



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO, RURD
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN**



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN
NUTRICION**

Estado Nutricional, Grado de Depresión y Factores de Riesgo de malnutrición del adulto mayor de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

AUTORES:

- Bra. Rodríguez Aguirre Karen Marcela.
- Br. Zúniga Domínguez Cristhian Bozuo.

TUTORA

MSc. Linda Jeannette Solórzano

Managua, Nicaragua Febrero 2020



“Envejecer es como escalar una gran montaña: Mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.”

-Ingmar Bergman

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

Le agradecemos a cada uno de los docentes de la carrera de Nutrición por compartirnos sus conocimientos, con su esencia personal, alegría y profesionalismo.

A nuestra tutora por habernos brindado la oportunidad y conocimientos científicos, gracias por la paciencia, orientación y guiarnos en el desarrollo de esta investigación.

De igual manera nuestro agradecimiento a los diferentes Hogares de Ancianos que contribuyeron con sus aportes y brindaron su apoyo para la realización de la presente investigación.

CARTA AVAL DEL TUTOR

Por este medio, hago constar que el documento de Monografía “Estado Nutricional, Grado de Depresión y Factores de Riesgo de malnutrición del adulto mayor de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019-Febrero 2020”, elaborado por la Bra. Karen Marcela Rodríguez Aguirre y el Br. Cristhian Bozuo Zuniga Domínguez, tiene la coherencia metodológica consistente, cumpliendo con los parámetros de calidad necesarios para su defensa final, como requisito parcial para optar al Título de Licenciado en Nutrición, que otorga el Instituto Politécnico de la Salud de la UNAN-MANAGUA

Se extiende la presente en la ciudad de Managua a los 24 días del mes de febrero del año 2020.

Atentamente.

MSc. Linda Jeannette Solórzano Beneditt

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de mal nutrición en los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, es tipo descriptivo, transversal, prospectivo en 33 adultos mayores. Los resultados arrojan que predominó las edades de 75-84 años perteneciente al sexo femenino con un 33.3%. El sexo masculino entre 85-99 años con un 12.1%. El estado nutricional de acuerdo con el MNA un 57.6% está en Riesgo de Malnutrición. El 51.6% Depresión ligera menor, un 42.5% Sin Depresión y 3% Depresión Severa. El comportamiento alimentario adoptado mostró que se realizan los tres tiempos de comidas y dos meriendas. Los alimentos consumidos son alimentos ricos en proteínas de origen animal o vegetal y carbohidratos. El patrón alimentario incluyó 15 alimentos (arroz, pan, frijoles rojos, tortilla, leche, crema, chiltoma, tomate, cebolla, ajo, papa, repollo, pollo, res y aceite), Se encontró además una ingesta reducida de agua, frutas y vegetales; en donde también la anorexia moderada estuvo presente en aquellos individuos que presentaban cierto grado depresivo.

Palabras claves: Adulto Mayor, Estado nutricional, Mini Nutritional Assessment (MNA), Grado de depresión, Factores de riesgo de la malnutrición.

INDICE

CAPITULO 1	8
1. INTRODUCCION	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Formulación del problema.....	10
Sistematización del problema	10
3. JUSTIFICACION	11
4. OBJETIVOS	12
4.1. Objetivo General	12
4.2. Objetivos Específicos.....	12
CAPITULO 2	13
5. ANTECEDENTES	13
5.1. Contexto Global.....	13
5.2. Contexto Latinoamericano	14
5.3. Contexto Nacional	15
6. MARCO TEORICO	16
6.1. Características Sociodemográficas.....	16
6.2. Envejecimiento.....	16
6.3. Asilo De Ancianos	18
6.4. Estado nutricional	18
6.5. Mini- Examen Del Estado Nutricional (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT) 22	
6.6. Depresión.....	23
6.6.1. Grados de Depresión en el Adulto Mayor.....	23
6.7. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	24
6.8. Factores de Riesgo de Malnutrición en el Adulto Mayor Institucionalizado.	24
CAPITULO 3	29
7. DISEÑO METODOLÓGICO	29
7.1. Tipo de estudio y/o Diseño de estudio.....	29
7.2. Área de estudio	29
7.3. Universo	29

7.4. Muestra	29
7.5. Unidad de análisis.....	29
7.6. Criterios de inclusión.....	30
7.7. Criterios de exclusión	30
7.8. Matriz de Operacionalización de Variables.....	31
7.9. Plan de tabulación y análisis.....	46
7.10. Aspectos éticos de la investigación.....	51
CAPITULO 4	52
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
CAPITULO 5	66
9. CONCLUSIONES.....	66
10. RECOMENDACIONES.....	67
11. BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS.....	72
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
Mini Nutritional Assessment (MNA) Mini evaluación Nutricional	74
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (validada por Lobo y cols186).....	76
Frecuencia de Consumo de Alimentos	80
Formulario De Consentimiento Informado.....	82
Presupuesto.....	84
Cronograma De Actividades.....	85
Tablas y Figuras de los Hogares de Ancianos	87
Tablas y Figuras de los Hogares de Ancianos “Sor María Romero” y “San Antonio”	90
Galería Fotográfica	99

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

Según la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid (OPS/OMS) en el año 2002, hoy en día 1 de cada 10 personas tienen 60 años o más. El envejecimiento de la población mundial es un asunto que preocupa a todos y todas las generaciones de los países, tanto en desarrollo como desarrollados. Esta transformación en la composición de la población tendrá consecuencias profundas sobre todos los aspectos de la vida, para las personas y para las sociedades. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido que la salud del adulto mayor es uno de los retos más formidables de la salud pública en este siglo XXI, por lo tanto, acordó prestar especial atención a la reducción de los factores de riesgo de la ocurrencia de enfermedades no transmisibles y la declinación funcional a medida que el sujeto envejece (Salud, 2004).

Es necesario el manejo de la situación del estado de nutrición del adulto mayor, ya que es considerado como uno de los grupos más vulnerables de sufrir problemas nutricionales. El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Se ha comprobado que los adultos que mantienen un buen estado nutricional tienen una vejez más saludable (Melgar, 2012).

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (2017) relaciona el desarrollo social con el abordaje del adulto mayor por lo que describe que: “Promover una mejor calidad de vida de las personas adultas mayores, en especial aquellas en situación de abandono, mediante la participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado, la familia y la comunidad” (PNDH, 2017).

Con respecto a la línea de investigación correspondiente a la Licenciatura de Nutrición, este estudio se encuentra ubicado en la línea de “Nutrición Clínica” ya que con este se pretende evaluar el estado nutricional, grado de depresión y los factores de riesgo de la

malnutrición en los adultos mayores de los hogares de ancianos. Esta investigación brinda su aporte social a los hogares de ancianos y al desarrollo de acciones que favorezcan al bienestar de los mismos, ya que este grupo vulnerable no cuenta con un seguimiento estricto a nivel nutricional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son más vulnerables a desarrollar un estado depresivo por la transición de cambios que generalmente constituyen a la merma de algunas funciones físicas y psíquicas que los conllevan a cierta dependencia al resto de la familia o a la institucionalización en los hogares de ancianos, resultando consigo repercusiones al estado nutricional y emocional.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente interrogante:

Formulación del problema

¿Cómo es el Estado Nutricional, Grado de Depresión y Factores de riesgo de malnutrición del adulto mayor de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio? Managua, Masaya, Junio 2019- Febrero 2020?

Sistematización del problema

¿Cuáles son las características socio demográficas los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio?

¿Cuál es el estado nutricional en los adultos mayores los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio?

¿Cómo se encuentra el estado depresivo de los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio?

¿Cuáles son los factores de riesgos presente en los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio?

3. JUSTIFICACION

Los adultos mayores forman parte de uno de los grupos vulnerables del ciclo de vida, ya que en esta etapa se tiende a perder la autonomía debido a los distintos cambios fisiológicos y mentales presentes en el envejecimiento. Estos indicios son unos de los grandes problemas que repercuten en el estado nutricional, tales situaciones tienen que ser identificadas e intervenidas con el fin de asegurar un envejecimiento adecuado y saludable.

Dichos cambios provocan cierta dependencia a una tercera persona, por lo cual algunos adultos mayores son maltratados, abandonados o deciden irse de sus hogares, quedando así en la calle o acogidos en casas hogares.

Por las razones expuestas anteriormente tenemos como principal propósito evaluar el estado nutricional, grado de depresión y comportamiento alimentario de los adultos mayores pertenecientes a los hogares de ancianos, para ofrecer posibles soluciones a los problemas identificados y con ello brindar beneficios a esta población. Este estudio podrá ser una base de referencia para la elaboración de un programa de sensibilización para el cuidado del adulto mayor que se encuentran en los hogares de ancianos del país.

Actualmente no se cuenta con un abordaje amplio de investigaciones en esta población a nivel de nuestro país. Sin embargo, actualmente existe el Plan Nacional de atención integral a los adultos mayores (2011), el cual no cuenta con un enfoque nutricional. Contribuyendo así la presente investigación a futuros estudios.

4. OBJETIVOS

4.1.Objetivo General

Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

4.2.Objetivos Específicos

Caracterizar socio demográficamente a los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

Clasificar el Estado Nutricional de los adultos mayores por medio del Mini Nutritional Assessment de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

Identificar grado depresivo en los adultos mayores a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

Determinar los factores de riesgos de la malnutrición presente en los adultos mayores a través del comportamiento alimentario de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya, Junio 2019 – Febrero 2020.

CAPITULO 2

5. ANTECEDENTES

5.1.Contexto Global

La población geriátrica es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, según la Organización de las Naciones Unidas representaba el 10% de la población mundial en el 2000 y para el 2050 se duplicará; en tanto, la población de individuos mayores de 80 años se triplicará (OPS O. P., 2004).

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas adultas padecen depresión en la actualidad. En Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud, una de las enfermedades destacables por su frecuencia y gravedad potencial es la depresión, ya que uno de cada cinco adultos declaró haber tenido síntomas depresivos alguna vez en su vida, y esta no hace distinciones de sexo, edad, clase social o nacionalidad (OMS, Estudio de Mercado sobre la Depresión en Chile., 2010).

El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Ciertos estudios han demostrado que las tasas de mortalidad tienen una íntima relación con la depresión y su desarrollo. El máximo exponente lo constituye el suicidio, cuya frecuencia es mayor en el anciano que en cualquier otra edad, para que se tenga una idea, 25% de los suicidios se da en sujetos mayores de 65 años producto de la depresión (Lopez, 2010).

Investigaciones realizadas en USA, revelan que, aunque la depresión no es parte normal del proceso de envejecimiento, más del 58% de norteamericanos de la tercera edad perciben que si lo es. Esta además afecta alrededor de 6 millones de norteamericanos, la mayoría de los cuales son mujeres, pero sólo el 10% de estas personas recibe tratamiento. Al mismo tiempo de revelar que la depresión clínica puede ser desencadenada por una enfermedad crónica de la tercera edad, como la diabetes, enfermedad del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, Alzheimer, Parkinson o artritis. Estos pacientes geriátricos con depresión tienen un costo de salud de alrededor del 50% más que aquellos que no padecen de depresión (DeaBueno, 2010).

5.2.Contexto Latinoamericano

(Trejo & Ruiz, 2018) En la Revista Cubana de Alimentación y Nutrición publicó un estudio en Zacatecas México sobre Depresión y Estado Nutricional del Adulto Mayor en una comunidad. Con el objetivo de determinar la influencia de depresión sobre el estado nutricional del adulto mayor que vive sin restricciones. Se evaluaron a 30 personas con edad mayor o igual a 60 años examinados en 2 sitios diferentes: Hogar de ancianos y un programa ambulatorio. La depresión se estableció mediante el cuestionario (abreviado) de Yesavage. El estado nutricional se determinó independientemente mediante la Mini Encuesta Nutricional del Anciano como resultado obtuvieron que la depresión estaba presente en el 40.0% de los adultos mayores encuestados. La desnutrición afectó al 73.3% de los examinados. Las asociaciones entre los dominios afectivo y nutricional estuvieron mediatizadas por la locación de examen del adulto mayor y el estado de las redes sociales.

(Shiguango & Samira, 2014) Realizaron un trabajo de investigación que tuvo como objetivo conocer los niveles de depresión en los Adultos Mayores, y su impacto en el Estado nutricional. Se encuestó a 148 Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina interna del Hospital Regional Docente Ambato. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para el nivel de depresión, y el test de IDERE estableciendo la Depresión como Estado y Rasgo. Los resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos.

Un estudio realizado por (Trujillo, 2011) en la Parroquia Asunción, Cantón Girón, Provincia del Azuay, para determinar el nivel de depresión y su impacto en el estado nutricional de adultos mayores de 65 años. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se determinó el nivel

de depresión a una muestra de 64. Los resultados de los parámetros evaluados en la MNA, en sus dos fases Cribaje y Evaluación, indicó que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en malnutrición. El 42,2% tienen desgaste proteico-energético afectando al 50% de la población masculina. El 6,3% de ancianos no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave. Existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor, de igual manera existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y reservas proteico-energéticas; a mayor reservas proteico-energéticas, menor es el nivel de depresión.

5.3.Contexto Nacional

(Perez Vega, 2019) Realizo un estudio titulado Conocimientos sobre alimentación del adulto mayor que poseen los cuidadores y estado nutricional de los adultos mayores del Hogar San Antonio Masaya. De tipo descriptivo, corte transversal, prospectivo y cuantitativo, con una muestra de 29 adultos mayores. En donde se concluyó sobre el estado nutricional, según la Mini Evaluación Nutricional (MNA) más del 70% fueron clasificados en riesgo de malnutrición y según el IMC el 65,51% fueron clasificados con malnutrición por deficiencias.

(Ramos & Hernández, 2011) realizo un estudio sobre la Depresión y su relación con la Calidad de vida en las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León, se obtuvo que la prevalencia de la depresión en las personas de la tercera edad en estudio, es tan sólo de un 4.4 por ciento; y en cuanto a la asociación existente entre la depresión y la calidad de vida se destacó que existe entre ambas una asociación altamente significativa, ya que el 100% de la población en la que se encontró depresión (que corresponde al 4.4% de la población estudiada), presenta una inadecuada calidad de vida y quienes no tienen depresión poseen a su vez una buena calidad de vida

6. MARCO TEORICO

6.1. Características Sociodemográficas

Según estadísticas del Banco Mundial (Banco Mundial, 2018) El departamento de Managua cuenta con extensión territorial de 3.465,1 km² y cuenta con población alrededor de 2, 223,000 Habitantes. Por otro lado el departamento de Masaya cuenta con una extensión territorial de 590 km² y cuenta con una población alrededor de 348,254 Habitantes.

Las Naciones Unidas (ONU) reconocen y usan como límite estándar para referirse a una persona de edad avanzada o un adulto mayor el haber vivido 60 años. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta de la tercera edad (Pulido, 2016).

La situación demográfica de la población total de 60 años y más en Nicaragua es de 231,566 personas, representando cerca del 5%, del total de la población del país, desagregándose por sexo con un ligero incremento de la población femenina con respecto a la masculina, se reconoce 120 mujeres por cada 100 hombres (CEPAL, 2003).

6.2. Envejecimiento

Según la OMS (OMS O. M., 2018) El proceso de envejecimiento tiene una repercusión considerable y asombrosa en varias características que influyen en el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar relativo no solo de los adultos mayores, sino también de las generaciones más jóvenes.

