



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN
ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LAURIAMA,
2022”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

PRESENTADO POR:

LIC. VALVERDE VILLEGAS, CLAUDIA LISETT

ASESORA:

MG. PRETELL AGUILAR, ROSA MARIA

LIMA – PERÚ

2022

DEDICATORIA:

Para mi hijo, padres y familia que han acompañado durante esta etapa, brindando su apoyo incondicional, gracias por ser mi fortaleza, mi guía, por hacer de mí mejor persona.

AGRADECIMIENTO:

Agradecer a mis docentes, por el apoyo y confianza que tuvieron, contribuyendo en mi formación como futura enfermera especialista.

ASESORA:
MG. PRETELL AGUILAR, ROSA MARIA

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

SECRETARIO : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

VOCAL : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO I	09
1. Planteamiento del problema.....	09
1.1. Formulación del problema.....	12
1.1.1. Problema general.....	12
1.1.2. Problemas específicos	12
1.1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.1.3.1. Objetivos específicos	13
1.1.4. Justificación de la investigación	14
1.1.5. Delimitación de la investigación	14
1.1.6. Temporal Espacial Recursos	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.1.1. Internacionales.....	16
2.1.2. Nacionales	16
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Formulación de hipótesis	26
2.3.1. Hipótesis general	26
2.3.2. Hipótesis específicas	27

CAPITULO III: METODOLOGÍA	28
3.1. Método de la investigación.....	28
3.2. Enfoque de la investigación	28
3.3. Tipo de investigación	28
3.4. Diseño de la investigación	28
3.5. Población, muestra y muestreo.....	28
3.6. Variables y operacionalización.....	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	36
3.7.3. Validación	38
3.7.4. Confiabilidad	38
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	39
3.9. Aspectos éticos.....	40
CAPITULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	41
4.1. Cronograma de actividades	41
4.2. Presupuesto.....	42
REFERENCIAS	44
ANEXOS	51

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de Salud (OMS), considera los problemas asociados al estado nutricional como principales temas de salud pública y de mayor impacto a nivel mundial, porque son la causa grave de afectación a la salud. Siendo aproximadamente el mayor porcentaje de los adultos, que representa el 52% tienen malnutrición (sobrepeso y obesos) y que cada año ocasiona la muerte de al menos de 2 800 000 de habitantes por esta causa (1).

Según la ONU y OMS menciona: En Latinoamérica a la obesidad una epidemia, por el incremento de casos que se apunta hace varias décadas. En el 2020 a través del último informe emitido por el Banco Mundial la obesidad en América Latina se registra que 6 de 10 adultas como obesas: 4 de 10 mujeres lo sufren y 3 de cada 10 hombres mayores de 20 años (2).

A nivel nacional, aproximadamente el 70% entre adultos de más de 18 años sufren sobrepeso y obesidad, necesitan un cambio en los hábitos y estilos alimentarios evitando el consumo de azúcares, grasas saturadas y comida denominada chatarra. En 2019, según Centro Nacional de Alimentos y Nutrición (CENAN), el 32.3% de ellos padecen sobrepeso y obesidad (3,4).

La depresión es una enfermedad no mortal, sin embargo, quienes las padecen llegan a tener una sensación de muerte, considerando un de los trastorno más importante en el mundo. Según la OMS refiere que las dificultades en salud mental son causados por trastornos por depresión y ansiedad, lo que afecta la productividad y rendimiento de trabajo (5,6).

Siendo una enfermedad frecuente e importante que influye en la existencia diaria, disposición para laborar, instruir, alimentarse, dormir y gozar de la existencia. Provocada a causa de la mezcla de componente psicológicos genéticos, ambientales y biológicos (7).

La depresión es habitual en el planeta, estimando que perjudica al 3,8% de habitantes, incluido el 5% de adultos y 5,7% de los adultos mayores. Alrededor de 280 millones de habitantes sufren de depresión. Transformándose en un obstáculo de la salud grave, en especial recurrente con magnitud moderada a severa. Origina un vasto sufrimiento al individuo alterando sus ocupaciones laborales, familiares y escolares. En caso extremo conlleva al suicidio. Suicidándose más de 700 000 personas (8).

En Perú investigaciones Epidemiológicas en Salud Mental, basadas en los Lineamientos de política del 2018 menciona lo siguiente: El 20,7% de habitantes mayores de 12 años sufren trastorno mental. Prevalencias anuales elevadas se dan en habitantes sectores urbanos de metrópolis de: Pucallpa, Iquitos, Ayacucho, Tumbes, Puerto, Maldonado y Puno.

Regiones rurales la prevalencia es 10,4%, siendo mayor en la región Lima. Las alteraciones frecuentes es el sucesos depresivos (frecuencia anual es de 4% para Lima rural e Iquitos con el 8,8% y una media a nivel nacional que equivale a 7,6%). Encontrándose un 1 millón 700 mil de individuos que sufren depresión. Llegándose a tratar su enfermedad solo 425 mil individuos y unas 34 mil aceptan su problema, pero no deciden atenderse (9).

Según cifras del Instituto Nacional de Salud Mental, las ciudades del Perú han sido dañadas por el COVID-19 ocasionado mayores índices de dificultad de salud mental. Siendo 7 de cada individuo las que sufren dificultad asociados con salud mental y los más frecuentes sería la depresión (10).

En los últimos años, los establecimientos de salud han tenido importantes transformaciones e impacto en salud pública en los adultos.

A nivel local el Centro de salud Lauriama es un establecimiento que cuenta con una población asignada en este año según Padrón nominal e INEI con aproximadamente con una población y de ellos 2234 son de edades mayores de 60 años. En el 2021 según el reporte de actividades de Etapa de vida del adulto mayor de dicho establecimiento la mayoría de adultos mayor evaluados presentaron diagnóstico de riesgo de desnutrición (145 adultos mayores) y manifestaciones depresivas (43 adultos mayores).

1.2 Formulación de problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden en el Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?

1.2.2. Problemas específicos

a, ¿Cuál es la relación de la dimensión área cognitiva de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden en el Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?

b. ¿De qué manera se relaciona la dimensión área física conductual de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden en el Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?

c. ¿De qué manera se relaciona la dimensión área afectiva emocional de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden en el Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación de la depresión y estado nutricional en los adultos mayores.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Establecer la relación de la dimensión área cognitiva de la depresión y estado nutricional en adultos mayores.
- b. Establecer la relación de la dimensión área física conductual de la depresión y estado nutricional en adultos mayores.
- c. Especificar la relación de la dimensión área afectiva emocional de la depresión y estado nutricional en adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica:

Dara a comprender la intensidad problemática a nivel local permitiendo identificar las causas viables de la depresión y estado nutricional. Su relevancia social se fundamenta porque el inadecuado estado nutricional es un problema en que involucra a la depresión como uno de los pilares fundamentales de implementación de servicios en el cual las instituciones sanitarias no dan el control debido.

