

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL
ADULTO MAYOR QUE SON PARTE DEL GRUPO COMUNITARIO CLUB
DEL CAFECITO DE LA ALCALDÍA AUXILIAR DE LA ZONA 1, EN LA
CIUDAD DE GUATEMALA DURANTE EL PERIODO DE JULIO A
DICIEMBRE DE 2024.**

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

ALEJANDO JAVIER MILIAN PAGANINI CARNET NO. 23006467

CARLOS ALBERTO GÓMEZ GALLARDO CARNET NO. 23002235

MICHELLE ADAÍ GARZARO TAKS CARNET NO. 19012800

**PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO**

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. CAPITULO I	5
1.1. Justificación De La Investigación	5
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Hipótesis.....	6
1.4. Objetivos de la investigación	7
2. CAPITULO II.....	8
2.1. Adulto mayor.....	8
2.2. Depresión	26
2.3. Estado Nutricional.....	37
2.4. Municipalidad de Guatemala	42
3. CAPITULO III.....	45
3.1. Métodos de investigación.....	45
3.2. Técnicas:.....	45
3.3. Instrumentos:.....	45
3.4. Cronograma de actividades (cuadro con meses).....	47
3.5. Recursos	47
4. CAPÍTULO IV.....	49
4.1. Resultados:	49
4.2. Discusión:.....	53
5. CAPÍTULO V.....	53
5.1. Conclusiones:	57
5.2. Recomendaciones:.....	57
6. BIBLIOGRAFÍA	59

Bibliografía	59
7. CAPÍTULO VII.	63
7.1. Escala De Depresión Geriátrica	63
7.2. Mini Nutricional Assessment	65

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población geriátrica a nivel mundial está creciendo de forma exponencial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el período del año 2015 al año 2050 la proporción de adultos mayores aumentará un 22% existiendo un crecimiento poblacional de 900 millones a 2000 millones de adultos mayores a nivel mundial. (Borrayo, Fernández, Barrientos, Mendoza, & Barrera, 2017) (Jimenez, Garcia, & Orozco, 2021)

La depresión y el estado nutricional en los adultos mayores son temas de creciente interés debido a su impacto en la salud mental y física que al final repercute drásticamente en la calidad de vida. La depresión puede provocar afeción en la calidad de vida, inapetencia y pérdida de peso por la insuficiente ingesta de nutrientes, por lo que es natural pensar que una deficiencia de micronutrientes puede agravar los síntomas de depresión creando un círculo vicioso. (Ríos & Huacchillo, 2023)

La presente investigación se realizó con una población de adultos mayores pertenecientes al grupo comunitario organizado por la alcaldía Auxiliar de la Municipalidad de Guatemala donde se utilizó herramientas de cribado que puedan evidenciar el estado de salud del adulto mayor con el fin de analizar la fuerza de interacción entre estas, por medio de la técnica estadística de Pearson y valorar de mejor manera como se puede crear intervenciones adecuadas en la atención del paciente geriátrico de forma preventiva.

Según la OMS se estima que más del 20% de los adultos mayores padecen algún trastorno mental o neurológico siendo la depresión el trastorno con más incidencia por año a nivel mundial en un 15%. El tema de la malnutrición en los adultos mayores es una problemática crítica en la salud pública ya que tiene una alta asociación con enfermedades crónicas, afecta entre el 15 y 30% de los adultos mayores a nivel mundial. (Mejía, Armada, Mucha-Samaniego, & Huaman, 2023)

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1. Justificación De La Investigación

El aumento del envejecimiento poblacional plantea nuevos horizontes y desafíos en los sistemas de salud por lo que es necesario investigar, prever y diseñar intervenciones que mejoren la calidad de vida del adulto mayor.

Las afecciones en la salud mental y el estado nutricional afectan de gran manera y producen un grave impacto en la calidad de vida por lo que la identificación de factores de riesgo tempranos puede prevenir enfermedades crónicas (factores modificables) y así reducir los costos de atención medico asistencial en la salud pública.

La identificación de factores de riesgo tempranos puede no solo prevenir algunas enfermedades crónicas, si no también realizar evidenciar la poca o nula atención a la salud mental y el estado nutricional en el adulto mayor, esto permitirá que en el futuro se puedan crear nuevas herramientas de cribaje adaptadas a nuestras poblaciones, diseño y metodologías que evalúen y traten al adulto mayor de forma integral.

La depresión puede provocar afección en la calidad de vida, inapetencia y pérdida de peso por la insuficiente ingesta de nutrientes, por lo que es natural pensar que una deficiencia de micronutrientes puede agravar los síntomas de depresión creando un círculo vicioso. (Ríos & Huacchillo, 2023)

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Definición del problema:

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y el nivel de depresión en los adultos que son parte del grupo comunitario Club del Cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1 distrito 1 de la municipalidad de Guatemala, Guatemala en el periodo de julio a diciembre de 2024?

1.2.2. Delimitación del problema

1.2.2.1. Unidad de análisis:

Alcaldía auxiliar de la zona 1 Distrito 1

1.2.2.2. Sujetos de investigación:

Adultos mayores de género masculino y femenino que son parte del club de cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1.

- **Criterios de inclusión:** Adultos mayores de género masculino y femenino de 65 años o mayor, quienes son parte del club de cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1.
- **Criterios de exclusión:** Personas que No sean parte del club de cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1. Personas menores de 65 años.

1.2.2.3. Tamaño de la muestra:

El 100% (n=55) de los adultos mayores que son parte del club del cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1.

1.2.2.4. Ámbito geográfico:

La investigación se realizó en el centro de la alcaldía auxiliar municipal en donde se realizan las actividades del grupo de adultos mayores llamada “club del cafecito” en la zona 1 de la ciudad capital ubicado en la 12 ave 12-06 zona 1, la cual se encuentra en el área central, a 1500 m de altitud, en tierras templadas, las temperaturas oscilan entre los 12–24 °C en invierno y los 16–25 °C del verano.

1.2.2.5. Ámbito temporal:

De julio a diciembre del año 2024.

1.3.Hipótesis

Ho: No existe relación entre depresión y el estado nutricional en el adulto mayor que son parte del grupo comunitario club del cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1.

Ha: Si existe relación entre depresión y el estado nutricional en el adulto mayor que son parte del grupo comunitario club del cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona

1.4.Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General:

Determinar el estado nutricional y el nivel de depresión en el adulto mayor que son parte del grupo comunitario Club del Cafecito de la alcaldía auxiliar de la zona 1 distrito 1 de la municipalidad de Guatemala, Guatemala en el período de julio a diciembre de 2024

1.4.2. Objetivos Específicos

- 1.4.2.1.** Identificar el estado nutricional del adulto mayor que son parte del grupo comunitario mediante el uso de la herramienta llamada Mini Nutritional Assessment (MNA).
- 1.4.2.2.** Describir los niveles de depresión del adulto mayor mediante el uso de la herramienta llamada test de Yesavage, también conocido como la Escala de Depresión Geriátrica.
- 1.4.2.3.** Comparar los niveles de depresión y el estado nutricional entre los adultos mayores

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. Adulto Mayor

2.1.1. Definición

La etapa de la adultez avanzada es un momento crucial en la vida de las personas, marcado por una serie de cambios físicos, emocionales y sociales. A medida que la población mundial envejece, es fundamental entender y valorar el papel del adulto mayor en la sociedad. Esta etapa no solo implica el final de un ciclo, sino también la oportunidad de reflexionar sobre experiencias pasadas y contribuir de manera significativa a la comunidad. En este contexto, es importante definir qué se entiende por adulto mayor, considerando sus características y el impacto que tienen en su entorno, según Rodríguez, et al. (2018):

El término adulto mayor generalmente se refiere a una persona que ha alcanzado una edad avanzada, comúnmente a partir de los 60 o 65 años, dependiendo del país o el contexto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como aquellas personas que han llegado a los 60 años o más. Esta etapa de la vida está marcada por ciertos cambios físicos, cognitivos y emocionales, aunque el envejecimiento puede variar ampliamente entre individuos debido a factores como el estilo de vida, la genética y el entorno social.

Los antecedentes sobre el concepto de adulto mayor y su importancia en diversas áreas se encuentran en diferentes disciplinas como la salud, la psicología y la sociología. El interés en los adultos mayores ha aumentado con el envejecimiento de la población mundial, un fenómeno conocido como transición demográfica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2050, la población mayor de 60 años se duplicará, alcanzando los 2 mil millones. Este envejecimiento plantea desafíos y oportunidades en áreas como la atención médica, las pensiones y la inclusión social.

Desde la sociología gerontológica se concibe este concepto con tres tipos distintos de definición, la primera definición es la vejez cronológica entendiendo que la edad es relevante para comprender ese proceso, la segunda definición es la vejez funcional como forma de ver cuando aparecen las limitaciones y discapacidades. Por último, la vejez entendida como parte del proceso de ciclo vital de las personas y que presentan características singulares. (Rodríguez Ávila, 2018)

La vejez cronológica se basa en la edad como fenómeno, refleja una perspectiva objetiva y medible, esta definición limita la percepción social de la vejez en la medida en que no enfatiza las diversas complejidades en la salud y el bienestar del envejecimiento. La vejez funcional se centra en las capacidades y las discapacidades físicas y mentales y señala que no todos los viejos o las personas en ciertas edades experimentan lo mismo. La tercera, la vejez como parte del ciclo vital, subraya que el envejecimiento es algo que cada uno experimenta por numerosos factores sociales, culturales e individuales. Todas juntas, estas definiciones proporcionan un amplio marco que permite percibir a los adultos mayores no sólo como un número, sino como una etapa de vida rica en matices y significados.

2.1.1.1. Antecedentes

La atención a la salud de los adultos mayores es fundamental. Con la edad, aumentan las probabilidades de padecer enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, lo que genera una mayor demanda de servicios médicos. Programas de salud pública como el Envejecimiento Saludable de la OMS se han centrado en mejorar la calidad de vida de este grupo, promoviendo la prevención de enfermedades y la actividad física.

Con el envejecimiento también pueden aparecer cambios cognitivos. Algunas personas experimentan un deterioro cognitivo leve o demencias, como el Alzheimer. Herramientas como el Mini-Mental State Examination (MMSE) y la Montreal Cognitive Assessment (MoCA) se utilizan para evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores y detectar posibles deterioros tempranos. (Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática; C. Loureiro, C. García, L. Adana, T. Yacelga, A. Rodríguez-Lorenzana, C. Maruta 2018)

Investigaciones han demostrado que la participación en actividades sociales, físicas y cognitivas tiene un impacto positivo en la salud mental y emocional de los adultos mayores. La teoría de la actividad sugiere que mantener a los adultos mayores activos en la sociedad mejora su bienestar. Este enfoque ha dado lugar a programas de envejecimiento activo que promueven la autonomía y la participación social, además de influir positivamente en su estado cognitivo.

El envejecimiento poblacional ha llevado a que los gobiernos implementen políticas dirigidas a los adultos mayores, como los sistemas de pensiones, la atención geriátrica y programas de envejecimiento activo. Estas políticas buscan garantizar que los adultos mayores mantengan una calidad de vida digna, autonomía y acceso a servicios de salud.

2.1.1.2. Nivel Mundial

A nivel mundial, el envejecimiento de la población es un fenómeno de gran relevancia, impulsado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad. Este proceso, conocido como transición demográfica, está transformando la estructura etaria de muchas naciones, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

El mundo está experimentando un crecimiento sin precedentes en el número de personas mayores. En 2020, la cantidad de personas de 60 años o más superó los mil millones, y se espera que esta cifra alcance los 2 mil millones para 2050, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este crecimiento es particularmente notable en regiones como Asia y América Latina, donde la población envejece a un ritmo acelerado.

2.1.1.2.1. Principales regiones afectadas

Asia: Países como Japón, Corea del Sur y China enfrentan una de las tasas de envejecimiento más rápidas del mundo. Japón, por ejemplo, tiene más del 28% de su población por encima de los 65 años. Este rápido envejecimiento está impulsando cambios en el sistema de salud y pensiones, y ha motivado la automatización y el uso de tecnologías de asistencia para atender a la población mayor.

Europa: Europa también tiene una alta proporción de adultos mayores, con países como Italia y Alemania con poblaciones envejecidas. La Unión Europea ha implementado políticas para abordar el envejecimiento mediante el apoyo a la vida independiente, la mejora del acceso a los servicios de salud y la promoción del envejecimiento activo.

América Latina: Aunque históricamente esta región ha tenido una población más joven, ésta comenzando a envejecer rápidamente. Países como Argentina, Brasil y México han visto un aumento significativo en su población de adultos mayores, lo que genera desafíos para los sistemas de salud y pensiones, que no estaban preparados para este cambio demográfico.

África: A pesar de tener una población mayoritariamente joven, África también verá un aumento en su población de adultos mayores en las próximas décadas, aunque a un ritmo más lento que otras regiones. Esto plantea el desafío de desarrollar infraestructuras de salud y protección social para apoyar a esta población en crecimiento. (Organización Mundial de Salud, 2023)

2.1.1.2.2. Desafíos del envejecimiento mundial

El aumento de la población de adultos mayores presenta varios desafíos para los gobiernos y sociedades en términos de salud, protección social y economía. A medida que las personas envejecen, aumentan las enfermedades crónicas y la necesidad de atención médica. Los sistemas de salud deben adaptarse para proporcionar cuidados a largo plazo, geriátricos y de rehabilitación. La falta de suficientes cuidadores formales y familiares es una preocupación global, especialmente en países con una población envejecida significativa.