El envejecimiento poblacional es una consecuencia del fenómeno denominado “transición demográfica”, el cual es un proceso gradual en el que la proporción de adultos y ancianos aumenta en una población, mientras que disminuye la población de niños y adolescentes. Para clasificar a una población en joven, madura y vieja se utiliza el índice de envejecimiento que indica el porcentaje de individuos mayores de 65 años. De acuerdo a lo anterior, la ONU ha clasificado tres grupos poblacionales:

1. Población joven. Las personas mayores de 65 años constituyen menos del 4% del total de la población.
2. Población madura. Las personas de más de 65 años constituyen del 4 al 7% del total de la población.
3. Población vieja. Las personas de más de 65 años constituyen más del 7% del total de la población (Villagómez, 2014).

6.2.1. Envejecimiento saludable

La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud amplió el concepto de Envejecimiento Saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor (OPS, 2018).

La “Salud” de un adulto mayor se mide en términos de función más que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la “capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto determinado”. Si es social e intelectualmente activo, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y este tomando fármacos (Dulcey-Ruiz E, 2010).

6.2.2. Cambios Fisiológicos en la Vejez

El envejecimiento es un proceso biológico normal. Sin embargo, implica cierto deterioro de la función fisiológica. Los órganos cambian con la edad. La velocidad de cambio difiere entre los individuos y en los distintos sistemas orgánicos. Es importante distinguir entre los cambios normales del envejecimiento y los causados por una enfermedad crónica, como la aterosclerosis.

El período de crecimiento humano llega a su fin aproximadamente a los 30 años de edad, cuando comienza la senescencia. La senescencia es el proceso orgánico de envejecimiento que muestra los efectos del aumento de edad. La enfermedad y la alteración funcional no son partes inevitables del envejecimiento. No obstante, hay ciertos cambios sistémicos que aparecen formando parte del envejecimiento. Estos cambios dan lugar a diversos grados de

deterioro funcional y de la eficiencia. Algunos factores como la genética, las enfermedades, la situación socioeconómica y el estilo de vida determinan la progresión del envejecimiento en cada persona (L. Kathleen Mahan; L. Raymond, Janice;, 2017).

6.3.Asilo De Ancianos

Son instalaciones en las cuales se prestan servicios institucionalizados en los que se ofrece a las personas adultas mayores la posibilidad de convivir en un ambiente sustituto, cuando no es viable su permanencia en su entorno habitual. La estancia de las personas adultos mayores en estos, puede ser permanente o temporal. Las instalaciones de asilo de ancianos o albergues pueden ser albergues privados, los cuales son centros de administrados por entidades de carácter privado. Los albergues públicos son centros de atención administrados por el estado (Asamblea Nacional, 2010).

6.4.Estado nutricional

Se refiere la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional (Bueno, 2005).

6.4.1. Estado nutricional y la vejez

Durante el proceso normal de envejecimiento, se presentan cambios fisiológicos en la composición corporal. La masa magra (músculos), incluido el contenido mineral óseo, disminuye; hay aumento de los depósitos de grasa, y una modificación en su distribución en el organismo. Aumenta el tejido adiposo visceral, localizado principalmente en el abdomen, mientras que disminuye el tejido graso subcutáneo, especialmente a nivel del antebrazo. Además, se reduce el porcentaje de agua corporal total.

Como consecuencia de estos cambios, la energía que requiere el organismo disminuye en ambos sexos. De igual forma, los niveles de actividad también se modifican. La suma de estos cambios se asocia a una menor ingestión de calorías. También disminuye el consumo de grasa, más que de carbohidratos, además de una notable baja en la cantidad de proteínas consumidas respecto a las necesarias. Al mismo tiempo, se ha descrito un déficit de micronutrientes, especialmente vitaminas C, D, A, ácido fólico, magnesio, calcio y potasio (Trujillo, 2011).

6.4.2. Evaluación Nutricional En El Adulto Mayor

La evaluación clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, los cambios en la ingesta, los cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo. La utilización de otros indicadores del estado nutricional es útil para aproximarse aún más a la situación nutricional del adulto mayor y definir la necesidad de referencia a un equipo interdisciplinario para una evaluación completa (OPS & OMS, 2004).

6.4.3. Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional

El mayor atractivo de la antropometría es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria. Sin embargo, las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate.

La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la redistribución del tejido adiposo, desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad. También existen dificultades para la estimación de la talla, dada las alteraciones en la columna vertebral que frecuentemente se observan en esta etapa.

Peso y Talla

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del estado nutricional global. El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la comparación del peso actual con pesos previos, permite estimar la trayectoria del peso. Esta información es de utilidad, considerando que las pérdidas significativas son predictivas de discapacidad en el adulto de edad avanzada (OPS & OMS, 2004).

Una alternativa para la toma de talla se utilizará la Fórmula de Chumlea debido a que el anciano presenta cambios tales como el encorvamiento y en algunos casos la incapacidad de mantener una posición bipedestal. En el mismo caso en que al anciano se le dificulte la toma de peso, se utilizara la fórmula antropométrica para determinar peso.

A continuación, se presentan ambas fórmulas:

Fórmula de Chumlea (talla estimada en personas de 60 a 80 años)

- Estatura/altura rodilla Masculina
 $(64.19 - [0.04 \times \text{edad}]) + 2.02 \times \text{altura rodilla}$
- Estatura/altura rodilla femenina
 $(84.88 - [0.24 \times \text{edad}]) + 1.83 \times \text{altura rodilla}$

Fórmula antropométrica para determinar peso

$\text{Peso} = (1.09 * \text{altura de la rodilla cm}) + (2.68 * \text{perímetro braquial cm}) - 65.51$

Índice De Masa Corporal

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg / talla en m²) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m².

No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo (OPS & OMS, 2004).

Clasificación del IMC según la edad

ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTOS		
Valoración nutricional	De 18 a 65 años según OMS	Adultos mayores de 65 años
Delgadez severa	< 16	< 16
Delgadez moderada	16-16,9	16-16,9
Delgadez leve	17-18,4	17-18,4
Peso insuficiente		18,5-22
Normo peso	18, 5-24,9	22.1-27
Sobre peso	25-29.99	27.1-29,9
Obesidad grado I	30-34.99	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.99	35-39.9
Obesidad grado III	≥ 40.0	40.-40,9

Fuente: OMS 2004

Circunferencia Braquial

La circunferencia braquial (CB), también llamada perímetro o circunferencia de brazo relajado, es una medida antropométrica que en combinación con la determinación de pliegues cutáneos como el pliegue tricúspital, son indicadores de masa magra o muscular que permiten estimar la composición corporal del individuo (deposición de proteínas y grasas) al ser interpretadas mediante su comparación con estándares de referencia, y es de gran utilidad cuando se contrastan contra el peso y la talla (estatura) de la persona; no así cuando se utilizan de forma aislada.

Su principal aplicación está en la detección de cambios nutricionales, especialmente en la composición corporal de los niños en edad pre-escolar, a fin de identificar a aquellos con alto riesgo de mortalidad por desnutrición. Existe otra medida llamada perímetro del brazo flexionado y contraído, en la cual se busca determinar el grado de desarrollo muscular en esa zona, siendo usado en para la clasificación del tipo corporal o físico sobre todo en el área deportiva (Souza Parisi, 2016).

Circunferencia De La Pantorrilla

Se ha demostrado que la circunferencia de la pantorrilla en los ancianos es una medida más sensible a la pérdida de tejido muscular que la del brazo, especialmente cuando hay disminución de la actividad física. Recientemente se ha puesto de manifiesto la importancia de utilizar otros perímetros además del brazo, como indicadores de reservas proteicas, por considerar tanto los cambios en su composición por el desplazamiento de la grasa subcutánea con la edad, como por su asociación con los niveles funcionales del individuo. Es así como la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización del perímetro de la pantorrilla como una medida para valorar el estado nutricional en el anciano, utilizada conjuntamente con la circunferencia del brazo, en virtud de que se mantiene más o menos estable en la edad avanzada y es un indicador indirecto y confiable de los niveles de masa muscular por el bajo contenido graso (Antropometría del Anciano, 2006).

6.5. Mini- Examen Del Estado Nutricional (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT)

El Mini-Examen del Estado Nutricional es un instrumento de detección que se utiliza para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor. Permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo nutricional, que deben ser intervenidos, y en algunas instancias, pasar a una evaluación complementaria que incluya parámetros bioquímicos.

El instrumento consta con 18 preguntas las cuales se encuentran subdivididas en IV acápite que consta de: Índices antropométricos, Evaluación global, Parámetros dietéticos y Valoración Subjetiva. Cada pregunta tiene una evaluación entre 0 a 4 puntos, siendo el puntaje total máximo de todo el instrumento de 30 puntos (OPS & OMS, 2004).

Estratificación		
El puntaje obtenido en dicha escala, permite clasificar al individuo como		
Bien nutrido (≥ 24)	Riesgo de desnutrición: 17-23	Malnutrición Desnutrición < 17

De igual forma el MNA tiene una escala de valoración del IMC, que permite asignar una puntuación, así $IMC < 19= 0$; $19-21=1$; $21-23=2$; $\geq 23=3$, siendo el puntaje < 19 el más alterado y considerando el ≥ 23 como el mejor. (Ver Anexo 2)

6.6. Depresión

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2004).

Afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (en general los periodos de crisis o cambios importantes, como la vejez) parecen ser las más afectadas (Michalak, Murray, AHYoung, & Lam, 2008).

6.6.1. Grados de Depresión en el Adulto Mayor

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIH, 2016) Se presenta Depresión menor: síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo. Así mismo describe la Depresión grave cuando se tienen síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas y estos interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.

6.7. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La MADRS es una escala hetero aplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopatological Rating Scale. La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones auto aplicadas.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente.

La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. No existen puntos de corte definidos pero los recomendados son:

	No Depresión	Ligera/ Menor	Moderada	Grave
Bobes,2004	0-6	7-19	20-34	35-60

6.8. Factores de Riesgo de Malnutrición en el Adulto Mayor Institucionalizado.

Según (Pantoja, 2017) en su informe sobre Alimentación del adulto Mayor según lugar de Residencia, una característica en común que exhibe la alimentación de personas mayores en lugares de atención cerrada, es el desequilibrio nutricional, originado por un inadecuado aporte de energía y/o nutrientes.

Los factores de riesgo de malnutrición en los mayores institucionalizados son múltiples y complejos. Como hemos anunciado anteriormente, la edad, el modelo alimentario de los mayores, los cambios fisiológicos producidos por el envejecimiento, la dependencia funcional, la alta prevalencia de las patologías asociadas a la malnutrición, la polifarmacia y los factores propios de la propia institucionalización constituyen los principales factores de riesgo.

Edad, modelo y comportamiento alimentario de las personas mayores

Las personas mayores tienen una cultura alimentaria, hábitos o comportamiento alimentario, propio y bien definido, adquirida a edades tempranas, estructurada durante años, y difícil de cambiar. En este comportamiento influyen aspectos socioculturales (comida especial en domingos y festividades), religiosos (vigilia), tradiciones geográficas o del lugar de origen en el que se han desarrollado, la publicidad y las tendencias o modas de cada momento.

A los adultos mayores les gusta que los alimentos se identifiquen en el plato fácilmente, y en cambio no le dan valor a los alimentos sometidos a laboriosas transformaciones culinarias, y menos aún si estas requieren un carácter procesal o industrial; esta es la razón por la que rechazan los platos preparados, la comida de catering, la comida rápida, etc., y les gusta la comida casera.

El modelo alimentario de los adultos mayores se basa en la simplicidad, la rigidez y la resistencia al cambio. La selección de los alimentos y las formas culinarias de preparación se basan en la digestibilidad, es decir, lo que le “sienta bien”. Esto hace que a veces se ciñan a dietas muy rutinarias, rechazando otros platos y formas de preparación o de sabores diferentes.

En el momento actual, el perfil macroscópico de su alimentación podría venir definido por el siguiente: hipercalórico, hiper-graso, hiperproteico o normo-proteico, y claramente deficitario en hidratos de carbono, con consumos suplementarios de alcohol que alcanzan el 2%. Todos estos hábitos son los que determinan el modelo o comportamiento alimentario.

Estos aspectos han de tenerse en cuenta en las residencias a la hora de planificar las dietas, ya que además de resultar más saludable la dieta preferida por la mujer, hemos de considerar que el colectivo de estas es más cuantioso, pues representan un 60-65% frente al 35-40% de hombres (Cordero Ramos, 2014).

6.8.1. Frecuencia de consumo

La frecuencia de consumo se evalúa por medio de una tabla con casillas para respuestas de opción múltiple, o bien mediante preguntas independientes sobre la frecuencia con que se consume un alimento o bebida en concreto. Las categorías de frecuencia van desde

nunca o menos de una vez al mes hasta 6 o más veces al día y los encuestados tienen que elegir una de las opciones.

El periodo de referencia sobre el que se pregunta la frecuencia puede ser variable, pero generalmente suele ser los últimos seis meses o el último año, pero también es posible preguntar por la última semana o el último mes según el interés de la investigación. Aunque se pregunte a los encuestados sobre la ingesta en el último año, algunos estudios sugieren que la estación del año en la que se administra el cuestionario influye en la información de respuesta referida al consumo durante todo el año.

Para los alimentos de consumo estacional se suele pedir que respondan con qué frecuencia y durante qué periodo consumieron estos productos estacionales. En algunos casos, se estima el promedio de frecuencia de consumo para todo el periodo de referencia. En algunos cuestionarios se recoge la información sobre alimentos y bebidas de consumo muy frecuente como el café directamente en preguntas abiertas (Rodrigo & Aranceta, 2015).

6.8.2. Patrón Alimentario

El patrón alimentario de la población es aquel que está constituido por los alimentos usualmente más consumidos como base principal de su dieta en forma cotidiana, en un tiempo determinado por la mayoría de las familias. Este va a depender de la disponibilidad y el acceso que se tenga a los alimentos, el cual varía en función de estas condiciones. El en patrón alimentario se encuentran los alimentos de uso más común que responden a los hábitos y costumbres alimentarias de la población de referencia (FAO, 2007).

Según datos del Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) (FAO, 2007) El Patrón Alimentario está integrado por 21 alimentos de los 9 grupos de alimentos recomendados en la Canasta Básica Alimentaria (CBA). De los 21 alimentos (la CBA recomienda 32 alimentos), el 19% son cereales y otro 19% son alimentos fuentes de kilocalorías vacías (grupo de miscelánea). El azúcar, el aceite vegetal, los bananos, plátanos y papas también son alimentos fuentes de energía. El patrón alimentario es altamente energético con poca variedad de alimentos fuentes de proteínas, vitaminas y minerales, y se adecua en un 62% al número de alimentos recomendados en la CBA.

6.9.Ley Del Adulto Mayor

LEY No. 720, Aprobada el 06 de mayo del 2010

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo I

Objeto y Ámbito de Aplicación de la Ley

Artículo 1 Objeto.

La Ley del Adulto Mayor, tiene por objeto establecer el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución Política de la República de Nicaragua.

Art. 2 Ámbito de Aplicación.