1.4.2 Metodológica:

La utilidad metodológica del estudio, se basa en que la metodología usada en el estudio, servirá de referente para que realicen otros estudios de tipo longitudinal.

1.4.3 Práctica:

La implicancia práctica, es que los resultados del estudio constituirán un aporte y sustento a todas futuras investigaciones relacionado con el tema de estudio, así mismo permitirá dar la importancia para un control y vigilancia de la depresión. Debido a que considerarse actualmente a individuos con predisposición suicidas provocados por la depresión. Asimismo la mayoría de individuo no se da cuenta de los síntomas de la depresión. Por lo cual no indaga apoyo en algún establecimiento de salud de manera oportuno.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal: Comprenderá entre meses de enero a febrero del 2022.

1.5.2 Espacial: Se ejecutará en el Centro de salud Lauriama del Distrito de Barranca, Provincia de Barranca.

1.5.3 Recursos: Será financiados por la investigadora esto incluye recursos materiales y humanos, así como la disponibilidad de tiempo para la realización de cada actividad programada.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Andrés (11) en el 2019, Colombia, conto como objetivo "evaluar el estado nutricional en adultos mayores de 65 a 90 años que asisten al programa del adulto mayor de los centros de vida Bella Arena". Metodología fue descriptivo transversal utilizando para el estado nutricional el Mini Nutritional Assessment y la depresión mediante la Mini Mentalstate examination y Test de Yesavage. Resultado el riesgo de malnutrición en 70.59 % y riesgo de malnutrición en 58.87 %. Concluyeron que hay mayor prevalencia de malnutrición en mujeres de 65 a 70 años.

Borrayo (12) en 2017, Guatemala, obtuvieron en su investigación como objetivo "Determinar la asociación entre depresión y el estado nutricional en personas que se encuentran en trece instituciones privadas del cuidado del adulto mayor" la investigación fue cuantitativo y transversal. Aplicaron el Test de Yesavage y la Mini Encuesta Nutricional para el estado nutricional". La investigación el 35 % presento depresión, el 27 % riesgo de malnutrición. Se concluyó que un tercio de los personas d estudio tienen depresión y se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Castañeda, et. al (13), en 2018, México; obtuvieron en su investigación como objetivo “identificar la relación del estado nutricional y depresión del adulto mayor que vive sin restricciones en una comunidad”. La investigación fue enfoque transversal. Aplicaron para la depresión el cuestionario de Yesavage y la Mini Encuesta Nutricional para el estado nutricional. La investigación tuvo como resultado la depresión en el 40.0% de los adultos mayores y la desnutrición en 73.3%. Se concluyó que la muestra de estudio se sitúa en riesgo de padecer un aumento en la depresión y desnutrición.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Mamani (14), el año 2018, Lima (Perú): su estudio tuvo como objetivo “Especificar la asociación entre el nivel de depresión y estado nutricional en adulto mayor”. El estudio fue descriptiva, correlacional y transversal. Cuya muestra fue de ochenta adultos mayores, donde se empleó Valoración Mínima y Test de Yesavage. Se obtuvo como resultado que 32% tienen depresión leve y no presenta el 29 % y el 55% presenta tendencia a desnutrición, el 24% desnutrición y 21% se encuentra en estado normal. Concluyendo la asociación de la depresión y estado nutricional.

Sullca (15), en el año 2017, en Junín (Perú): en la investigación que desarrolló obtuvo como objetivo “asociar el nivel de estado nutricional y depresión en adultos mayores del consultorios externo de geriatría”. La investigación fue básica, con corte transversal y correlacional, realizada a 100 pacientes, aplicándole la escala de Yesavage y valoración Mínima Nutricional. El resultado fue que el 66% fue de sexo femenino y 34% fue masculino, la mayoría que representa el 57% fue de 60 y 70 años, Se llegó a la conclusión según correlación de Spearman con resultado de 0.721 entre la depresión y el estado nutricional.

Mamani (16), en el año 2017, en Puno (Perú): en su investigación cuyo objetivo “identificar la influencia de la depresión, estado nutricional y ansiedad del adulto mayor”. El estudio estuvo constituido por una población de 27 adultos mayores. Utilizaron las encuestas de Escala de Yesavage, escala de William Zung y Test Mini Nutritional Assessment. Obtuvieron como resultado que la depresión severa es de mayor frecuencia y depresión moderada en menor frecuencia, en mayor cantidad presentaron ansiedad severa y en menor ansiedad moderada; la mayoría presento malnutrición y menor cantidad fue un estado nutricional normal.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión

2.2.1.1. Definición de la depresión:

Se considera un estado caracterizado por desaliento y fatalidad asociado a la ansiedad. Es un trastorno afectivo que presenta estado de infelicidad transitorio periódica o permanente donde prevalece los síntomas emocionales (irritabilidad tristeza decaimiento, patológica e incapacidad a la vida) en inferior grado y hay presencia de signos de prototipo cognitivo (17).

Se define una enfermedad que lejos de ser un estado de ánimo, un desorden mental común. Entre los síntomas comunes en la depresión es la falta de interés, baja autoestima, problemas con el sueño, descenso de la energía, continuos sentimientos de culpa, alteraciones del apetito y escasa concentración (18).

También se define como un periodo de tristeza prolongado, que puede afectar fácilmente las actividades diarias normales de una persona y la forma en que funciona. Existiendo dos clasificaciones reconocidas mundialmente que son:

- a) La clasificación de Asociación Psiquiátrica Norteamericana:
Están incluida alteración depresiva superior. Desorden distímico y depresivo no específico.

- b) La clasificación Internacional según OMS (CIE 10): incluye los Estadio depresivo y trastorno recurrente que van desde leves, moderados a graves y se clasifica en los siguientes episodios:
- **Depresivo leve:** Estan apta para seguir colectividad de las mayor parte de su actividades.
 - **Depresivo moderado:** Presenta evidencia moderado en las personas teniendo tremedas dificultades de seguir en sus labores ordinarias.
 - **Depresivo grave:** Con este grado de depresion tienen la disminucion del sentimientos y la culpa de identidad (19).

