

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Deterioro Cognitivo y Sintomatología Depresiva Geriátrica en  
adultos mayores de Centros Integrales de Atención al Adulto  
Mayor en Lima Norte**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTORES**

**Juan Junior Passara Flores  
Medalit Yomira Rodriguez Flores**

**ASESOR**

**Giovani Matin Diaz Gervasi**

**Lima, Perú  
2022**

**METADATOS COMPLEMENTARIOS****Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 3**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 4**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Datos de los Asesores****Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

**Asesor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

### Datos del Jurado

#### Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

### Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

**\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

#### ACTA N° 114-2022

En la ciudad de Lima, a los diez días del mes de octubre del año dos mil veintidós, siendo las 14:00 horas, los Bachilleres Juan Junior Passara Flores y Medalit Yomira Rodríguez Flores sustentaron su tesis denominada **“DETERIORO COGNITIVO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA GERIÁTRICA EN ADULTOS MAYORES DE CENTROS INTEGRALES DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LIMA NORTE”**, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- |                                              |                     |
|----------------------------------------------|---------------------|
| 1.- Prof. Rafael Martín Del Busto Bretoneche | APROBADO: BUENO     |
| 2.- Prof. Victoria Paula Sandoval Medina     | APROBADO: MUY BUENO |
| 3.- Prof. Carmen Liz Padilla Romero          | APROBADO: BUENO     |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Giovani Martín Díaz Gervasi

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 14:50 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

**APROBADO: BUENO**

Es todo cuanto se tiene que informar.

  
Prof. Rafael Martín Del Busto Bretoneche  
Presidente

  
Prof. Victoria Paula Sandoval Medina

  
Prof. Carmen Liz Padilla Romero

  
Prof. Giovani Martín Díaz Gervasi

Lima, 10 de octubre del 2022

**DETERIORO COGNITIVO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA  
GERIÁTRICA EN ADULTOS MAYORES DE CENTROS  
INTEGRALES DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LIMA  
NORTE**

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la relación entre el deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención en Lima norte.

**Materiales y métodos:** se evaluó a 141 personas mayores de 65 años, la investigación es de alcance correlacional, con un muestreo no probabilístico y que cumplieron con los criterios de inclusión. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico STATA 13, empleándose la prueba chi- cuadrado para el análisis inferencial. Los instrumentos para determinar los niveles de deterioro cognitivo fue el Mini examen mental de Folstein y para medir la sintomatología depresiva se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ambos cuentan con validez y confiabilidad pertinente. **Resultados:** se halló relación el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica ( $p=0.002$ ). Del mismo modo, se halló relación entre el deterioro cognitivo con la edad, de esta forma la mayor edad se relaciona con mayor deterioro cognitivo; y el grado de instrucción, las personas con menor nivel de instrucción se relacionan al deterioro cognitivo. Asimismo, la sintomatología depresiva leve se relaciona con la presencia de alguna enfermedad crónica y menor grado de instrucción. **Conclusiones:** aunque la mayoría de participantes se ubicaron en un funcionamiento normal cognitivo, hubo un porcentaje considerable que obtuvo un deterioro cognitivo entre leve y moderado. Asimismo, las personas con un mayor deterioro cognitivo presentan niveles de sintomatología depresiva leve y severa.

**Palabras clave:** Deterioro, síntomas depresivos, adulto mayor, calidad de vida (Fuente: DeCS)

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the relationship between cognitive impairment and geriatric depressive symptomatology in older adults in comprehensive care centers in northern Lima. **Materials and methods:** 141 people over 65 years of age were evaluated, the research is correlational in scope, with a non-probabilistic sampling and who met the inclusion criteria. For the statistical analysis, the STATA 13 statistical package was used, using the chi-square test for inferential analysis. The instruments used to determine the levels of cognitive impairment were the Folstein Mini Mental Examination and the Yesavage Geriatric Depression Scale to measure depressive symptomatology, both with relevant validity and reliability. **Results:** a relationship was found between cognitive impairment and geriatric depressive symptomatology ( $p=0.002$ ). Likewise, a relationship was found between cognitive impairment and age; thus, older age is related to greater cognitive impairment; and the degree of education, people with a lower level of education are related to cognitive impairment. Likewise, mild depressive symptomatology is related to the presence of a chronic disease and lower level of education. **Conclusions:** although the majority of participants had normal cognitive functioning, there was a considerable percentage with mild to moderate cognitive impairment. Likewise, people with greater cognitive impairment presented levels of mild and severe depressive symptomatology.

**Key words:** Impairment, depressive symptoms, older adult, quality of life (Source: DeCS).

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>10</b>
1.1. Situación problemática	10
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Justificación de la investigación	11
1.4. Objetivos de la investigación	12
1.5. Hipótesis	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	14
2.1.1. Internacionales	14
2.2.2. Nacionales	15
2.2. Bases teóricas	16
2.2.1. Deterioro cognitivo	16
2.2.2. Sintomatología depresiva	18
<b>CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>21</b>
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	21
3.2. Población y muestra	
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	21
3.3. Variables	
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	22
3.3.2. Variables sociodemográficas	22
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	24
3.4.1. Plan de recolección de datos	24
3.4.2. Instrumentos	25
3.5. Plan de análisis y procesamiento de datos	27
3.6. Ventajas y limitaciones	27
3.7. Aspectos éticos	27
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>33</b>
5.1. Discusión	33
5.2. Conclusión	36
5.3. Recomendaciones	37
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la población	29
Tabla 2. Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica	30
Tabla 3. Relación entre deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos	30
Tabla 4. Relación entre sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos	31

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la población de adultos mayores se ve reflejado a nivel mundial, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) reportó que entre los años 2015 al 2050 la población de adultos mayores de 60 años aumentará en un porcentaje de un 12% a un 22%. Es así que, en el plano internacional, en el año 2050, en el país de China, la población de adultos mayores llegará a unos 120 millones y en el resto del mundo alcanzará la cifra de 434 millones. En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017), en el último censo realizado en el año 2017, la población de personas mayores de 60 años ascendió a la cifra de 3'229.876 personas, representando así un 10.1% de la población peruana.

El envejecimiento es un proceso normal en el desarrollo humano, pero este proceso trae consigo cambios biológicos, físicos, familiares y psicológicos. Así mismo, estos cambios están asociados a las diversas transiciones que ocurren en la vida del adulto mayor: jubilación, traslado a otras viviendas, muerte de amigos y pareja (OMS, 2018). Por otro lado, el envejecimiento puede estar acompañado de problemas de salud físicos (enfermedades crónicas) (Alonso, 2006) y problemas psicológicos. Estos problemas repercuten directamente en la salud mental del adulto mayor y favorece la aparición de síndromes geriátricos como el síndrome de la fragilidad (OMS, 2018).

El síndrome de fragilidad en los adultos mayores genera vulnerabilidad y dependencia de un cuidador, trayendo como consecuencia una resistencia carente de las reservas fisiológicas ante situaciones estresantes (Ramos et al., 2004). Es por ello, que la sintomatología de diversas enfermedades se agrava y esto facilita el deterioro funcional. Dos de los problemas que con mayor frecuencia se aprecian en el adulto mayor son: el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva. Pero ambas alteraciones no son inherentes al envejecimiento. En el adulto mayor, la función cognitiva cambia y se presenta una disminución en dos esferas cognitivas: aprender nueva información y realizar funciones motoras de forma rápida (Varela et al. 2004). Pero en otros adultos mayores, las funciones cognitivas se ven alteradas, presentándose así el deterioro cognitivo. Si esta alteración se establece y es progresiva en el tiempo llega a ser una demencia, presentando un daño orgánico. Los síntomas depresivos en los adultos mayores son en su mayoría quejas somáticas, es por ello que es muy difícil de diagnosticar. Por otro lado, la falta de apetito, el enlentecimiento motor, los problemas al dormir y pérdida de interés por realizar las actividades cotidianas también forman parte de la sintomatología depresiva (Vílchez, 2017).

En el Perú, los problemas de salud mental en el adulto mayor no son atendidos adecuadamente. En consecuencia, el 69% en Lima Metropolitana y Callao y 93.2% en Lima rural no tienen acceso a los programas establecidos por el gobierno, Ministerio de Salud (MINSA, 2018). Por tanto, la prevención, detección e intervención en casos de adultos mayores con afectación en el área cognitiva o afectiva son necesarios; no solo para su recuperación sino para que este pueda gozar de una calidad de vida adecuada (Custodio et al., 2016). Por tanto, se debe coordinar el sistema de salud público y privado para una adecuada intervención sobre individuos en riesgo.

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

La investigación se encuentra dividida en cinco capítulos. En el capítulo I, se explica el planteamiento del problema que se centra en la problemática de la investigación; en el capítulo II, se aborda el marco teórico en el que se detallan los antecedentes tanto nacionales como internacionales y las bases teóricas que sustentan

el estudio; luego, en el capítulo III, los materiales y métodos que engloba la descripción de la población y los instrumentos utilizados; en el capítulo IV, se explican los resultados de la investigación y por último, en el capítulo V, se brinda la interpretación de los resultados de la investigación.