Sin perjuicio de los derechos y beneficios consignados en la Constitución Política de la República de Nicaragua y demás normas jurídicas que regulen la materia, esta Ley es aplicable a todos los nicaragüenses nacionales o nacionalizados mayores de sesenta años de edad. La presente Ley es de orden público y de interés social.

Capítulo II

Principios, Fines y Objetivos

Art. 3 Principios.

Son principios de esta Ley los siguientes:

1. Igualdad: Es el derecho que establece la Constitución Política de la República de Nicaragua para la protección del Adulto Mayor sin discriminación, por parte del Estado, del Sector Privado y de la Sociedad.

2. **Accesibilidad:** Es el derecho que tiene el Adulto Mayor al acceso a la información sistemática de parte de los organismos e instituciones del Estado, así como el goce de todos los beneficios económicos, sociales y culturales que se les otorga de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.
3. **Equidad:** Es el derecho a un trato justo en plenitud y en las condiciones necesarias para el bienestar del Adulto Mayor sin distinción de sexo, situación económica, raza, credo o cualquier otra circunstancia.
4. **Autonomía:** Son las acciones que promueva el Adulto Mayor en su beneficio, orientadas a fortalecer su autosuficiencia, su capacidad de decisión, su desarrollo integral, la oportunidad de un trabajo remunerado, acceso a la educación, capacitación, recreación, derecho a vivir en un entorno seguro y adaptable a sus necesidades y residir en su propio domicilio.
5. **Autorrealización:** Derecho del Adulto Mayor de aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos económicos, educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
6. **Solidaridad:** Es la colaboración mutua entre las personas de todas las edades, Organismos e Instituciones del Estado, el Sector Privado y la Sociedad, en beneficio del Adulto Mayor.
7. **Dignidad:** Derecho del Adulto Mayor a vivir con decoro y seguridad, libre de explotación, maltrato físico, psicológico o cualquier otra acción que atente contra su persona o bienes.
8. **Integridad:** Derecho a que se respete su estado físico, psíquico, moral y a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
9. **Participación:** Es el derecho del Adulto Mayor a participar de manera activa y protagónica en la sociedad, en todos los órdenes de la vida pública y privada que sean de su interés (Asamblea Nacional, 2010).

CAPITULO 3

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio y/o Diseño de estudio

Según (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) Es un estudio descriptivo ya que está dirigido a determinar cómo se encuentra la situación de las variables que se estudian, de corte transversal ya que está diseñado para estudiar las variables simultáneamente en un punto específico de tiempo y no involucra seguimiento para su posterior amplitud. Prospectivo debido a que se registrará información según van ocurriendo los hechos.

La investigación es de carácter mixto ya que se pretende recolectar, analizar y vincular datos cuantitativos y cualitativos en el mismo para posteriormente caracterizar y clasificar estado nutricional, grado depresivo y modelo de comportamiento de alimentación.

7.2. Área de estudio

El área de estudio la constituye la casa hogar de ancianos “Sor María Romero” ubicado en el residencial Las Colinas en Managua, y la casa hogar de ancianos “San Antonio” ubicado en el departamento de Masaya.

7.3. Universo

El universo para la realización del estudio está conformado por 55 adultos mayores institucionalizados, correspondiendo a 30 adultos mayores en Hogar de Ancianos “San Antonio” y 25 adultos mayores en Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

7.4. Muestra

Para la realización del estudio se tomaron los 33 adultos mayores que conforman el universo de los cuales aceptaron el consentimiento informado y por ende la muestra fue establecida por conveniencia basándonos en los criterios de inclusión y exclusión.

7.5. Unidad de análisis

Está conformada por todos los adultos mayores de los hogares de ancianos de 60 años a más correspondientes a los Hogares de Ancianos “Sor María Romero” y “San Antonio”

7.6.Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta para la realización del estudio todas las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- ✓ Personas mayores de 60 años, inscritas a los hogares de ancianos correspondientes.
- ✓ Personas que deseen participar y estén de acuerdo con el consentimiento informado
- ✓ Personas con estado físico y mental óptimo para participar en el estudio.

7.7.Criterios de exclusión

Se excluyeron de la realización del estudio a todas las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- ✓ Personas que sean menores de 60 años y no estén inscritas a los hogares de ancianos.
- ✓ Personas que no deseen participar en el estudio y no estén de acuerdo con el consentimiento informado.
- ✓ Personas que no cuenten con un estado físico y mental óptimo.

7.8. Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Específico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
Caracterizar socio demográficamente a los adultos mayores Institucionalizados.	Los datos demográficos son información general sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia, así como características sociales como la ocupación, la situación familiar o los ingresos.	Social	Sexo	Femenino	Si – No	Encuesta
				Masculino		
			Edad	Adulto Joven	No sabe	Encuesta
				Adulto Mayor	Entre 60-74 años	
Adulto Mayor Longevo	Entre 75-84 años					
					Entre 85-99 años	

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
Caracterizar socio demográficamente a los adultos mayores Institucionalizados.		Social	Estado Civil	Soltero Viudo Casado Divorciado Unión Libre	SI - NO	Encuesta
			Escolaridad	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Universidad Completa Otros		
Caracterizar socio demográficamente		Social	Procedencia	Urbana Rural	SI - NO	Encuesta

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
nte a los adultos mayores Institucionalizados.						
Clasificar el Estado Nutricional en el que se encuentran los adultos mayores Institucionalizados por medio del índice de masa corporal y el Mini Nutritional Assessment.	El Mini-Examen del Estado Nutricional es otro instrumento de detección que se utiliza para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor.	Índices Antropométricos	Índice de masa corporal. (IMC = peso/talla en kg/m ²)	IMC = < 19	0	Ficha Nutricional
				19 ≤ IMC < 21	1	
				21 ≤ IMC < 23	2	
				IMC ≥ 23	3	
			Circunferencia braquial	CB < 21	0,0	
21 ≤ CB ≤ 22	0,5					
Circunferencia de la pierna.	CP < 31	0				
	CP ≥ 31	1				
Pérdida reciente de peso.	Pérdida de peso > 3 kg	0				
	No lo sabe	1				
	Pérdida de peso entre 1 y 3 kg	2				
	No ha habido pérdida de peso	3				

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
Clasificar el Estado Nutricional en el que se encuentran los adultos mayores Institucionalizados por medio del índice de masa corporal y el Mini Nutritional Assessment.		Evaluación Global	¿El paciente vive en su domicilio?	SI - NO	0 1	Ficha Nutricional
			¿Toma más de 3 medicamentos por día?			
			¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?			
			Movilidad	De la cama al sillón Autonomía en el interior Sale del domicilio	0 1 2	
Clasificar el Estado Nutricional en el que se encuentran los adultos mayores Institucionalizados por medio del índice de		Evaluación Global	Problemas neuropsicológicos	Demencia o depresión grave Demencia o depresión moderada Sin problemas psicológicos	0 1 2	Ficha Nutricional

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
masa corporal y el Mini Nutritional Assessment.			¿Úlceras o lesiones cutáneas?	Si	0	
			No	1		
		Parámetros Dietéticos	¿Cuántas comidas completas realiza al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	1 comida	0	
			2 comidas	1		
			3 comidas	2		
¿El paciente consume?	Si	0,0 = 0 o 1 Si 0,5 = 2 Síes 1,0 = 3 Síes				
¿Productos lácteos al menos una vez al día?	No					
¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana?						
¿Carne, pescado o aves, diariamente?						

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
		Parámetros Dietéticos	¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?	No Si	0 1	Ficha Nutricional
			¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses?	Anorexia severa Anorexia moderada Sin anorexia	0 1 2	
Clasificar el Estado Nutricional en el que se encuentran los adultos mayores Institucionalizados por medio del índice de masa corporal y		Parámetros Dietéticos	¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza)	Menos de 3 vasos	0,0	Ficha Nutricional
				De 3 a 5 vasos	0,5	
				Más de 5 vasos	1,0	
			Forma de alimentarse	Necesita ayuda Se alimenta solo con	0 1	

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
el Mini Nutritional Assessment.				dificultad	2	
				Se alimenta solo sin dificultad		
				Valoración Subjetiva	¿El paciente se considera así mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales)	
				No lo sabe o malnutrición moderada	1	
				Sin problemas de nutrición	2	
Clasificar el Estado Nutricional en el que se encuentran los adultos mayores Institucionalizados por medio del índice de masa corporal y el Mini Nutritional Assessment.		Valoración Subjetiva	En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra su estado de salud?	Peor	0.0	Ficha Nutricional
				Igual	0.5	
				No lo sabe	1	
				Mejor	2	

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	La MADRS es una escala hetero-aplicada consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopatological Rating Scale.	Tristeza aparente	El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.	No tristeza	0	Ficha de Depresión
				Parece demasiado, pero se anima fácilmente	1	
				Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo	2	
				Parece desgraciado todo el tiempo.	3	
				Extremadamente abatido	4	
				Extremadamente abatido	5	
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)		Tristeza expresada	El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo,	Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales	0	Ficha de Depresión
				Tristeza que cede (se anima) sin dificultad	1	
				Sentimientos de tristeza o	2	
				Sentimientos de tristeza o	3	
					4	

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
			abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias	abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas	5	
				Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia	6	
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)		Tensión interior	El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de	Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna	0 1 2 5 6	Ficha de Depresión

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
			acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida	Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador		
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)		Sueño reducido	El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.	Sueño como los normales. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas Menos de 2 o 3 horas de sueño	0 1 2 3 4 5 6	Ficha de Depresión
		Disminución del apetito	El paciente expresa una reducción del apetito en	Apetito normal o aumentado Apetito ligeramente		

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019						
Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
			comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.	disminuido No apetito. Los alimentos saben mal Necesidad de persuasión para comer		
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)		Dificultad de concentración	El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.	Ninguna dificultad de concentración Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer	0 1 2 3 4 5 6	Ficha de Depresión

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
				Incapacidad para leer o conversas sub gran dificultad		
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)		Laxitud, Abulia	El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias	Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad Dificultad para iniciar actividades Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda	0 1 2 3 4 5 6	Ficha de Depresión
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionaliza		Incapacidad para sentir	El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las	Interés normal por las cosas y la gente Reducción de la capacidad para	0 1 2	Ficha de Depresión

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
dos a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)			actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.	disfrutar de los intereses habituales Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos	3 4 5 6	
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionaliza		Pensamientos pesimistas	El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche,	No pensamientos pesimistas Ideas fluctuantes de fallos, autoreproches	0 1 2	Ficha de Depresión

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
dos a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)			remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.	o autodepreciaciones Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles	3 4 5 6	
Identificar grado depresivo en los adultos mayores Institucionalizados a través del Montgomery Asberg Depression Rating Scale		Ideación suicida	El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes	Se alegra de vivir. Toma la vida como vine Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces Manifiesta deseos de muerte, ideas	0 1 2 3 4	Ficha de Depresión

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019

Objetivo Especifico	Variable Conceptual	Subvariable	Variable Operativa o Indicador	Valor	Criterio	Técnica de Recolección de Datos
(MADRS)			suicidas.	suicidad frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio	5 6	
Describir los factores de riesgos presente en los adultos mayores Institucionalizados.	El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA), permite obtener información del modelo de consumo habitual a largo plazo y los clasifica según su consumo.		Alimentos consumidos frecuentemente -Cereales -Leguminosas -Lácteos y Derivados -Frutas -Vegetales -Carnes y Sustitutos -Grasas	1 a 2 veces por semana 3 a 5 veces por semana 6 a 7 veces por semana Nunca	SI - NO	Frecuencia de consumo de Alimentos

7.9. Plan de tabulación y análisis

Tras la aplicación de la entrevista, estos datos pasaron a formar parte de una base de datos en el programa SPSS “Statistical Package for the Social Sciences” Versión 22, Excel, Word y Power Point. Procesando la información recolectada en forma de tablas de frecuencia, porcentajes y figuras.

Para el análisis de los datos recolectados se diseñaron cruces de variables con la finalidad de identificar si existía similitud entre dos o más de ellas, así también; se expresaron univariadas en casos donde la información no podía agruparse entre sí para dar salida a las interpretaciones.

Para la realización de las figuras se eligió el diseño de gráfico de barra ya que son usados para comparar dos o más valores. Así mismo las barras pueden orientarse horizontal o verticalmente, siendo de una sencilla manera de leer el gráfico.

7.9.Métodos de Recolección de Datos

Para la recolección de información se utilizaron 4 instrumentos:

- ✓ Formato De Recolección De Datos (Ver Anexo 1)

El formato está compuesto por datos generales y sociodemográficos del informante en donde se le preguntara Nombre, Edad, Fecha de la entrevista, Sexo, Peso en Kg, Talla en cm, Altura Talón-Rodilla, Estado civil, Escolaridad y Procedencia.

- ✓ Mini- Examen Del Estado Nutricional (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT)
(Ver Anexo 2)

El Mini-Examen del Estado Nutricional es un instrumento de detección que se utiliza para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor. Permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo nutricional, que deben ser intervenidos, y en algunas instancias, pasar a una evaluación complementaria que incluya parámetros bioquímicos. (OPS & OMS, 2004)

El instrumento cuenta con 18 preguntas las cuales se encuentran subdivididas en IV acápites que son: Índices antropométricos (IMC, CB, CP, Pérdida reciente de peso), Evaluación global (Domicilio, Cantidad de medicamentos por día, Enfermedad o estrés psicológico en los últimos 3 meses, Movilidad, Problemas neuropsicológicos, Ulceras o lesiones cutáneas), Parámetros Dietéticos (Número de comidas realizadas por día, Consumo de alimentos, Pérdida de apetito, Cantidad de líquidos que toma en el día, Forma de alimentarse) y Valoración Subjetiva (Problemas nutricionales, Estado de salud). Cada una de las preguntas tiene una evaluación entre 0 a 4 puntos, siendo el puntaje total máximo de todo el instrumento de 30 puntos.

Estratificación del Riesgo de Malnutrición (MNA):

≥ 24 puntos: Estado nutricional satisfactorio.

De 17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición.

< 17 puntos: Mal estado nutricional.

El instrumento fue validado en su versión original en varios países. Fue validado por primera vez en español para la población de adultos mayores mexicanos en 1998. Este instrumento fue aplicado en un estudio por Pérez Vega (2019) cuyo objetivo fue determinar los conocimientos sobre alimentación del adulto mayor de los cuidadores y estado nutricional de los adultos mayores del Hogar “San Antonio” ubicado en Masaya.

Con el instrumento se incluye la puntuación para la evaluación del estado nutricional ofrecido por el test de validez original y por el test de validez con la población mexicana. (OPS & OMS, 2004)

✓ Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Ver Anexo 3)

La MADRS es una escala hetero aplicada consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Cada pregunta tiene un puntaje entre 0-6, presentando espacios intermedios entre un síntoma y otro para referirse que el paciente se encuentra en un punto medio.

Estratificación				
	No Depresión	Ligera/ Menor	Moderada	Grave
Bobes,2004	0-6	7-19	20-34	35-60

Se consultó con 5 Licenciados en Psicología (3 de carácter privado y 2 de carácter público) y con 2 psiquiatras, sí este instrumento era aplicable al grupo poblacional en estudio y si nosotros lograríamos manejarlo; de lo cual recibimos su aprobación para ambas interrogantes. Por lo cual procedimos a su debida aplicación.