Las pensiones y los sistemas de protección social están bajo presión debido al aumento de la longevidad. En muchos países, los sistemas de pensiones no están financiados adecuadamente para cubrir la creciente población de jubilados. Los adultos mayores representan un recurso valioso en términos de experiencia y habilidades, pero a menudo enfrentan exclusión social y estereotipos negativos. El envejecimiento activo, promovido por la OMS, busca integrar a los adultos mayores en la vida social y laboral, apoyando su bienestar físico, mental y emocional. (Organización Mundial de Salud, 2023)

2.1.1.2.3. Enfoques y soluciones

Japón ha adoptado tecnologías avanzadas, como la robótica asistencial, para ayudar en el cuidado de los mayores. Europa ha fomentado el envejecimiento activo mediante la educación continua y el trabajo intergeneracional, permitiendo que las personas mayores sigan participando en la fuerza laboral o en actividades comunitarias.

2.1.1.2.4. Nivel Latinoamericano

En América Latina, iniciativas como las pensiones no contributivas en México y Brasil han sido diseñadas para proteger a las personas mayores en situación de pobreza. El envejecimiento de la población en América Latina se ha convertido en un fenómeno demográfico de gran relevancia en las últimas décadas. Aunque tradicionalmente la región ha tenido una población mayoritariamente joven, el descenso de las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida han impulsado un cambio que presenta importantes retos y oportunidades para los gobiernos y las sociedades. (Organización Mundial de Salud, 2023)

2.1.1.2.5. Datos demográficos en América Latina

En la actualidad, aproximadamente el 13% de la población de América Latina tiene 60 años o más, lo que equivale a unos 84 millones de personas, para 2050, se espera que esta cifra ascienda al 25% de la población, alcanzando los 200 millones de adultos mayores, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

La esperanza de vida en la región ha aumentado significativamente en las últimas décadas, alcanzando en promedio los 75 años, aunque varía entre países.

América Latina enfrenta un proceso de envejecimiento mucho más rápido en comparación con los países desarrollados. Esto se debe a que, en las últimas décadas, la región ha experimentado tanto una rápida disminución en las tasas de natalidad como un incremento en la esperanza de vida. El envejecimiento acelerado deja poco tiempo para que los sistemas de salud y protección social se adapten. Aunque la población está envejeciendo, gran parte de los adultos mayores en América Latina enfrentan desigualdades económicas y sociales. Un porcentaje significativo vive en la pobreza o carece de acceso a sistemas de pensiones adecuados, debido a la informalidad laboral predominante en muchos países.

La transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, ha aumentado la demanda de servicios de salud especializados para los adultos mayores. Sin embargo, muchos sistemas de salud en la región están sobrecargados y no cuentan con los recursos necesarios para brindar una atención geriátrica integral. A pesar de los esfuerzos de varios países por establecer pensiones contributivas y no contributivas, muchos adultos mayores, especialmente aquellos que han trabajado en el sector informal, no tienen acceso a una pensión adecuada. Esto genera altos niveles de vulnerabilidad y dependencia económica.

2.1.1.2.6. Países y sus enfoques

Argentina ha sido uno de los pioneros en la implementación de políticas para el bienestar de los adultos mayores. Su sistema de pensiones, aunque con desafíos, es uno de los más desarrollados de la región. Además, el país cuenta con programas de atención en salud y servicios especializados para este grupo etario. (CEPAL, 2021)

Chile ha implementado un sistema de pensiones basado en cuentas individuales de ahorro desde los años 80, aunque ha sido criticado por no ofrecer suficiente cobertura o montos adecuados para

muchos adultos mayores. En los últimos años, ha habido reformas y debates sobre cómo mejorar este sistema para garantizar una jubilación más digna.

En Brasil, las pensiones no contributivas, como el Benefício de Prestação Continuada (BPC), han sido fundamentales para reducir la pobreza entre los adultos mayores. Sin embargo, el sistema de seguridad social enfrenta presiones financieras debido al envejecimiento de la población.

México ha desarrollado el programa de Pensión para el Bienestar, que otorga pensiones no contributivas a los adultos mayores de 65 años que no reciben otras formas de pensión. Este programa ha sido clave para reducir la pobreza en este grupo poblacional, aunque el sistema de salud pública aún enfrenta retos en términos de cobertura y calidad.

En Colombia, el sistema de pensiones es mixto, combinando contribuciones de los trabajadores con un fondo común. Sin embargo, una gran parte de los adultos mayores no está cubierta por este sistema, especialmente aquellos que han trabajado en el sector informal.

La región enfrenta un aumento en las enfermedades crónicas y la necesidad de desarrollar servicios de cuidados a largo plazo para los adultos mayores, incluyendo cuidados paliativos y geriátricos. Los sistemas de salud en muchos países no están completamente preparados para enfrentar la creciente demanda. Los sistemas de pensiones en América Latina no cubren a toda la población de adultos mayores debido a la alta informalidad laboral. Además, en muchos países, las pensiones son insuficientes para garantizar una calidad de vida adecuada.

Las desigualdades en términos de acceso a servicios de salud, pensiones y oportunidades de participación social son profundas. Las mujeres adultas mayores, en particular, enfrentan mayores desafíos debido a brechas de género acumuladas a lo largo de sus vidas.

En América Latina, las familias tradicionalmente han jugado un papel fundamental en el cuidado de los adultos mayores. Sin embargo, con el cambio en las estructuras familiares y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, este apoyo está disminuyendo, lo que genera una mayor necesidad de servicios públicos de cuidado.

2.1.1.3. Políticas Y Soluciones Emergentes

Muchos países de la región están promoviendo el concepto de envejecimiento activo, que incluye fomentar la participación de los adultos mayores en la vida social, cultural y económica, así como promover la salud física y mental.

Varios países están en proceso de reformar sus sistemas de pensiones para aumentar la cobertura y mejorar los beneficios. También se están implementando programas de pensiones no contributivas para aquellos que no han podido cotizar en el sistema formal.

Se están diseñando políticas para crear sistemas de cuidados a largo plazo que apoyen tanto a los adultos mayores como a sus familias. En muchos casos, se está explorando la colaboración con el sector privado y las organizaciones no gubernamentales para ampliar la oferta de estos servicios. El envejecimiento en América Latina es un desafío complejo que requiere soluciones integrales en salud, protección social y participación. Aunque algunos países han avanzado en la implementación de políticas, persisten grandes desigualdades y barreras que deben ser abordadas para garantizar el bienestar de los adultos mayores en toda la región.

2.1.1.3.1. Guatemala

Existen fechas conmemorativas en Guatemala para el adulto mayor. El 15 de noviembre se dedica un día especial para el adulto mayor, el cual se celebra según decreto 25-2009 que declara el Día Nacional del Adulto Mayor y reforma la ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor a las personas de edad avanzada. El 15 de junio de cada año se dedica a la toma de conciencia del abuso y maltrato hacia la persona de la tercera edad, en algunas ocasiones los medios de comunicación preparan reportajes o artículos dedicados al adulto mayor.

En números de la Comisión económica para América Latina y el Caribe revela que en Guatemala 40% de los adultos mayores se encuentran bajo la línea de la pobreza, el 88% vive sin acceso a una pensión o a una jubilación y el 12% que obtiene una de estas no puede cubrir todas sus necesidades debido al bajo monto que recibe. “La cobertura social al adulto mayor la divide la Procuraduría de los derechos humanos (PDH), el Instituto Guatemalteco de Seguridad social (IGSS) aglomera a 162,099 beneficiarios, las clases pasivas del Estado suman 85,391 y el programa de adulto mayor 103,000. En conjunto son 350,332 personas con cobertura estatal y el resto no recibe beneficios”, comentó PDH (2015) PDH. (2015). Situación de las personas mayores en Guatemala en relación. Guatemala: Dirección de Investigación en Derechos Humanos.

En Guatemala la situación del adulto mayor se produce en un contexto de mayor precariedad. La población de 60 años es cada vez mayor, y la mayoría vive en situación de pobreza, enfrentan poco o nulo acceso a servicios básicos, a protección de los sistemas de seguridad social, sufre la marginación familiar y/o social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional.

Es por tal situación que todos los esfuerzos en beneficio de las personas mayores deben partir de un esfuerzo por definir las políticas públicas en beneficio de este sector de la población y el mejoramiento de la legislación respectiva. Estas políticas y leyes deben buscar el bienestar integral, entendiéndose éste como la ampliación de oportunidades, el mejoramiento de la calidad de vida, el acceso a servicios diferenciados de calidad y el desarrollo de alternativas de base comunitaria.

En el 2001 la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente reactivó el Comité Nacional de Protección a la Ancianidad integrado por representantes instituciones gubernamentales, no-gubernamentales y sociedad civil. Para trabajar conjuntamente en pro del Adulto Mayor.

En el 2002 se creó el Consejo Asesor del Comité Nacional de Protección a la Vejez el cual se integra por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, Agricultura, Gobernación, Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación Gerontológico, Asociación de Jubilados y medios de comunicación, este consejo tiene como principal objetivo el diseño de una Política Nacional de Atención al Adulto Mayor con enfoque multisectorial que define prioridades y permite sentar las bases de una mejor atención al adulto mayor.

La municipalidad de Guatemala creó una oficina para el adulto mayor, cuyo objetivo es atender al adulto mayor integralmente en lo que respecta a participación social y salud en general. La oficina municipal atiende actualmente a 69 grupos de los 14 distritos de la ciudad capital y brinda apoyo a 3 asilos.

El actual envejecimiento de la población ha llevado a las sociedades occidentales a plantearse nuevas estrategias con el propósito de mejorar la calidad de vida de este grupo de edad. Se han hecho planes, se han formulado principios que incluyen: la dignidad, los cuidados, la autorrealización, la independencia y la participación, la mejora de las posibilidades de los mayores para lograr una vida mejor, lo que supone un gran avance al tratar el tema de las personas mayores no como un asunto de compasión particular sino como un objetivo de interés público. (Paniagua Fernández, 2015)

2.1.1.4. Alteraciones En El Adulto Mayor

Las alteraciones en los adultos mayores abarcan una amplia gama de aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, debido al proceso natural de envejecimiento. A medida que las personas envejecen, experimentan cambios en diferentes sistemas del cuerpo, lo que puede afectar su calidad de vida y bienestar. Sin embargo, es importante destacar que no todas las personas mayores

desarrollan alteraciones significativas, y el envejecimiento varía ampliamente entre individuos. (de Jaeger, 2018)

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios fisiológicos que pueden afectar la movilidad y la salud general de la persona mayor:

- Sarcopenia: Pérdida progresiva de la masa muscular y fuerza, que puede limitar la movilidad y aumentar el riesgo de caídas.
- Osteoporosis: Fragilidad ósea que aumenta la probabilidad de fracturas, especialmente en mujeres posmenopáusicas.
- Enfermedades crónicas: El riesgo de enfermedades como la diabetes, hipertensión, artritis, enfermedades cardiovasculares y pulmonares crónicas aumenta con la edad.
- Cambios sensoriales: Disminución de la vista (cataratas, degeneración macular) y la audición (presbiacusia). También pueden deteriorarse el gusto y el olfato, lo que afecta la percepción de los alimentos.
- Problemas de equilibrio y coordinación: Estos cambios pueden llevar a una mayor tendencia a caídas, que son una de las principales causas de lesiones graves en los adultos mayores.

El envejecimiento afecta al cerebro y a la función cognitiva, aunque no todas las personas mayores experimentan deterioro cognitivo de la misma forma ya que es multifactorial, se pueden en listar los siguientes casos:

- Deterioro cognitivo leve (DCL): Afecta la memoria y las habilidades de pensamiento, pero no de manera tan severa como la demencia. Es una condición intermedia, y algunas personas con DCL pueden desarrollar demencias como el Alzheimer.
- Demencia: Un trastorno cognitivo progresivo que incluye enfermedades como el Alzheimer y la demencia vascular, las cuales afectan la memoria, el razonamiento, el lenguaje y la capacidad para realizar actividades cotidianas.
- Problemas de atención y velocidad de procesamiento: La capacidad de procesar información puede disminuir con la edad, lo que hace que las tareas complejas tomen más tiempo.
- Los cambios en la vida de los adultos mayores, como la jubilación, la pérdida de seres queridos y el aislamiento social, pueden afectar su salud emocional que afectan no solo el estado cognitivo como tal sino problemas de sueño, del sistema nervioso-motor, y asociados:

- Depresión: Aunque no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, la depresión es común entre los adultos mayores, a menudo subdiagnosticada y maltratada. Las causas pueden incluir la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas, limitaciones físicas o el aislamiento social.
- Ansiedad: La ansiedad también puede ser frecuente, a menudo relacionada con preocupaciones sobre la salud, la independencia o la seguridad económica.
- Duelo y pérdida: La experiencia de pérdidas significativas, como la muerte de un cónyuge o amigos cercanos, puede provocar reacciones emocionales intensas y sentimientos de soledad
- Insomnio: Dificultad para conciliar o mantener el sueño, lo que puede estar relacionado con factores como el dolor, las preocupaciones o los cambios hormonales
- Apnea del sueño: Un trastorno del sueño en el que la respiración se interrumpe durante el descanso. Es más común en adultos mayores y puede estar relacionado con el aumento de peso y la pérdida de tono muscular en la garganta.
- Síndrome de las piernas inquietas: Una condición que causa una sensación incómoda en las piernas, especialmente por la noche, lo que puede interrumpir el sueño.

Con el envejecimiento, los adultos mayores a menudo experimentan cambios significativos en su entorno social, como el aislamiento social, debido a la jubilación, la muerte de amigos o familiares y las limitaciones físicas, muchos adultos mayores se enfrentan al aislamiento. Esto puede tener consecuencias negativas para su bienestar emocional y cognitivo. Existe también la pérdida de roles sociales, lo que puede afectar la identidad y autoestima de las personas mayores.