## **CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Situación problemática**

En el mundo, la población de adultos mayores está en aumento, este suceso se puede apreciar con claridad en el continente de europeo (25%) y América Latina (8.1%), según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015). El 12.3% de la población mundial tiene hoy más de 60 años, es decir, unos 901 millones de personas, según el informe elaborado por la organización no gubernamental HelpAge (2013). Así mismo, la OMS calculó que entre 2015 y 2050 la proporción mencionada aumentará del 12 al 22%, es decir, habrá 2000 millones de personas mayores de 60 años (OMS, 2017). En el Perú, el proceso de envejecimiento de la población aumentó de un 5.7% en el año 1950 a un 10.4% en el 2018; si nos referimos a Lima Metropolitana un 40.9% de los hogares tiene a un adulto mayor como miembro de la familia (INEI, 2018).

En el adulto mayor, la funcionalidad y productividad suelen verse afectadas por diversos factores, siendo uno de estos el síndrome de fragilidad que es un síndrome clínico biológico que se caracteriza por una disminución de reservas fisiológicas ante situaciones estresantes que van a repercutir de manera directa a su salud física (Ramos et al., 2004), siendo así un predictor de mortalidad, discapacidad, hospitalización y pérdida de movilidad (González et al., 2017). Algunas manifestaciones clínicas de este síndrome son la disminución involuntaria del peso corporal, descenso de la resistencia y de la fuerza muscular, así como también, trastornos de la marcha, del equilibrio y declinación de la movilidad física (Ramos et al., 2004).

Por ello, el desarrollo de este síndrome geriátrico debido a enfermedades físicas y psicológicas afecta directamente a la salud mental de los adultos mayores. La etapa que atraviesan las personas adultas mayores es el envejecimiento, este proceso conlleva un deterioro progresivo del organismo, provocando mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés (Camargo, 2017). Así mismo, es la memoria la función cognitiva que se ve afectada mayormente en los adultos mayores (Custodio et al., 2012). Una de las alteraciones que se presentan en la etapa de envejecimiento cerebral es el deterioro cognitivo, que afecta fundamentalmente la atención y memoria. Este deterioro puede ocurrir por la disminución de habilidades mentales conectadas al envejecimiento, trastorno de depresión mayor, deterioro cognitivo leve y demencia (Díaz et al., 2013). Además, la influencia de determinadas variables (edad, sexo, lenguaje, educación, realización de actividades diarias o déficits sensoriales) afectarían el rendimiento general cognitivo (Arriola et al., 2017). Así mismo, la función cognitiva de los adultos mayores puede estar deteriorada por trastornos mentales o problemas físicos. Los porcentajes de adultos mayores con deterioro cognitivo tuvo una prevalencia de 6.7% en Lima Metropolitana según un estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2012), una prevalencia de deterioro cognitivo de un 17% en Lima Metropolitana y Callao (Luna, 2018) y un 6.85% de prevalencia de demencia (Custodio, 2008). Se estima que un 20 % de personas de más de 60 años de edad sufren un trastorno mental, siendo la demencia y la depresión dos de los trastornos más comunes en esa edad (OMS, 2017).

La presencia de sintomatología depresiva en la población geriátrica deteriora la calidad de vida, precipita la aparición e intensificación de enfermedades físicas y puede disminuir el tiempo de vida. Es por ello que entre el 15-34% de adultos mayores que presentan sintomatología depresiva se asocian de manera negativa con dominios psicológicos, físicos, cognitivos y sociales (Nascimento et al., 2011). A diferencia de lo que acontece con la población adulta joven, la sintomatología depresiva en los adultos mayores se manifiesta como resultado de diversos factores que dificultan su estudio, siendo algunos de estos síntomas: pérdida del interés, sentimientos de soledad y

abandono, sensación de vacío, manifestaciones con frecuencia asociadas a impulsos suicidas, quejas constantes de dolencias físicas, problemas digestivos, alteraciones en el sueño, insatisfacción por la vida y quejas de memoria (De la Torre et al., 2006). Si la sintomatología depresiva no es intervenida adecuadamente y de forma oportuna, podría en un futuro pertenecer a un trastorno de depresión mayor y este diagnóstico puede precipitar el deterioro físico, cognitivo y social. Además, mientras el rango de edad sea mayor la frecuencia de sintomatología clínicamente equivalente a un trastorno de depresión mayor se incrementa (Sánchez et al., 2012). En nuestro país, sobre la base de datos arrojados por el Ministerio de Salud del Perú, se considera que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9.8 % mostrando una mayor prevalencia en comparación a los resultados hallados en jóvenes (8.6%) y en adultos (6.6%) (MINSa, 2004).

Para prevenir la presencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores, se debe tener en cuenta el ambiente donde vive la persona; así mismo, mejorar el bienestar físico, psíquico y social, a través del aumento respecto a la cobertura y calidad de los servicios sanitarios, la garantía de una adecuada asistencia alimentaria y nutricional; así como también generar oportunidades de una vida armónica dentro de su familia y comunidad (MINSa, 2015). Según el reporte del Hospital Cayetano Heredia realizado en el año 2006, los adultos mayores que acuden a consulta externa por síntomas depresivos se encuentran entre el 6-10%; en asilos 12-20% y hospitalizados, 11-45% (De la Torre et al., 2006).

Por ello, la presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema general**

Ante esta problemática, surge la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte?
- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte?
- ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte?
- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte?

## **1.3 Justificación de la Investigación**

La importancia de buscar la relación que pueda existir entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva deriva de la poca literatura de estas variables en el campo de la psicología, caso contrario, en el campo de la medicina, la variable Deterioro

Cognitivo es altamente estudiada para conocer el perfil cognitivo de las personas adultas mayores. Así mismo, de las pocas investigaciones en el campo de la psicología, la muestra de esta población no asciende de las 50 personas y solo se han llevado a cabo las evaluaciones en un solo Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) o en adultos institucionalizados. En esta investigación, se ha evaluado a un número superior de personas adultas mayores que asistían a tres CIAM en distintos distritos, cubriendo todos los talleres a los que estas personas asistían. Las evaluaciones se realizaron de forma diaria en estos centros, teniendo así una mayor muestra representativa de esta población.

La existencia de investigaciones psicológicas en esta población sería una contribución para la prevención e intervención en los problemas de salud mental en los adultos mayores. En el año 2015, la prevalencia de adultos mayores con depresión ascendió de un 3.8% (año 2012) a un 14.3 % (Martina et al., 2018), es decir, el adulto mayor ha sido “olvidado” a pesar de que en ellos se desencadenan diversos problemas socioemocionales ocasionados por diversos factores tales como: sexo, condición económica, tipo de vivienda, apoyo familiar, residente en asilo, calidad de vida, etc. De igual manera, en el año 2012, un estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi evidenció que un 17% de la población de adultos mayores mostró algún grado de deterioro cognitivo a nivel de Lima Metropolitana y Callao (INSM HD-HN, 2012). La creación de programas para el adulto mayor en el Perú, como Pensión 65 y el Centro Integral del Adulto Mayor han tratado de enmendar los problemas de salud mental pero solo el 28.8 % de la población de adultos mayores goza de estos beneficios (INEI, 2017).

Por tanto, este estudio puede brindar hallazgos acerca de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte. Además, permitirá conocer la existencia de afectación en la esfera afectiva como cognitiva. A partir de los resultados obtenidos, se podrá sugerir estrategias de intervención psicológica que permitan regularizar la sintomatología depresiva geriátrica en los adultos mayores logrando un bienestar personal y una calidad de vida adecuada.

#### **1.4 Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

##### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar los niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.
- Determinar los niveles de sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.
- Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

## **1.5. Hipótesis**

### **1.5.1. Hipótesis general**

**H1:** Existe relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

**H0:** No existe relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

### **1.5.2. Hipótesis específicas**

**HE1:** Existe relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

**HE0:** No existe relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

**HE2:** Existe relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

**HE0:** No existe relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en adultos mayores de centros integrales de atención al adulto mayor en Lima Norte.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

A continuación, se detallarán algunas investigaciones, tanto internacionales como nacionales, en las que se halló relación con las variables de interés en la presente investigación.

#### **2.1.1. Nivel internacional**

Valderrama y Flores (2019), en su estudio sobre la relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos, tuvieron como objetivo evaluar la relación de las variables de deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida en adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 160 personas mayores que llevaban a cabo diversos tipos de ejercicios físicos tres veces en la semana durante un año. Las pruebas utilizadas fueron el State- Mental Examination (MMSE) y calidad de vida (SF-36). El estudio arrojó como resultado que el 95% de personas evaluadas presentaron una adecuada calidad de vida, mientras que respecto a la variable deterioro cognitivo, el 11.2% se ubicó dentro de la categoría normal y el 88.8% presentó algún déficit. En consecuencia, en el estudio se obtuvo una relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida.

Asimismo, Segura et al. (2018) identificaron los factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva en los adultos mayores bajo un estudio cuantitativo transversal analítico y haciendo uso de un muestreo probabilístico bietápico. El total de participantes en el estudio respondió a 1514 adultos mayores colombianos que residían en las zonas urbanas de las ciudades de Barranquilla, Medellín y Pasto. La condición cognitiva fue evaluada con el Mini Examen Cognoscitivo Modificado (MEC- Lobo et al.). Los resultados del estudio demostraron que existe un riesgo de deterioro cognitivo correspondiente a 5.1% en la ciudad de Medellín, 2.7% en Pasto y 1.7% en Barranquilla. Asimismo, el deterioro cognitivo fue predominante en hombres, entre las edades de 75 a 89 años, sin cónyuge y nivel de escolaridad bajo.