2.2.1.2. Teorías

El modelo de la vida basado por Nancy Rper, Wilnifred W y Alison Tiener empleó estudios de casos y actividades en adultos en distintos enigma de salud, en contexto de apoyo comunitario. Basándose en: conservar un ambiente saludable, relacionarse, respirar, alimentar y beber, eliminación, limpieza personal, indumentaria, verificación en la temperatura corporal, desplazar, laborar, sexualidad, sueño y muerte. Mencionando componentes que repercute: somático psíquico, sociocultural, ambiental y políticos – económicos, pudiendo utilizar para conservar la salud, precaver patología, afrontar etapa de patología y muerte (20).

2.2.1.3. Inventario para la depresión Beck

Valora la depresión en 1984 fue validada e inventada por Beck, en 1988 fue adaptado en México por Steer y 1998 en España por Sanz y Vásquez (21).

Es una serie más conocido en calcular la depresión. Constituye 21 items de contestación sucesiva desde cero a tres, conforme la magnitud de síntomas, en cada etapa de contestación constituido por proporción que aprueba al enfermo a determinar su peculiar ocasión (22).

2.2.1.4. Dimensiones de Depresión según el inventario de Beck

Está compuesta por tres dimensiones o áreas: cognitiva, afectiva, física y conductual. Este instrumento es de más comunes usado para la determinar la valoración de severidad de la depresión. Por lo que se considera las propiedades psicométricas que acreditan para el uso de sujetos de estudio. Permitiendo la detección de presencia y la severidad de signos de depresión para adultos (23).

2.2.1.4.1. Dimensión 1- Área cognitivo:

Se relaciona a sucesos cognitivos, que especifica según fijamos el ambiente, los incentivos escogidos y la manera que son analizados (24).

2.2.1.4.2. Dimensión 2 - Área físico conductual:

Se halla una relación existente entre desarrollo cognoscitivo y afectivo que repercute en la parte psicofisiológica para manifestarse en la conducta veraz. Realiza narración a concentración del individuo enfrente a su ambiente físico (25).

2.2.1.4.2. Dimensión 3 – Afectivo emocional:

Signo más atractivo de la depresión incluye el llanto, reducción de apatito, desesperación, carencia de motivación y desvalimiento de las actividades sociales (26).

2.2.2. Estado nutricional

2.2.2.1. Definición del estado nutricional

Grupo de prácticas clínicas, que calculan los indicadores de tipos como: Tipo de ingesta de nutrientes, inmunológicos, restricciones dietéticas, antropométricos, dietético bioquímicos e historia de patrones alimentarios, alteración del peso corporal. Incluyendo datos en el estado fisiológico, patológico, estado funcional y comportamientos (determinantes sociales, emocionales, cognitivos, factores psicológicos, y calidad de vida) (27).

Es el reflejo de la dieta, cuando son incorrectas sean deficiencia o por exceso de alimentos son factores de riesgos de enfermedades crónicas en presente tiempo (28).

2.2.2.1.1. Evaluación del estado nutricional:

En un individuo o varios consta en la valoración de la salud y confort desde la perspectiva de la nutrición dependiendo del nivel en las necesidades bioquímicas, fisiológicas y metabólicas de nutrientes que cubren la ingesta de comida en la alimentación (29).

2.2.2.1.2. Mini Evaluación Nutricional (MNA)

Se basa en cuatro clases de interrogante y medidas (medición antropométrica, cálculo de condición, práctica alimenticia, valoración de la alimentación y situación de salud. Fue evolucionado

para la valoración de amenaza de desnutrición en el adulto mayor (30).

Creado en 1989 por Guigoz y Vellas divulgado en 1996 por Nutrition Reviews, es superior en utilidad para la praxis e estudio clínica para la indagación del estado nutricional (31).

2.2.2.2. Teorías

Teoría : 14 necesidades de Virginia Henderson

La teoría está basado en cada persona debe luchar para sostener la salud o por recobrar y tener independencia en salud. “Una etapa saludable en ensayar una sensación de confort, en la que se hace sensato cuando se pierde la salud y la persona aprecia su salud, están encaminados a mantener su estado saludable. Virginia Henderson describe “enfermería como un profesional que realiza opiniones independientes”, así como la máxima autoridad de brindar cuidados básicos. Especificando en 14 cuidados básicos, siendo los principales: Comer y beber adecuadamente, dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad (32).

2.2.2.3. Dimensión del estado nutricional

2.2.2.3.1. Dimensión: Parámetros antropométricos

Es la alteración respecto a la extensión y prioridad es mayor que la concurrencia de la proporción del cuerpo y vinculación de las palancas sobre criterios que pueden ser no terminante (33).

Medidas habituales para el geriátrico son: “Peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencia de brazo, cintura, cadera y pantorrilla”(34).

a) Índice de Masa Corporal

Pauta para establecer el estado nutricional para adultos a través de fórmula (35).

Define a la correlación de talla y peso de un individuo y se mide a través de un método (en Kg) en la que consiste en dividir con la talla (en mt) al cuadrado (36).

b) Peso y talla

Peso: Es la medida antropométrica que determina la masa corporal total. Es muy sensible a enfermedades, alteraciones nutricionales y cambian de días a horas.

Talla: Mide el crecimiento lineal, el tejido óseo, no cambia como el peso y demanda periodos largos para afectarse (37).

- c) **Circunferencia muscular del brazo:** Procedimiento en lista de acuerdo de la circunferencia en el brazo (tomándose el lugar medio desde el acromion y olecranon) (38).

- d) **Perímetro de la pantorrilla:** Mayor señal clínica de sarcopenia (contorno inferior de 31 cm). Se efectúa en la parte de mayor destacada de la pantorrilla, debe permanecer sentado, con la pierna curva creando un ángulo firme en el talón y rodilla (39).

- e) **Perdida reciente de peso:** El indicador de desnutrición mayor y con suficiente utilización entre conexión entre peso con talla, reflejando la disminución nueva de peso e indicando desnutrición proteico calórica (40).

2.2.2.3.2. Dimensión: Evaluación global

Sostiene como finalidad realizar un estudio al pacienzudo a través de anamnesis, pruebas de laboratorio, evaluación físico, para determinar un acertado diagnóstico. Se distingue por ser específica, solicitando inversión de tiempo, recursos, materiales y económico (41).