El envejecimiento también puede afectar la función sexual, aunque muchas personas mayores continúan manteniendo relaciones satisfactorias por comorbilidades asociadas puede haber cambios físicos, en las mujeres, la menopausia provoca una disminución en los niveles de estrógeno, lo que puede causar sequedad vaginal y molestias durante el sexo. En los hombres, puede haber una disminución en los niveles de testosterona, lo que afecta la función eréctil. (Álvarez Vásquez, Rodríguez Cabrera, & Salomón Avich, 2008)

Y claro enfermedades crónicas como tal que afectan de forma fisiológica esta situación, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, así como el uso de ciertos medicamentos.

Los cambios físicos y sensoriales pueden influir en los hábitos alimenticios de los adultos mayores:

- Pérdida de apetito: Esto puede deberse a una disminución en el sentido del gusto y del olfato, problemas dentales o efectos secundarios de medicamentos.
- Desnutrición: Las dificultades para cocinar, comprar alimentos o la falta de acceso a alimentos saludables pueden contribuir a la desnutrición.
- Problemas digestivos: Con la edad, el sistema digestivo se vuelve más lento, lo que puede causar problemas como estreñimiento, reflujo gástrico o dificultad para absorber ciertos nutrientes.

Las alteraciones que experimentan los adultos mayores abarcan una amplia gama de aspectos, desde lo físico hasta lo cognitivo y emocional. El apoyo social, el acceso a atención médica adecuada y la promoción de un estilo de vida saludable pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de estas alteraciones y mejorar la calidad de vida en esta etapa.

2.1.1.5. Aspectos Psicológicos Y Sociales

La psicología del adulto mayor es un campo de estudio que se ha vuelto cada vez más relevante en nuestra sociedad, especialmente en un contexto donde la esperanza de vida ha aumentado significativamente. A medida que las personas envejecen, experimentan una serie de cambios psicológicos, emocionales y sociales que pueden afectar su bienestar y calidad de vida. Esta etapa no solo implica el enfrentamiento de desafíos como la pérdida de seres queridos, cambios en la salud y la adaptación a nuevas realidades, sino también la oportunidad de redescubrir pasiones, fortalecer relaciones y encontrar un sentido renovado en la vida. Al explorar la psicología del adulto mayor, es fundamental considerar no solo las dificultades, sino también las fortalezas y resiliencia que caracterizan a esta población.

El aumento en el número de senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión. (Reyes Torres & Castillo Herrera, 2011)

A pesar de que es importante contemplar la tercera edad como una etapa de vida compleja y haciendo énfasis en que la connotación de esta edad no debe estar relacionada únicamente con aspectos negativos, es importante considerar lo mencionado en el párrafo anterior, entendiendo

que con el pasar de los años, se destaca la creciente preocupación por la salud mental en la población de adultos mayores, un tema de vital relevancia, puesto que, puede ser un período de mayor vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos, se pone de relieve cómo las condiciones físicas, junto con factores sociales y familiares adversos, los cuales pueden influir en el bienestar psicológico.

La conexión entre la invalidez, el deterioro y el riesgo de desarrollar enfermedades como la depresión es especialmente relevante, ya que sugiere que el envejecimiento no solo implica desafíos físicos, sino también emocionales. Reconocer estos factores puede ser crucial para el desarrollo de estrategias de intervención y prevención que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores, permitiendo un envejecimiento más saludable y satisfactorio.

Por otra parte, es importante mencionar los factores sociales que afectan la vida integral del adulto mayor. Tal y como menciona Sánchez-García, et al. (2012), en la ocurrencia de la depresión, se encuentran: “presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad”. (Sánchez García, y otros, 2012)

Son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad.

Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad, depresión y angustia. La salud mental influye en la salud del cuerpo y a la inversa.

Los adultos mayores son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas, sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

2.1.1.6. Tipos De Valoración

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta multidimensional y sistemática utilizada para evaluar las condiciones de salud, funcionalidad y bienestar de los adultos mayores. Esta evaluación abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y funcionales, con el fin de desarrollar un plan de cuidado personalizado que mejore la calidad de vida y promueva la independencia de la persona mayor. (García Herranz, Diaz Mardomingo, & Perata, 2014)

2.1.1.6.1. Valoración Funcional

Evalúa la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de manera independiente o con ayuda, permitiendo identificar niveles de autonomía o dependencia. Estas actividades se dividen en dos categorías:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Incluyen tareas esenciales como bañarse, vestirse, comer, usar el baño, moverse y controlar esfínteres. La escala de Katz es una herramienta comúnmente utilizada para evaluar estas actividades.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son actividades más complejas que permiten al adulto mayor vivir de forma independiente en la comunidad, como usar el teléfono, gestionar el dinero, hacer compras, preparar alimentos o tomar medicación. La escala de Lawton y Brody es frecuentemente usada para esta valoración.

2.1.1.6.2. Valoración Cognitiva

Evalúa el estado de las funciones cognitivas del adulto mayor, como la memoria, el lenguaje, la atención, el razonamiento y la capacidad de toma de decisiones. Algunas herramientas utilizadas para detectar deterioro cognitivo incluyen:

Mini-Mental State Examination (MMSE): Una prueba breve que evalúa funciones cognitivas como la orientación, la memoria y el lenguaje.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Es más sensible que el MMSE para detectar deterioro cognitivo leve.

Prueba del reloj: Una herramienta sencilla que evalúa la función cognitiva espacial y ejecutiva, pidiendo al paciente que dibuje un reloj con una hora específica.

2.1.1.6.3. Valoración Emocional O Psicológica

Identifica trastornos del estado de ánimo, como la depresión o la ansiedad, que son comunes en los adultos mayores, pero a menudo pasan desapercibidos. Las herramientas más utilizadas son:

Escala de Depresión Geriátrica (GDS): Es un cuestionario autoadministrado que mide los síntomas de depresión en adultos mayores, con versiones cortas y largas.

Inventario de Ansiedad de Beck: Evalúa los síntomas de ansiedad en esta población, ayudando a identificar problemas emocionales que afectan su bienestar general.

2.1.1.6.4. Valoración Social

Explora el entorno social y familiar del adulto mayor, identificando factores de apoyo o riesgo social que puedan influir en su bienestar. Aspectos clave incluyen la situación de vivienda, la red de apoyo familiar y la posible existencia de aislamiento social o maltrato. (Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P. C., Gispert Abreu, E. D. L. Á., & Vila Viera, M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. 2019).

Escala de Barber: Es una herramienta que identifica adultos mayores en riesgo social, evaluando factores como la soledad, el aislamiento o la falta de recursos económicos.

Índice de Duke-UNC: Evalúa el nivel de apoyo social percibido por el adulto mayor.

2.1.1.6.5. Valoración Nutricional

El estado nutricional del adulto mayor es fundamental para su salud global. Se realiza una evaluación de la dieta, el peso corporal y la masa muscular, además de la presencia de desnutrición o sobrepeso. Las herramientas incluyen.

Mini Nutritional Assessment (MNA): Un cuestionario que evalúa el riesgo de desnutrición, incluyendo el IMC (Índice de Masa Corporal), la pérdida de peso y la ingesta alimentaria.

Índice de Masa Corporal (IMC): Es una medida que permite identificar si el adulto mayor tiene un peso adecuado en relación con su estatura.

2.1.1.6.6. Valoración De La Movilidad

Evalúa la capacidad física y la movilidad del adulto mayor, con el fin de identificar el riesgo de caídas y deterioro físico. Las herramientas utilizadas incluyen:

Prueba de levantarse y caminar cronometrada (Timed Up and Go, TUG): Evalúa la movilidad y el equilibrio pidiendo a la persona que se levante de una silla, camine tres metros, se gire y regrese a la silla.

Escala de Tinetti: Mide el equilibrio y la marcha, lo que permite determinar el riesgo de caídas.

Escala de Berg: Evalúa el equilibrio estático y dinámico en diferentes posiciones.

2.1.1.6.7. Valoración Del Dolor

El dolor crónico es común en los adultos mayores y puede afectar su funcionalidad y calidad de vida. La evaluación del dolor incluye:

Escala Visual Analógica (EVA): Permite al paciente calificar su dolor en una escala de 0 a 10.

Escala Verbal Simple: Solicita al paciente que describa la intensidad del dolor con términos como "leve", "moderado" o "severo".

2.1.1.6.8. Valoración De La Polifarmacia

Los adultos mayores a menudo toman múltiples medicamentos (polifarmacia), lo que puede aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos secundarios. Esta valoración incluye la revisión de los medicamentos prescritos y la identificación de aquellos que pueden ser innecesarios o peligrosos.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta fundamental para evaluar de manera global y multidimensional a los adultos mayores, abordando no solo su salud física, sino también su estado cognitivo, emocional, nutricional y social. Esta evaluación integral permite desarrollar un plan de atención personalizado que promueva la autonomía, mejore la calidad de vida y prevenga complicaciones relacionadas con el envejecimiento.

2.1.1.7. Marco Legal

El marco legal sobre los adultos mayores varía según el país, pero en términos generales, está diseñado para proteger sus derechos y asegurar su bienestar, especialmente en aspectos como la salud, la seguridad social, la no discriminación y la participación en la vida social y económica. Los principales instrumentos y normativas legales que abordan la protección y derechos de los adultos mayores, tanto a nivel internacional como en América Latina. (Huenchuan, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Cepal. 2009)

2.1.1.7.1. Instrumentos Internacionales

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Aunque no está dirigida exclusivamente a los adultos mayores, este documento fundamental de las Naciones Unidas garantiza derechos básicos que también protegen a las personas mayores, como el derecho a la seguridad social, la salud, y a una vida digna sin discriminación por edad.

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

Adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, este plan es uno de los marcos más importantes para la promoción de políticas públicas que beneficien a los adultos mayores. Se enfoca en tres áreas clave:

- Las personas mayores y el desarrollo.
- Promover la salud y el bienestar en la vejez.
- Crear entornos favorables y de apoyo.

El plan de Madrid insta a los países a incluir a los adultos mayores en sus políticas sociales y económicas, garantizar su derecho a la salud y promover su participación en la sociedad.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)

Adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA), esta convención es el primer tratado internacional vinculante que protege los derechos de los adultos mayores. Define derechos específicos para garantizar su dignidad, igualdad de oportunidades y autonomía. Algunos de los derechos reconocidos incluyen:

- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
- Derecho a la seguridad social.
- Derecho a la salud, incluido el acceso a cuidados paliativos.
- Derecho a la libertad de expresión y participación social.
- Derecho a vivir en entornos libres de violencia.

2.1.1.8. Marco legal en América Latina

2.1.1.8.1. Argentina

Ley 27.360 (2017): Adopta la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Ley 24.241 (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones): Regula el sistema de pensiones y jubilaciones en Argentina, garantizando un ingreso económico para los adultos mayores.

Programa Nacional de Atención Integral para los Adultos Mayores (PAMI): Proporciona cobertura médica y social a los jubilados, pensionados y sus familias.

2.1.1.8.2. México

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002): Esta ley garantiza los derechos de las personas mayores a la salud, la seguridad social, la educación y la participación en la vida comunitaria. Establece la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), encargado de implementar políticas de atención a este grupo.

Artículo 4 de la Constitución Política de México: Establece el derecho a la protección de la salud, lo cual abarca el acceso a servicios médicos para los adultos mayores.

2.1.1.8.3. Chile

Ley N° 19.828 (2002): Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), que tiene como objetivo promover el envejecimiento activo y proteger los derechos de los adultos mayores en Chile.

Reforma Previsional (Ley N° 20.255): Introduce el Pilar Solidario, un sistema de pensiones que garantiza un ingreso mínimo para los adultos mayores que no han cotizado suficiente para obtener una pensión contributiva adecuada.

2.1.1.8.4. Colombia

Ley 1251 de 2008 (Ley del Adulto Mayor): Esta ley promueve la integración de los adultos mayores en la sociedad, garantiza su derecho a la salud, la seguridad social y fomenta su participación. También regula los centros de atención y cuidado de las personas mayores en el país.

Ley 1315 de 2009: Establece la creación de políticas públicas enfocadas en el envejecimiento activo y saludable de los adultos mayores.

2.1.1.8.5. Brasil

Estatuto del Anciano (Ley N° 10.741/2003): Es una de las leyes más avanzadas en América Latina en cuanto a la protección de los derechos de los adultos mayores. Incluye disposiciones sobre el acceso a la salud, la seguridad social, la protección contra el maltrato, y la participación en programas sociales.

Constitución Federal de Brasil (1988): Establece el deber del Estado de garantizar los derechos fundamentales de los adultos mayores, especialmente el derecho a una pensión digna y atención sanitaria.

2.1.1.9. Derechos Básicos Garantizados A Los Adultos Mayores

La legislación en torno a los adultos mayores busca garantizar varios derechos fundamentales, entre los cuales destacan:

Derecho a la seguridad social: Los sistemas de pensiones y seguridad social garantizan un ingreso básico a los adultos mayores después de la jubilación. Esto varía según el país y el tipo de régimen (contributivo o no contributivo).

Derecho a la salud: Garantiza acceso a servicios de salud y tratamientos médicos, incluyendo cuidados geriátricos y paliativos. La atención sanitaria debe ser accesible y adaptada a las necesidades específicas de los adultos mayores.

Derecho a la participación: Promueve la inclusión de los adultos mayores en la toma de decisiones políticas y sociales, así como en actividades culturales, recreativas y laborales.

Derecho a la no discriminación: Los adultos mayores no deben ser discriminados por su edad en ningún ámbito, incluyendo el laboral, social o de acceso a servicios. La legislación internacional y nacional prohíbe cualquier tipo de exclusión o trato desigual basado en la edad.

Protección contra la violencia y el maltrato: Existen leyes que sancionan la violencia, el abuso y el maltrato hacia los adultos mayores, tanto en el ámbito familiar como institucional.

Derecho a la independencia y la autonomía: Los adultos mayores tienen derecho a decidir sobre su vida, vivienda y cuidado, siempre que su capacidad cognitiva lo permita, y recibir asistencia adecuada cuando sea necesario.