Por tanto, Valdés et al. (2017), en su estudio sobre prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores, determinaron la asociación de ambas variables bajo un estudio descriptivo transversal y con una muestra de 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados atendidos en la consulta de psicogeriatría en la casa de Abuelos del Municipio Cerro “Celia Sánchez Manduley” (Cuba), durante el mes de enero del año 2016. Se evaluó la presencia de depresión mediante tres preguntas de forma oral (EPD-3PO), versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (15 preguntas) y el MMSE. Obteniendo como resultado que el 60% de los pacientes presentaron depresión y el 95%, enfermedades crónicas no transmisibles. Siendo así, que tanto la depresión y las enfermedades no transmisibles son los principales factores de riesgo que se asocian a la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores.

En tanto, Calero-García y Cruz (2014), en su estudio sobre la evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital: relación con las variables sociodemográfica. Las pruebas utilizadas fueron el índice de Barthel y el Foto test. La muestra lo conformaron 259 participantes ingresantes al Hospital de Neurotraumatológico de Jaén, España. El estudio arrojó como resultado que las personas adultas mayores del sexo hombre, mayores de 80 años, sin nivel de instrucción y sin cónyuge mostraron mayor probabilidad de aumento respecto a la dependencia funcional y el deterioro cognitivo severo. Además, los resultados del estudio respecto a las variables sociodemográficas

fueron las siguientes: en respuesta a la variable estado civil un 44% eran casados y 47.5%, viudos; mientras que referente a la variable nivel educativo, el 63.7% no tenía ningún tipo de educación, 36.3% tenían algún tipo de educación y el 1.5% de los participantes tenía educación superior.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales:**

Luna y Vargas (2018) identificaron los factores asociados con deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en adultos mayores bajo un estudio analítico de base de datos secundario, con un muestreo probabilístico de tres etapas en 1290 adultos de 60 a más años de edad en Lima Metropolitana y Callao. Utilizó en MMSE y el Cuestionario de Pfeffer para evaluar el deterioro cognoscitivo y funcional, respectivamente. El estudio arrojó como resultado que el 31.7% presentaron deterioro cognitivo, al 17% se les administró el MMSE y al 14.7%, el Cuestionario de Pfeffer; sin embargo, solo el 6.7% de los participantes mostraron un claro deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia. Además, ser adulto mayor de 75 años a más, no tener un empleo, contar con menos de 8 años de educación y haber padecido de un episodio depresivo en el último año, son agentes asociados con el deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia.

Asimismo, De la Cruz et al. (2017) en su estudio tuvieron como objetivo determinar la frecuencia y características asociadas a la depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden a un hospital del segundo nivel de atención a las áreas de Medicina, Cardiología y Neurología del Hospital Santa María del Socorro. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, contó con una muestra constituida por 117 adultos mayores de 60 años y se evaluó la depresión con el GDS. Se obtuvo como resultado que la frecuencia de depresión fue de un 64.94%, con una prevalencia de 85.71% en adultos mayores con hipertensión arterial, un 77.36% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y 54.24% en pacientes con deterioro cognitivo leve.

Por otro lado, Vilchez (2016), en su estudio sobre la asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú, determinó la asociación entre la presencia de ambas variables bajo un estudio transversal analítico y con un muestreo no aleatorizado se pudieron encuestar 267 adultos mayores durante los meses de marzo a mayo del 2016. Se evaluó la presencia de trastorno depresivo con el GDS y se evaluó el deterioro cognitivo con el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer, obteniendo como resultados que los índices de depresión aumentan conforme la edad y hay una mayor probabilidad de presentar un trastorno neurocognitivo en adultos mayores con depresión severa; por tanto, se obtuvo que el 36.3% presentó deterioro cognitivo y el 64% tenía depresión moderada o severa.

Por otra parte, Arévalo (2015) buscó determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos San Francisco de Asís de la ciudad de Iquitos-Perú, con un estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, en un grupo de 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental entre 65-69 años de edad. Los participantes respondieron al GDS (15 ítems-versión española), obteniendo como resultado que existe depresión de leve a moderado y se asoció con la presencia de comorbilidad (hipertensión arterial, artrosis, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, diabetes mellitus y osteoporosis) y con los que tienen mayor abandono familiar. Además, el grado de depresión mostrado por los adultos mayores fue de leve a moderada.

Por último, Licas (2015) propuso como objetivo de su estudio determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto

mayor (Tayta Wasi), con un diseño de investigación cuantitativo descriptivo de corte transversal, en una muestra de 73 adultos mayores. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó el GDS, obteniendo como resultado que los adultos mayores que se encuentran entre 65 a 69 años presentan depresión leve, mientras que adultos mayores de 70 a 74 años muestran evidencia de presentarlo en menor cantidad.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Deterioro Cognitivo**

#### **2.2.1.1. Hacia una definición del deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo es una de las alteraciones que se evidencian con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. Es así, que en esta población la evaluación del funcionamiento cognitivo está relacionado a la existencia o no de un deterioro evolutivo de la cognición, ya sea agudo o crónico. Además, se considera en su evaluación aspectos comportamentales, el lenguaje y el estado de ánimo (Pérez, 2007). Además, la función cognitiva considera el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el proceso de envejecimiento se ven afectados y disminuyen en cierto grado (Camargo, 2017). Por tanto, cabe resaltar que los adultos mayores con deterioro cognitivo no tienen problemas de conciencia ni afecta la parte funcional de la persona, es decir, que la persona realiza sus actividades sin ayuda y no necesita vigilancia. Pero entre algunas de las funciones de la memoria que no se van a ver afectadas notablemente son la memoria semántica y la de procedimiento; sin embargo, las funciones de la memoria que se ven mayor afectadas en el adulto mayor, son la memoria de trabajo, la memoria episódica y la memoria prospectiva (Custodio et al., 2012).

#### **2.2.1.2. Factores que afectan el funcionamiento cognitivo**

Son diversos los factores que afectan un adecuado funcionamiento cognitivo de una persona, pero se asocian principalmente las condiciones de tipo biológico, social, psicológico y por consumo de sustancias tóxicas (Maitta, 2018).

La condición biológica hace referencia al correcto estado del cerebro humano, por tanto, cuando se presenta alguna lesión (tumores, anomalía congénitas e infecciones) en cualquier zona del cerebro se puede desarrollar una variedad de desórdenes tales como epilepsia, la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, etc. También, ciertos desórdenes mentales pueden ser generados por el entorno social, tales como dificultades laborales, problemas familiares, carencia económica, etc. Estos conflictos pueden generar en las personas síndromes ansiosos y desencadenar cuadros depresivos que muchas veces son difíciles de superar. Así mismo, los desequilibrios causados por enfermedades mentales afectan directamente a las relaciones interpersonales y generan distorsiones en la personalidad, funciones cognitivas y en las percepciones sensoriales; sin embargo, ciertos rasgos de personalidad hacen más propensos a sufrir dichos trastornos. Por último, el consumo de sustancias tóxicas, como el tabaco, alcohol y drogas, afectan de manera directa al sistema nervioso y en consecuencia daña áreas del cerebro.

#### **2.2.1.3. Estadios del funcionamiento cognitivo**

Las funciones cognitivas disminuyen debido a la edad, por ende, es común que en los adultos mayores a partir de los 65 años las funciones intelectuales disminuyen interfiriendo en el normal desarrollo de sus actividades cotidianas. Uno de los síndromes

que se presenta con mayor frecuencia es la demencia. Anteriormente, se creía que el daño cognitivo era inherente a la vejez, pero este pensamiento cambió cuando Petersen (como se citó en Amor y Martín, 2017) postuló el concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) a finales de los noventa. Así mismo, clasificó el estado mental cognoscitivo en tres estadios: normal, deterioro cognitivo leve y demencia.

Cuando las funciones cognitivas no están deterioradas no existe queja subjetiva ni objetiva. Pero si ya existe un deterioro cognitivo leve, la persona presenta quejas de memoria, un estado cognitivo general normal y muestra un deterioro de memoria objetiva. Se entra a un cuadro demencial cuando existen determinados fallos en las conexiones interneuronales, por falta de aporte sanguíneo (accidentes cerebrovascular), carencia de sustancias nutricionales que son necesarias durante el proceso de la síntesis de neurotransmisores que intervienen en la comunicación interneuronal o por degeneración debido a la presencia de sustancias neurotóxicas que generan la apoptosis (muerte programada) neuronal y desaparición de las conexiones interneuronales, lo que genera un mal funcionamiento y la aparición de múltiples déficits.

Según la Escala de Deterioro Cognitivo Global (GDS) realizada por Barry Reisberg, los estadios del funcionamiento cognitivo se dividen en 7. Esta escala fue creada también para conocer en qué estadio se encontraban los pacientes con demencia por la enfermedad de Alzheimer. El primer estadio es la ausencia de déficit cognitivo (GDS 1); el segundo estadio es el déficit cognitivo muy leve (GDS 2); tercer estadio, déficit cognitivo leve (GDS 3); cuarto estadio, déficit cognitivo moderado (GDS 4); quinto estadio, déficit cognitivo moderadamente grave (GDS 5); sexto estadio, déficit cognitivo grave (GDS 6); séptimo y último estadio, déficit cognitivo muy grave (GDS 7).

GDS 1: Denota ausencia de déficits cognitivos y funcionales tanto objetivos como subjetivos.

GDS 2: Presencia de olvidos, tanto en ubicación de objetos como nombres de personas, es decir hay un déficit funcional subjetivo.

GDS 3: Existencia de un déficit en la concentración, tareas ocupacionales complejas y los familiares y amigos pueden observar estos deterioros.