- ✓ Frecuencia de consumo de Alimentos (Ver Anexo 4)

El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA), permite obtener información del modelo de consumo habitual a largo plazo y los clasifica según su consumo. Los alimentos que se tomaron en cuenta para la elaboración del listado, fueron tomados del patrón de consumo de Nicaragua en donde se incluyeron alimentos propios del país.

Descripción de las técnicas y procedimientos a utilizar

Como parte del estudio se visitaron dos casas hogares de ancianos las cuales comprenden: Casa Hogar de ancianos “Sor María Romero” en Managua y “San Antonio” en Masaya.

Para lograr los objetivos propuestos se recolecto la información y al procesarla se adjuntó los datos necesarios para obtener las respectivas conclusiones. De esta manera, se detallan las actividades propuestas para llevar a cabo dicho estudio.

Procedimientos particulares para el levantamiento de la información

1. Coordinación/ Autorización con los directores de los hogares de ancianos

Se coordinó con los directores de las casas hogares de ancianos, para conversar sobre el objetivo de la visita, conocer las generalidades de la casa hogar y organizar un plan de

trabajo en periodo comprendido de la investigación; tanto en actividades, fechas y horarios de las mismas como el apoyo de la población para acceso a los datos solicitados.

2. Recursos

2.1. Recursos humanos

Se necesitó 2 estudiantes de V año de la carrera de nutrición, los cuales se encargarán del proceso de estudio en cada fase de la investigación. Un tutor encargado de la revisión de cada etapa del proceso investigativo y de apoyo a los autores durante la investigación monográfica.

2.2. Recursos materiales

Balanza de pedestal marca TAYLOR con peso en kilogramos.

Cinta métrica marca CECA Con capacidad de 200 cm para la toma de circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla y altura de la rodilla

Laptop con los programas necesarios para el procesamiento y análisis de la información.

Encuestas y fichas para valoración del estado nutricional del adulto mayor (Peso, talla, IMC, circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla, altura de la rodilla), Mini-Examen Del Estado Nutricional (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y Frecuencia de Consumo de alimentos. La recolección de frecuencia de consumo se tomó en el periodo Noviembre 2019 – Enero 2020.

Para realizar anotaciones, archivar los programas y realizar cálculos se utilizará: Cuadernos, lapiceros, memoria USB y Calculadora.

Cámaras fotográficas

2.3. Recursos Financieros (Ver Anexo 6)

3. Procesos para la aplicación de los instrumentos.

Para la aplicación del instrumento se realizó una entrevista al informante y al mismo tiempo se le tomaran las medidas antropométricas necesarias, siguiendo los siguientes pasos:

Primeramente, se realizaron las medidas antropométricas en los adultos mayores, para la toma del peso se utilizara una balanza de pedestal marca TAYLOR, la cual determinaba el peso en kilogramos, pertenecía de los autores. Se utilizó la fórmula para determinación de peso en adulto mayor.

Para llevar a cabo la toma de medidas antropométricas se necesitó sostener a los ancianos debido a que la mayoría presenta dificultad para mantener el equilibrio y mantenerse en pie, procediendo a la toma de la circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla y la altura de la rodilla utilizando una cinta métrica con capacidad de 200 centímetros.

Para la estimación de la talla en los adultos mayores se utilizó el método Chumlea en caso que el informante no pueda mantenerse en pie. Para la toma de la circunferencia de la pantorrilla se le solicito al adulto mantenerse sentado y relajado con las rodillas flexionadas en un ángulo recto de 90 grados y manteniendo el pie apoyado en un plano horizontal.

Para realizar la toma de medida de circunferencia braquial se le pedio al adulto mayor mantenerse en pie y con el brazo suelto al lado y relajado, utilizando como referencia el punto medio alrededor del brazo.

Al finalizarla toma de medidas antropométricas se procedió a realizar entrevista para el llenado de los instrumentos: Mini- Examen Del Estado Nutricional (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Frecuencia de consumo de Alimentos.

4. Tiempo

El estudio se realizó en un periodo de 6 meses, en donde se realizó la recolección y análisis de datos. (Ver Anexo 7)

5. Prueba Piloto

Previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos (Formato de Recolección de datos, Mini Nutritional Assisment, Montgomery Asberg Depression, Frecuencia de Consumo) estos fueron validados con un grupo de 5 personas adultos mayores con edades de entre 60 a 99 años, que cumplieran las características socioculturales similares a la de los sujetos en estudio, esto con el propósito de conocer el grado de comprensión del mismo y determinar si la información que se solicitaría daría salida a los objetivos planteados.

7.10. Aspectos éticos de la investigación

Con el objetivo de cumplir con los aspectos éticos de la investigación se procedió a solicitar la participación a los sujetos incluidos en el estudio y se les dio una carta de consentimiento informado, donde se les informó el objetivo general del estudio y se les solicitó su autorización para realizar, toma de peso con una balanza de pie, posteriormente se tomara la talla tomándose la altura de la rodilla, circunferencia de la pantorrilla y circunferencia braquial con cinta métrica. Luego se le aplicara 3 instrumentos de recolección de información basados en depresión, mini examen nutricional y alimentación. Se le tomara fotografías con el fin de documentar evidencias del estudio. Estas pruebas tomaran un tiempo aproximado de 15 minutos.

Además, el documento expresó la confidencialidad que se tiene, posibles dificultades que podían tener si las hubiese. (Ver anexo 5)

CAPITULO 4

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

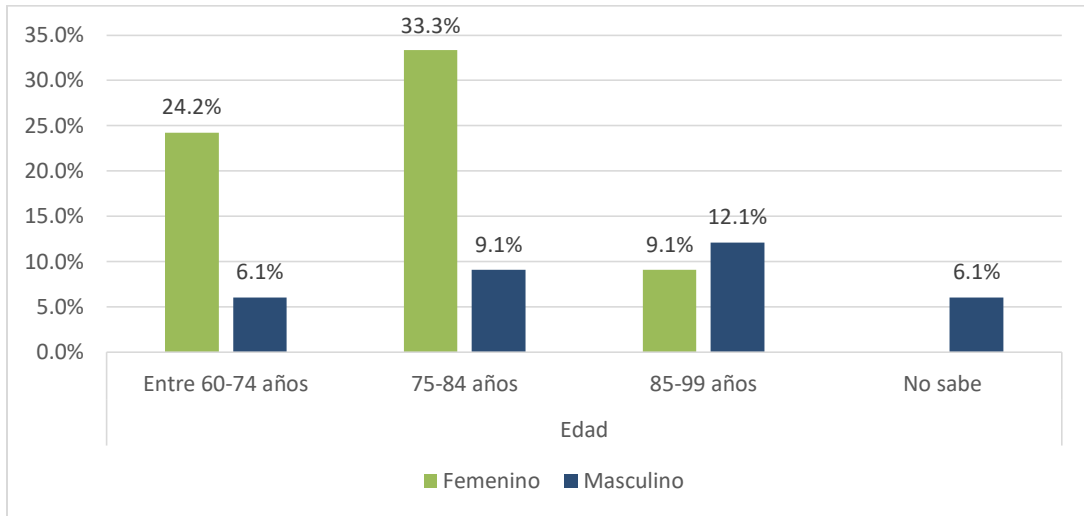


Figura 1. Sexo según edad de los participantes del estudio de los Hogares de Ancianos

La figura 1 nos muestra prevalencia del sexo femenino de los sujetos en estudio. El grupo de edad de mayor predominio es de 75-84 años con un 33.3%. Basándonos en la última actualización del Anuario Estadístico (INIDE) del 2015 se refleja que la mayor parte de la población en este grupo de edad pertenece al sexo femenino.

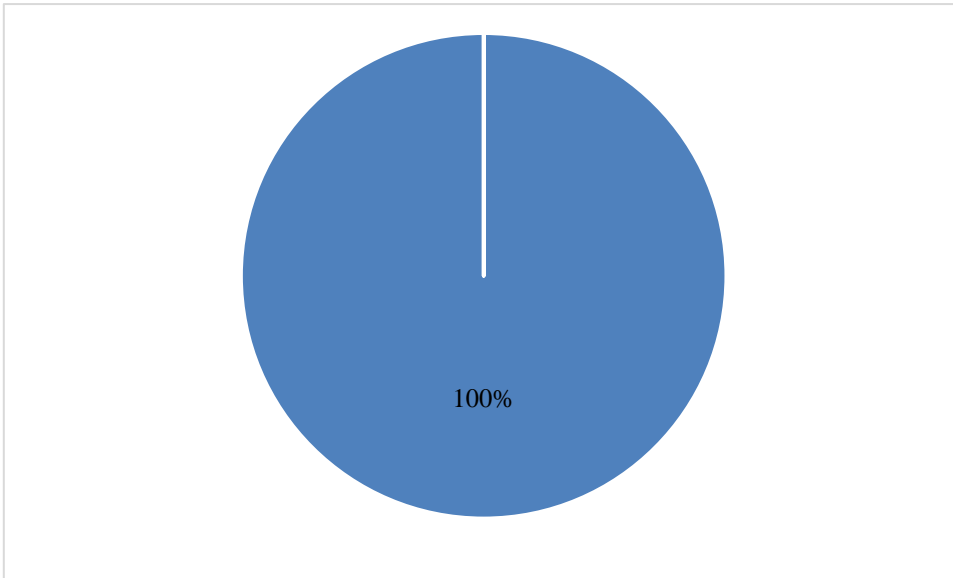


Figura 2. Procedencia de los sujetos del estudio de los Hogares de Ancianos

En la Figura 2 se observa que la procedencia de todos los participantes del estudio es de la zona urbana. Proceden de la periferia urbana debido a que las casas hogares están ubicadas geográficamente en la zona urbana de dichos departamentos.

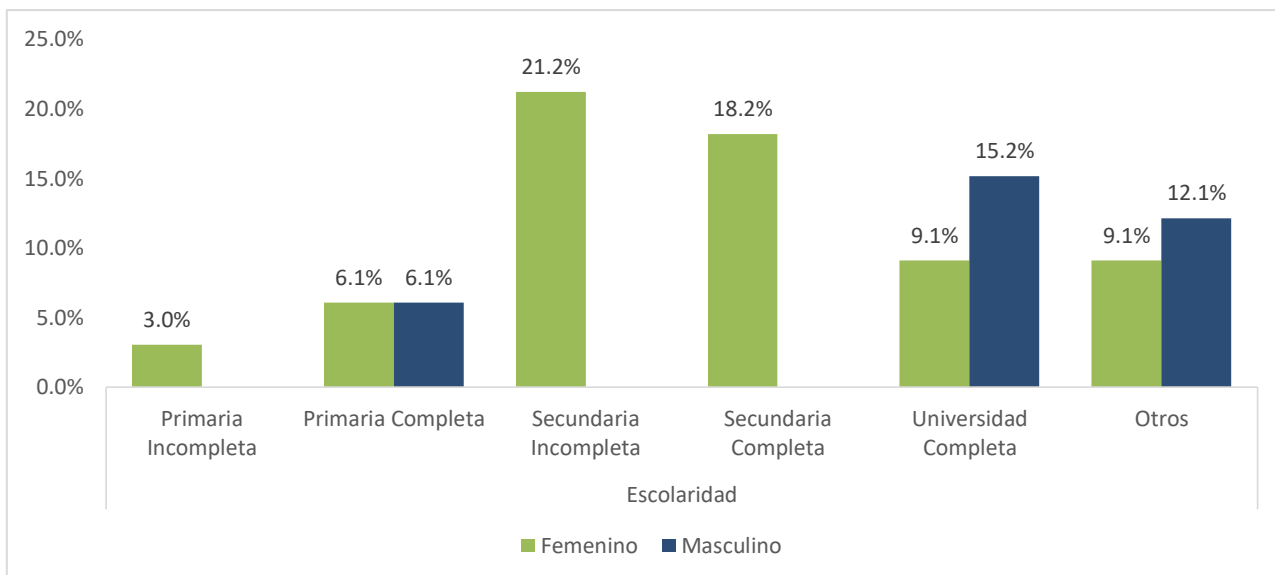


Figura 3. Escolaridad del encuestado según sexo de los Hogares de Ancianos

La figura 3 muestra el nivel de escolaridad de los participantes del estudio en donde se encontró una prevalencia del sexo femenino con secundaria incompleta de 21.2%. Mientras que el sexo masculino cuenta con un nivel de universidad completa con un 15.2%. Según el Anuario Estadístico (INIDE) del 2015 la educación en la población en general muestra una prevalencia que corresponde al sexo femenino, debido a que culturalmente los hombres deben de apoyar económicamente al hogar desde temprana edad (INIDE, 2015).

Tabla 1. INDICES ANTROPOMÈTRICOS DEL MNA (IMC) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
IMC = < 19	3	9.1%
19 ≤ IMC < 21	6	18.2%
21 ≤ IMC < 23	5	15.2%
IMC ≥ 23	19	57.6%

La tabla 1 muestra ítems del MNA correspondientes a índices antropométricos aplicado a los adultos mayores de los hogares de ancianos en donde el 57.6% obtuvo un índice de masa corporal ≥ 23 , el 18.2% se encuentra entre $19 \leq \text{IMC} < 21$, el 15.2% en $21 \leq \text{IMC} < 23$ y el 9.1% en $\text{IMC} = < 19$.

Tabla 2. INDICES ANTROPOMÈTRICOS DEL MNA (Circunferencia Braquial) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
CB < 21	4	12.1%
$21 \leq \text{CB} \leq 22$	6	18.2%
CB > 22	23	69.7%

La tabla 2. Muestra Índices antropométricos del MNA correspondientes a la circunferencia braquial en donde el 69.7% tiene CB > 22, el 18.2% se encuentra entre $21 \leq \text{CB} \leq 22$ y el 12.1% presenta CB < 21.

Tabla 3. INDICES ANTROPOMÈTRICOS DEL MNA (Circunferencia de la Pierna) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
CP < 31	11	33.3%
CP ≥ 31	22	66.7%

La tabla 3. Muestra Índices antropométricos del MNA correspondiente a la circunferencia de la pierna en donde el 66.7% presenta CP ≥ 31 y el 33.3% se encuentra en CP < 31.

Tabla 4. INDICES ANTROPOMÈTRICOS DEL MNA (Pérdida Reciente De Peso < 3 Meses) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
Pérdida De Peso > 3 Kg	5	15.2%
No Lo Sabe	13	39.4%
Pérdida De Peso Entre 1 Y 3 Kg	8	24.2%
No Ha Habido Pérdida De Peso	7	21.2%

La tabla 4 Muestra Índices antropométricos del MNA correspondiente a pérdida reciente de peso < 3 meses en donde el 39.4% manifestó No saber, el 24.2% obtuvo una pérdida de peso entre 1 a 3 Kg, el 21.2% no ha presentado pérdida de peso y el 15.2% obtuvo un pérdida de peso > 3 kg.

Tabla 5. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Número de comidas realizadas en el día) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
1 Comida	3	9.1%
2 Comidas	12	36.4%
3 Comidas	18	54.5%

La tabla 5 Muestra parámetros dietéticos del MNA correspondiente a número de comida completas realizadas en el día en donde el 54.5% realiza 3 comidas, el 36.4% realiza 2 comidas y el 9.1% realiza 1 comida en el día.