El marco legal para la protección de los adultos mayores busca garantizar una vida digna, autónoma y libre de discriminación para este grupo vulnerable. A nivel internacional, destacan la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y el Plan de Acción de Madrid. En América Latina, los países han implementado diversas leyes y políticas nacionales que abordan el envejecimiento activo, la protección social y los derechos fundamentales de los adultos mayores, con el desafío de mejorar continuamente su implementación y cobertura.

2.2. Depresión

2.2.1. Definición

El trastorno depresivo, o depresión, es una afección de salud mental común que le puede ocurrir a cualquier persona. Se caracteriza por un estado de ánimo bajo o pérdida de placer o interés en actividades durante largos períodos de tiempo. Se estima que, en todo el mundo, el 5% de los adultos padecen depresión, usualmente afecta más a la mujer que al hombre, el mismo puede llevar al suicidio por lo que hay tratamientos eficaces para que la depresión, ya sea leve, moderada o grave. (Organización Mundial de Salud, 2023)

La depresión es diferente de los cambios regulares del estado de ánimo y los sentimientos sobre la vida cotidiana. Puede afectar todos los aspectos de la vida, incluidas las relaciones con la familia, los amigos y la comunidad. Puede ser el resultado de problemas en la escuela y en el trabajo.

La depresión le puede pasar a cualquiera. Las personas que han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes son más propensas a desarrollar depresión. Las mujeres son más propensas a tener depresión que los hombres.

“Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.” (Arango Lopez, 2014)

Los trastornos depresivos son trastornos muy prevalentes, incapacitantes y costosos que están vinculados con un funcionamiento y una calidad de vida disminuida, comorbilidad médica y mortalidad. La mayoría de los pacientes deprimidos reciben tratamiento en atención primaria y sólo una pequeña proporción de ellos son derivados a servicios de salud mental.

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por otros sentimientos tales como:

- Indiferencia
- Soledad
- Pesimismo
- Afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos
- Afecta la forma en que el paciente opina de sí mismo
- Afecta su concepto de la vida y su comportamiento general

Existe un consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la depresión de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. Además, existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al miocardio, entre otras). Hay presencia de síntomas cognitivos o no en el paciente geriátrico. La depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia. (Dechent R., 2008)

2.2.2. Epidemiología

En 2019, se estima que 280 millones de personas, incluido el 5% de todos los adultos, experimentaron depresión. La depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las mujeres embarazadas y las que acaban de dar a luz experimentan depresión.

La depresión puede causar dificultades en todos los aspectos de la vida, incluido el rendimiento en la escuela, la productividad en el trabajo, las relaciones con la familia, los amigos y la comunidad.

Los investigadores estiman que cada año se pierden 12.000 millones de días de trabajo productivos solo por depresión y ansiedad, a un costo de casi 1 billón de dólares.

Las investigaciones también muestran fuertes relaciones entre la depresión y la salud física, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. (Organización Mundial de Salud, 2023) Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo tienen depresión. La depresión es aproximadamente un 50% más común entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las mujeres embarazadas y que acaban de dar a luz experimentan depresión. Más de 700 000 personas mueren por suicidio cada año. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años.

2.2.3. Causas

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

La depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Muchos de los factores que influyen en la depresión (como la inactividad física o el uso nocivo del alcohol) también son factores de riesgo conocidos para enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden estar sufriendo depresión a causa de las dificultades asociadas con el manejo de su afección.

Los factores genéticos y ambientales son cruciales en la facilitación de mecanismos neurobiológicos relacionados con su psicopatología. Los principales mecanismos neuronales y moleculares implicados en la neurobiología de la depresión incluyen el sistema monoaminérgico, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, el sistema inmunológico, factores neurotróficos, el sistema endocannabinoide, el ritmo circadiano y el sistema de control de ingesta y metabolismo

2.2.4. Factores de Riesgo

La depresión es el resultado de una compleja interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han pasado por eventos adversos en la vida (desempleo, duelo, eventos traumáticos) son más propensas a desarrollar depresión.

Figura No.1 Factores que contribuyen a la fisiopatología de la depresión.



Fuente: Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones (Pérez Esparza, 2017)

2.2.5. Factores Personales Y Sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

La depresión está relacionada con la salud física y se ve afectada por ella. Muchos de los factores que influyen en la depresión por ejemplo la inactividad física o el consumo en altas cantidades de alcohol también son factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer,

diabetes y enfermedades respiratorias. A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden experimentar depresión debido a las dificultades asociadas con el manejo de la patología. Los rasgos neurotípicos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Se ha notado la asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentan mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Según el estatus social que se desarrolla la persona se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales pueden afectar para padecer depresión. Las personas en desempleo y trabajo mal remunerado presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos

2.2.6. Factores Cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por la escala de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

2.2.7. Factores Familiares Y Genéticos

Los hijos de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población

general, proporción también importante en los de segundo grado. “Las tasas de psicopatología son más altas en los nietos de padres y abuelos con una depresión de moderada a grave que los incapacita” (Wissman & Nomura, 2005)

Según algunas investigaciones los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en el desarrollo del trastorno depresivo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (Porcelli, Fabri, & Serreti, 2012)

2.2.8. Cribado

2.2.8.1. Escala de Yesavage.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. (Yesavage, y otros, 1982)

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

- 0-4 puntos. Se considera normal, sin síntomas depresivos.
- 5-8 puntos. Indica la presencia de síntomas depresivos leves
- 9-10 puntos. Indica la presencia de síntomas depresivos moderados
- 12-15 puntos. Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

2.2.9. Grados De Depresión.

Según la gravedad y cantidad de síntomas se puede tomar en cuenta según el Cie10 los criterios de gravedad conforme de la tabla no. 1

Tabla No. 1 Criterios de gravedad del trastorno depresivo

Criterios de gravedad del trastorno depresivo
Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.
Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.
Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (Ontiveros Uribe, 1996)

2.2.10. Síntomas y Diagnostico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (Arango Lopez, 2014)

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

La CIE-1056 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Tabla No. 2 Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión

A	Criterios generales para episodio depresivo
El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas	
El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico	
No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30) en ningún período de la vida del individuo	
B	Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas	
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	
Falta de vitalidad, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad	
C	Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4
Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.	
Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada	
Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida	
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	

A	Criterios generales para episodio depresivo
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición	
Cualquier tipo de alteración del sueño	
Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso	

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (Ontiveros Uribe, 1996)

2.2.11. Tratamiento

El tratamiento para la depresión puede empezar desde variedad de terapias cognitivas, conductuales y por último farmacológicas

Aumentar los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor. Algunos efectos de los psicofármacos son positivos, pero incluso los efectos positivos deben ser potenciados por la psicoterapia.

A principios de la década de 1950, se usó la iproniazida para aliviar los síntomas de la tuberculosis; y, como animaba a los pacientes, mejoraba su apetito y restauraba su bienestar, se empezó a utilizar con pacientes depresivos. En esa época, el único tratamiento químico para la depresión era el opio, una sustancia altamente adictiva. Sin embargo, como algunos pacientes a los que se administró iproniazida presentaron síntomas de ictericia, el medicamento dejó de utilizarse. Poco tiempo después, el psiquiatra Roland Kuhn, quien había empezado a experimentar con la imipramina (Tofranil), propuso el primero de los antidepresivos tricíclicos. El medicamento se divulgó en 1958 (Turkington, 1995: 74-76); y años después, aparecieron los inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina, medicamentos situados en la vanguardia del tratamiento psiquiátrico contra la depresión. El prozac (fluoxetina), el Zoloft (sertralina) y el Paxil (paroxetina), además de funcionar bien como antidepresivos, tienen efectos secundarios menos graves que los antidepresivos tricíclicos. (Bogaert García, 2012)

A pesar de que se brinda terapia farmacológica a los pacientes y estos mejoran evidentemente, la psicoterapia en conjunto con la terapia farmacológica es importante para llegar a lograr buenos objetivos, así como llegar a cambiar el aspecto personal o ambiental que lo pueda exponenciar. La prescripción aislada de antidepresivos suele provocar una disminución de la inhibición que permite al paciente la realización de acciones aisladas, pero sin un verdadero placer de actuar. Por el

contrario, la reanimación de la vida psíquica a través de la psicoterapia analítica procede desde el interior del paciente, actuando a través del sueño y del fantasma.

2.2.12. Tratamiento Farmacológico

2.2.12.1. Antidepresivos Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) constituyen la primera familia de psicofármacos con un diseño racional y dirigido a una diana neurofisiológica definida. Surgen como una evolución desde los antidepresivos tricíclicos (ADT), buscando una similar eficacia con mejor tolerabilidad⁸, y fueron comercializados entre 1987 y 2002. En la actualidad, existen seis fármacos en esta categoría: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.2. Inhibidores De Recaptura De Serotonina Y Noradrenalina (IRSN)

Los IRSN bloquean el transportador de noradrenalina (NAT), razón por la cual son conocidos como antidepresivos "duales". Esto no sólo incrementa las concentraciones sinápticas de serotonina y noradrenalina, sino que también aumenta las concentraciones de dopamina a nivel de corteza prefrontal, ya que en esta región la dopamina es recapturada por el transportador de noradrenalina, y no por el transportador de dopamina (DAT). Los IRSN disponibles en la actualidad son venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran, cada uno comparte el mecanismo descrito. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.3. Inhibidores Selectivos De Recaptura De Noradrenalina (ISRN)

Como su nombre lo indica, los ISRN bloquean el transportador de noradrenalina, provocando mayor disponibilidad sináptica de noradrenalina general, y de dopamina a nivel de corteza prefrontal. Su uso clínico como antidepresivos actualmente es controversial, y principalmente se indican como tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estos fármacos son la reboxetina y la atomoxetina. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.4. Agonistas De Melatonina

Existe evidencia de que la presencia del TDM provoca numerosas alteraciones en las fases del sueño y en la secreción de factores asociados a ciclos circadianos, incluidos los factores neurotróficos. El mecanismo de acción de los antidepresivos desarrollados con este principio es, entonces, el agonismo de receptores de melatonina 1 y 2 (MT1 y MT2). Adicionalmente, la agomelatina es un antagonista del receptor 5-HT_{2C}, agregando propiedades antidepresivas. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.5. Antagonistas Alfa-2

El mecanismo de acción de este grupo de antidepresivos es el bloqueo de autorreceptores y heterorreceptores alfa-2 noradrenérgicos. En condiciones fisiológicas, la activación de este receptor evita la liberación de noradrenalina y serotonina, por lo que, al antagonizado con estos fármacos, se produce un efecto similar al de los IRSN: liberación tanto de noradrenalina como de 5-HT₂₀. Los principales representantes de este grupo farmacológico son la mirtazapina y mianserina. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.6. Inhibidores De Recaptura De Serotonina Y Antagonistas Serotoninérgicos

La trazodona es un fármaco con múltiples mecanismos de acción antidepresiva. Al igual que otros ISRS, bloquea el transportador de serotonina, aumentando la disponibilidad de 5-HT en la hendidura sináptica. Sin embargo, también actúa como antagonista de receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}, lo cual le otorga otro mecanismo antidepresivo. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.7. Inhibidores De La Monoamino Oxidasa (IMAO)

Este grupo de fármacos fue el primero en aparecer como antidepresivo, a pesar de que su descubrimiento fue producto de serendipia. El primer IMAO, la iproniazida, fue originalmente desarrollado como un tratamiento para la tuberculosis, observándose además que tenía propiedades antidepresivas en los pacientes que lo recibían. Subsecuentemente se desarrollaron otros IMAO con distintas propiedades farmacológicas en relación con su reversibilidad y al subtipo de enzima que inhiben (selegilina, fenelzina, tranilcipromina). Existen 2 subtipos de MAO (A y B), los cuales metabolizan distintos sustratos. De interés antidepresivo, la enzima MAO-A metaboliza 5-HT, NA, DA y tiramina, por lo que, al inhibir su acción, aumentan sus concentraciones disponibles. A pesar de su comprobada eficacia como antidepresivos, han caído en desuso por sus potenciales interacciones farmacológicas con agentes simpatomiméticos, anestésicos, agentes serotoninérgicos, tricíclicos y algunos opiáceos. De igual manera, dietas altas en tiramina en conjunto con un tratamiento con IMAO, tienen el potencial de ocasionar crisis hipertensivas. A pesar de esto, no deben ser descartados como antidepresivos eficaces en ciertos tipos de depresión, siempre y cuando el clínico tenga en mente las interacciones mencionadas. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.8. Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Tras el descubrimiento de la clorpromazina como tratamiento antipsicótico para pacientes con esquizofrenia, el desarrollo de nuevas moléculas similares en cuanto a su estructura química (tres anillos de benzeno) permitió la aparición de la imipramina como el primer antidepresivo de este

grupo. Posteriormente aparecieron la desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. Los ATC, al igual que los IRSN o duales, bloquean la recaptura de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, los ATC además tienen acciones farmacológicas de relevancia sobre receptores H1 histaminérgicos, alfa-1 adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, lo que ocasiona efectos secundarios frecuentes y en ocasiones poco tolerados. (Pérez Esparza, 2017)

2.2.12.9. Antidepresivos Multimodales

Son relativamente modernos en terapéutica psiquiátrica, estos fármacos ejercen su efecto antidepresivo a través de una combinación de múltiples mecanismos de acción: inhibición de transportadores de sertralina, transportadores de dopamina y transportadores de noradrenalina, agonismo de receptores 5-HT1A y 5HT1B/D antagonismo de 5-HT7 y 5-HT3 Entre ellos, se encuentra la vortioxetina, la cual además de su efecto antidepresivo, promete mejorar los síntomas cognitivos del TDM con un perfil más tolerable de efectos adversos. (Pérez Esparza, 2017)