GDS 4: Presencia de déficits observables en la realización de tareas complejas como el control económico, planificación de comidas y olvido de hechos cotidianos o recientes. No hay defectos en orientación en tiempo y personas, así mismo hay reconocimiento de caras y personas familiares y capacidad para viajar a lugares conocidos.

GDS 5: La persona ya necesita asistencia en la realización en ciertas tareas como elegir la ropa, más no en el aseo ni en la comida. Por otro lado, no es capaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana y hay desorientación en tiempo o lugar.

GDS 6: Hay una disminución en habilidad para vestirse, bañarse y lavarse. Asimismo, olvida nombres de personas conocidas, puede retener datos del pasado, hay desorientación temporoespacial. Por tanto, necesita asistencia para realizar actividades de la vida diaria.

GDS 7: Hay una pérdida del habla y capacidad motora, necesita asistencia frecuente para cubrir actividades de higiene personal y alimentación (Reisberg et al., 1982).

#### **2.2.1.4. Evaluación del funcionamiento cognitivo**

La exploración del funcionamiento cognitivo consiste en la evaluación y descripción de todas las áreas que corresponden al funcionamiento psíquico, teniendo como objetivo el determinar y explicar sus anomalías (Retuerto, 2007). Además, se toma en cuenta la observación de la conducta del paciente, la entrevista individual con el paciente y la entrevista con familiares o con personas cercanas al paciente.

Como lo anteriormente mencionado respecto a las generalidades que se debe considerar para la evaluación de las funciones cognitivas, también, su exploración concierne tener en cuenta ciertos dominios cognitivos, tales como, la orientación, atención y concentración, la memoria, velocidad de procesamiento, habilidades ligadas a la visopercepción, el lenguaje y funciones motoras, así como también, se podría tener en cuenta las alteraciones que tienen que ver con lo sensorial, ya sea, la integridad visual o auditiva (Jerez y Lara, 2018).

A continuación, se describirá a detalle la valoración de cada dominio cognitivo:

**Orientación:** Se refiere a la conciencia de sí mismo en relación con lo que nos rodea, teniendo en cuenta el tiempo (fecha y hora), espacio (lugar, establecimiento y piso en el que se encuentra) y persona (nombre, año de nacimiento, dónde vive, edad, etc) (Jerez y Lara, 2018).

**Atención y concentración:** Se debe tener en cuenta la evaluación de los tipos de atención que son la atención selectiva, focalizada, sostenida y dividida, así como también, la capacidad del sujeto para culminar una tarea sin cometer errores dejando de lado los estímulos ambientales externos (Buller, 2010).

**Memoria:** Comprende también, varios tipos que cumplen diversas funciones respecto al rendimiento de una tarea, como la memoria semántica (hecho y conocimiento general sobre lo que nos rodea) y procedimental (habilidades para realizar una actividad en específico). Así como también, la memoria de trabajo que permite evocar información almacenada para llevar a cabo diversas tareas (Custodio, 2012).

**Visopercepción:** Se toma en cuenta la visoconstrucción para tener en cuenta la orientación espacial, alguna deficiencia visoperceptual o dificultad motora.

**Lenguaje:** A considerar respecto al lenguaje, tanto el habla espontánea (narración coherente respecto a lo que se le pregunta a la persona), repetición de palabras (sílabas, oraciones u frases), seguimiento de indicaciones (comprensión del lenguaje), denominación de los objetos (nombre de objeto y su utilidad), la lectura y la escritura (Jerez y Lara, 2018).

#### **2.2.2. Sintomatología depresiva geriátrica**

La sintomatología depresiva vivenciada por los adultos mayores es mayormente cognitiva y somática (dolores musculares, estomacales, etc), por tanto, su evaluación es más compleja en comparación con la población joven debido a que es más resistente a las evaluaciones psiquiátricas (Yesavage et al., 1982). Este estudio consideró a personas mayores de 55 años para la evaluación de depresión geriátrica, actualmente se considera geriátricos a adultos mayores de 65 años.

### **2.2.2.1. Depresión**

La depresión es un trastorno del estado del ánimo o del humor que se puede presentar en todas las edades. Según el modelo cognitivo de Beck et al., se considera que la principal alteración en la depresión es el procesamiento de información, debido a que durante la depresión se activan un conjunto de esquemas (maneras en las que la persona percibe la realidad en las que se incluyen creencias y emociones), los cuales son adquiridos en la infancia, y permanecen latentes (inactivos) pero que pueden activarse cuando el sujeto experimenta situaciones estresantes semejantes a aquellas en que se formaron. A este conjunto de esquemas lo llamó “modalidades depresivas”. Para Beck et al., la distorsión sistemática en el procesamiento de la información o esquemas depresógenos presentan contenidos que están constituidos por la “triada cognitiva”, que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck et al., 1969). Por otro lado, en los adultos mayores se suele confundir la demencia con depresión, este síndrome es llamado pseudodemencia que se expresa con lentitud psicomotora y respuestas inapropiadas ante test de depresión (Yesavage et al., 1982).

### **2.2.2.2. Sintomatología depresiva en adultos mayores**

Los adultos mayores con sintomatología depresiva relatan mayormente quejas somáticas y síntomas cognitivos, que síntomas afectivos. Estas quejas somáticas son en su mayoría dolores de cabeza, de espalda, de cervicales, dolores abdominales, etc. (Valverde, 1986). Por ende, es probable que nieguen la presencia de un humor deprimido, pero pueden hacer mención de una pérdida de sentimientos o de emoción, y pueden dar a conocer una disminución del interés y placer en la realización de actividades que llevan a cabo en el día a día (CIE 10, 2000). Además, dichos síntomas pueden acompañarse de ideas delirantes y alucinaciones cuando la sintomatología depresiva cumple los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (DSM 5, 2014).

Otros síntomas que prevalecen en los adultos mayores son los sentimientos de desesperación, ansiedad e inquietud, enlentecimiento motor y disminución del cuidado y aseo personal. Por otra parte, estos síntomas se incrementan cuando el adulto mayor no cuenta con apoyo familiar, es decir, la ausencia del cónyuge e hijos genera la aparición de manifestaciones de abulia y tristeza que pueden traer como consecuencia el síndrome de fragilidad, sentimientos de soledad y abandono, el incremento de la dependencia y la reducción de la interacción social (Barrientos y Díaz, 2018); sin embargo, estos síntomas no suelen tener un origen claro y desaparecen espontáneamente, es decir, algunos adultos mayores pueden experimentar un breve periodo con síntomas graves que se prolonga por varios días siendo mayormente atribuidos a enfermedades físicas (Sotelo et al., 2011).

En consecuencia, dichos síntomas son atribuibles a diversos factores, siendo los principales el duelo, falta de apoyo social, ideas de inutilidad, escaso apoyo familiar y circunstancias demográficas (Hernández, 2001).

### **2.2.2.3. Causas**

Diversos factores conllevarían a la sintomatología depresiva como ya mencionado en el párrafo anterior pero también se puede considerar que las enfermedades físicas, deterioro cognitivo y acontecimientos vitales estresantes podrían ser los detonantes para la aparición de diversos síntomas de índole mayormente somático. Una de las principales causas del desarrollo de sintomatología depresiva es la presencia de las enfermedades físicas, es así que el envejecimiento físico en los

adultos mayores genera la aparición de enfermedades crónicas y estas van acompañadas de tratamientos médicos de larga duración (Valverde, 1986).

Entre estas patologías médicas se encuentran la diabetes, el colesterol, osteoporosis, la insuficiencia cardíaca crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, entre otras (Castro et al., 1996). En consecuencia, el poder distinguir los síntomas de depresión de las enfermedades físicas se hace dificultoso. Así como también, la semejanza entre los síntomas cognitivos de la demencia y neurovegetativos de la depresión generan dificultades en su diagnóstico, ya que la principal molestia es la pérdida subjetiva de la memoria (Castro et al., 1996).

#### **2.2.2.4. Prevención**

Los adultos mayores que presentan sintomatología depresiva con el paso del tiempo podrían cumplir con todos los criterios para considerarse un Trastorno de Depresión Mayor, por ende, los pensamientos suicidas en esta población tienen una prevalencia 80% en hombres (Carrasco, 2008), siendo así que la mayoría de los intentos de suicidio en adultos mayores, se consuman. Además, dentro del perfil del adulto mayor con predisposición al suicidio se encuentran las siguientes variables: sexo hombre, vivir solo, depresión severa, insomnio, inquietud psicomotora, enfermedad médica severa, pérdida reciente del cónyuge e institucionalizado o dependiente de cuidados por un tiempo prolongado. Por ello, la sintomatología depresiva en adultos mayores no debe ser considerada como parte del envejecimiento, según el AAGP (Asociación Norteamericana de Psiquiatría Geriátrica, 1978), para conocer la sintomatología depresiva en la persona, esta debe pasar por un examen médico completo, ya que así se podría descartar si la sintomatología depresiva es debido a un efecto secundario de una condición médica preexistente o de un medicamento.