Tabla 6. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Consumo) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
¿El Paciente Consume Productos Lácteos Al Menos Una Vez Al Día?	7	21.2%
¿Huevos O Legumbres 1 O 2 Veces Por Semana?	3	9.1%
¿Carne, pescado, aves diariamente?	23	69.7%

La tabla 6 correspondiente a parámetros dietéticos del MNA con respecto al consumo en donde el 69.7% consume carnes y derivados diariamente, el 21.2% consume productos lácteos al menos una vez al día y el 9.1% consume huevos y legumbres 1 o 2 veces por semana.

Tabla 7. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Consumo de Frutas y Verduras al menos Dos veces por Día) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
No	23	69.7%
Si	10	30.3%

La tabla 7 muestra parámetros dietéticos del MNA correspondiente al consumo de frutas y vegetales al menos dos veces por día, en donde el 69.7% manifestó que No lo realiza.

Tabla 8. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Anorexia) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
Anorexia Severa	2	6.1%
Anorexia Moderada	14	42.4%
Sin Anorexia	17	51.5%

La tabla 8. Muestra parámetros dietéticos del MNA referente a la anorexia, en donde el 51.5% no presenta anorexia, el 42.4% obtuvo anorexia moderada y el 6.1% presenta anorexia severa.

Tabla 9. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Toma Al Día de Cantidad De Vasos De Agua U Otros Líquidos) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos.

	Frecuencia	%
Menos De 3 Vasos	17	51.5%
De 3 A 5 Vasos	9	27.3%
Más De 5 Vasos	7	21.2%

La tabla 9 muestra parámetros dietéticos del MNA referente a la toma al día de líquidos en donde el 51.5% toma menos de 3 vasos al día, el 27.3% toma de 3 a 5 vasos y el 21.2% toma más de 5 vasos al día.

**Tabla 10. PARAMETROS DIETETICOS DEL MNA (Forma de Alimentarse)
Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos.**

	Frecuencia	%
Necesita Ayuda	6	18.2%
Se Alimenta Con Dificultad	2	6.1%
Se Alimenta Solo Sin Dificultad	25	75.8%

La tabla 10 muestra parámetros dietéticos del MNA correspondiente a la forma de alimentarse, en donde el 75.8% manifestó alimentarse solo sin dificultad, el 18.2% necesita ayuda y el 6.1% se alimenta con dificultad.

Tabla 11. VALORACIÓN SUBJETIVA DEL MNA (Percepción del paciente referente a su estado nutricional) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
Malnutrición severa	1	3.0%
No lo sabe o malnutrición moderada	25	75.8%
Sin problemas de nutrición	7	21.2%

La Tabla 11 muestra la Valoración Subjetiva del MNA que responde a la percepción del paciente referente a su estado nutricional en donde el 75.8% dice encontrarse en malnutrición moderada o no lo sabe, 21.2% dice no presentar problemas de nutrición y el 3% dice encontrarse en una malnutrición severa.

Tabla 12. VALORACIÓN SUBJETIVA DEL MNA (Percepción del paciente referente a su estado nutricional) Aplicados a los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	%
Peor	2	6.1%
No lo sabe	17	51.5%
Igual	6	18.2%
Mejor	8	24.2%

La Tabla 12 muestra la Valoración Subjetiva del MNA que responde a la percepción del paciente referente a su estado salud a comparación con las personas de su edad en donde el 51.5% dice encontrarse en malnutrición moderada o no lo sabe, 21.2% dice no presentar problemas de nutrición y el 3% dice encontrarse en una malnutrición severa.

Tabla 13. EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA (Toma de 3 medicamentos al día) aplicados a los adultos mayores de los hogares de ancianos

	Frecuencia	%
Si	14	42.4%
No	19	57.6%

La tabla 13 refleja el parámetro de evaluación global del MNA correspondiente a la toma de 3 medicamentos al día en donde se obtuvo que el 57.6% dijo que no consume 3 medicamentos.

Tabla 14.EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA (Presencia de enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses) aplicados a los adultos mayores de los hogares de ancianos

	Frecuencia	%
Si	14	42.4%
No	19	57.6%

La tabla 14 refleja el parámetro de evaluación global del MNA correspondiente Presencia de enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses en donde el 57.6% dijo no haber padecido alguna enfermedad o situación de estrés psicológico en estos últimos 3 meses.

Tabla 15.EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA (Movilidad) aplicados a los adultos mayores de los hogares de ancianos

	Frecuencia	%
De la cama al sillón	20	60.6%
Autonomía en el interior	13	39.4%
Sale del domicilio (cuarto)	0%	0%

La tabla 15 refleja el parámetro de evaluación global del MNA correspondiente la movilidad del paciente en donde el 60.6% poseía una movilidad limitada de la cama al sillón, por otra parte el 39.4% poseía una autonomía en el interior del hogar de ancianos.

Tabla 16.EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA (Presencia de Problemas Neuropsicológicos) aplicados a los adultos mayores de los hogares de ancianos.

	Frecuencia	%
Demencia o depresión grave	2	6.1%
Demencia o depresión moderada	17	51.5%
Sin problemas psicológicos	14	42.4%

La tabla 16 refleja el parámetro de evaluación global del MNA correspondiente la presencia de problemas neuropsicológicos en donde el 51.5% poseía una demencia o depresión moderada, por otra parte el 42.4% expreso no poseer problemas psicológicos y el 6.1% tenía demencia o depresión grave.

Tabla 17.EVALUACIÓN GLOBAL DEL MNA (Presencia de úlceras o lesiones cutáneas) aplicados a los adultos mayores de los hogares de ancianos.

	Frecuencia	%
Si	18	54.5%
No	15	45.5%

La tabla 17 refleja el parámetro de evaluación global del MNA correspondiente la presencia de problemas neuropsicológicos en donde el 54.5% contaba con la presencia de úlceras o lesiones cutáneas, mientras el 45.5% expreso no contar con dichas lesiones.

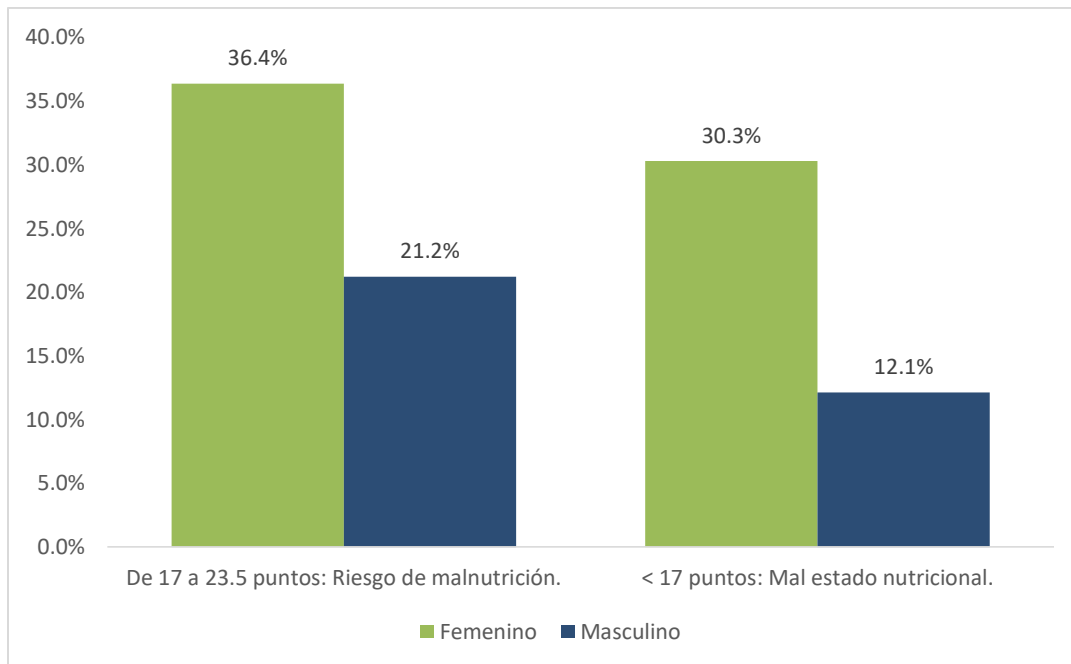


Figura 4. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) según el sexo de los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

La figura 4 hace referencia a la clasificación nutricional del MNA (Mini Evaluación Nutricional) de la población total en estudio perteneciente a ambos Hogares de ancianos. En donde se obtuvo que la mayoría de los adultos mayores se encuentran en “Riesgos de malnutrición” con un 57.6% y el 42.4% de la población se encuentra en “mal estado nutricional”. Se encontró que el sexo femenino tuvo mayor prevalencia de “Riesgo de malnutrición” con un 36.4%, mientras que el sexo masculino presentó un 21.2%. Así mismo se obtuvo que el 30.3% del sexo femenino cuenta con un “mal estado nutricional” mientras que el sexo masculino obtuvo 12.1%.

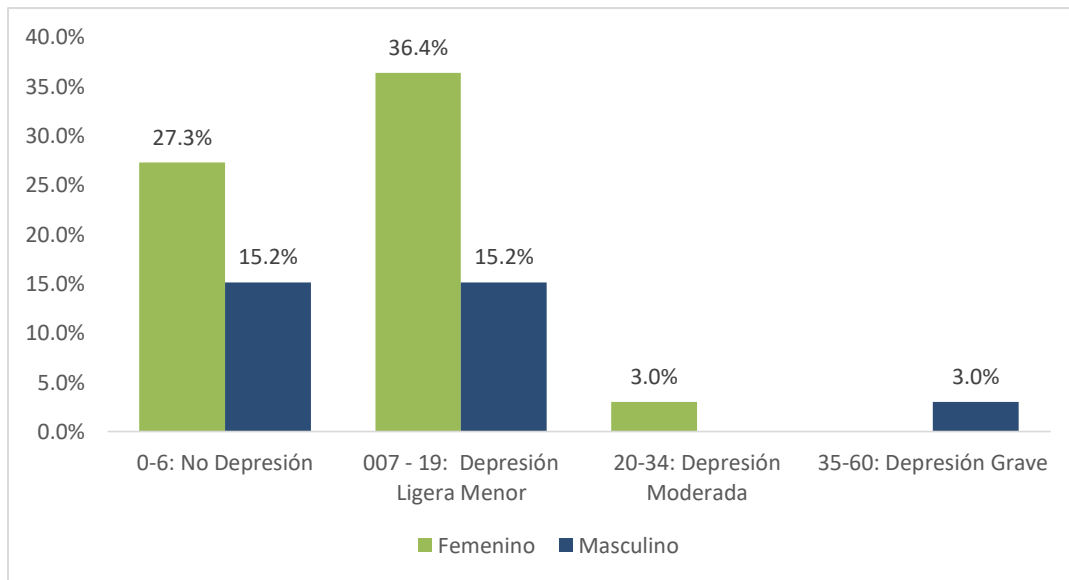


Figura 5. Grado de Depresión según la Montgomery-Asberg de los Adultos Mayores según el sexo de los Hogares de Ancianos

En la figura 5 muestra el grado de depresión según Montgomery-Asberg de los participantes del estudio de ambas casas hogares de ancianos, en donde se reflejó que el 51.6% presenta “Depresión ligera menor”, mientras el 42.5% se clasificó en un grado de “No depresión”, así mismo el 3% respectivamente cuenta con un grado de “Depresión moderada” y el 3% en “Depresión grave”

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIH, 2016) Se presenta Depresión menor: síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo. Así mismo describe la Depresión grave cuando se tienen síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas y estos interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.

Se encontró que el sexo femenino predominó en “Depresión ligera menor” con un 36.4% mientras que el sexo masculino obtuvo un 15.2% en esta clasificación. Por otro lado, el 27.3% de la población femenina y 15.2% del sexo masculino presentaron “No depresión”. Así mismo los individuos que presentaron “Depresión moderada” pertenecen al sexo femenino y aquellos que se encontraron en “Depresión grave” pertenecen al sexo masculino.

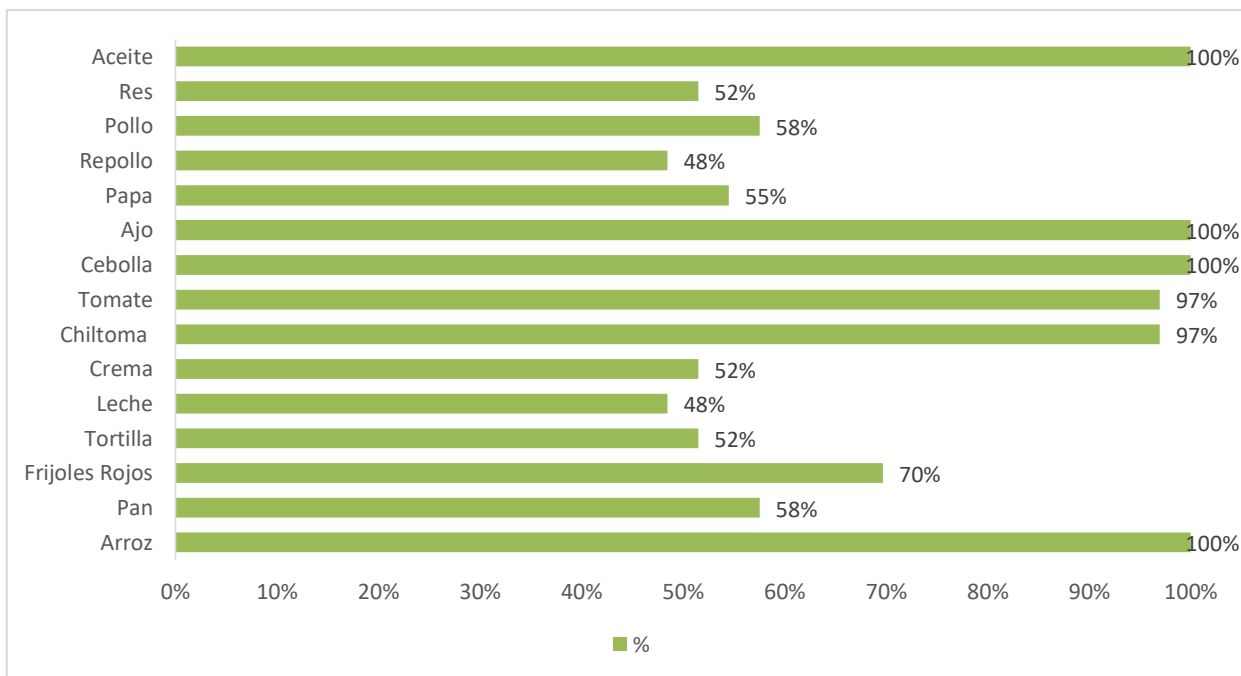


Figura 6. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

En la Figura 6 se presenta el patrón alimentario de las casas Hogares de Anciano “Sor María Romero” y “San Antonio”, el cual se estableció según la frecuencia de consumo de Alimentos. El patrón alimentario está compuesto por 15 alimentos de uso común que responden al comportamiento alimentario de los adultos mayores, y se compone por: arroz, pan, frijoles rojos, tortilla, leche, crema, chiltoma, tomate, cebolla, ajo, papa, repollo, pollo, res y aceite. Al comparar el patrón de consumo de alimentos a nivel nacional, según FAO, conformado por 21 productos en el área urbana, se observa que 15 de los 21 alimentos incluidos en el Patrón Alimentario Nacional están presentes en el comportamiento alimentario de los hogares de ancianos.