2.3. Estado Nutricional

Se define como el estado general de la salud del individuo, en el cual se produce un balance entre la absorción de nutrientes, gasto energético y las necesidades del cuerpo humano. Está determinado por factores socioeconómicos, socioculturales, físicos, biológicos e incluso físicos. Se evalúa mediante indicadores como el peso, la estatura, la composición corporal y el funcionamiento biológico. (Pedraza, 2004)

Por lo tanto, una buena nutrición, es la suma de varios factores, que se influyen entre sí, alimentación saludable y suficiente combinado con actividad física de forma regular. Mientras que una mala nutrición es todo lo contrario y conlleva a diferentes complicaciones tanto a nivel físico como mental haciendo vulnerable al individuo. (Rojas Delgado, 2022)

Es importante mencionar que la malnutrición es una problemática que tan solo para el año 2022, 2500 millones de adultos tenían sobrepeso y de esta cantidad casi el 36% tenían obesidad, Sin embargo, al hablar de malnutrición hablamos como definición a la condición que resulta de ya sea carencias o excesos energéticos, en otras palabras, desequilibrios entre la ingesta de nutrientes y calorías. Por lo que, la malnutrición puede llevar al individuo a la falta de nutrientes esenciales (desnutrición), la sobrealimentación producida por un exceso de calorías (Sobrepeso y obesidad) y la malnutrición en relación con la deficiencia de micronutrientes. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

2.3.1. Tipos De Estados Nutricionales

Desnutrición es una forma de malnutrición, en la cual se produce una deficiencia o insuficiencia de nutrientes esenciales y calorías que se necesitan para un adecuado estado de salud. Lo que puede provocar pérdida de peso, retraso en el crecimiento, alteraciones en el sistema inmunológico (Instituto Nacional del Cáncer, EE. UU)

La desnutrición puede ser causada por una ingesta insuficiente de alimentos, una absorción deficiente de nutrientes, o un aumento en las necesidades nutricionales. Se asocia a poblaciones vulnerables, en situaciones de pobreza o crisis humanitarias. Entre las causas más frecuentes de desnutrición en adultos se relacionan las enfermedades crónicas, problemas de salud mental, envejecimiento, hospitalización y estilos de vida. Todas estas causas tienen consecuencias en el adulto mayor, como lo son pérdida de masa muscular, sistema inmunológico deficiente, alteraciones cognitivas. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

En los adultos mayores la desnutrición puede presentarse como:

Desnutrición proteico-calórica: es una deficiencia energética en la cual, ocurre una deficiencia de macronutrientes, principalmente proteínas y además deficiencia en micronutrientes, este tipo de desnutrición puede variar según su gravedad en una emaciación evidente en el individuo como también una desnutrición gradual. Este tipo de desnutrición puede ser primaria en la cual su causa principal es una ingestión inadecuada de nutrientes, como también secundaria resultado de comorbilidades (trastornos gastrointestinales, condiciones que aumenten las demandas metabólicas, trastornos consuntivos) o uso de fármacos. (Bhupathiraju & Hu, 2023)

Su fisiopatología se basa al inicio del proceso de desnutrición en una disminución en la tasa metabólica, para esto, se degrada tejido adiposo, sin embargo, posteriormente estas reservas energéticas se acaban lo que conduce a un desequilibrio negativo de nitrógeno. Como consecuencia se produce una degradación además de órganos viscerales, lo que conduce a la disminución de peso. (Bhupathiraju & Hu, 2023)

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso es una condición en la que se caracteriza un exceso de peso corporal con respecto a su altura, esta afección está relacionada con una acumulación de grasa. Mientras que la afección de la obesidad es una afección compleja que se puede definir como enfermedad crónica, caracterizada por un exceso de grasa corporal que tiene graves consecuencias y complicaciones en la salud del individuo. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

Ambas condiciones se diagnostican principalmente midiendo el índice de masa corporal (IMC), en la que un adulto se considera en sobrepeso cuando su IMC está entre 25 y 29.9 y obesidad igual o superior a 30 y esta se subclasifica en obesidad grado 1 (IMC entre 30 y 34.9), obesidad grado 2, o severa (IMC entre 35 y 39.9) y obesidad grado 3 o mórbida (IMC de 40 o más). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) para el año 2022, aproximadamente el 16% de los adultos de 18 años o más a nivel mundial eran obesos. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

2.3.2. Factores Que Afectan El Estado Nutricional

Durante el envejecimiento y la desnutrición, su etiología se vuelve multifactorial como se describió anteriormente y es de vital importancia la educación en salud nutricional a los adultos mayores. Uno de los muchos cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento es la disminución del consumo de alimentos, anorexia o inapetencia llevan al adulto mayor a casos de desnutrición. Además, es importante mencionar, factores socioeconómicos como lo es la inseguridad alimentaria, poco o nulo acceso a servicios de salud y hospitales y el abandono. (Velásquez Alva, 2011)

Mientras tanto la obesidad y sobrepeso son entidades multifactoriales, que se acompaña de un entorno social en la cual predomina el consumismo y comida rica en grasas saturadas de fácil acceso e incluso la limitación de comida saludable y nula o poca promoción de estilos de vida saludables. Sin embargo, también existen factores individuales como variantes genéticas, enfermedades, falta de actividad física, síndromes genéticos etc. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

Por lo tanto, la obesidad y sobrepeso es más una responsabilidad social que individual, en la cual la educación nutricional y la salud preventiva son indispensables para que las personas no sufran sus consecuencias. Por lo tanto, la promoción comunitaria de entornos saludables, que promuevan no solo la alimentación saludable si no también la actividad física, por lo que detener la pandemia de la obesidad es una responsabilidad multisectorial en la cual las políticas públicas en salud deben de ser en pro de una adecuada respuesta a las poblaciones por medio de medidas estructurales en el sector de industrias alimentarias y salud pública. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

2.3.3. Evaluación Del Estado Nutricional

Para conocer el estado nutricional de una población específica se pueden realizar diferentes indicadores directos, los cuales evalúan al individuo, e indirectos los cuales hacen sospechar la prevalencia de alteraciones nutricionales. La evaluación nutricional permite trazar objetivos claros y concisos los cuales permitirán conocer o estimar el estado nutricional de una población o individuo, medir el impacto del estado nutricional sobre la salud e identificar individuos en riesgo y monitorear, vigilar y confirmar la utilidad de los indicadores. (Zenteno Cuevas & Castillo Hernández, 2004)

2.3.3.1. Indicadores Directos

2.3.3.1.1. Indicadores Antropométricos

Cuando se habla de estos indicadores se refieren a la medición científica del cuerpo humano y sus diferentes componentes de forma simple, práctica y no invasiva. Los indicadores más comunes que se conocen son: medición de circunferencia de cintura y de cadera en adultos, índice de masa corporal y circunferencia de pantorrilla. En América Latina existe poca información publicada acerca del estado antropométrico en adultos mayores. Además, pueden ser de utilidad como una guía de intervención médica y nutricional entre los diversos grupos de adultos mayores. (Velásquez Alva, 2011)

2.3.3.1.2. Medición De Circunferencia De Cintura Cadera

Es un indicador antropométrico que nos permite de forma útil, describir la distribución del tejido adiposo. Este medidor lo podemos calcular dividiendo la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera. Este cálculo nos proporciona un índice en el cual se describe la distribución de la grasa regional. Este tipo de indicador permite valorar riesgos de complicaciones en el individuo como la misma obesidad, diabetes mellitus e hipertensión. Se establecen puntos de corte para este índice, para hombres 0.78 – 0.93 y mujeres, 0.71-0.84. (Rojas Delgado, 2022)

2.3.3.1.3. Circunferencia de Pantorrilla

Este es un recurso útil que sirve para estimar la reserva muscular en los adultos mayores. El punto de corte es considerado en 31 cm, por lo que un valor menor a este punto es una alarma importante en lo que nos puede describir un desgaste en las reservas proteicas Bonnefoy M y col. analizo la importancia de este indicador, evaluando el estado nutricional de adultos mayores y se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la circunferencia de pantorrilla y otros

marcadores antropométricos (IMC) y bioquímicos. (Velásquez Alva, 2011) (Albúmina, Transferrina).

2.3.3.1.4. Índice de Masa Corporal (IMC)

Este es el indicador más comúnmente utilizado para evaluar el estado nutricional, este se calcula dividiendo el peso expresado en kilogramos por la talla expresado en centímetros elevado al cuadrado. Este indicador es fácil de medir, confiable, no invasivo y se usa de forma amplia como predictor de riesgo para diferentes enfermedades. (Velásquez Alva, 2011) (Zenteno Cuevas & Castillo Hernández, 2004)

Tabla No. 3 Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
≤18.5	Bajo peso
18.5 – 24.9	Peso normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
≥ 30.0 – 34.9	Obesidad grado 1
≥ 35.0 – 39.9	Obesidad grado 2
≥40.0	Obesidad grado 3 (mórbida)

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2024)

2.3.3.2. Indicadores Indirectos

2.3.3.2.1. Evaluación Mínima del Estado de Nutrición

Conocida internacionalmente como The Mini Nutritional Assessment (MNA), es un instrumento estandarizado y validado permitiendo una evaluación rápida nutricional, así como también su riesgo nutricional, teniendo como objetivo proporcionar una intervención oportuna sin necesidad de personal especializado en nutrición. La MNA es una herramienta nutricional compuesta por preguntas cortas con relación a apartados de evaluación antropométrica, dieta y autopercepción del individuo con relación a salud y nutrición. Con esto se obtiene una calificación de factores nutricionales positivos los cuales se clasifican: Alta: Indica un buen estado nutricional (mayor a 23.5 puntos), Intermedia: indica riesgo nutricional (17 – 23.5 puntos), Baja: indica desnutrición (menor a 17 puntos). La Asociación Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo aprueba esta herramienta de valoración nutricional en el paciente geriátrico porque posee muchas ventajas como por ejemplo que no requiere de ninguna prueba bioquímica para poder obtener el diagnóstico

nutricional y se ha observado que la MNA identifica adecuadamente a adultos mayores en riesgo de desnutrición asociada a complicaciones. Existe además un formato corto de esta herramienta en la cual se toma en cuenta los siguientes apartados:

1. Índice de Masa Corporal
2. Pérdida de peso en los últimos 3 meses
3. Presencia de enfermedad aguda o estrés en los últimos 3 meses
4. Grado de movilidad
5. Presencia de demencia o depresión
6. Antecedente de disminución en la ingestión de alimentos en los últimos 3 meses (Velásquez Alva, 2011)

2.4.Municipalidad de Guatemala

La Municipalidad de Guatemala es el organismo local encargado de administrar y gestionar la Ciudad de Guatemala, la capital del país. Esta entidad autónoma se ocupa de diversas funciones y servicios dentro de la ciudad, que incluyen:

Servicios Públicos: Ofrece servicios fundamentales como la recolección de residuos, el mantenimiento de calles y el alumbrado urbano.

Urbanismo y Planificación: Regula el uso del suelo, concede permisos para la construcción y planifica el desarrollo de la ciudad.

Seguridad y Orden Público: Se enfoca en la seguridad de los ciudadanos y el mantenimiento del orden a través de la Policía Municipal de Tránsito y otras medidas.

Servicios Sociales y Culturales: Proporciona servicios en áreas como educación, cultura, deportes y apoyo a comunidades desfavorecidas.

Impuestos y Finanzas: Maneja los ingresos derivados de impuestos municipales y tarifas, incluyendo el impuesto sobre inmuebles y las licencias.

El gobierno de la Municipalidad de Guatemala está dirigido por un alcalde, quien es elegido por votación popular y es responsable de implementar las políticas y programas del gobierno local. Además, la Municipalidad cuenta con un Concejo Municipal, que actúa como el órgano legislativo local y toma decisiones sobre asuntos municipales clave. (Municipalidad de Guatemala, 2022)

2.4.1. Historia de la Nueva Guatemala de la Asunción

La Ciudad de Guatemala, originalmente ubicada en el valle de Las Vacas, fue reubicada en el Llano de la Virgen o de la Ermita tras los terremotos de Santa Marta que dañaron parcialmente Santiago de los Caballeros (hoy Antigua Guatemala). El 29 de julio de 1773, el presidente de la Real Audiencia de Guatemala, Don Martín de Mayorga, propuso el traslado. Después de extensos trámites y estudios, el 21 de septiembre de 1775, el Rey Carlos III aprobó el traslado al nuevo valle. La primera sesión del Ayuntamiento en la nueva ubicación se celebró el 2 de enero de 1776, y el 22 de octubre de 1776, la ciudad recibió oficialmente el nombre de Nueva Guatemala de la Asunción. Se ordenó trasladar instituciones clave y vecinos a la nueva ciudad. Por lo tanto, la capitanía general, los tribunales reales, las órdenes religiosas, la universidad, la catedral Metropolitana y gran cantidad de vecinos. Se inicia así la Nueva Ciudad de Guatemala y su nuevo ordenamiento municipal. (Municipalidad de Guatemala)

2.4.2. Misión y Visión

- Misión: Brindar a los residentes del municipio condiciones que mejoren su calidad de vida, fomenten una convivencia armoniosa y faciliten oportunidades para incentivar la inversión social, pública y privada, mediante acciones que promuevan la eficiencia en la prestación de los servicios públicos municipales. (Municipalidad de Guatemala, 2022)
- Visión: La Municipalidad de Guatemala se convertirá en un referente de gestión municipal, motivando a otras entidades públicas a enfocarse en la innovación y la creatividad en la prestación de servicios. (Municipalidad de Guatemala)

2.4.3. Alcaldía Auxiliar 1 Distrito 1

La alcaldía auxiliar de la Municipalidad de Guatemala en la Zona 1, Distrito 1, ofrece cursos técnicos y productivos con el objetivo de fomentar el desarrollo económico y brindar oportunidades de empleo y emprendimiento a los vecinos. Actualmente esta alcaldía auxiliar está dirigida por el alcalde auxiliar el Lic. Emilio Eliseo Vásquez Martínez. Los cursos que se ofrecen son gratuitos y se imparten tanto de forma virtual como presencial, abarcando áreas como crochet, manualidades, inglés, computación, embutidos artesanales, panadería, repostería, y muchas otras. Los requisitos para la inscripción incluyen presentar una ficha de inscripción, fotocopia del DPI, y un recibo de luz o agua. Las inscripciones tienen cupo limitado. Además, esta alcaldía también ha ofrecido cursos adicionales como dibujo, bisutería, artes culinarias, organización de eventos, y

diseño floral. Para inscribirse, los interesados deben ser mayores de 17 años y presentar una copia del Documento Personal de Identificación (DPI) o fe de edad, junto con un recibo de agua o luz. (García, 2019) (Municipalidad de Guatemala, 2024)

2.4.4. Club Del Cafecito

El Club del Cafecito de la Alcaldía Auxiliar de la Zona 1 de la Municipalidad de Guatemala es un espacio diseñado para la convivencia y el aprendizaje, especialmente enfocado en personas adultas mayores. A través de este programa, los participantes pueden disfrutar de actividades recreativas, como visitas a museos, talleres de manualidades, y convivencias temáticas. Estas iniciativas buscan promover la integración comunitaria, el bienestar emocional y el desarrollo de habilidades creativas en un ambiente amigable y social. Y se tienen requisitos simples para poderse inscribir a este club que fomenta la convivencia del adulto mayor. (Alcaldía Auxiliar Zona 1)

Debe presentar lo siguiente para inscribir al adulto mayor:

- Documento Personal de Identificación —DPI— del adulto mayor.
- El nombre y número de teléfono de una persona encargada.