Por otro lado, existen ciertos pasos prevenir la sintomatología depresiva en los adultos mayores, por ello, es necesario preparar al adulto mayor para los cambios en la vida, como jubilarse o trasladarse a una casa diferente de la que se vivió por varios años. El adulto mayor debe mantener las relaciones con los amigos, ya que estos son una red social que puede aliviar la soledad en caso la persona haya perdido a su cónyuge. También, se puede invitar al adulto mayor a comenzar con un pasatiempo, puesto que esto es de gran ayuda para mantener la mente y el cuerpo activos. La importancia del apoyo familiar al adulto mayor genera un bienestar debido a la atención, el afecto y requerimientos a su salud (Barrientos y Díaz, 2018). Así como también, realizar ejercicios contribuye a mantener un buen estado de ánimo debido a que el bienestar físico y una alimentación saludable, puede ayudar a prevenir la aparición de enfermedades que provocan incapacidad o depresión.

## **CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación**

El alcance de la investigación es correlacional debido a que mide dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto. Asimismo, el enfoque es cuantitativo, ya que emplea la recolección de datos para evidenciar hipótesis, por ende, los datos son representados en números y sometidos a análisis con métodos estadísticos. Por último, el diseño es no experimental de corte transversal, debido a que recoge los datos en un tiempo determinado (Hernández et al., 2014).

### **3.2. Población y muestra**

#### **3.2.1. Tamaño de la muestra**

La población fue conformada por adultos mayores de tres Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM), en los distritos correspondientes a Carabayllo, Independencia y San Martín de Porres. Las características de la población fueron: adultos mayores de 65 años, en su mayoría población femenina que masculina, presentaban grado de estudio primario y algunos otros sin grado de instrucción. Finalmente, la muestra fue conformada por 141 adultos mayores de 65 años.

#### **3.2.2. Selección del muestreo**

El método empleado fue el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que, se eligió a una muestra representativa de la población en base a los criterios de inclusión y exclusión.

#### **3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **3.2.3.1. Criterios de inclusión**

- Edad: 65 a más
- Asistan a un Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)
- Participación: Voluntaria
- Aquellos adultos mayores que hayan firmado el consentimiento informado

##### **3.2.3.2. Criterios de exclusión**

- Presentar algún problema de comprensión severo.
- Presentar alguna condición física que impida su participación en el momento de la evaluación.

### **3.3. Variables**

#### **3.3.1 Definición conceptual y operacional**

##### **V1: Deterioro cognitivo**

##### **Definición conceptual:**

Deterioro de las funciones cognitivas superiores, principalmente la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. Al comienzo puede ser leve y logra avanzar de manera paulatina. Según el CIE 10, debe existir deterioro de la

memoria especialmente en el aprendizaje de nueva información, alteración en el material verbal como no verbal y debe ser objetivable y no basarse en quejas subjetivas.

#### **Definición operacional:**

El mini examen del estado mental realizada por Folstein es un instrumento, en el que, se realizan tanto preguntas como actividades, en su totalidad 30 ítems, permitiendo así conocer el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor, así como también, poder conocer si el adulto mayor no presenta deterioro cognitivo, es decir, posee un adecuado funcionamiento a nivel cognitivo. La operacionalización se encuentra detallada en el **anexo 5**.

### **V2: Sintomatología depresiva geriátrica**

#### **Definición conceptual:**

Síntomas pertenecientes a un síndrome depresivo. Algunos síntomas de la depresión según en DSM 5 son: fatiga, agitación o enlentecimiento motor, tristeza, desesperanza, disminución del interés en casi todas las actividades, insomnio, sentimiento de inutilidad o culpa (DSM 5, 2014). En el adulto mayor esta sintomatología se expresa de forma somática más que tristeza o llanto. Es un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años debido a patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, causando sufrimiento y conflictos familiares (Dechent, 2008).

#### **Definición operacional:**

La escala de depresión geriátrica elaborada por Yesavage, está conformada por 15 ítems y el adulto mayor debe responder sí o no referente a la sintomatología actual que esté experimentando, el puntaje final obtenido permite conocer el nivel de sintomatología depresiva que presenta el adulto mayor. La operacionalización se encuentra detallada en el **anexo 5**.

### **3.3.2. Variables sociodemográficas**

- **Edad**

#### **Definición conceptual**

Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española, 2017)

#### **Definición operacional**

Variable cualitativa politómica ordinal (**anexo 6**).

- **Sexo**

#### **Definición conceptual**

Condición orgánica (RAE, 2017).

#### **Definición operacional**

Variable cualitativa dicotómica nominal, la cual presenta dos categorías: femenino y masculino (**anexo 6**).

- **Lugar de procedencia**

**Definición conceptual**

Procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva (RAE, 2017).

**Definición operacional**

Variable cualitativa dicotómica nominal, presenta dos categorías: Lima y Provincia (**anexo 6**).

- **Estado civil**

**Definición conceptual**

Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación (RAE, 2017).

**Definición operacional**

Variable cualitativa politómica nominal, presenta 4 categorías: soltero, casado, viudo, divorciado (**anexo 6**).

- **Grado de instrucción**

**Definición conceptual**

Estudios realizados o en curso (RAE, 2017).

**Definición operacional**

Variables cualitativa politómica ordinal, presenta 4 categorías: sin grado, primaria, secundaria y superior (**anexo 6**).

- **Acceso a servicio de salud**

**Definición conceptual**

Grado en el cual los individuos y grupos de individuos tienen la oportunidad de obtener los cuidados que necesiten por parte de los servicios de atención médica (Fajardo, 2015).

**Definición operacional**

Variable cualitativa dicotómica nominal, con 2 categorías: sí y no (**anexo 6**).

- **Enfermedad crónica**

**Definición conceptual**

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, siendo así las principales causas de muerte e incapacidad a nivel mundial (OMS, 2018).

**Definición operacional**

Variable cualitativa dicotómica nominal, presenta 2 categorías: con enfermedad crónica y sin enfermedad crónica (**anexo 6**).

- **Tratamiento médico**

**Definición conceptual**

El concepto de tratamiento médico según la disciplina médica, implica el conjunto de sistemas o regímenes abstractamente forjados por la ciencia para atender cada lesión concreta (Sentencia del Tribunal Supremo, 2004).

### **Definición operacional**

Variable cualitativa dicotómica nominal, con 2 categorías: sí y no (**anexo 6**).

## **3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos**

### **3.4.1. Plan de recolección de datos**

- a) Luego de recibir la carta de ética por parte del departamento de ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, se solicitó los permisos pertinentes a las coordinadoras de los Centros Integrales del Adulto Mayor.
- b) En el mes de diciembre, se solicitó una cita previa con la encargada del CIAM de Carabayllo. El día de la evaluación, solo fueron evaluados los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado permitiendo administrarles las pruebas psicológicas. Las evaluaciones en este centro se realizaron desde la última semana del mes de diciembre del año 2018 hasta la primera semana de enero del 2019.
- c) En el mes de enero, se solicitó una cita con la encargada del CIAM de Independencia. Las evaluaciones se realizaron durante dos semanas, solo fueron evaluados los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado. Los que aceptaron ser evaluados también llenaron la ficha de recolección de datos.
- d) En el mes de febrero, se tuvo una reunión con la encargada del CIAM de San Martín de Porres y con la presidenta de uno de los comités del centro. Los días de evaluación duraron dos semanas, se cubrieron todos los talleres de la semana. La participación fue voluntaria y solo fueron evaluados los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado. Los que aceptaron ser evaluados llenaron la ficha de recolección de datos.
- e) Luego de la evaluación de los adultos mayores pertenecientes a los tres CIAM, las pruebas fueron revisadas y algunas fueron exoneradas por los criterios de exclusión expuestos en esta investigación.
- f) Se creó una base de datos con la información recogida con las pruebas y la ficha de recolección de datos. Posterior a ello, se pasó a realizar el análisis estadístico descriptivo e inferencial.
- g) Se finalizó con el informe de tesis, teniendo en cuenta la interpretación de resultados, discusión y conclusiones.
- h) Se sustentó la tesis.

### **3.4.2. Instrumentos**

#### **Mini Mental Examination (MMSE) de Folstein**

El Mini examen del estado mental: Mini Mental Examination (MMSE) fue diseñado por Folstein, Folstein & McHung en 1975, como un método práctico para medir el estado cognitivo de los pacientes y con la idea de brindar un análisis breve y estandarizado del estado mental que permitiera diferenciar a pacientes psiquiátricos de otros que presentaran trastornos funcionales orgánicos. Lleva la denominación Mini porque la prueba se centra únicamente en los aspectos cognitivos de las funciones

mentales. Por tanto, el MMSE se ha convertido en el instrumento breve de exploración de deterioro cognitivo y demencias más usado.

La primera traducción al castellano del MMSE fue hecha por Lobo en el año 1998, tratándose de un test de cribaje de demencias y también útil para seguimiento evolutivo de estas, por ello, es utilizada para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo que se asocia a enfermedades neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer, Parkinson, entre otras. El test cuenta con dos versiones, de 30 y 35 puntos respectivamente, siendo la versión de 30 puntos la que se usa mayormente para comparaciones internacionales. El test en su versión de 30 puntos cuenta con una estructura sencilla, por lo que el tiempo para su administración oscila entre los 5 a 10 minutos. Los ítems exploran 5 áreas cognitivas que son la orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje (Lobo et al., 2002).

El MMSE se compone de once ítems que son calificados y la sumatoria de estos dan un puntaje total de 30. Folstein dividió el test en dos secciones, la primera sección requiere solo de respuestas verbales dando una sumatoria total de 21 puntos; mientras que, para la segunda sección se debe tener en cuenta la capacidad para seguir indicaciones verbales, habilidad para la escritura y el trazo, dando un total de 9 puntos. Por último, los ítems están distribuidos en cinco categorías: orientación en tiempo y lugar, registro, atención y cálculo, evocación y lenguaje (Folstein & McHugh, 1975).

