los pacientes que ingresen al servicio de Geriatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.

Conociendo que para este fin se procederá a la revisión de la historia clínica de cada paciente. Además he sido informado que este estudio servirá para obtener mejores conocimientos sobre la depresión y mi estado nutricional.

He sido informado/a también de cómo y cuándo se realizarán las evaluaciones para obtener la información requerida, además conozco que para el presente estudio no recibiré ni deberé hacer ninguna aportación económica y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento sin que esto produjera inconveniente alguno a mi persona; por ello firmo mi autorización.

Nombre del paciente

Firma