La inscripción se realiza en las instalaciones de la Alcaldía Auxiliar zona 1.

CAPITULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3. Métodos de investigación

3.1.1. Tipo De Estudio:

El estudio fue descriptivo ya que tuvo la finalidad de describir la relación al problema planteado, según el número de veces con que se midió la variable y según la probabilidad de manipular las variables del estudio.

3.1.2. Tipo De Enfoque:

Enfoque cuantitativo porque permitió la recopilación de datos sobre el estado nutricional y los síntomas de depresión, utilizando escalas de puntuación y cuestionarios.

3.1.2.1. Según El Momento En Que Se Realizará La Investigación El Estudio Será:

Transversal porque se midió una sola vez en el tiempo, como el momento de la ocurrencia de los hechos. Prospectivo ya que se realizó en la actualidad.

3.2. Técnicas:

3.2.1.1. Estado Nutricional En El Adulto Mayor

Para recolectar los datos con relación al estado nutricional, se utilizó la técnica de la entrevista por medio de preguntas directas y la antropometría por medio de la medición de la circunferencia de la pantorrilla.

3.2.1.2. Niveles de Depresión Del Adulto Mayor

Se determino el nivel de depresión del adulto mayor empleando la técnica de la entrevista por medio de una encuesta estructurada con preguntas directas y se recolectaron los datos.

3.2.1.3. Comparación entre niveles de depresión y el estado nutricional en diferentes *subgrupos de adultos mayores.*

Posterior a la recolección de datos se realizó una base de datos que permitió el análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje comparando los diferentes subgrupos de adultos mayores.

3.3. Instrumentos:

Estado nutricional en el adulto mayor que son parte del grupo comunitario Club del Cafecito:

Se recolecto la información mediante la prueba de cribado nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA), herramienta validada a nivel mundial, con el fin de identificar adultos mayores en

desnutrición o en riesgo de desnutrición. Fue desarrollada en la década de 1990 por el profesor Vellas, Guigoz en colaboración con Nestlé Nutrition Institute y la Toulouse University Hospital. Fue desarrollada en la década de 1990 por el profesor Vellas, Guigoz en colaboración con Nestlé Nutrition Institute y la Toulouse University Hospital. La versión corta del MNA fue validada en 2009 como una herramienta de cribado independiente. Esta versión corta consta de 6 preguntas, con relación a ingesta alimentaria, pérdida de peso reciente, movilidad, estrés o enfermedad aguda problemas neuropsicológicos e índice de masa corporal o circunferencia de pantorrilla.

Basado en las respuestas de cada uno de estos ítems, se otorga un puntaje, para posteriormente realizar una sumatoria final con un máximo de 14 puntos. Su interpretación indicara: 12-14 puntos estado nutricional normal, 8-11 puntos riesgo de malnutrición, 0-7 puntos malnutrición.

3.3.1. Niveles De Depresión Del Adulto Mayor:

Se recolecto la información mediante la escala de Depresión Geriátrica (GDS), la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) versión corta. Esta es una herramienta creada por J. A. Yesavage y J.I. Sheikh, con el fin de realizar el cribado de depresión para adultos mayores la cual es validada a nivel mundial, su versión corta contiene 15 preguntas derivadas de la versión original de 30 ítems. Esta contiene preguntas sencillas con respuestas son dicotómicas. Este tipo de cuestionarios presenta niveles satisfactorios de sensibilidad y especificidad para discriminar entre quienes probablemente tienen un problema de depresión y quienes no.

Cada respuesta se puntuó con 1 punto si es una respuesta depresiva. Estas indican que una respuesta positiva sugiere un síntoma depresivo (Preguntas 1,5,7,11,13). Su interpretación se basó en un puntaje de 0-5 puntos, normal, sin depresión, 6-10 puntos depresión leve y 11-15 puntos depresión moderada a severa.

Comparación entre información mediante el estado nutricional en diferentes subgrupos de adultos mayores:

Por medio de Microsoft Excel 365, se elaboró una base de datos para su análisis, se esquematizo en cuadros cada uno de los resultados y se presentaron de una forma ordenada.

3.4.Cronograma De Actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación	X					
Revisión bibliográfica		X				
Diseño de instrumentos		X				
Validación de instrumentos			X			
Levantamiento de información				X		
Ingreso y procesamiento de datos				X	X	
Entrega de investigación						X

3.5.Recursos

3.5.1. Recursos Humanos

3.5.1.1. Investigadores

Dra. Michelle Adaí Garzaro Taks, Dr. Carlos Alberto Gómez Gallardo, Dr. Alejandro Javier Milian Paganini estudiantes de la Maestría de Geriatria y Gerontología de la Universidad Galileo.

3.5.1.2. Asesor

Magister Silvia Ivonne Estrada Zavala.

3.5.1.3. Sujetos De La Investigación

Adultos mayores mujeres y hombres, de 60 años o más pertenecientes al grupo comunitario “Club del Cafecito” de la alcaldía auxiliar de la municipalidad de Guatemala distrito 1.

3.5.2. Recursos Materiales

3.5.2.1. Transporte

Para la realización de la investigación fue necesario utilizar transporte para la movilización a la alcaldía auxiliar de la municipalidad de Guatemala distrito 1

3.5.2.2. Equipo De Oficina

Fue requerido equipo de oficina para la planificación, transcripción de resultados, procesamiento, análisis de la información.

3.5.2.3. Insumos De Oficina

Los insumos de oficina requerido fueron necesarios para el diseño de la investigación, elaboración y reproducción de herramientas (Mini Nutritional Assesment, escala de depresión geriátrica de Yesavage), consentimiento informado para la recolección de la información

3.5.2.4. Internet

Fue requerido para la búsqueda de información relevante del estudio la recolección de la información.

3.5.2.5. Alimentación

Se requirió alimentación durante los días de recolección de la información, esto requirió almuerzos los días que se visitó la alcaldía auxiliar de la Municipalidad de Guatemala Distrito 1.

3.5.2.6. Combustible

Para realizar la movilización durante el proceso de planificación, autorización de los lugares en donde se llevó a cabo la investigación, así como en la recolección de la información

3.5.3. Recursos Financieros

Recurso	Quetzales
Transporte	Q 450.00
Equipo de oficina	Q 500.00
Insumos de oficina	Q 800.00
Internet	Q 165.00
Alimentación	Q 500.00
Combustible	Q 400.00
TOTAL	Q 2815.00

CAPÍTULO IV.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. Resultados:

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante la investigación, para ello se visitó la alcaldía auxiliar de la zona 1, distrito 1, de la municipalidad de Guatemala, donde se estudiaron a 55 personas adultas mayores que forman parte del grupo comunitario “club del cafecito” durante el mes de octubre de 2024, los cuales se distribuyen de la siguiente manera.

A continuación, se presenta la distribución por edad de los 49 adultos mayores de los cuales el 89% son femeninas y el resto son masculinos como se muestra en la tabla No1.

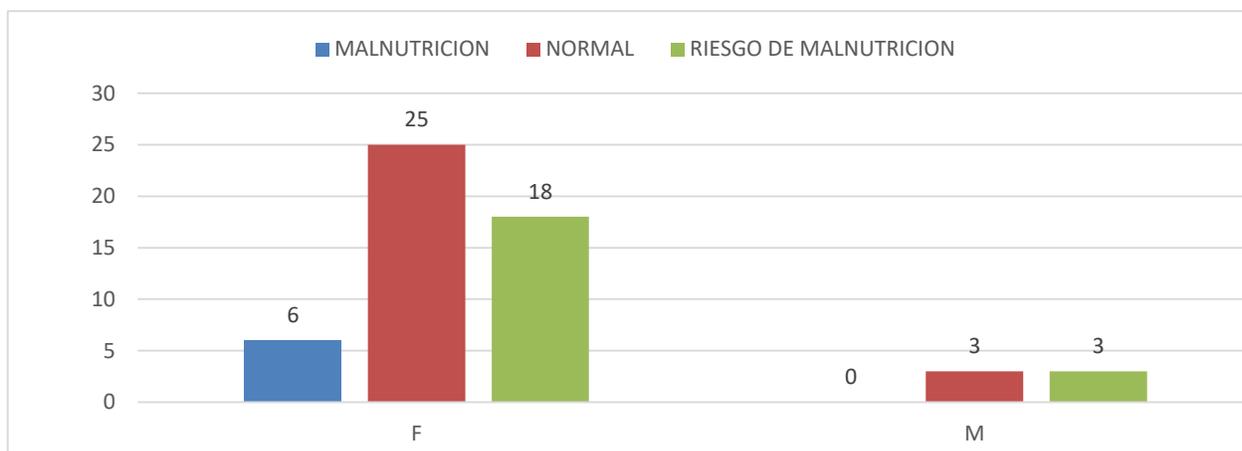
Tabla No. 1. Distribución de género y edades del adulto mayor

Distribución Género																					
Género	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	75	76	77	78	79	80	84	85	89	94	Total
Femenino	1	3	3	4	3	8	4	5	0	2	1	1	2	1	3	3	2	1	1	1	49
Masculino	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
Total	1	5	3	4	3	8	4	5	1	2	2	1	4	1	3	3	2	1	1	1	55

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el estado Nutricional de los participantes, se identificó que 6 de ellos presentaron malnutrición por déficit o por exceso, 28 tuvieron un adecuado estado nutricional y 21 personas tienen algún riesgo de padecer malnutrición

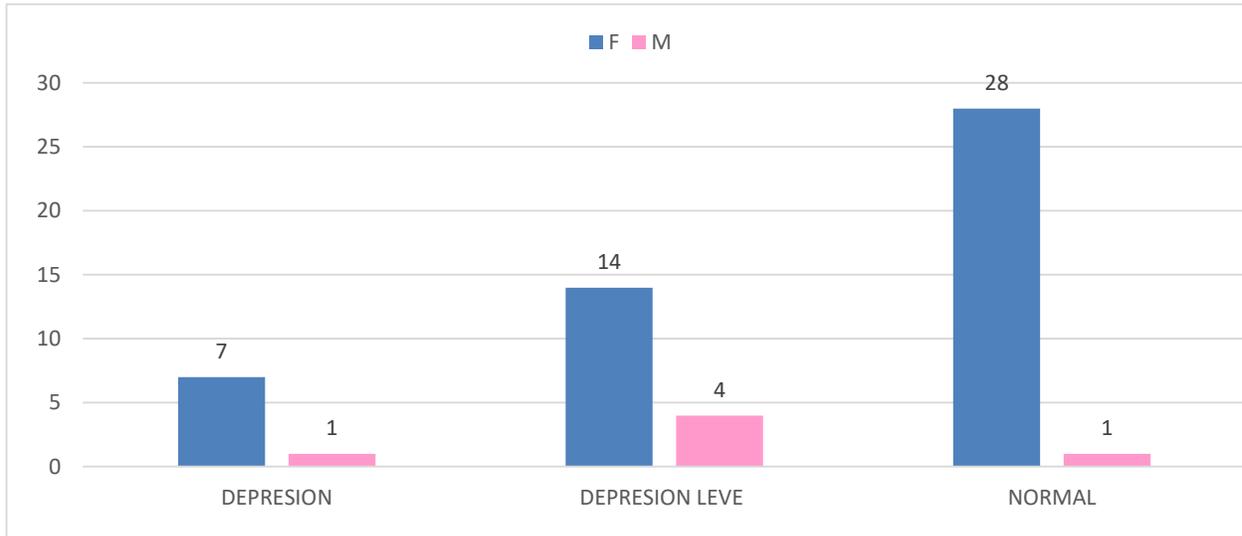
Gráfica No.1 Estado nutricional del adulto mayor del grupo comunitario Club del Cafecito



Fuente: Elaboración propia.

Del total de adultos mayores, se encontró que 29 no tenían depresión, 18 tenían depresión leve y 8 tenían depresión, Al analizar la distribución por género en los tres niveles existió un predominio del género femenino 49, vs 6 masculino.