2.2.2.3.3. Valoración subjetiva

Fue ratificada en diferentes estados enfermizos con patología oncológicos, ancianos, transmisor de VIH y estancia en

hospital. La condición de valoración subjetiva esta encima al riesgo nutricional permite ser autosuficiente causante de comorbilidades y sin nutrición (42).

2.2.2.3.4. Dimensión 4: Parámetros dietético

Valora los comportamientos alimentarias que adquiere la persona durante su transformación, son caracterizadas por la reiteración de escoger, preparar, ingerir alimentos de calidad y cantidad que se relacionan con determinantes sociales, económicos psicológicos, emocionales, y culturales de cada persona (43),

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_i . Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y estado nutricional de adultos que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.

H_0 . No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y estado nutricional de adultos que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

HE₁. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área cognitiva de la depresión con el estado nutricional en los adultos que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.

HE₂. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área física conductual de la depresión con el estado nutricional en los adultos que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.

HE₃. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área afectiva emocional de la depresión con el estado nutricional en los adultos que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El estudio es deductivo debido a que ayuda a explicar hipótesis y diseñar estrategias para evidenciarlo (44).

3.2. Enfoque de la investigación

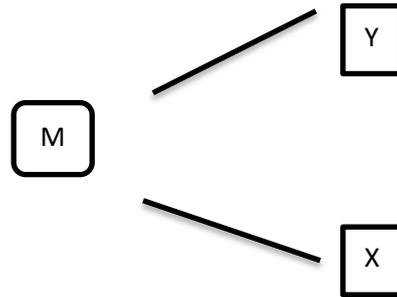
Cuantitativo pues indaga y generaliza resultados recurriendo a sistema estadístico de muestreo cuantitativo que sea representativo de los habitantes más vasto (45).

3.3. Tipo de investigación

Aplicada puesto que los aportes estarán dirigida a ceñirse a posibilidades que permitan conllevar a la práctica teorías que estarán dirigidas a resolver menester de la sociedad (46).

3.4. Diseño de la investigación

Según lo señalado por Hernández, es no experimental porque no existe manejo de variables de estudio Asimismo, es transversal porque la información se recolectarán solo en un periodo de tiempo de acuerdo al cronograma y es correlación - causal porque busca medir la asociación entre las variables y da conocer las causas que origina el problema y el esquema es a continuación (47).



Dónde:

M = Muestra

X = Variable Independiente

Y= Variable Dependiente

3.5. Población muestra y muestreo

Estará conformada por 250 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama.

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = Muestra.

p y q = Probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra.

Z = Unidades de desviación estándar.

N = Población.

E = Error estándar de la estimación.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 * 250}{0.0025(250 - 1) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

n = 140

Para la realización de la investigación se necesitará una muestra de 140 adultos mayores que acuden al Centro de salud de Lauriama.

Criterios de inclusión:

- Se atiendan al Centro de Salud Lauriama.
- Edad de 60 a más.
- Firma del consentimiento informado.
- Acuden al consultorio de Etapa de Vida adulto mayor.
- Letrado

Criterios de exclusión:

- Se atiendan en otro establecimiento de salud.
- Usuario de otras edades.
- Trastorno mentales o psiquiátrico.
- No firmen del consentimiento informado.
- Analfabeto

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1. Depresión

Definición conceptual: Es una enfermedad severa y letal que perjudica al cuerpo, mente, alma de los individuos queda atrapa bajo su predominio. Obstaculiza negativamente la forma del individuo se vincula con el mundo, con uno mismo, círculo cercano e interpreta con su ambiente y los que le rodean (48).

Definición operacional: Es una enfermedad severa y letal que perjudica a las personas adultos mayores del Centro de Salud Lauriama en quien se aplicara el Inventario de Beck para identificar las áreas cognitiva, físico conductual y afectivo emocional.

Variable 2. Estado nutricional

Definición conceptual: Es la disposición o circunstancias fisiológicas en que se encuentra un individuo dependiendo de la proporción que induce entre su dieta y sus necesidades nutricionales (49).

Definición operacional: Es la disposición o circunstancias fisiológicas en que se encuentra a las personas adultos mayores del Centro de Salud Lauriama en quien se usara la ficha de valoración antropométrica para identificar índices antropométricos, evaluación global, parámetros dietético y valoración subjetiva.

Matriz operacional de la variable 1: Depresión

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa
<p>1. Área cognitiva</p> <p>2. Área física conductual</p>	<p>1.1, Tristeza.</p> <p>1.2. Pesimismo.</p> <p>1.3. Pensamiento suicidas.</p> <p>1.4. Desvaloración.</p> <p>2.1. Indecisión.</p> <p>2.2. Autocritica.</p> <p>2.3. Sentimiento de culpa.</p> <p>2.4 Fracaso.</p> <p>2.5. Desconformidad con uno mismo.</p> <p>2.6. Sentimientos de culpa.</p> <p>2.7. Perdida del placer.</p> <p>2.8. Llanto.</p>	Ordinal	<p>Escala de medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderado - Severo

<p>3. Área afectivo emocional</p>	<p>3.1. Agitación. 3.2. Perdida de interés. 3.3. Perdida de energía. 3.4. Cambios de hábitos y sueño. 3.5. Irritabilidad 3.6. Cambios de apetito 3.7. Dificultad de concentración. 3.8. Cansancio. 3.9. Perdida de interés al sexo.</p>		
---	---	--	--

Matriz operacional de la variable 2: Estado nutricional

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa
<p>1. Índice antropométricas</p> <p>2. Evaluación global</p>	<p>1.1 Índice de masa corporal.</p> <p>1.2 Perímetro braquial.</p> <p>1.3 Perímetro de pantorrilla,</p> <p>1.4 Pérdida reciente de peso.</p> <p>2.1. ¿El paciente vive independientemente en su domicilio?</p> <p>2.2. ¿toma más de tres medicamentos al día?</p> <p>2.3. ¿Presento alguna enfermedad aguda una situación de estrés psicológicos en los últimos 3 meses?</p> <p>2.4. Movilidad</p> <p>2.5. Problemas neuropsicológicos</p> <p>2.6. Ulceras cutáneas.</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> – Bien nutrido – Riesgo de desnutrición – desnutrido

<p>3. Parámetros dietético</p>	<p>3.1. Número de comidas completas que come al día</p> <p>3.2. Contiene lácteos, carnes, huevos y legumbre</p> <p>3.3. Consume frutas y verduras la menos dos veces al día</p> <p>3.4. ¿Ha comido menos?</p> <p>3.5. Consumo de agua y otros líquidos al día.</p> <p>3.6. Forma de alimentarse</p>		
<p>4. Valoración subjetiva</p>	<p>4.1. El paciente considera que problemas nutricionales</p> <p>4.2. ¿Cómo se encuentra su estado de salud?</p>		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleara la entrevista en ambos variable (independiente y dependiente) y la antropometría.