Se observó que el consumo alimentario de los adultos mayores de los hogares de ancianos tiende a ser variado debido a que estos expresaban que compraban alimentos e insumos por cuenta propia.

CAPITULO 5

9. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio sobre el estado nutricional, grado de depresión y factores de riesgo de la malnutrición en los adultos mayores de los hogares de ancianos “Sor María Romero” Managua y “San Antonio” de Managua y Masaya, se concluye lo siguiente:

1. En cuanto a las Características sociodemográficas se encontró que el sexo predominante fue el femenino. En cuanto al grupo de edad predominante va entre 75-84 años; cabe recalcar que la totalidad de los sujetos pertenece a la zona urbana. Con respecto a la escolaridad se encontró una prevalencia del sexo femenino con un nivel escolar de secundaria completa; en contraste con el sexo masculino en donde el nivel académico fue de universidad completa.
2. En relación a la reclasificación según la Mini Nutritional Assessment más de la mitad de la población posee “Riesgo de Malnutrición”.
3. En relación al grado de depresión en los adultos mayores se encontró que más de la mitad de la población presento “Depresión ligera menor”. Los individuos que presentaron “Depresión moderada” pertenecen al sexo femenino y aquellos que se encontraron en “Depresión grave” pertenecen al sexo masculino. Cabe recalcar que se logró observar que la depresión se presentó cuando existía “Riesgo de malnutrición” en los adultos mayores.
4. El comportamiento alimentario adoptado por los adultos mayores mostró que un alto porcentaje realiza los tres tiempos de comidas y dos meriendas. Los alimentos consumidos en los hogares de ancianos, se caracterizaron por ser alimentos ricos en carbohidratos y proteínas predominando las de origen animal. El patrón alimentario incluyó 15 alimentos: arroz, pan, frijoles rojos, tortilla, leche, crema, chiltoma, tomate, cebolla, ajo, papa, repollo, pollo, res y aceite, y relacionado con los parámetros dietéticos que conforman la Mini Nutritional Assessment se encontró una ingesta reducida de agua, frutas y vegetales; en donde también la anorexia moderada estuvo presente en aquellos individuos que presentaban cierto grado depresivo.

10. RECOMENDACIONES

A la Universidad:

Gestionar recursos financieros y apoyo técnico con instituciones relacionadas con el campo de la salud y nutrición, para apoyar investigaciones y estudios académicos sobre el tema de Nutrición y Envejecimiento.

Al Departamento de Nutrición:

Integrar en las prácticas de formación profesional la dotación de estudiantes en los centros institucionalizados para la protección y cuidado del adulto mayor con el objetivo de implementar programas, estrategias y acciones de seguimiento nutricional en los hogares de ancianos del país.

Seguir fomentando otros estudios relacionados a la línea de investigación de envejecimiento y nutrición.

A los Hogares de Ancianos:

Realizar acciones de monitoreo nutricional de los adultos mayores, desde el punto de vista antropométrico y dietético para identificar tempranamente a los adultos mayores en riesgo de malnutrición y de esta manera mejorar la calidad de vida de los mismos.

11. BIBLIOGRAFIA

- Estudio de Mercado sobre la Depresión en Chile.* . (06 de Enero de 2010). Obtenido de <http://www.novomerc.cl/depresion.html>
- Albamonte, A. (1991). *Ejercicios para la Tercera Edad*. Argentina: Albatros.
- Asamblea Nacional. (14 de Junio de 2010). *Normas Juridicas de Nicaragua*. Obtenido de <http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/6f892d6cb252254e0625775e0056bc37?OpenDocument>
- Banco Mundial. (Febrero de 2018). *datosmacro.com*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/paises/nicaragua>
- Berrios, R. A. (2007). Texto Básico de Geografía de Nicaragua. En R. A. Berrios, *geografía para estudiantes de la UNA* (pág. 51).
- Ceinos, M. G. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. 316-20.
- CEPAL. (2003). *Los Hombres y Mujeres Adultas Mayores en Nicaragua*. Managua.
- Cordero Ramos, D. (2014). *Guia de Alimentacion y Nutricion: Factores de Riesgo de Malnutricion en el Adulto Mayor Institucionalizado*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerantologia.
- DeaBueno, J. (24 de enero de 2010). *Depresión y las personas de la tercera edad*. Obtenido de mentalhealthanswers.org/page.asp?...personas_de_la_tercera_edad.
- Dulcey-Ruiz E, M. G. (10 de Febrero de 2010). *Calidad de vida y situaciones de cambio*. Obtenido de www.google.com.ni/Calidaddevidaenelanciano
- EP, Y. P. (2012). *Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla*. Barranquilla: Revista de Salud Pública, Barranquilla.

- FANTA. (Enero de 2013). *Food And Nutrition Technical Assistance*. Obtenido de USAID:
https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-BMI-charts-Enero2013-ESPANOL_0.pdf
- FAO. (2007). *Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA, Nicaragua*.
Nicaragua: FAO.
- Hernán, V. A. (2004). *Fundamentos de medicina, Psiquiatría*, 4ª edición. Medellín,
Colombia: Fondo Editorial CIB.
- INIDE. (2015). *Anuario Estadístico 2015*. Managua: INIDE.
- José Ramón Espinoza, M. M. (2002). *Salud Comunitaria* .
- L. Kathleen Mahan; L. Raymond, Janice;. (2017). *Dietoterapia Krause*. España: Elsevier
Inc.
- Lopez, J. A. (24 de Febrero de 2010). *La depresión en la tercera edad*. Obtenido de
www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-301-2-comportamientode-la-depresion-en-el-adulto-mayor.htm.
- Michalak, E., Murray, G., AHYoung, & Lam, R. (Octubre de 2008). *Consecuencias de la Depresión Bipolar sobre la Calidad de Vida*. Obtenido de
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb575.htm>
- NIH. (2016). *NIH*. Obtenido de
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>
- OMS. (2014). *Patrones de crecimiento*. Obtenido de
https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/
- OMS. (2019). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Obtenido de Investigaciones para una
cobertura sanitaria universal: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- OMS, O. M. (05 de Mayo de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

- OPS. (2018). *Envejecimiento Saludable*. Washington, D.C.
- OPS, O. P. (2004). Mantenerse en forma para la vida. *Necesidades nutricionales de los adultos*, 6-7.
- OPS, O. P., & OMS, O. (2004). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultos Mayores. Washington, D.C.: INFOSAL.
- Pantoja, C. T. (2017). *Alimentación del adulto Mayor según lugar de Residencia*. Lima : Scielo .
- Perez Vega, O. V. (2019). *CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE POSEEN LOS CUIDADORES Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “SAN ANTONIO” MASAYA, ENERO – ABRIL 2019*. Managua.
- PNDH, P. N. (2017). *EJES DEL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO 2018-2021*. Nicaragua.
- Pulido, L. (6 de Noviembre de 2016). *El Herald*. Obtenido de El Herald:
<https://www.elheraldo.co/entretenimiento/que-edad-empieza-la-vejez-300011>
- Ramos, Z. M., & Hernández, K. V. (2011). *Depresión y su asociación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León*. León .
- Roberto Hernández, C. F. (1991). *Metodología de la Investigación*. Naucalpan de Juárez, Edo. México: McGraw - Hill Interamericana de México S.A.
- Rodrigo, C. P., & Aranceta, J. (2015). *Métodos de Frecuencia de consumo alimentario*. Madrid: Revista Española de Nutrición Comunitaria .
- Romero, H. G. (28 de Febrero de 2018). Se Requiere más Especialistas en Adultos Mayores. *El Nuevo Diario* .
- SA, I. M. (2016). *Niú*. Obtenido de <https://niu.com.ni/los-sonadores-del-asilo-san-antonio/>

- Salud, O. P. (2004). *Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales de los adultos mayores*. Washington : OPS.
- Sampierie, R. (2014). *Metodología de la Investigación 6ta edición*. Mexico : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. .
- Shiguango, S., & Samira, M. (2014). *Shiguango, S., & Samira, M. (2014). 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*. Ecuador.
- Trejo, C. C., & Ruiz, A. A. (2018). *DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO MEXICANO DE ZACATECAS*. Mexico : Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.
- Trujillo, C. (2011). *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay*. Ecuador.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2004). *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría, 4ta Edición*. Colombia: Fondo Editorial CIB. Medellín.
- Villagómez, M. E. (2014). *Nutrición Clínica* . Mexico, D.F.: El Manual Moderno.
- Villarino, P. (20 de Noviembre de 2017). *Asociación entre la malnutrición y la depresión en mujeres mayores*. Obtenido de <https://blogs.funiber.org/salud-y-nutricion/2017/11/20/tesis-asociacion-malnutricion-depresion-mujeres-mayores>

ANEXOS



**FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
(Anexo 1)**



Valoración del adulto mayor Institucionalizado: Estado Nutricional, Depresión y Factores de riesgo de malnutrición (Edad, modelo y comportamiento Alimentario) en Hogar de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en periodo del año 2019.

Nombre del Encuestador _____

Nombre y Apellidos _____ **Fecha** ___/___/___

Sexo: F ___ M ___ **Peso en Kg** _____ **Talla en cm** _____

Altura talón-rodilla _____

Edad:

No sabe _____ Adulto Mayor. Entre 75-84 años _____

Entre 60-74 años _____ Adulto Mayor Longevo. Entre 85-99 años _____

Estado civil:

Soltero _____ Viudo _____ Unión Libre _____

Casado _____ Divorciado _____

Escolaridad:

Primaria Incompleta _____ Secundaria Incompleta _____

Primaria Completa _____ Secundaria completa _____

Universidad Completa _____ Otros _____

Procedencia:

Urbana _____ Rural _____

Mini Nutritional Assessment (MNA) Mini evaluación Nutricional (Anexo 2)

<p>I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS</p> <p>1. índice de masa corporal (IMC= peso/talla en kg/m²)</p> <p>0= IMC < 19 1= 19 ≤ IMC < 21 2= 21 ≤ IMC < 23 3= IMC ≥ 23</p> <p>2. Circunferencia braquial (CB en cm)</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22</p> <p>3. Circunferencia de la pierna (CP en cm)</p> <p>0= CP < 31 1 = CP ≥ 31</p> <p>4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)</p> <p>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</p> <p>II. EVALUACIÓN GLOBAL</p> <p>5. ¿El paciente vive en su domicilio?</p> <p>0=No 1= Si</p> <p>6. ¿Toma más de 3 medicamentos por día?</p> <p>0= Si 1 = No</p> <p>7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p>0= Si 1 = No</p> <p>8. Movilidad</p> <p>0= De la cama al sillón 1= Autonomía en el interior 2= Sale del domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos</p> <p>0= Demencia o depresión grave 1= Demencia o depresión moderada 2= Sin problemas psicológicos</p>	<p>10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?</p> <p>0 = Si 1 = No</p> <p>III. PARAMETROS DIETÉTICOS</p> <p>11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (Equivalente a dos platos y postre)</p> <p>0= 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p> <p>12. ¿El paciente consume?</p> <p>¿Productos lácteos al menos una vez al día? Sí No</p> <p>¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana? Sí No</p> <p>¿Carne, pescado o aves, diariamente? Sí No</p> <p>0,0 = 0 o 1 Si 0,5 = 2 Síes 1,0 = 3 Síes</p> <p>13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?</p> <p>0 = No 1 = Si</p> <p>14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses?</p> <p>0= Anorexia severa 1= Anorexia moderada 2= Sin anorexia</p> <p>15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...)</p> <p>0,0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos 1,0 = Mas de 5 vasos</p>
---	---

	<p>16. Forma de alimentarse</p> <p>0= Necesita ayuda 1= Se alimenta solo con dificultad 2= Se alimenta solo sin dificultad</p> <p>IV. VALORACIÓN SUBJETIVA</p> <p>17. ¿El paciente se considera, así mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales)</p> <p>0= Malnutrición severa 1= No lo sabe o malnutrición moderada 2= Sin problemas de nutrición</p> <p>18. En comparación con las personas de su edad ¿Cómo encuentra su estado de salud?</p> <p>0,0 = Peor 0,5 = No lo sabe 1,0 = Igual 2,0 = Mejor</p>
	<p>TOTAL (Máximo 30 puntos)</p> <p>Estratificación:</p> <p>≥ 24 puntos: Estado nutricional satisfactorio.</p> <p>De 17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición.</p> <p>< 17 puntos: Mal estado nutricional.</p>

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (validada por Lobo y cols186)
(Anexo 3)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4.Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales.
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5.Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultad de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversas sub gran dificultad

7. Laxitud, Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 1.

2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autoreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención

5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio

Estratificación				
	No Depresión	Ligera/ Menor	Moderada	Grave
Bobes,2004	0-6	7-19	20-34	35-60

Frecuencia de Consumo de Alimentos
(Anexo 4)

Marque con una X los alimentos que frecuenta consumir.

	1 a 2 veces por semana	3 a 5 veces por semana	6 a 7 veces por semana	NUNCA
CEREALES Y				
LEGUMINOSAS				
Arroz				
Pan				
Avena				
Pinolillo				
Cebada				
Frijoles rojos				
Frijoles negros				
Tortilla				
LACTEOS				
Leche				
Crema				
Leche agria				
Queso				
Yogurt				
FRUTAS Y				
VERDURAS				
Melón				
Sandia				
Papaya				
Limones				
Naranja				
Mangos				
Chiltoma				
Tomate				
Cebolla				
Ajo				
Zanahoria				
Papa				
Lechuga				
Repollo				
Pipián				
Chayote				
Ayote				
Remolacha				
Brócoli				

	1 a 2 veces por semana	3 a 5 veces por semana	6 a 7 veces por semana	NUNCA
CARNES Y GRASAS				
Pollo				
Res				
Cerdo				
Hígado				
Titiles				
Pescado				
Aceite				
Margarina				
Mantequilla				
Aguacate				



Formulario De Consentimiento Informado (Anexo 5)

(Para ser sujeto de investigación)

Valoración del adulto mayor Institucionalizado: Estado Nutricional, Depresión y Factores de riesgo de malnutrición (Edad, modelo y comportamiento Alimentario) en Hogar de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en periodo del año 2019.

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del participante: _____

- A. Propósito del estudio:** Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo del año 2019
- B. ¿Qué se hará?:** Se le tomará peso con una balanza de pie, posteriormente se tomará la talla tomándose la altura de la rodilla, circunferencia de la pantorrilla y circunferencia braquial con cinta métrica. Luego se le aplicara 3 instrumentos de recolección de información basados en depresión, mini examen nutricional y alimentación. Se le tomara fotografías con el fin de documentar evidencias del estudio. Estas pruebas tomaran un tiempo aproximado de 15 minutos.
- C. Riesgos:** El proceso de investigación no presentara ningún riesgo para el participante del estudio.