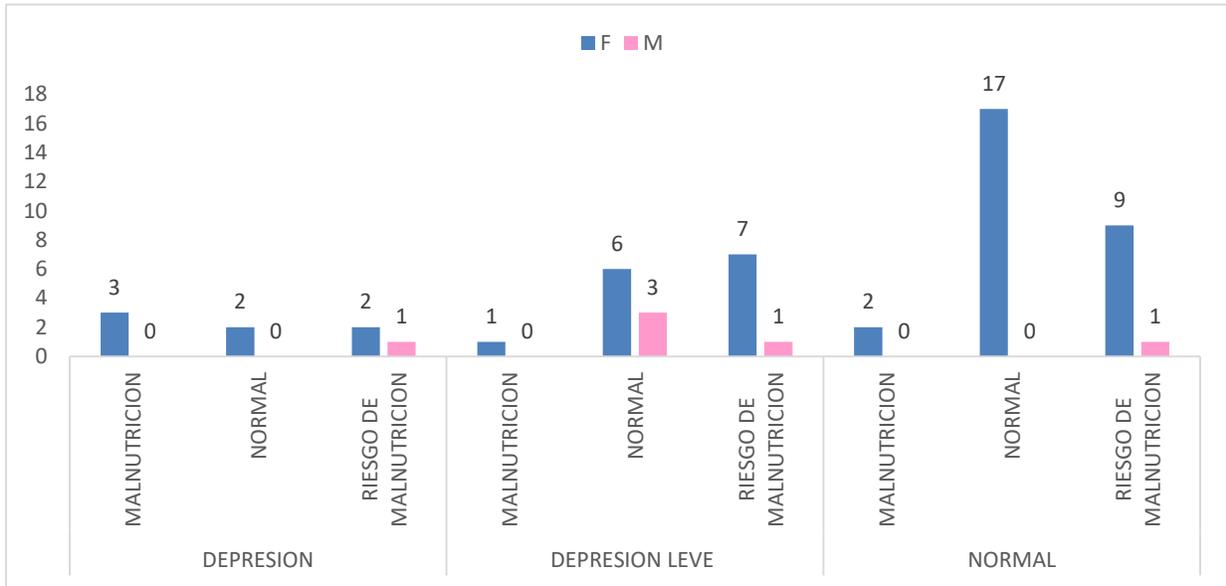
Gráfica No. 2. Niveles de depresión del adulto mayor que son parte del grupo comunitario.



Fuente: Elaboración propia.

Del total de adultos mayores; tres presentaron malnutrición, dos tuvieron riesgo de malnutrición, dos tuvieron un adecuado estado nutricional. Los que padecen depresión leve representan: malnutrición 1 persona, riesgo de malnutrición 8 personas y estado nutricional normal 9 personas; los del grupo de estado anímico normal representan: malnutrición 2 personas, riesgo de malnutrición 10 personas y estado nutricional normal 17 personas; a su vez, se subdividen en el grupo femenino (49) y masculino (6).

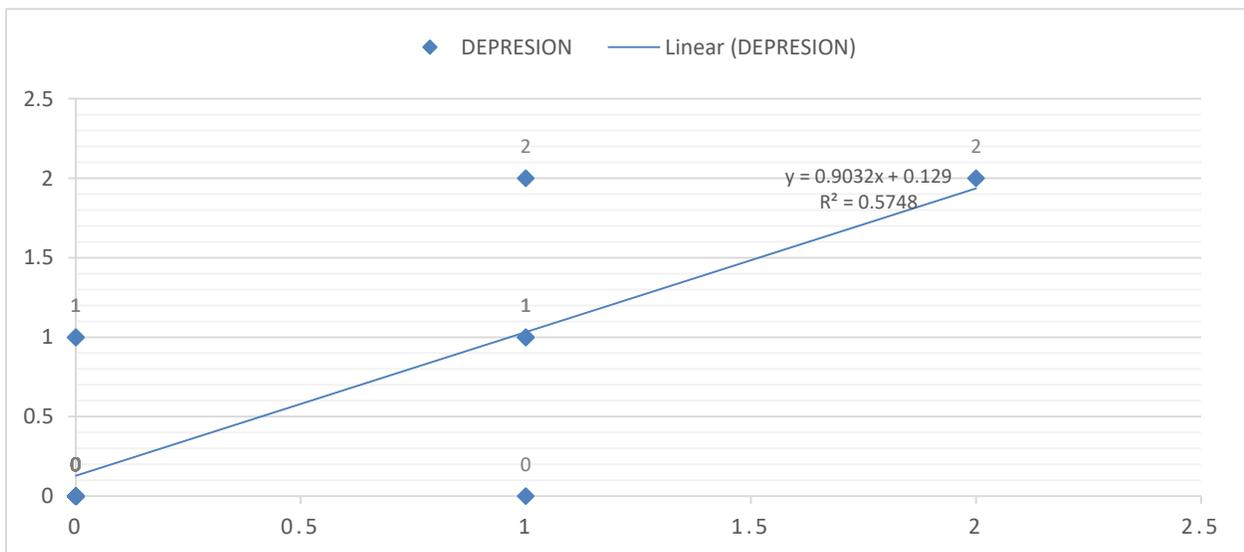
Gráfica No. 3. Niveles de depresión y el estado nutricional entre diferentes subgrupos de adultos mayores.



Fuente: Elaboración propia.

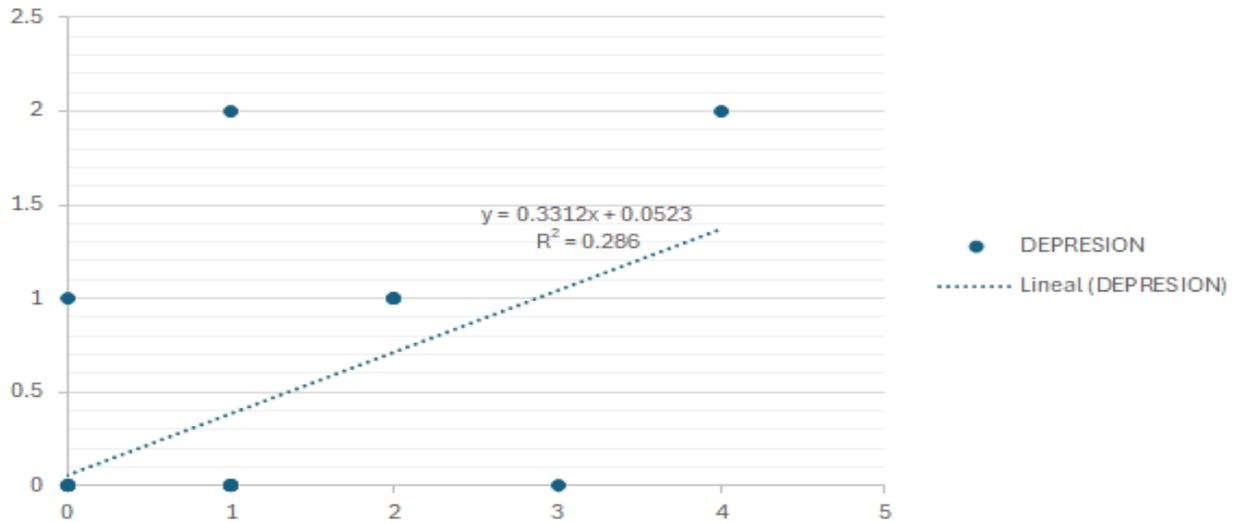
Representa la relación entre el grupo de personas con depresión (8) y malnutrición (6),

Gráfica No. 4. Relación de depresión y malnutrición de los adultos mayores.



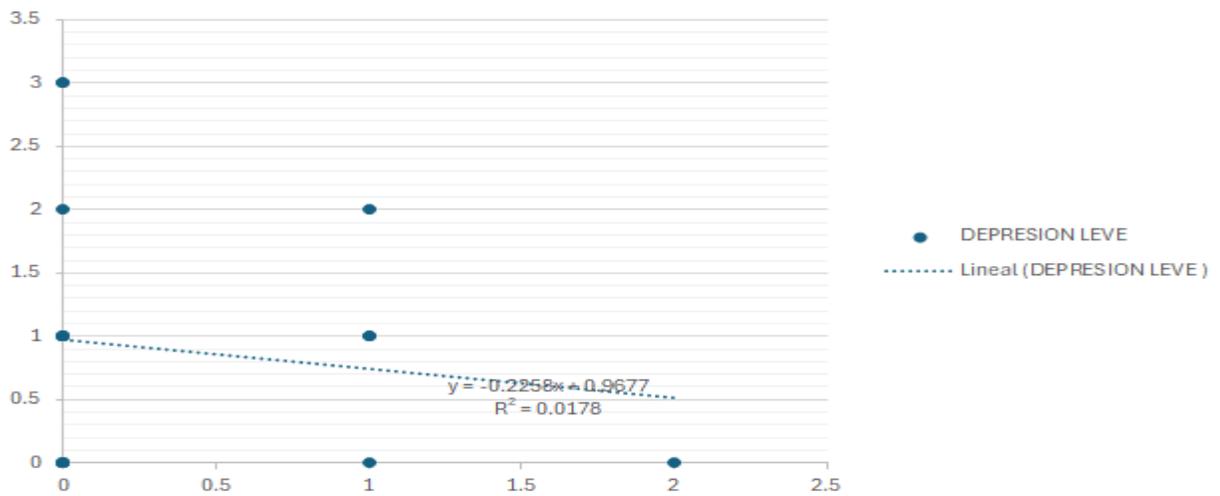
Fuente: Elaboración propia.

Representa la relación entre el grupo de personas con depresión (8) y riesgo de malnutrición (21).
 Gráfica No. 5. Relación de depresión y riesgo de malnutrición de los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia.

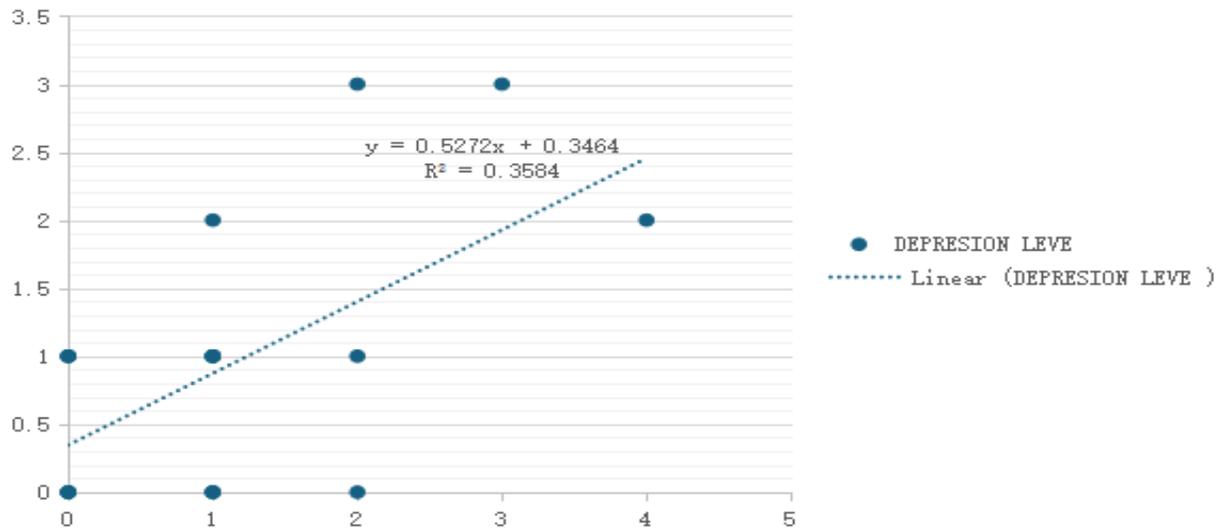
Representa la relación entre el grupo de personas con depresión leve (18) y malnutrición (6).
 Gráfica No. 6. Relación de depresión leve y malnutrición de los adultos mayores.



Fuente: Elaboración propia.

Representa la relación entre el grupo de personas con depresión leve (18) y riesgo de malnutrición (21).

Gráfica No. 7. Relación de depresión leve y riesgo de malnutrición de los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia.

4.1. Discusión:

El estudio se realizó en la alcaldía auxiliar de la zona 1, distrito 1 de la Municipalidad de Guatemala. El objetivo principal fue determinar el estado nutricional y el nivel de depresión en el adulto mayor que fueron parte del grupo comunitario "Club del Cafecito" con el universo total de 55 personas adultas mayores.

Con relación a la distribución de género y edades los resultados mostraron que del 89.09 % son del género femenino (49) y el resto masculino. La media de edad es 72.7 años. Esta información tiene relación con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) donde se refiere que para el año 2022 la población adulta mayor se estimó en 1,365.040 habitantes de los cuales 747,562 son mujeres y 617,478 son hombres, en otras palabras, por cada 83 hombres hay 100 mujeres, además el departamento de Guatemala concentra el mayor grupo de género femenino con un total 1,862,843. Este fenómeno se puede explicar por la mayor esperanza de vida en las mujeres, por factores protectores cardiovasculares, resiliencia biológica, menor exposición a riesgos entre otros. Existen además datos que respaldan que el género femenino suele tener mayor interacción social a lo largo de sus vidas, asumiendo roles de cuidado, apoyo y participación en

grupos comunitarios esto debido a que históricamente la mujer siempre ha tenido roles y responsabilidades con actividades en su círculo social. Lo que les permite acceder a espacios de participación comunitaria que a su vez tiene un impacto positivo en la salud mental y emocional.

Se determinó el estado nutricional de este grupo en estudio, por medio de la herramienta de cribaje Mini Nutritional Assessment versión corta; los resultados mostraron que el 50.9% de las personas (28) se encontraban en estado nutricional normal, más del 38% del grupo restante (21) tuvieron riesgo nutricional, estos resultados tienen relación a lo documentado en la literatura como se describe por Velasquez Alva, los adultos mayores presentan cambios fisiológicos propios del envejecimiento (pérdida del apetito, disminución del sentido del gusto, problemas de masticación y patologías gastrointestinales) siendo el proceso de desnutrición una entidad de etiología multifactorial por lo que existen otros factores importantes que afectan en diferente grado y a su vez vulneran el estado de salud del adulto mayor como lo es: el aislamiento social, dificultades económicas, enfermedades crónicas y alteraciones en el estado de ánimo.