#### Validez y confiabilidad

Del estudio original la validez del MMSE fue realizado por los autores formando dos grupos (Grupo A y grupo B). El grupo A estuvo compuesto por 69 pacientes con diversas condiciones clínicas tales como demencia, depresión con déficit cognitivo y depresión sin complicaciones. El grupo B estuvo conformado por 137 pacientes ingresado consecutivamente con el diagnóstico de demencia, depresión, manía, esquizofrenia, trastorno de personalidad con abuso de drogas y neurosis. La validez se realizó haciendo uso de la Escala de Inteligencia de Wechsler en un subgrupo de 26 sujetos extraídos de los dos grupos, en consecuencia, existió una correlación de 0.776 con el cociente intelectual verbal y 0.660 con el cociente intelectual ejecutivo. La confiabilidad fue realizada mediante el test-retest en tres grupos diferentes. Primero, se dio el retest en 24 horas con el mismo examinador y se halló una correlación de 0.887 por el coeficiente de Pearson. Segundo, el retest por dos veces cada 24 horas con dos examinadores diferentes se halló el valor de 0.827. Por último, en el retest en 24 días, en adultos mayores con depresión y adultos mayores con demencia, se obtuvo una correlación de 0.98 (Folstein & McHugh, 1975).

En el Perú, en el año 2003, Robles hizo la adaptación del Mini Mental, haciendo uso de la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio de los grupos sano, demencia y depresión. Para el grupo sano la medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer Olkin 0.69 y la Prueba de Esfericidad de Barlett 349.94; en el grupo demencia, medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer Olkin 0.76 y Test de Esfericidad de Bartlett 157.77 y para el grupo depresión, medida de adecuación del muestreo Kaiser-Meyer Olkin 0.66 y Test de esfericidad de Bartlett 141.36. Estableció el punto de corte el valor 23, mostrando una sensibilidad de 86%, especificidad de 94%, predicción positiva 93.5% y predicción negativa 87%. Confiabilidad por consistencia interna, para el grupo sano fue 0.61 bajo el coeficiente alfa de Cronbach, 0.80 para el grupo depresión y 0.82 para el grupo demencia (Robles, 2003).

La validación de criterio fue hecha por Custodio y Lira (2016), doctores de la Universidad Mayor de San Marcos mediante un estudio de investigación longitudinal titulado "Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia

en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú”, donde los resultados fueron una sensibilidad de 64.1%, una especificidad de 84.1%, valor predictivo positivo de 24.4%, un valor predictivo negativo de 96.7%. Demostrando que la prueba es válida.

### **Escala de depresión geriátrica de Yesavage**

La Escala de depresión geriátrica de Yesavage realizada por Brink y Yesavage en el año 1982, es uno de los cuestionarios con mayor uso para la población anciana. Su nombre en inglés Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), siendo así un cuestionario también recomendado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Los autores crearon la escala de 30 ítems bajo un cuestionario de 100 preguntas, los ítems son dicotómicos (sí/no). Posteriormente, los mismos autores plantearon una versión abreviada de la GDS conformada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) en el que se emplea un tiempo de administración corto (5 a 7 minutos), con el objeto de disminuir la fatiga y distracción que se presenta en la población de adultos mayores, y más en ciertos casos en los que existan algún grado de alteración cognitiva. (Martínez et al., 2002). La escala formada por 15 ítems es altamente confiable y permite valorar rasgos depresivos. Las respuestas son dicotómicas (sí/no), las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11 y 13.

#### Validez y confiabilidad

La escala de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) diseñada específicamente para la población adulta mayor, evidencia una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y una buena correlación con otras escalas clásicas que también son utilizadas para el cribado de depresión. La versión de 15 ítems propuesta luego por mismos autores tuvo una correlación de 0.80 (Martínez et al., 2002).

En el Perú, se usó la versión de 15 ítems para adaptar la versión de 4 preguntas hecha por el Hospital Nacional Cayetano Heredia, con un total de 400 adultos mayores, un 66.25% que ingresaron al estudio fueron mujeres y la media de la edad osciló entre los 70 a 85 años. El estudio arrojó como resultados que el 17.3% presentó depresión según DSM -IV, 11.8% según GDS-15 y 34.3% según GDS-4. El GDS -15 mostró una sensibilidad de 49%, una especificidad 96%, valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. Asimismo, el valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSM-IV fue de 0.52. Además, en el año 2010 Francia validó el instrumento bajo juicio de expertos en su estudio “Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S Materno Infantil Tablada de Lurín” y tuvo una consistencia interna mediante el alfa de Cronbach 0.832 (Huaccha, 2017).

### **3.5. Plan de análisis y procesamiento de datos**

Para realizar el análisis de datos estadísticos, tanto descriptivo como inferencial, se hizo uso del programa STATA versión 13, de esta forma se halló la correlación entre las variables principales. Para el análisis descriptivo se consideró la naturaleza de las variables, presentando los resultados en tablas de frecuencia. En cuanto al análisis bivariado, se empleó la prueba estadística Chi-cuadrado. Además, se consideró una significancia estadística  $\leq 0.05$ .

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

#### **Ventajas**

El presente estudio es de corte transversal, por lo que, permite una recogida rápida de datos en un determinado momento del tiempo.

Las pruebas empleadas han sido aplicadas en el contexto nacional en la población adulta mayor.

A través de los resultados de este estudio se podría establecer técnicas de intervención psicológica que promuevan la estimulación cognitiva y reducir la sintomatología depresiva geriátrica.

#### **Limitaciones**

Los datos brindados en las pruebas pueden ser falseados o estar sujetos a deseabilidad social.

Por otro lado, al ser un estudio transversal, los datos serán un referente de la situación actual, por lo cual no se pueden predecir los mismos a través del tiempo.

Por último, debido a que el estudio se centra en la población de adultos mayores, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población en general.

### **3.7. Aspectos éticos**

#### **Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos**

1. La aplicación y administración de los instrumentos se desarrollarán teniendo en consideración la confidencialidad, proteger y no difundir los datos personales de los participantes.
2. Indicación y explicación de la finalidad y utilización de la información recogida a los asistentes al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM).
3. La información recopilada será accesible a los investigadores tesistas y a sus colaboradores identificados.
4. La información de los resultados serán guardados por un periodo de cuatro años y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento del estado mental, la sintomatología depresiva geriátrica y su relación, permitiendo la evaluación de medidas de control o adaptación de estas deficiencias tanto cognitivas como afectivas.
5. La información se mantendrá asegurada bajo códigos.

#### **Respeto de la privacidad**

1. El sujeto tiene alternativa de participar o no en este estudio. Así mismo, de retirarse en cualquier momento, comunicándoles su decisión a los investigadores responsables.
2. El sujeto tiene el derecho a elegir la cantidad de información a compartir.

### **No discriminación y libre participación**

1. No sucederán formas de discriminación en cuanto al sexo, idioma, condición educativa o lugar de residencia en el grupo de sujetos que participen del estudio.
2. No existirá persuasión forzosa o estímulo para la participación en el estudio.

### **Consentimiento informado a la participación de la investigación**

1. Se realizará la mención del consentimiento informado, documento que ofrece información de lo que se pretende con la investigación y hace mención que la información obtenida será confidencial y de participación voluntaria. Este consentimiento será entregado a cada individuo para ratificar que acepta participar de la investigación por medio de su firma.
2. Se brinda información de que el estudio no tendrá ningún riesgo para su salud y no le proporcionará un beneficio personal, pero podrá ser útil para otras personas en la prevención e implementación de estrategias frente al déficit cognitivo y alteración de la esfera afectiva en los adultos mayores.

### **Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados**

1. Las encargadas de los CIAM y los adultos mayores que participen estarán informados sobre el tema de investigación y de los procedimientos de recolección de datos.
2. El estudio representa un marco teórico que se basa en la documentación científica válida y actualizada.
3. Disponibilidad a las autoridades competentes del material físico y de la base de datos elaborada a la revisión del proceso de recolección de información.
4. Está prohibida la comercialización, negociación y divulgación del contenido parcial o total del proyecto y de los futuros resultados.
5. Es reconocido por los tesisistas el derecho de autoría del estudio y hallazgos.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

De los 141 adultos mayores, el 80.9% fue de sexo femenino y el 31.2% tuvo de 65 a 69 años. El 75.9% nació en provincia y el 39% estudió hasta el nivel primario. El 83% tiene acceso al servicio de salud. Además, el 66% tiene alguna enfermedad crónica y el 63.1% sigue un tratamiento médico. Así mismo, el 21.3% presentó sintomatología depresiva leve y el 9.9%, severa. Por otro lado, 60.3% presentó deterioro cognitivo entre leve y moderado (ver tabla 1).