- D. Beneficios:** Con su participación en este estudio se podrá conocer su estado nutricional y cómo afecta su estado de ánimo con su alimentación. Por otro lado, colaborara con la investigación y aprendizaje de los investigadores.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguno de los investigadores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre y firma del sujeto

fecha

Nombre y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

**Presupuesto
(Anexo 6)**

No.	Rubro	Cantidad	Precio unitario	Precio total C\$	Precio total \$
1	Transporte	18	C\$100	C\$1,800	\$54.00
2	Impresiones	480	C\$1	C\$480	\$14.50
3	Alimentación	18	C\$95	C\$1,710	\$52.00
4	Internet y servicios telefónicos	Semanal	C\$52	C\$156	\$4.7
5	Lapiceros	6	C\$5	C\$30	\$1.00
6	Empastado de la primera versión de tesis	1	C\$550	C\$550	\$16.00
7	Impresión y encuadernado pre-defensa	4	C\$250	C\$1000	\$30.00
8	CD para grabar tesis final	2	C\$50	C\$100	\$3.00
9	Encuadernado	3	C\$30	C\$90	\$2.7
10	Impresión de primer borrador de protocolo	13	C\$1	C\$13	\$0.50
11	Impresión y empastado de informe de tesis	1	C\$550	C\$550	\$16.6
	Total			C\$6,479	\$195.00

Cronograma De Actividades
(Anexo 7)

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo Junio 2019 – Febrero 2020											
Actividades	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agt	Sept	Oct	Nov	Enero	Febr
<i>1. Presentación de propuestas de temática.</i>	X	X									
<i>2. Visita a las localidades correspondientes.</i>		X									
<i>3. Presentación de la información recolectada durante la visita y elección del tema.</i>			X								
<i>4. Delimitación del tema, definición de objetivo (general y específicos); redacción de la introducción, la justificación y los antecedentes.</i>			X								
<i>5. Caracterización, delimitación, formulación y sistematización de la problemática.</i>			X								
<i>6. Redacción, revisión y corrección del Primer Borrador del protocolo de investigación.</i>			X								
<i>7. Presentación del Primer Borrador del Protocolo a la comisión de Investigación de la carrera.</i>			X								

Objetivo General: Evaluar el Estado Nutricional, Grado de Depresión y factores de riesgo de la mal nutrición en los adultos mayores de los Hogares de ancianos Sor María Romero y San Antonio. Managua, Masaya en el periodo Junio 2019 – Febrero 2020

Actividades	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agt	Sept	Oct	Nov	Enero	Febr
<i>8. Corrección del Primer Borrador en base a observaciones hechas por el Comité de Investigación.</i>				X							
<i>9. Realización del Bosquejo de Marco Teórico y construcción del Marco Teórico en base a los objetivos.</i>				X							
<i>10. Presentación del Bosquejo de Marco Teórico y corrección al bosquejo.</i>					X						
<i>11. Determinación del universo y la muestra para la investigación.</i>					X						
<i>12. Diseño de instrumentos.</i>				X							
<i>13. Prueba de instrumentos</i>						X	X				
<i>14. Recolección de Datos</i>								X	X		
<i>15. Procesamiento y análisis de datos</i>										X	
<i>16. Presentación resultados</i>											X
<i>17. Evaluación Final</i>											X
<i>18. Informe Final</i>											X
<i>19. Defensa de Protocolo de Investigación</i>											X
<i>20. Publicación</i>											X

Tablas y Figuras de los Hogares de Ancianos
(Anexo 8)

Tabla 18. Sexo según edad de los participantes del estudio de los Hogares de Ancianos

		Sexo del Entrevistado				Total	% Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Edad	Entre 60-74 años	8	24.2%	2	6.1%	10	30.3%
	75-84 años	11	33.3%	3	9.1%	14	42.4%
	85-99 años	3	9.1%	4	12.1%	7	21.2%
	No sabe	0	0.0%	2	6.1%	2	6.1%
Total		22	66.7%	11	33.3%	33	100.0%

Tabla 19. Procedencia de los sujetos del estudio de los Hogares de Ancianos

	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	35	100

Tabla 20. Escolaridad del encuestado según sexo de los Hogares de Ancianos

		Sexo del Entrevistado				Total	% Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Escolaridad	Primaria Incompleta	1	3.0%	0	0.0%	1	3.0%
	Primaria Completa	2	6.1%	2	6.1%	4	12.1%
	Secundaria Incompleta	7	21.2%	0	0.0%	7	21.2%
	Secundaria Completa	6	18.2%	0	0.0%	6	18.2%
	Universidad Completa	3	9.1%	5	15.2%	8	24.2%
	Otros	3	9.1%	4	12.1%	7	21.2%
	Total	22	66.7%	11	33.3%	33	100.0%

Tabla 21. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) según el sexo de los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

		Sexo del Entrevistado				Total	%Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Clasificación según Mini Nutritional Assesment (MNA)	De 17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición.	12	36.4%	7	21.2%	19	57.6%
	< 17 puntos: Mal estado nutricional.	10	30.3%	4	12.1%	14	42.4%
Total		22	66.7%	11	33.3%	33	100.0%

Tabla 22. Grado de Depresión según la Montgomery-Asberg de los Adultos Mayores según el sexo de los Hogares de Ancianos

		Sexo del Entrevistado				Total	%Total
		Femenino	Femenino	Masculino	Masculino		
Grado de Depresión	0-6: No Depresión	9	27.3%	5	15.2%	14	42.4%
	007 - 19: Depresión Ligera	12	36.4%	5	15.2%	17	51.5%
	Menor						
	20-34: Depresión Moderada	1	3.0%	0	0.0%	1	3.0%
	35-60: Depresión Grave	0	0.0%	1	3.0%	1	3.0%
Total		22	66.7%	11	33.3%	33	100.0%

Tabla 23. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores de los Hogares de Ancianos

Patrón De Consumo		
Alimento	Frecuencia	%
Arroz	33	100%
Pan	19	58%
Frijoles	23	70%
Rojos		
Tortilla	17	52%
Leche	16	48%
Crema	17	52%
Chiltoma	32	97%
Tomate	32	97%
Cebolla	33	100%
Ajo	33	100%
Papa	18	55%
Repollo	16	48%
Pollo	19	58%
Res	17	52%
Aceite	33	100%

**Tablas y Figuras de los Hogares de Ancianos “Sor María Romero” y “San Antonio”
(Anexo 9)**

Tabla 24. Sexo según edad de los participantes del estudio del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

		Sexo del Entrevistado				Total	%Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Edad	Entre 60-74 años	3	17.6%	0	0.0%	3	17.6%
	75-84 años	7	41.2%	2	11.8%	9	52.9%
	85-99 años	3	17.6%	1	5.9%	4	23.5%
	No sabe	0	0.0%	1	5.9%	1	5.9%
Total		13	76.5%	4	23.5%	17	100.0%

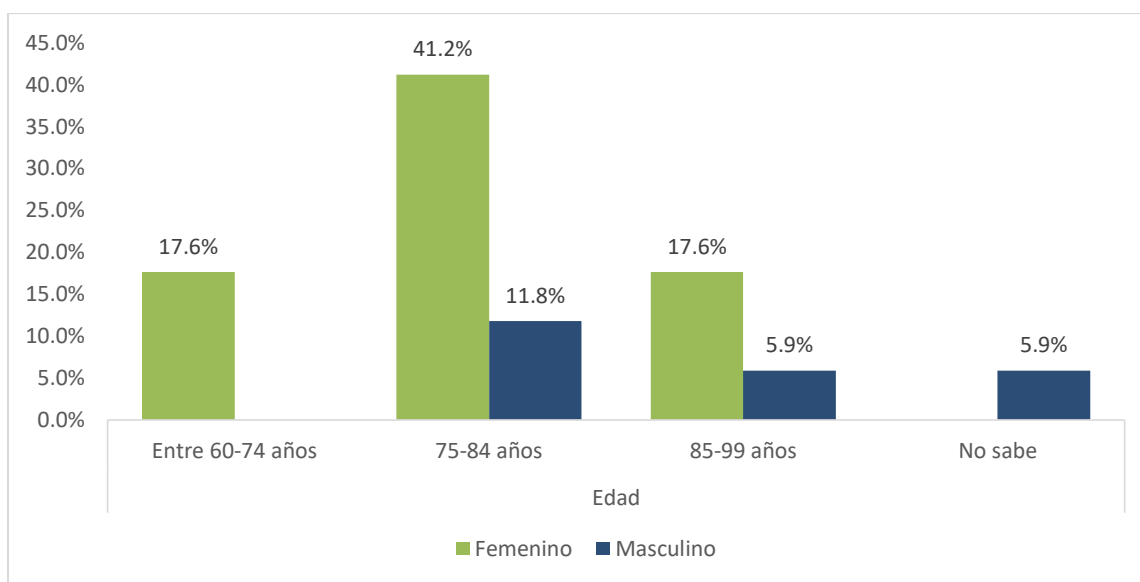


Figura 7. Sexo según edad de los participantes del estudio del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

Tabla 25. Escolaridad del encuestado según sexo del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

		Sexo del Entrevistado				Total	% Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Escolaridad	Primaria Incompleta	1	5.9%	0	0%	1	5.9%
	Primaria Completa	1	5.9%	0	0%	1	5.9%
	Secundaria Incompleta	4	23.5%	0	0%	4	23.5%
	Secundaria Completa	5	29.4%	0	0%	5	29.4%
	Universidad Completa	1	5.9%	2	11.80%	3	17.6%
	Otros	1	5.9%	2	11.80%	3	17.6%
Total		13	76.5%	4	23.50%	17	100.0%

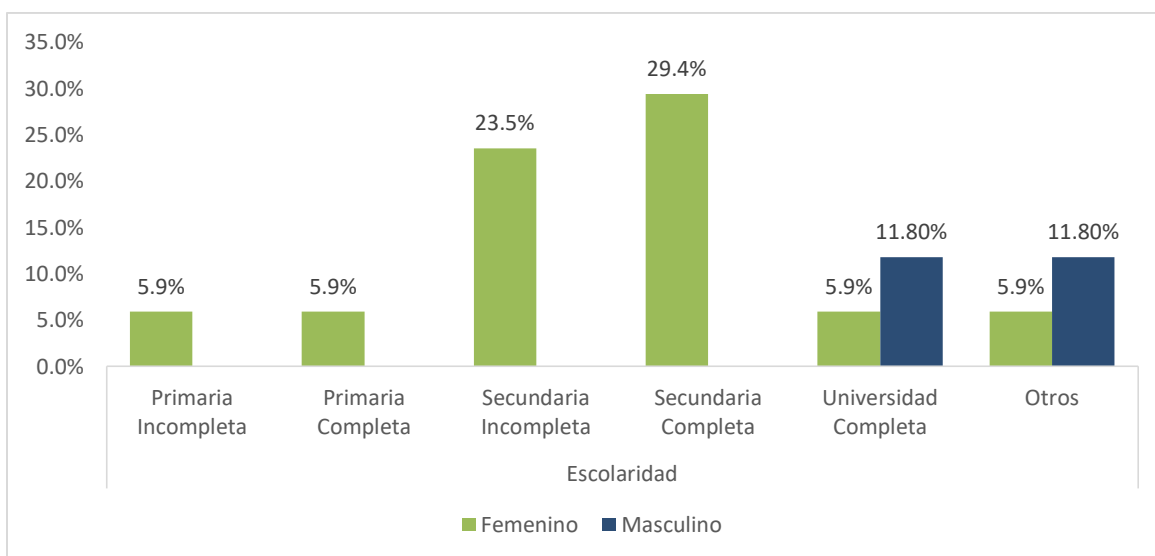


Figura 8. Escolaridad del encuestado según sexo del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

Tabla 26. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) según sexo de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

		Femenino	%F	Masculino	%M	Total	%Total
Clasificación según Mini Nutritional Assesment (MNA)	De 17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición.	7	41.10%	3	17.60%	10	58.8%
	< 17 puntos: Mal estado nutricional.	6	35.40%	1	5.90%	7	41.2%
Total		13	76.5	4	23.50%	17	100.0%

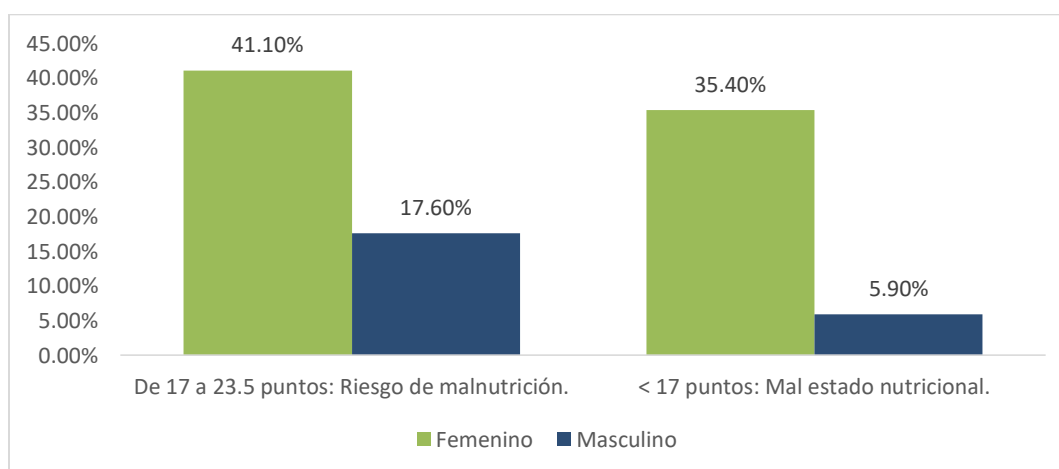


Figura 9. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) según sexo de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

Tabla 27. Grado de Depresión según la *Montgomery-Asberg* de los Adultos Mayores según el sexo del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

Grado de Depresión	Sexo del Entrevistado				Total	%Total
	Femenino	%F	Masculino	%M		
0-6: No Depresión	5	29.4%	2	11.70%	7	41.2%
007 - 19: Depresión Ligera Menor	7	41.2%	1	5.90%	8	47.1%
20-34: Depresión Moderada	1	5.9%	0	0%	1	5.9%
35-60: Depresión Grave	0	0.0%	1	5.90%	1	5.9%
Total	13	76.5%	4	23.50%	17	100.0%

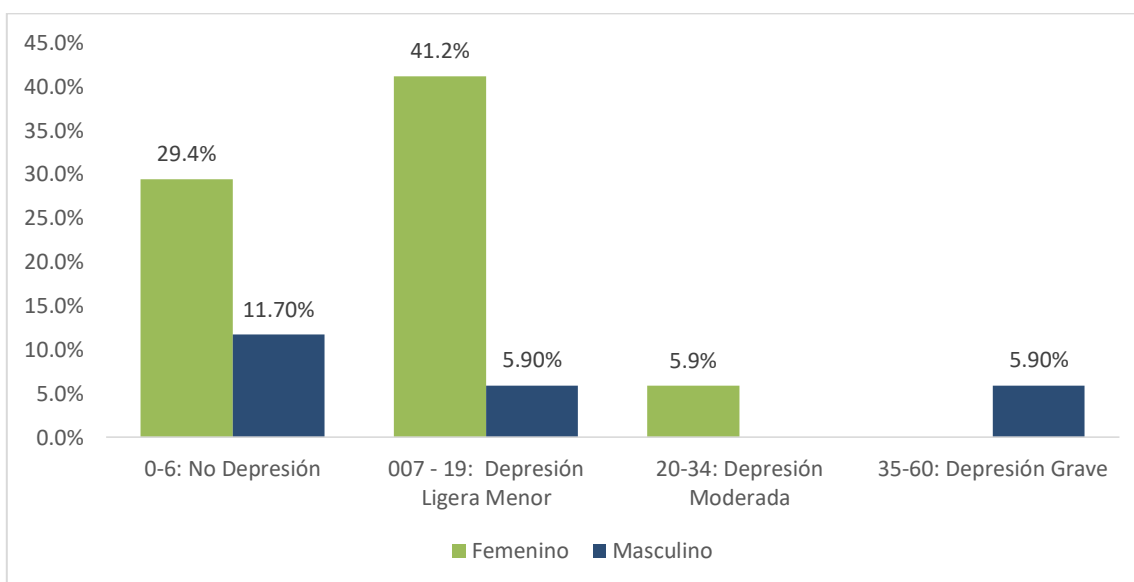


Figura 10. Grado de Depresión según la *Montgomery-Asberg* de los Adultos Mayores según el sexo del Hogar de Ancianos “Sor María Romero”