3.7.2. Descripción de instrumentos

a) Depresión

Se aplicó el Inventario de Beck para depresión, adaptación española por Saenz, Perdigon, y Vasquez, en 2003 para aplicación en población general (50).

Tiene 21 ítems, que mide síntomas de depresión. Cada ítem se cuantifica en una serie de 4 puntos y va desde el 0 hasta el 3, es decir a mayor puntuación mayor gravedad, al final sumando da un total que va entre 0 y 63. Dura aproximadamente de 10 minutos.

Cuenta con cuatro partes:

La primera parte (presentación), segunda parte (datos generales), tercera (instructivo) y cuarta parte (21 ítems dividido en 3 dimensiones: Área física conductual (1 al 4 ítems), área física conductual (5 al 12 ítems) y área afectivo emocional (13 al 21 ítems) (Anexo N° 02).

La escala y valores serán:

Escala	Puntaje
Normal	0 – 9
Leve	10 – 18
Moderado	19 – 29
Severo	30 – 63

Estado nutricional:

Se empleó la Ficha Valoración Mini Nutricional (MNA) en geriátricos que contiene 18 ítems dividido en 04 áreas. Empleando en la antropometría para evaluar: peso, talla, perímetro de pantorrilla y circunferencia braquial utilizándolos instrumentos: balanza digital calibrada, tallímetro y cinta métrica. También se usó la encuesta para conseguir datos sobre valoración subjetiva, evaluación global y parámetros dietéticos que conforma la ficha (51).

Al final se procede a sacar el puntaje donde debe sumarse lo que se obtiene en la ficha en la que su escala será lo siguiente:

Escala	Puntaje
Bien nutrido	Mayor igual 24
Riesgo de desnutrición	17 a 23.5
Desnutrido	Menor a 17

3.7.3. Validación

Validez del Cuestionario de Beck

La validez del instrumento se dio por medio de criterio de juicio de experto (50).

Ficha de valoración nutricional de adultos mayor

La ficha de valoración nutricional (MNA) en adultos mayores tuvo validez y uso internacional por García y Serrano en 2013 (51, 52).

También es adaptada en nuestro país en una investigación piloto aplicada al servicio de geriatría (15).

3.7.4. Confiabilidad

Variable: Estado nutricional:

Empleo el instrumento con aplicación del Programa Estadístico de confiabilidad Alfa de Cronbach cuyo resultado fue 0,749. (51).

Variable: Depresión:

Para la confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck adaptado se empleó Índice de alfa de Cronbach resultando 0.87 lo que indica consistencia óptima (50).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La compilación de información será por medio de las coordinaciones con el Jefe del establecimiento y responsable del Programa Etapa de vida adulto mayor del Centro de Salud Lauriama. Para su aplicación de los instrumentos será de manera personal y anónima previa al llenado del consentimiento informado de los participantes, asimismo se contara con el apoyo del investigador y responsable del Programa Etapa de vida adulto mayor del establecimiento para el llenado de los test que tendrá una duración aproximada de 15 minutos para responder las preguntas y en las instalaciones del Consultorio de Etapa de vida del adulto mayor del establecimiento donde previamente pesaran, tallaran y medirán la altura talón rodilla, perímetro braquial y de pantorrilla.

Se utilizará la Prueba correlación de Pearson que permitirá medir puntuaciones conseguidas en una muestra. Se vincula las puntuaciones recopiladas de una variable con las puntuaciones alcanzadas de la otra, con los propios participantes.

$$r_{xy} = \frac{\sum z_x z_y}{N}$$

Se procedió a la validación y calidad de los datos extraídos de los instrumentos de recopilación de información excluyendo a las que fueron incoherentes y para ello se confeccionara un cimiento de información usando el Software Estadístico SPSS (The Package Statisticalforthe social Sciences “El Paquete Estadístico para las ciencias sociales”) versión 24.0.

3.9. Aspectos éticos

La investigación venerara los principios éticos según: La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) en la que menciona lo siguiente: “la investigación debe proteger la vida, la salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de datos personal del individuo que participan en la investigación. Por lo cual se considerara la precauciones para proteger la intimidad de la respuesta del cuestionario de los pacientes y la confidencialidad de datos personal, disminuyendo al mínimo las consecuencias de los resultados de la investigación relacionado en su integridad física, mental y social. Asimismo, se debe prestar cuidado oportuno a los factores que pueden dañar el medio ambiente (ANEXO N°04) (53).

CAPITULO III: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	Meses		
	2022		
	Enero	Febrero	Marzo
1. Preparación del proyecto de investigación.			
2. Evaluación de la bibliográfica.			
3. Conformidad del proyecto.			
4. Construcción de bases teóricas			
5. Preparación de técnicas e instrumentos			
6. Recopilación de datos			
7. Procesamiento de información			
8. Realización de aspectos éticos			
9. Elaboración e aspectos administrativos			
10. Aceptación del proyecto de tesis			
11. Preparación del informe final			
12. Sustentación del informe			

4.2. Presupuesto

	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Recursos Humanos:			
Asesor	01	500.00	500.00
Profesional especializado en procesamiento de información.	01	900.00	600.00
Investigadores	01	2400.00	2400.00
SUBTOTAL			3500.00
Bienes:			
De consumo			
Libro	06	50.00	300.00
Papel Bond	200	0.10	20.00
Lapiceros	05	20.00	100.00
Lápices	20	0.50	10.00
Borrador	05	1.00	5.00
Tajador	05	0.50	2.50
Tajador	02	1.50	3.00
Resaltador de texto	02	2.50	5.00
Corrector	04	1.50	6.00

De inversión			
USB	01	25.00	25.00
Computadora	01	1200.00	1200.00
SUBTOTAL			1676.50
Servicios:			
Impresiones	500	0.10	50.00
Anillados	25	2.00	50.00
Internet	100 horas	1.00	100.00
Copias fotostáticas	1000	0.10	100.00
Empastados	03	50.00	150.00.
Pasajes y viáticos	01	1000.00	1000.00
SUBTOTAL			1450.00
TOTAL			6626. 50