**Tabla 1. Descripción de la muestra**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
65 a 69 años	44	31.2
70 a 74 años	40	28.4
75 a 79 años	35	24.8
80 a 84 años	15	10.6
85 años a más	7	5.0
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	19.2
Femenino	114	80.9
<b>Lugar de procedencia</b>		
Lima	34	24.1
Provincia	107	75.9
<b>Estado civil</b>		
Soltero	26	18.4
Casado	66	46.8
Viudo	39	27.7
Divorciado	10	7.1
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin grado	27	19.2
Primaria	55	39.0
Secundaria	29	20.6
Superior	30	21.3
<b>Acceso a servicio de salud</b>		
Sí	117	83.0
No	24	17.0
<b>Enfermedad crónica</b>		
Con enfermedad crónica	93	66.0
Sin enfermedad crónica	48	34.0
<b>Tratamiento médico</b>		
Sí	89	63.1
No	52	36.9

### Sintomatología Depresiva Geriátrica

Normal	97	68.8
Leve	30	21.3
Severa	14	9.9

### Deterioro Cognitivo

Normal	56	39.7
Leve	42	29.8
Moderado	43	30.5

En la tabla 2, se puede apreciar que se encontró en la muestra una relación significativa entre las variables principales: deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica ( $p=0.002$ ). Las personas que presentaron sintomatología depresiva leve se encuentran en los niveles de deterioro cognitivo leve (36.67%) y moderado (46.67%). Así mismo, los que tienen sintomatología depresiva severa se ubican en los niveles de deterioro cognitivo leve (21.43%) y moderado (57.14%) (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica**

	Deterioro Cognitivo			p-value
	Normal n(%)	Leve n(%)	Moderado n(%)	
<b>Sintomatología Depresiva Geriátrica</b>				0.002
Normal	48(49.48)	28 (28.87)	21(21.65)	
Leve	5 (16.67)	11 (36.67)	14 (46.67)	
Severa	3 (21.43)	3 (21.43)	8 (57.14)	

En la tabla 3, se puede observar que se halló relación significativa entre deterioro cognitivo y edad ( $p=0.003$ ). Por tanto, el 77.50% de personas pertenecientes al rango de edades de 70 a 74 años presentaron deterioro cognitivo leve (30%) y moderado (47.50%); los de 75 a 79 años presentaron deterioro cognitivo leve (31.43%) y moderado (28.57%). Así mismo, se encontró relación entre deterioro cognitivo y grado de instrucción ( $p=0.001$ ) donde las personas sin grado de instrucción presentaron deterioro cognitivo moderado (62.96%) (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Relación entre deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos**

	Deterioro Cognitivo			p-value
	Normal n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	
<b>Sexo</b>				0.15
Masculino	14 (51.85)	4 (14.81)	9 (33.33)	
Femenino	42 (36.52)	38 (33.04)	34 (29.57)	
<b>Edad</b>				0.003
65 a 69 años	26 (59.09)	13 (29.55)	5 (11.36)	
70 a 74 años	9 (22.50)	12 (30.00)	19 (47.50)	
75 a 79 años	14 (40.00)	11 (31.43)	10 (28.57)	
80 a 84 años	7 (46.67)	4 (26.67)	4 (26.67)	
85 años a más	0 (0.00)	2 (28.57)	5 (71.43)	

<b>Procedencia</b>				0.09
Lima	19 (55.88)	7 (20.59)	8 (23.53)	
Provincia	37 (34.58)	35 (32.71)	35 (32.71)	
<b>Estado Civil</b>				0.393
Soltero	11 (42.31)	7 (26.92)	8 (30.77)	
Casado	29 (43.94)	18 (27.27)	19 (28.79)	
Viudo	10 (25.64)	14 (35.90)	15 (38.46)	
Divorciado	6 (60.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	
<b>Grado de instrucción</b>				0.001
Sin grado	1 (3.70)	9 (32.33)	17 (62.96)	
Primaria	17 (30.91)	16 (29.09)	22 (40.00)	
Secundaria	15 (51.72)	11 (37.93)	3 (10.34)	
Superior	23 (76.67)	6 (20.00)	1 (3.33)	
<b>Acceso a servicio de salud</b>				0.50
Sí	49 (41.88)	34 (29.06)	34 (29.06)	
No	7 (29.17)	8 (33.33)	9 (37.50)	
<b>Enfermedad crónica</b>				0.77
Con enfermedad crónica	35 (37.63)	29 (31.18)	29 (31.18)	
Sin enfermedad crónica	21 (43.75)	13 (27.08)	14 (29.17)	
<b>Tratamiento médico</b>				0.22
Sí	36 (40.45)	30 (33.71)	23 (25.84)	
No	20 (38.72)	12 (23.08)	20 (38.46)	

Se halló relación significativa entre la sintomatología depresiva y el grado de instrucción ( $p=0.004$ ). De esta forma se aprecia que los que estudiaron hasta primaria presentan sintomatología depresiva leve (25.45%) y los que no tienen grado de instrucción, sintomatología depresiva moderada (25.93%). También, se encontró relación significativa entre sintomatología depresiva y presencia de alguna enfermedad crónica ( $p=0.032$ ). Por ende, los que tienen alguna enfermedad crónica presentan sintomatología depresiva leve (23.66%) y severa (13.98%) (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos**

	Sintomatología Depresiva Geriátrica			p- value
	Normal n (%)	Leve n (%)	Severa n (%)	
<b>Sexo</b>				0.12
Masculino	23 (85.19)	3 (11.11)	1 (3.70)	
Femenino	74 (64.91)	27 (23.68)	13 (11.40)	
<b>Edad</b>				0.41
65 a 69 años	35 (79.55)	7 (15.91)	2 (4.55)	
70 a 74 años	23 (57.50)	10 (25.00)	7 (17.50)	
75 a 79 años	22 (62.86)	10 (28.57)	3 (8.57)	
80 a 84 años	12 (80.00)	2 (13.33)	1 (6.67)	
85 años a más	5 (71.43)	1 (14.29)	1 (14.29)	

<b>Procedencia</b>				0.65
Lima	24 (70.59)	8 (23.53)	2 (5.88)	
Provincia	73 (68.22)	22 (20.56)	12 (11.21)	
<b>Estado Civil</b>				0.28
Soltero	22 (84.62)	2 (7.69)	2 (7.69)	
Casado	42 (63.64)	17 (25.76)	7 (10.61)	
Viudo	24 (61.54)	10 (25.64)	5 (12.82)	
Divorciado	9 (90.00)	1 (10.00)	0 (0.00)	
<b>Grado de instrucción</b>				0.004
Sin grado	13 (48.15)	7 (25.93)	7 (25.93)	
Primaria	35 (63.64)	14 (25.45)	6 (10.91)	
Secundaria	22 (75.86)	7 (24.14)	0 (0.00)	
Superior	27 (90.00)	2 (6.67)	1 (3.33)	
<b>Acceso a servicio de salud</b>				0.95
Sí	80 (68.38)	25 (21.37)	12 (10.26)	
No	17 (70.83)	5 (20.83)	2 (8.33)	
<b>Enfermedad crónica</b>				0.032
Con enfermedad crónica	58 (62.37)	22 (23.66)	13 (13.98)	
Sin enfermedad crónica	39 (81.25)	8 (16.67)	1 (2.08)	
<b>Tratamiento médico</b>				0.48
Sí	58 (65.17)	21 (23.60)	10 (11.24)	
No	39 (75.00)	9 (17.31)	4 (7.69)	

---

## CAPÍTULO V: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1 Discusión

En la muestra de estudio, se halló una relación significativa entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica. De esta manera, el nivel moderado de deterioro cognitivo está relacionado con la sintomatología depre geriátrica leve y severa. También, se halló una relación significativa entre deterioro cognitivo con la edad y grado de instrucción. Asimismo, se halló relación entre sintomatología depresiva geriátrica con enfermedades crónicas y grado de instrucción. En cuanto a los niveles de deterioro cognitivo, la mayoría de participantes presentó una función cognitiva normal; sin embargo, hubo un porcentaje significativo que presentó deterioro cognitivo leve y moderado. Por otro lado, se observó un porcentaje importante de participantes que se encontraron dentro de los niveles normales respecto a la sintomatología depresiva geriátrica. También, existió un porcentaje considerable de participantes que presentó sintomatología depresiva de leve a severa. Se observó que hubo un mayor número de participantes del sexo femenino. Asimismo, la mayoría nació fuera de Lima. Además, un alto número de participantes padecía de enfermedades crónicas y seguían un tratamiento médico.

Luego de analizar los resultados, se evidenció una relación estadística significativa entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica. Las personas que se encontraron entre el nivel leve y moderado respecto a deterioro cognitivo se encuentran en el nivel leve y severo de sintomatología depresiva geriátrica. Principalmente, los participantes que tuvieron un deterioro cognitivo moderado, presentaron sintomatología depresiva severa. En un estudio se halló la misma relación, quienes presentaron depresión severa padecen de deterioro cognitivo, por tanto, el padecer sintomatología depresiva está relacionado a los procesos neurológicos (deterioro del locus coeruleus y sustancia negra), es así que llega a ser un factor de riesgo (síntoma inicial) del deterioro neurocognitivo (Vílchez, 2017). Por otro lado, los adultos mayores con episodios depresivos moderados y severos podrían estar relacionados al inicio de un cuadro de demencia a futuro debido al deterioro cognitivo, en especial con el de nivel moderado (Luna y Vargas, 2018). Por tanto, una depresión severa puede repercutir en el nivel cognitivo asociándose directamente a la disminución de la atención (pseudodemencia depresiva), siendo así que la presencia de sintomatología depresiva sea un factor predictivo para el inicio de un cuadro de demencia a futuro (Vílchez, 2017). Es por ello que, el adulto mayor, al ser consciente de la disminución de sus funciones cognitivas, en especial de la atención y memoria, generaría malestar psicológico relacionado a la sintomatología depresiva geriátrica.