Tabla 28. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores del Hogares de Ancianos “Sor María Romero”

Patrón de Consumo		
Alimento	Frecuencia	%
Arroz	10	58.80%
Pan	11	64.70%
Pinolillo	9	52.90%
Frijoles Rojos	12	70.60%
Tortilla	11	64.70%
Crema	10	58.80%
Chiltoma	17	100%
Tomate	17	100%
Cebolla	17	100%
Ajo	17	100%
Pollo	10	58.80%
Aceite	17	100%

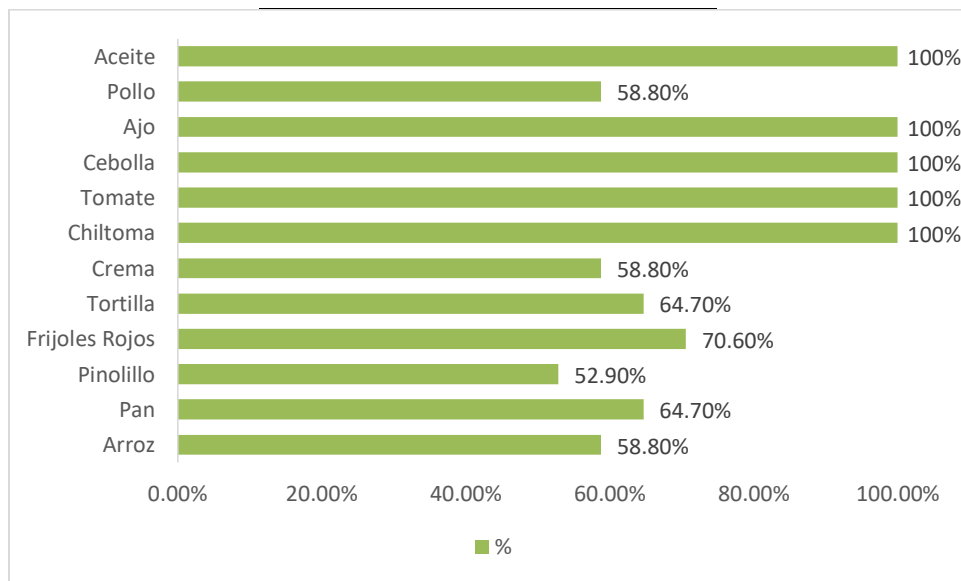


Figura 11. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores del Hogares de Ancianos “Sor María Romero”

Tabla 29. Sexo según edad de los participantes del estudio del Hogar de Ancianos “San Antonio”

		Sexo del Entrevistado				Total	%Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Edad	Entre 60-74 años	5	31.3%	2	12.5%	7	43.8%
	75-84 años	4	25.0%	1	6.3%	5	31.3%
	85-99 años	0	0.0%	3	18.8%	3	18.8%
	No sabe	0	0.0%	1	6.3%	1	6.3%
Total		9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%

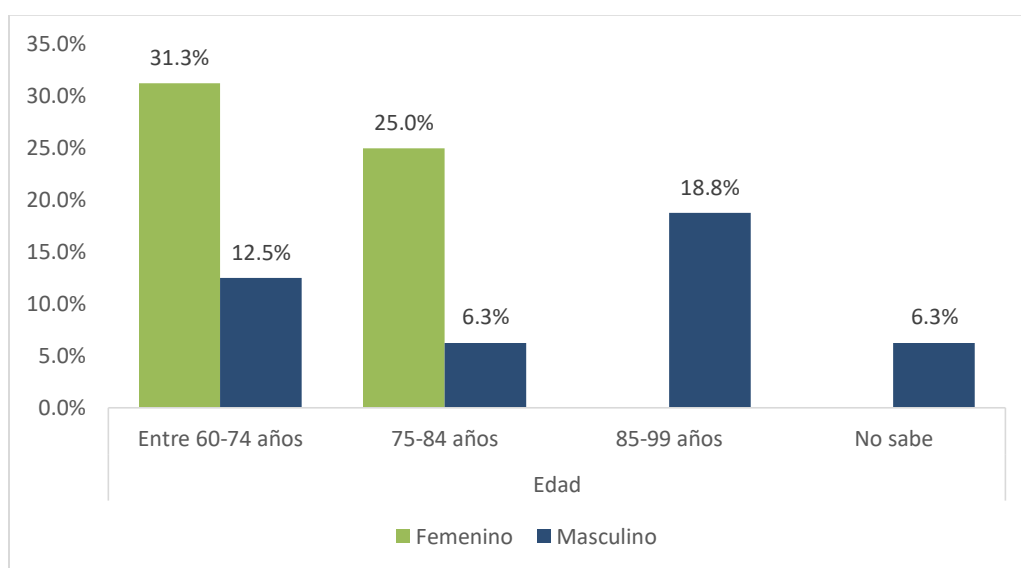


Figura 12. Sexo según edad de los participantes del estudio del Hogar de Ancianos “San Antonio”

Tabla 30. Escolaridad del encuestado según sexo del Hogar de Ancianos “San Antonio”

		Sexo del Entrevistado				Total	%Total
		Femenino	%F	Masculino	%M		
Escolaridad	Primaria Completa	1	6.3%	2	12.5%	3	18.8%
	Secundaria Incompleta	3	18.8%	0	0.0%	3	18.8%
	Secundaria Completa	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%

	Universidad Completa	2	12.5%	3	18.8%	5	31.3%
	Otros	2	12.5%	2	12.5%	4	25.0%
Total		9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%

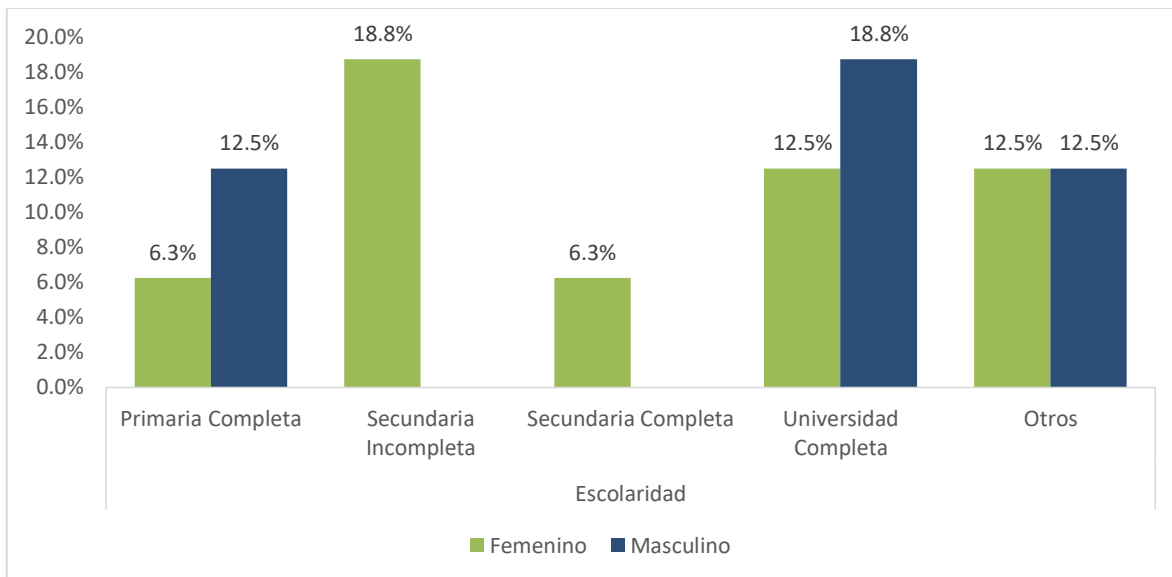


Figura 13. Escolaridad del encuestado según sexo del Hogar de Ancianos "San Antonio"

Tabla 31. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos "San Antonio"

	Sexo del Entrevistado				Total	%Total
	Femenino	%F	Masculino	%M		
Clasificación según Mini Nutritional Assesment (MNA)	De 17 a 23.5 puntos: Riesgo de malnutrición.					
	5	31.3%	4	25.0%	9	56.3%
	< 17 puntos: Mal estado nutricional.					
	4	25.0%	3	18.8%	7	43.8%
Total	9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%

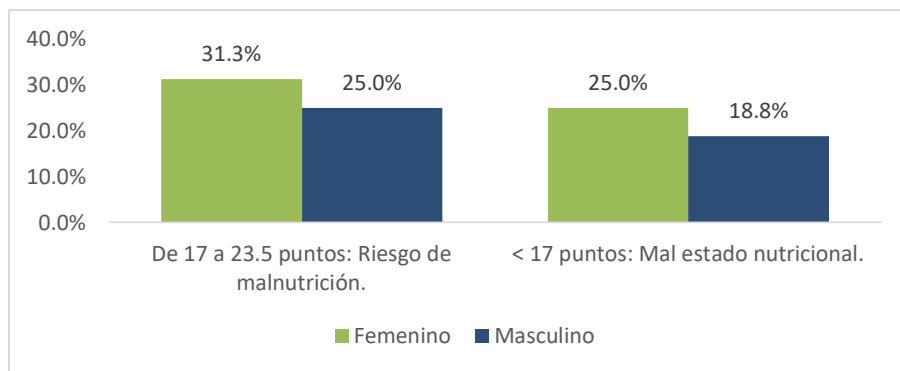


Figura 14. Riesgo de Malnutrición según el MNA (Mini Evaluación Nutricional) de los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “San Antonio”

Tabla 32. Grado de Depresión según la Montgomery-Asberg de los Adultos Mayores según el sexo del Hogar de Ancianos “San Antonio”

	Sexo del Entrevistado				Total	%Total
	Femenino	%F	Masculino	%M		
Grado de Depresión 0-6: No Depresión	4	25.0%	3	18.8%	7	43.8%
Grado de Depresión 007 - 19: Depresión Ligera Menor	5	31.3%	4	25.0%	9	56.3%
Total	9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%

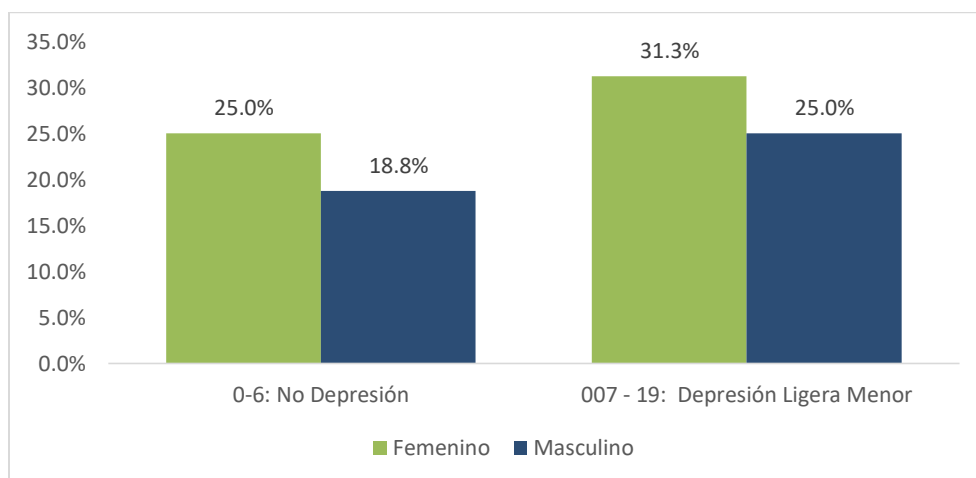


Figura 15. Grado de Depresión según la Montgomery-Asberg de los Adultos Mayores según el sexo del Hogar de Ancianos “San Antonio”

Tabla 33. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores del Hogares de Ancianos “San Antonio”

Patrón de Consumo		
Alimentos	Frecuencia	%
Arroz	16	100%
Pan	8	50%
Avena	8	50%
Frijoles Rojos	11	69%
Leche	8	50%
Crema	7	44%
Sandia	7	44%
Chiltoma	15	94%
Tomate	15	94%
Cebolla	16	100%
Ajo	16	100%
Papa	10	63%
Repollo	10	63%
Pollo	9	56%
Res	9	56%
Aceite	16	100%

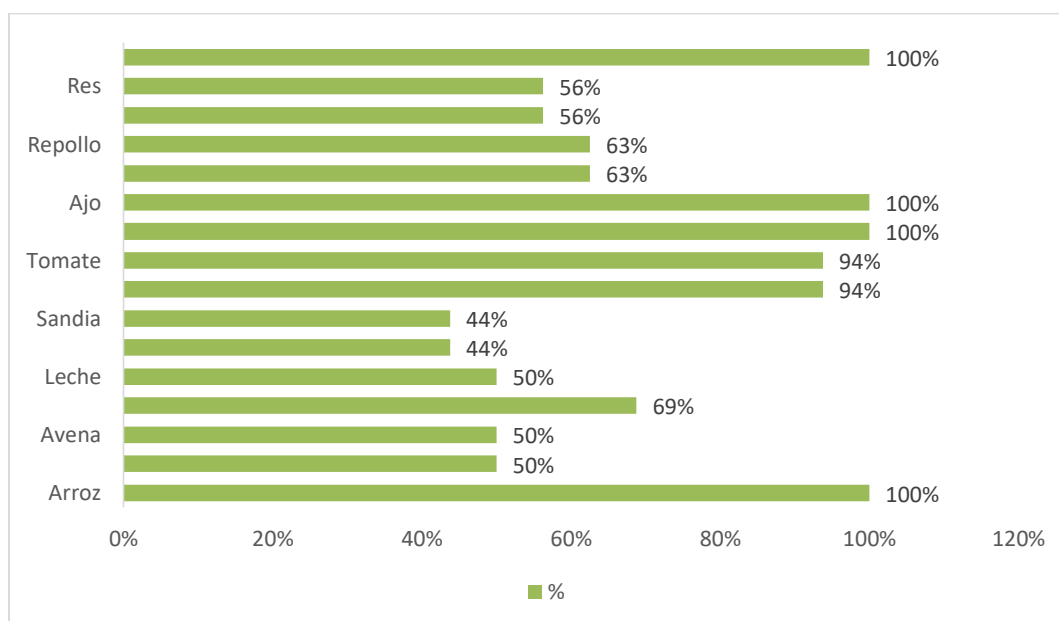


Figura 16. Patrón de Consumo de alimentos de los Adultos Mayores del Hogares de Ancianos “San Antonio”

**Galería Fotográfica
(Anexo 10)**