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de Salud. 10 datos sobre la obesidad. [Internet]. Ginebra: OMS; [consultado 11 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>,
2. Consultor salud. Los 3 países latinoamericanos con mayor prevalencia de obesidad. [Internet]: Bogotá: Consultor salud: [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/3-paises-latinoamericanos-prevalencia-obesidad/>.
3. Organización Mundial de Salud. Prevención de la obesidad, [Internet]. Washington: OMS: [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
4. Instituto Nacional de Salud. Cerca del 70% de adultos peruanos padecen de obesidad y sobrepeso. [Internet]: Perú: INS; [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: eb.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/cerca-del-70-de-adultos-peruanos-padecen-de-exceso-de-peso#:~:text=En%20nuestro%20país%3A%20el%2069.9,del%20INS%2C%20César%20Domínguez%20Curi.
5. Dirección Mundial Comunicaciones Sociales. Semana del Cerebro 2019 en la UNAM. [Internet]: México: 2019; INS; [consultado 13 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>

6. Organización Mundial de Salud. Día mundial de la salud mental. [Internet]: Washington, D.C: OMS; [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2021>.
7. Organización Mundial de Salud. Datos claves Depresión. [Internet]. Washington, D.C: OMS; [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
8. Organización Mundial de Salud. Depresión. [Internet]. Washington, D.C: OMS; [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
9. Equilibrio y armonía psicología. [Internet]. Perú: Estadística de depresión en el Perú. Equilibrio y armonía psicología; [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en: <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/>.
10. Instituto Nacional de Salud Mental. Encuestadores del Instituto Nacional de Salud Mental. [Internet]: Perú: INSM: [consultado 12 de enero 2022]. Disponible en : <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/043.html>.
11. Andrés v, Frías A, Martínez K. Estado nutricional de adultos mayores de 65 a 90 años del programa adulto mayor de los centros de vida bella arena, simón bolívar y las flores. área metropolitana de barranquilla. (Tesis de Pregrado). Colombia. Universidad del Norte de Barranquilla. Disponible en: 139950 (3).pdf
12. Borrayo A, Fernández D, Barrientos E. Depresión asociada al estado nutricional en adultos mayores. Revista Médica Guatemala, 2017; Vol 156

- (2). Disponible en:
<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/66>
13. Castañeda C, et al. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del Estado mexicano de Zacatecas. Rev Cubana Aliment Nutr [Internet]. 2018 ; Vol 28(1): Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/524>.
14. Mamani M. Nivel de depresión y estado nutricional en adultos mayores de 60 años. (Tesis de Pregrado). Perú. Universidad Nacional de Antiplano; 2018.
15. Sullca E. Depresión y estado nutricional en pacientes en un Hospital Regional. (Tesis de pregrado). Perú. Universidad Peruana los Andes; 2017.
16. Mamani D. Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito. (Tesis de Pregrado). Perú. Universidad Nacional de Antiplano; 2017.
17. Barradas, M. Depresión en estudiantes universitarios. Primera edición España. Editorial Copyright.2014. p.11-56.
18. Jones, O. Depresión. Megan Publishing Services. España. Megan Publishing Services.2020. 5-21 p.
19. Serna J. Depresión. Primera edición. España. Editorial CEDRO. 2017.
20. Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. Séptima edición. Barcelona, España: Editorial Elevier, 2018. 21-22 p.

21. Reynoso L, Seligson S. Psicología clínica de la salud. 1ª ed: El manual moderno. México; 2005. 54 p.
22. Cimadevilla C. Estudio de la relación entre el deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años. 1ª. ed. España: Universidad de Santiago de Compostela; 2008. 263 p.
23. Beck, A., Steer, R. y Brown, G. Inventario de Depresión de Beck. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. 2016.
24. Setien M, Silvestre M. Problemas de las mujeres, problemas de la sociedad. 1ª. ed. España: Universidad de Deusto; 2016. ISBN: 978-84-9830-821-1.
25. Uribe J. Psicología del trabajo. 1ª. ed. México: El manual moderno; 2016. 21 p.
26. Sánchez L, et al. Manual de SERMEF de rehabilitación y medicina física. 1ª. ed. Buenos Aires: Medica panamericana; 2006. 484 p.
27. Universidad Privada del Norte. Valoración de estado nutricional en diversas situaciones clínicas. Primera edición. Perú. Universidad Privada del norte. 2017.
28. Reynoso L. Psicología clínica de salud. Primera edición: Editorial el Manual Moderno. 2005.
29. Palavecino N. Nutrición para el alto rendimiento. 1ª. ed. España: Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2002. 382 p.
30. Pérez R. Nutrición clínica geriátrica. 1ª. ed. Editorial Tecnológico de Monterrey: Mexico. 2020. 439 p.

31. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996; vol (54):59- 65.
32. Gracia M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Segunda edición. México: Editorial Progreso S.A. 2014. 14 - 16 p.
33. Ramos S; Melo L; Alzate D. Evaluación antropométrica y motriz condicional de los escolares de 7 a 19 años de edad.1a.ed. Colombia: Universidad de Caldas.2007. 87 p.
34. Menendez E. Argente H, Alvarez M, Enseñanza basada en el paciente. En Pérdida y Ganancia de peso Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotécnica y Propecéutica. Panamericana. Buenos Aires. Panamericana. 2007. 136-149 p.
35. Espinosa A .Higiene y salud comunitaria II. 2a. ed. México: Soluciones educativas; 2020.116 p.
36. Vargas A, Palacios P. Ciencias de la salud.1 a.ed. Grupo. México. Editorial Patricia, S.A.; 2014. 118 p.
37. Pinzon O. Atención nutricional integral en pediatría 1a.ed. Colombia: México; 2019. 112 p.
38. Macip M. La nutrición puede determinar el futuro de hijo. España: Editorial lulu. 2007. 29 p.
39. Casanueva E; Kaufer M; Pérez A; Arroyo P. Nutriología médica.3a ed. México: Editorial Medica panamericana; 2001.227 p.
40. Noji E. Impacto de los desastre en la salud pública.1a ed. Colombia: División de biblioteca y Publicaciones; 1997. 332 p.