Según datos relevantes que reporto la Organización Mundial de la Salud, se estimó que 280 millones de personas sufren depresión, siendo este trastorno más común en las mujeres y además el 5.7% de la población mundial de adultos mayores padecen algún grado de depresión. Con relación a esta última variable, se encontró por medio de la escala de depresión geriátrica de Yesavage versión corta, que en este grupo aproximadamente el 33% de las personas presentan algún indicio o síntoma de depresión, lo cual representa la señal de alerta para su bienestar emocional y físico. El dato más preocupante es que 14% presentan depresión ya establecida, lo cual se ve reflejado con el impacto en su calidad de vida. Se pudo establecer entonces que aproximadamente 1 de cada 7 personas presentan este cuadro depresivo. Factores como el aislamiento social, duelo y factores socioeconómicos vulneran al adulto mayor. Tal y como menciona Sánchez-García, et al. (2012) los factores sociales, psicológicos y maltrato pueden afectar al adulto mayor de forma que se puede ver afectada su salud mental.

Para comparar los distintos niveles del estado nutricional y el estado de depresión entre diferentes subgrupos de adultos mayores que fueron parte del grupo comunitario, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson con el fin de evaluar si existe relación entre dichas variables. Este análisis

tuvo como objetivo determinar la fuerza y la dirección de la asociación entre la depresión y el estado nutricional dentro de esta población.

El coeficiente de correlación $r= 0.76$ está más cerca de 0 que de 1 o -1, y se identifica la relación o asociación entre la malnutrición y la depresión está fuertemente relacionado, igualmente, el riesgo de malnutrición y la depresión resultó fuertemente asociado según el coeficiente correlación ($r= 0.53$). Estos datos son compatibles con otras investigaciones relevantes realizadas en poblaciones similares, en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, México, se determinó que los indicadores antropométricos se encuentran alterados en el adulto mayor con depresión ($p = 0.03$). Estos datos son consistentes con otras investigaciones relevantes realizadas en poblaciones similares. Por ejemplo, en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, México, se determinó que los indicadores antropométricos se ven alterados en los adultos mayores con depresión. Los hallazgos sugieren que, a medida que la depresión se establece, también aumenta el riesgo de padecer problemas nutricionales. Diversos factores interrelacionados, mencionados previamente, contribuyen a esta dinámica, generando un impacto significativo en la salud general. Esta relación crea un círculo vicioso, donde ambos factores amplifican sus efectos negativos mutuamente. Por lo tanto, es fundamental detectar de manera temprana los signos de depresión y problemas nutricionales para implementar intervenciones adecuadas. Con base en los datos presentados, se concluyó que la hipótesis alternativa es afirmativa, siendo aceptada en nuestra investigación y demostrando la fuerte relación entre la depresión y el estado nutricional en los adultos mayores.

Existió correlación débil entre las variables malnutrición y depresión leve ($r=0.13$) y este fenómeno puede deberse a la complejidad de los factores sociales, económicos, genéticos y culturales que las rodean. Sin embargo, es lógico pensar, después del análisis anterior, que ligado al nivel de depresión se encontrará el estado nutricional.

Así mismo, el estudio determinó, cómo se evidenció que la relación o asociación entre el riesgo de malnutrición y la depresión leve está fuertemente relacionado. Los hallazgos resaltan una relación profunda y cíclica entre el estado nutricional y la salud mental, sugiriendo que la depresión no solo aumenta el riesgo de problemas nutricionales, sino que un estado nutricional deficiente puede, a su vez, intensificar los síntomas depresivos. Al reconocer esta relación bidireccional, los

profesionales de la salud pueden desarrollar enfoques holísticos que rompan el ciclo, mejoren el bienestar general y prevengan complicaciones de salud a largo plazo en esta población vulnerable. Esta perspectiva integradora refuerza la importancia de tratar la salud mental y la nutrición como componentes interconectados del envejecimiento saludable.

CAPÍTULO V.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Conclusiones:

- 5.1.1.** El 38% del grupo tienen riesgo nutricional.
- 5.1.2.** El 33% de las personas presentan algún indicio o síntoma de depresión.
- 5.1.3.** El 14% presentan depresión ya establecida, aproximadamente 1 de cada 7 personas presentan este cuadro depresivo.
- 5.1.4.** Se identificó la relación entre la malnutrición y la depresión.
- 5.1.5.** El riesgo de malnutrición y la depresión resultó fuertemente asociado según el coeficiente de correlación ($r= 0.53$).
- 5.1.6.** A medida que la depresión se establece también lo hace el riesgo de padecer problemas nutricionales,
- 5.1.7.** El factor nutricional y psicológico generan gran impacto en la salud en general, ya que genera retroalimentación negativa entre ambas variables, amplifica su efecto negativo mutuo y por ende crea el círculo vicioso entre ellas.
- 5.1.8.** Se establece que la hipótesis alternativa es afirmativa y evidencia la fuerte relación entre depresión y estado nutricional en el adulto mayor.

5.2. Recomendaciones:

- 5.2.1.** Implementar programas de intervención integral diseñados estratégicamente para incluir un plan sobre nutrición, apoyo psicológico y actividades sociales para prevenir la malnutrición y la depresión.
- 5.2.2.** Fomentar la creación de programas comunitarios que incentiven la actividad física, social y cognitiva.

- 5.2.3.** Compartir esta información con los profesionales de salud y cuidadores tanto formales como informales en el uso de herramientas de cribado como el MNA y la escala de Yesavage para detectar problemas nutricionales y emocionales de forma temprana.
- 5.2.4.** Fomentar políticas públicas que mejoren el acceso a servicios geriátricos, que incluyan programa nutricional y psicológico y apoyen la autonomía de los adultos mayores.
- 5.2.5.** Continuar estudiando la interacción entre malnutrición y depresión en adultos mayores para desarrollar estrategias más personalizadas y efectivas en la población geriátrica en general.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

- Velásquez Alva, M. d. (10 de 07 de 2011). Desnutrición En Los Adultos Mayores: La Importancia De Su Evaluación Y Apoyo Nutricional. *RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 12(2). Recuperado el 2 de October de 2024, de Revista Salud Pública y Nutrición: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/download/287/268>
- Alcaldía Auxiliar Zona 1.* (s.f.). Recuperado el 2 de October de 2024, de GovServ: <https://www.govserv.org/>
- Álvarez Vásquez, L., Rodríguez Cabrera, A., & Salomón Avich, N. (marzo de 2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1(34). Recuperado el 03 de oct de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100010
- Arango Lopez, C. (Ed.). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.* (C. Arango Lopez, Trad.) Editorial Médica Panamericana.
- Bhupathiraju, S., & Hu, F. (oct de 2023). *Desnutrición calórico-proteica.* Obtenido de Manual MSD Versión para profesionales : <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica>
- Bogaert García, H. (2012). La Depresión: Etiología Y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 183 - 197.
- Borrayo, A., Fernández, D., Barrientos, E., Mendoza, K., & Barrera, A. (2017). Depresión asociada al estado nutricional de los adultos mayores. *Revista Medica*, 96-98.
- de Jaeger, C. (abril de 2018). Fundamentos Fisiología del envejecimiento. *EMC-Knesiterapia - Medicina Física*, 39(2), 1-12. doi:[https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(18\)89822-X](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(18)89822-X)
- Dechent R., C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 339-346.
- García Herranz, S., Diaz Mardomingo, M. C., & Perata, H. (Enero de 2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. *Anal Psicol*, 30(1), 372-379. Recuperado el 04 de oct de 2024, de

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100040&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.150711>
- García, L. (7 de January de 2019). *Abren inscripciones para cursos en la Municipalidad de Guatemala*. Recuperado el 2 de October de 2024, de Guatemala.com: <https://www.guatemala.com/noticias/sociedad/abren-inscripciones-para-cursos-en-la-municipalidad-de-guatemala.html>
- Hu, F. (s.f.). *Desnutrición calórico-proteica - Desnutrición calórico-proteica - Manual MSD versión para profesionales*. Recuperado el 2 de October de 2024, de MSD Manuals: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica>
- Instituto Nacional del Cáncer, EE. UU. (s.f.). *Definición de desnutrición - Diccionario de cáncer del NCI - NCI*. Recuperado el 2 de October de 2024, de National Cancer Institute: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/desnutricion>
- Jimenez, S., Garcia, P., & Orozco, R. (2021). Relación del riesgo nutricional y la presencia de depresion en los adultos mayores ambulatorios de Aguascalientes, México. *Lux Médica*, 1-11.
- Mejía, C. R., Armada, J., Mucha-Samaniego, L., & Huaman, M. (2023). Asociación entre la depresión y desnutrición en el adultomayor de un distrito de la serranía central peruana durante la pandemia. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 20-31.
- Municipalidad de Guatemala*. (s.f.). Recuperado el 2 de October de 2024, de Municipalidad de Guatemala: <https://www.muniguate.com/historia/>
- Municipalidad de Guatemala. (Febrero de 2022). *Código de Ética y Conducta Versión 2*. Obtenido de [Muniguate.com](https://www.muniguate.com): <https://www.muniguate.com/wp-content/uploads/2020/07/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-y-Conducta-Muni-y-sus-Empresas-Final-1.pdf>
- Municipalidad de Guatemala. (2024). *iDocumenta*. Recuperado el 2 de Octubre de 2024, de [idocumenta.com](https://www.idocumenta.com): <https://idocumenta.com/alcaldia-auxiliar-de-la-zona-1-fomenta-e-impulsa-cursos-tecnicos-y-productivos-para-mejorar-la-economia-familiar/>
- Municipalidad de Guatemala. (s.f.). *Acerca de la Municipalidad*. Obtenido de Municipalidad de Guatemala: <https://www.municipalidadguatemala.gob.gt/acerca-de>

- Ontiveros Uribe, M. (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Salud Mental*, 19(2).
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1 de March de 2024). Recuperado el 2 de October de 2024, de Malnutrición: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1 de March de 2024). Recuperado el 2 de October de 2024, de Obesidad y sobrepeso: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de Salud. (31 de marzo de 2023). *Depression*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2024, de World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud . (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Estados Unidos de América: OPS .
- Paniagua Fernández, R. (2015). *La Ética del Cuidado y Mayores: los cuidados de los mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de calidad de vida*. Madrid: Fundación Europea para el Estudio y Reflexión.
- Pedraza, D. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública*, 6(2), 140-155. Recuperado el 04 de 10 de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=en&tlng=es.
- Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16. Recuperado el 02 de oct de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es.
- Porcelli, S., Fabri, C., & Serreti, A. (abril de 2012). Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *Eur Neuropsychopharmacol*, 22(4), 239-258. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22137564/>
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones*

- Biomédicas*, 30(3), 454-459. Recuperado el 04 de oct de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=es.
- Ríos, G., & Huacchillo, N. (2023). *Depresión y estado nutricional en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Motupe-Loja*. Recuperado el 2 de Octubre de 2024
- Rodríguez Ávila, N. (mayo-agosto de 2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87-88. doi:1665-3262
- Rojas Delgado, A. G. (2022). Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud de distrito 11D05. Loja.
- Sánchez García, S., Juárez Cedillo, T., Gallegos Carillo, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A., & García Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental*, 35(1), 71-77. Recuperado el 04 de oct de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es&tlng=es.
- Wissman, M. M., & Nomura, Y. (2005). Families at High and Low Risk for Depression: A 3-Generation Study. *Arch Gen Psychiatry*, 62(1), 29-36. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208217>
- Yesavage, J. A., Brink , T. L., Rose, T. L., Lum , O., Huang , V., Adey , M., & Leirer , V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *t. J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zenteno Cuevas, R., & Castillo Hernández, J. L. (2004). Valoración del Estado Nutricional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 29-35.

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

Escala De Depresión Geriátrica



Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo:

"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No".

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.



Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Mini Nutricional Assessment



Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF®)

Objetivo:

Identificar el estado nutricional de la persona mayor.

Instrucciones:

Aplique el cuestionario indicando la puntuación para cada pregunta en cada cuadro de la derecha. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque con X el cuadro de la interpretación que corresponda.

Datos de la persona mayor

Nombre completo: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Cribaje

Preguntas	Puntaje
A. ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0 = Ha comido mucho menos. 1 = Ha comido menos. 2 = Ha comido igual <input type="checkbox"/>
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses).	0 = Pérdida de peso > 3 kg. 1 = No lo sabe. 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = No ha habido pérdida de peso. <input type="checkbox"/>
C. Movilidad	0 = De la cama al sillón. 1 = Autonomía en el interior. 2 = Sale del domicilio. <input type="checkbox"/>
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	0 = Sí. 2 = No. <input type="checkbox"/>
E. Problemas neuropsicológicos.	0 = Demencia o depresión graves. 1 = Demencia leve o moderada. 2 = Sin problemas psicológicos. <input type="checkbox"/>
F1. Índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (en kg)} / (\text{talla en metros})^2$)	0 = $IMC < 19 \text{ kg/m}^2$. 1 = $19 \leq IMC < 21 \text{ kg/m}^2$. 2 = $21 \leq IMC < 23 \text{ kg/m}^2$. 3 = $IMC \geq 23 \text{ kg/m}^2$.
<i>Si el índice de masa corporal no está disponible, por favor sustituya la pregunta F1 con la F2. No conteste la pregunta F2 si ha podido contestar a la F1.</i>	
F2. Circunferencia de la pantorrilla izquierda (CP) en cm.	0 = < 31 cm. 3 = > 31 cm. <input type="checkbox"/>

Interpretación:

Marque con una de acuerdo al resultado obtenido

- Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos
- Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
- Desnutrición: 0 - 7 puntos

Puntuación total: _____

Referencias:

• Adaptado y traducido de: Kaiser MJ, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782. PMID: 19812868.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatria.