41. Andrade C. Nivel de Depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción, Cantón Girón. Azuay. [tesis para optar el título de licenciatura en Nutrición y Dietética]. Riobamba, Ecuador; Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.
42. Rodota L, Castro M. ·Nutrición Clínica Y dietoterapia. 1 a edición. México: Panamericana; 2012.
43. Diario Oficial de la Federación. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. [Internet]. México: SEGOB; [consultado 18 de enero del 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#:~:text=El%20prop%C3%B3sito%20fundamental%20de%20esta,a%20sus%20necesidades%20y%20posibilidades.
44. Review. Método de investigación deductiva y ejemplos [internet]. Perú.: Words Press; [consultado 11 de enero del 2022]. Disponible en: <https://tiposdeinvestigacion.review/metodos-de-investigacion-deductivo-y-ejemplos/>.
45. Galeano M. Diseño de proyecto de la investigación cualitativa. 1 a.ed. Colombia: Editorial fondo Universidad EAFIP; 2004. 77 p.
46. Baena G. Metodología de la investigación. 1 a ed. Mexico. Editorial Mexicana Registro; 2014. 11 p.
47. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. Metodología de la investigación, Sexta edición. México DF, México: Mc Graw. 2016.
48. Gibran K. Dile adiós a depresión. 1a ed. Mexco: Editorilal sista S.A; 2012. 8 p.

49. Mahan K. Dioterapia. 15 a ed. España: Editorial Copyrighted; 2017.1138 p. ISBN: 978-84-1382-113-9.
50. Saenz J, Perdigon A, Vasquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud. Rev Redalyc. [Internet].2003; volumen (14): 243-280.Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>.
51. Quispe E. Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional de adultos mayores atendidos en el Hospital de Pomabamba. [Tesis de maestría].Perú. Universidad de Cesar Vallejo; 2017. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29664/quispe_ce.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
52. Garcia M, Serrano U. Validación de los mini formularios abreviados de valoración nutricional revisados en residencias de ancianos en España. PubMed. 2013. Vol (17):26-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23299374/>
53. Rubio G. Ética en la investigación biomédica, 21a ed. Bogotá: Universidad de Salle; 2017. 89 – 90 p.

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LAURIAMA, 2022

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema General ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?	Objetivo General Determinar la relación de la depresión y estado nutricional en adultos mayores.	Hipótesis General Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y estado nutricional de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.	Variable 1: Depresión 1. Área cognitiva	Tipo de estudio: Aplicada Método y diseño de la investigación: Método es deductivo, Diseño no Experimental. Tipo Transversal. Correlacional causal.

Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		
<p>1. ¿Cuál es la relación de la dimensión área cognitiva de la depresión y el estado nutricional en adultos mayor que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?</p> <p>2. ¿De qué manera se relaciona la dimensión área física conductual de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden al</p>	<p>1. Establecer la relación de la dimensión área cognitiva de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores.</p> <p>2. Establecer la relación de la dimensión área física conductual de la depresión y estado nutricional en adultos mayores.</p>	<p>HE₁. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área cognitiva de la depresión con el estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.</p> <p>HE₂. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área física conductual de la depresión</p>	<p>2. Área física conductual</p> <p>3. Área afectivo emocional</p>	<p>Población: 250 usuarios.</p> <p>Muestra: 140 usuarios.</p> <p>La selección de las unidades de análisis será probabilística con selección aleatoria.</p> <p>Técnica Encuesta.</p>

<p>Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?</p> <p>3. ¿De qué manera se relaciona la dimensión área afectiva emocional de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022?</p>	<p>3. Especificar la relación de la dimensión área afectiva emocional de la depresión y el estado nutricional en adultos mayores.</p>	<p>con el estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.</p> <p>HE₃. Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área afectiva emocional de la depresión con el estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Lauriama en el periodo 2022.</p>	<p>Variable 2: Estado nutricional</p> <p>1. Índices antropométricos</p> <p>2. Evaluación global</p> <p>3. Parámetros dietéticos</p> <p>4. Valoración subjetiva</p>	<p>Instrumento</p> <p>Instrumento inventario de Beck de Depresión, y estado nutricional a través de una Mini Nutricional (MNA) para adultos mayores.</p> <p>Técnica de procesamiento de la información:</p> <p>SPSS v. 24.</p> <p>Correlación de Pearson.</p>
--	---	---	---	---

ANEXO N°02

INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN, ADAPTADO POR SAENZ, PERDIGON, Y VASQUEZ (50)

Presentación:

El presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación académica: “*RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LAURIAMA, 2022*”. Cuya finalidad es la obtención de información, sobre su estado de salud nutricional y mental. La información es confidencial y reservada.

Datos Personales:

Edad: años Sexo: (Femenino/ Masculino)

Instrucciones

Describa la manera como se sintió en las últimas 2 semanas, que incluya el día de hoy e indique su percepción en cada pregunta del cuestionario.

Por favor, lea con mucha atención cada uno de los enunciados y marque con una X el cuadro que corresponda en cada enunciado.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

I. Dimensión Área Cognitiva:

1. “Tristeza”

- “No me siento triste”.
- “Me siento triste gran parte del tiempo”.
- “Me siento triste todo el tiempo”.
- “Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo”.

2. “Pesimismo”

- “No estoy desalentado respecto del mi futuro”.
- “Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo”.

- No espero que las cosas funcionen para mí”.
- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar”.

3. “Desvalorización”

- “No siento que yo no sea valioso”.
- “No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- “Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- “Siento que no valgo nada.

4. “Pensamientos o Deseos Suicidas”

- “No tengo ningún pensamiento de matarme”.
- “He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría”.
- “Querría matarme”.
- “Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo”.

II. Dimensión Área física conductual

5. “Autocrítica”

- “No me critico ni me culpo más de lo habitual”.
- “Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo”
- “Me critico a mí mismo por todos mis errores”.
- “Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede”.

6. “Indecisión”

- “Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre”.
- “Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones”.
- “Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones”.
- “Tengo problemas para tomar cualquier decisión”.

7. "Sentimientos de Culpa"

"No me siento particularmente culpable".

"Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho".

"Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo".

"Me siento culpable todo el tiempo".

8. "Fracaso"

"No me siento como un fracasado".

"He fracasado más de lo que hubiera debido".

"Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos".

"Siento que como persona soy un fracaso total".

9. "Disconformidad con uno mismo"

"Siento acerca de mí mismo lo mismo que siempre".

"He perdido la confianza en mí mismo".

"Estoy decepcionado conmigo mismo".

"No me gusta a mí mismo".

10. "Sentimientos de Castigo"

"No siento que este siendo castigado".

"Siento que tal vez pueda ser castigado".

"Espero ser castigado".

"Siento que estoy siendo castigado".

11. "Pérdida de Placer"

"Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto".

"No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo".

“Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar”.

“No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar”.

12. “Llanto”

“No lloro más de lo que solía hacerlo”.

“Lloro más de lo que solía hacerlo”.

“Lloro por cualquier pequeñez”.

“Siento ganas de llorar pero no puedo”.

III. Dimensión área afectivo emocional

13. “Agitación”

“No estoy más inquieto o tenso que lo habitual”.

“Me siento más inquieto o tenso que lo habitual”.

“Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto”.

“Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo”

14. “Pérdida de Interés”

“No he perdido el interés en otras actividades o personas”.

“Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas”.

“He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas”.

“Me es difícil interesarme por algo”.

15. “Desvalorización”

“No siento que yo no sea valioso”.

“No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme”.

“Me siento menos valioso cuando me comparo con otros”.

“Siento que no valgo nada”.

16. "Pérdida de Energía"

- "Tengo tanta energía como siempre".
- "Tengo menos energía que la que solía tener".
- "No tengo suficiente energía para hacer demasiado".
- "No tengo energía suficiente para hacer nada".

17. "Cambios en los Hábitos de Sueño"

- "No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño".
- "Duermo un poco más que lo habitual".
- "Duermo un poco menos que lo habitual".
- "Duermo mucho más que lo habitual".
- "Duermo mucho menos que lo habitual".
- "Duermo la mayor parte del día".
- "Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme".

18. "Irritabilidad"

- "No estoy tan irritable que lo habitual".
- "Estoy más irritable que lo habitual".
- "Estoy mucho más irritable que lo habitual".
- "Estoy irritable todo el tiempo".

19. "Cambios en el Apetito"

- "No he experimentado ningún cambio en mi apetito".
- "Mi apetito es un poco menor que lo habitual".
- "Mi apetito es un poco mayor que lo habitual".
- "Mi apetito es mucho menor que antes".

“Mi apetito es mucho mayor que lo habitual”

“No tengo apetito en absoluto”.

“Quiero comer todo el día”.

20. “Dificultad de Concentración”

“Puedo concentrarme tan bien como siempre”.

“No puedo concentrarme tan bien como habitualmente”.

“Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo”.

“Encuentro que no puedo concentrarme en nada”.

21. “Cansancio o Fatiga”

“No estoy más cansado o fatigado que lo habitual”.

“Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual”.

“Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer”.

“Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer”.

22. “Pérdida de Interés en el Sexo”

“No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo”.

“Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo”.

“Estoy mucho menos interesado en el sexo”.

“He perdido completamente el interés en el sexo”.

Puntaje Total:.....

ANEXO N°03

FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL MNA ELABORADA POR VELLAS Y

GUIGOZ (31)

Peso (Kg):

Talla (cm):

Altura talón rodilla:

Perímetro braquial:

Perímetro de pantorrilla:

I. ÍNDICE ANTROPOMÉTRICOS:

"Índice de Masa Corporal"

"IMC < 19".

"IMC 19 < 21".

"IMC 21 < 23".

"IMC > 23".

1. "Perímetro braquial (cm)"

"< 21".

" 21 a 22".

"> 22".

2. "Perímetro de pantorrilla (cm)"

"< 31" "> 31"

3. "Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses)"

"3 Kg"

" No sabe"

"1 a 3 Kg"

"No perdió peso"

II. EVALUACIÓN GLOBAL

4. "¿Paciente vive independiente en su domicilio?"

" No " "Si".

5. "¿Toma más de tres medicamentos por día?"

"Si " "No".

6. "¿Presento alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?"

" Si" "No"

7. "Movilidad"

"de la cama el sillón"

"autonomía en el interior"

"sale de su domicilio"

8. "Problema neuropsicológicos"

"demencia o depresión severa"

"demencia o depresión moderada"

"Sin problemas psicológicos"

9. "Úlceras o lesiones cutáneos"

" Si" "No"

III. PARÁMETROS DIETETICOS

10. "Números de comidas completas de consumo al día (equivalente a dos platos y postre)"

"1 comida" "2 comida" "3 comidas"

11. "Consumos lácteos, carnes, huevos y legumbres"

"Productos lácteos al menos una vez/ día	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
"Huevos / legumbres a dos a mas por semana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
"Carne, pescado o aves diariamente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
"Si 0 o 1	<input type="checkbox"/>	
"Si 2	<input type="checkbox"/>	
"Si 3	<input type="checkbox"/>	

12. "Consumo frutos y verduras al menos veces por día "

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-----------------------------	-----------------------------

13. "¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para deglutir o masticar en los últimos 3 meses?"

<input type="checkbox"/>	"Perdida severa del apetito".
<input type="checkbox"/>	"Perdida moderada de apetito".
<input type="checkbox"/>	"Sin pérdida de apetito".

14. "Consumo de agua u otros líquidos del día"

<input type="checkbox"/>	" < de 3 vasos".
<input type="checkbox"/>	" de 3 a 5 vasos".
<input type="checkbox"/>	" más de 3 vasos".

15. "Forma de alimentarse"

<input type="checkbox"/>	"Necesita ayuda"
<input type="checkbox"/>	"Se alimenta solo con dificultad".
<input type="checkbox"/>	"Se alimenta solo sin dificultad".

IV. VALORACION SUBJETIVA

16. "El paciente considera que tiene problemas nutricionales".

"malnutrición severa".

"no sabe/ malnutrición moderada".

"sin problemas de malnutrición moderada".

17. "En comparación con personas de su edad"

"¿Cómo se encuentra su estado de salud?"

"Peor".

"no lo sabe".

"igual".

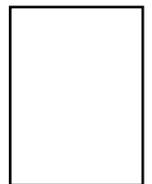
"mejor".

ANEXO N°04

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, participante con DNI:..... Declaro haber sido enterado del estudio y confidencialidad que mantendrán en los datos recopilados asimismo, que no usaran para otros objetivos fuera en a lo mencionado. Por esa razón, acepto voluntariamente colaborar en el estudio **“RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LAURIAMA, 2022”**, del investigador responsable: CLAUDIA LISEET VALVERDE VILLEGAS.

Barranca, de de



.....

Nombre y firma del participante

.....

Nombre y firma de la investigadora responsable.