Respecto a la relación hallada entre el deterioro cognitivo y la edad, se obtuvo que las personas adultas mayores presentaron deterioro cognitivo a nivel moderado. En un estudio se encontró que el deterioro cognitivo en la tercera edad es bastante común debido al envejecimiento normal de los individuos y que es un motivo para realizar intervenciones de estimulación cognitiva, si la persona no ha tenido una adecuada calidad de vida va padecer pérdidas de funciones cognitivas a una edad más avanzada (Poblete, 2019). Durante el envejecimiento, la corteza cerebral de los adultos mayores sanos pierde de un porcentaje de cinco a seis respecto a las tasas de consumo de oxígeno y el uso de la glucosa, es así que varias enzimas que sintetizan diversos transmisores como: dopamina, noradrenalina y acetilcolina, disminuyen con la edad; en consecuencia, aparecen anomalías en las neuronas que los sintetizan. Pero es la disminución del glutamato extracelular lo que va a generar la muerte de neuronas en el hipocampo, que desempeña funciones del proceso de aprendizaje y memoria (Segura et al., 2018). Por otro lado, durante el envejecimiento aún se da el proceso de la neurogénesis, que se relaciona directamente con el mantenimiento hipocampal, lo cual,

podría explicar la no aparición de indicios de deterioro cognitivo en personas que sobrepasan los 75 años (Samper et al., 2011). Por tanto, referente a la muestra del estudio se puede observar que las personas con mayor edad presentan una disminución respecto a sus capacidades cognitivas, ya sea, memoria, conteo y nominación; así como también, personas que tienen una edad avanzada que conservan su función cognitiva que le permiten realizar actividades ligadas a la memoria, orientación, lenguaje y atención de forma adecuada.

También, se halló relación entre el grado de instrucción y los niveles de deterioro cognitivo. En relación con el grado de instrucción, frecuentemente se ha reportado que tanto la prevalencia como la incidencia del deterioro cognitivo moderado es mayor en sujetos con bajo logro educativo. En un estudio se observó que la prevalencia del deterioro cognitivo es mayor en sujetos con bajo logro educativo, las personas con algún grado de instrucción tienen mayor capacidad para enfrentar el deterioro ocasionado por la pérdida neuronal que llega con él (Abarca et al., 2008) al igual que en el estudio de Luna y Vargas (2018), donde las personas adultas mayores con un grado de instrucción bajo (menor de 10 años) presentaron doble riesgo para la aparición de demencia. Las habilidades que poseemos para lograr aprender a hablar, escribir, comprender, razonar; lo adquirimos en el colegio y lo almacenamos en nuestra memoria; por ello, las personas que tiene bajo grado de instrucción no tienen la capacidad para afrontar situaciones estresantes debido a que no adquirieron las habilidades y las funciones cognitivas suficientes (Sánchez et al., 2010). En consecuencia, aquellas personas que tienen mayor educación y un estilo de vida adecuado pueden sostener un mayor desarrollo cerebral, ya que, crean un mayor número de redes neurológicas por las actividades diarias que realizan, es así que estas redes podrían funcionar como agentes protectores para el mantenimiento de las funciones cognitivas, conservarla y aumentar la reserva cognitiva.

Se halló relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y el grado de instrucción. Siendo que las personas sin grado de instrucción y con primaria completa muestran sintomatología depresiva severa y leve, respectivamente. Esta relación se asemeja al estudio de Antúnez, donde se encontró relación entre la depresión y nivel de escolaridad de secundaria incompleta (Antúnez y Bettiol, 2016), también se halló la existencia de depresión leve en adultos mayores con instrucción primaria y analfabetos en el estudio de Arévalo (2015). Así mismo, en otro estudio, las personas con mayor escolaridad mostraron un nivel mayor de autoeficacia y un nivel menor de síntomas depresivos, por tanto, la autoeficacia es una influencia predictiva de síntomas depresivos (Serra, 2015). Esto podría significar que las personas adultas mayores con mayor grado de instrucción tienen una autopercepción positiva de sí mismos, es decir aún se consideran funcionales y eficientes para realizar sus actividades.

Del mismo modo, se halló relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y la presencia de alguna enfermedad crónica. Se encontró que las personas con alguna enfermedad crónica presentan sintomatología depresiva leve. Las enfermedades crónicas que más se asocian a la presencia de sintomatología depresiva son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2; es así que, debido al desencadenamiento de la sintomatología depresiva, estas personas no cumplen con el tratamiento terapéutico para contrarrestar los síntomas de dichas enfermedades (De la Cruz et al., 2017). También existe comorbilidad con la artrosis, accidente cerebrovascular, enfermedad renal y osteoporosis (Linder, 2015). Por otro lado, en un siguiente estudio se encontró que pacientes con depresión tenían menos de cinco años de diagnóstico de diabetes, esto podría explicar el impacto psicológico que genera el diagnóstico de alguna enfermedad crónica en los adultos mayores (Antúnez y Bettiol, 2016). Es por ello, que estos síntomas depresivos podrían manifestarse en respuesta al estrés psicosocial, así como a las demandas y limitaciones ligadas a la enfermedad y al

cuidado que se necesite (Bastidas-Bilbao, 2014). Por tanto, podría tratarse que la presencia de una enfermedad crónica genera una mayor vulnerabilidad y dependencia del adulto mayor hacia un cuidador, lo cual limita su funcionalidad y favorece a una autopercepción negativa de sí mismo, desencadenando así la sintomatología depresiva y algunos síndromes geriátricos como el síndrome de fragilidad.

Según los resultados de la investigación, el mayor porcentaje de participantes pertenecen al sexo femenino. Según el Ministerio de Salud, los adultos mayores acuden a los centros integrales de adulto mayor debido a la situación de violencia experimentada por la población adulta mayor dentro del ámbito familiar, ya sea, violencia económica, física y psicológica, siendo las mujeres la mayor parte de los adultos mayores que la padecen (Tirado y Mamani, 2018). Un estudio confirma este resultado indicando que la privación de un espacio tranquilo y de recreación para el adulto mayor puede causar síntomas depresivos, es por ello que las entidades nacionales han estado creando y desarrollando programas que promueven la actividad física con el objeto de mejora de estado anímico y las funciones físicas, así como también, la estimulación de las funciones cognitivas y el fortalecimiento de las relaciones sociales (Barrientos y Diaz, 2018). En la presente investigación, la asistencia de participantes del sexo femenino, podría deberse a que, los CIAM proponen actividades de interés, en su mayoría, para mujeres. Algunos de estas actividades son: costura, cocina, manualidades, baile y jardinería.

Asimismo, se evidenció que la mayoría de los participantes nacieron en provincia. Si bien la mayoría de la población adulta mayor se encuentra en Lima, en general, muchos de ellos provienen de las zonas rurales debido a la migración de la década de los 50 en busca de nuevas oportunidades (Sánchez, 2015). La mayoría de las personas que migraron en la década de los 50 son aquellas personas que en la actualidad participan en los CIAM, ya que, muchos de ellos provienen del mismo lugar o coincidieron en el mismo lugar de migración.

Del mismo modo, en la muestra de la investigación se encontró que la mayoría de adultos mayores padece de alguna enfermedad crónica. En materia de salud, el mayor porcentaje de la población adulta mayor femenina muestra cierto problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, etcétera) y, en la población masculina, la mayoría padece problemas de enfermedades crónicas. Además, en el área urbana las mujeres son el grupo más afectado por este tipo de problemas debido a la calidad de vida que llevan (Tirado y Mamani, 2018). La mayor parte de adultos mayores padecen de enfermedades crónicas debido a que muchos de ellos no tuvieron un estilo de vida saludable o padeció de enfermedades que no fueron atendidas en su debido tiempo y luego se agravaron, así como también, el cambio de entorno (de lo rural a lo urbano) impacta en las rutinas diarias, ya que, no favorece a la actividad, impide la independencia del adulto mayor, lo cual, afecta el sentido de utilidad frente a la propia vida.

Del mismo modo, los adultos mayores que participaron en la investigación, en su mayoría, reciben tratamiento médico. Según el INEI, una gran parte de los adultos mayores están afiliados a un seguro, ya sea SIS o ESSALUD, recibiendo así un tratamiento médico gratuito por parte del gobierno, debido a que son una población de riesgo (Tirado y Mamani, 2018). Los adultos mayores tienen el derecho de contar con seguro médico, medio que les permiten contar con un tratamiento médico adecuado gratuito promovido por el gobierno, ya que, muchos de ellos padecen de enfermedades crónicas, y aquellos que no reciben tratamiento médico podrían verse perjudicados en su rendimiento físico para la realización de sus actividades. Por otro lado, no se pudo especificar qué diagnóstico de enfermedad crónica tenía cada adulto mayor que conformaron la muestra de la investigación.

Es importante mencionar que la principal limitación del estudio es el alcance, debido a que es correlacional y el diseño es no experimental de corte transversal, por tanto, los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a toda la población de adultos mayores. Así como también, las respuestas en las pruebas psicológicas usadas, podrían haber sido influenciadas por diversos factores, como el sesgo del evaluado o la deseabilidad social; sin embargo, durante la evaluación se estuvo muy atento a que los participantes comprendieran las indicaciones, forma de desarrollo y significados de las palabras con el fin que puedan contestar de forma adecuada y logren completar todas las preguntas. También, en futuros estudios se encuentra necesario adjuntar otras variables sociodemográficas como: número de hijos, condición laboral, estadía en el CIAM, entre otras.

Cabe resaltar que una de las fortalezas del estudio es la muestra, ya que, fue obtenida de tres distritos con diferentes estilos de vida y diversas actividades que se realizaban en el CIAM al cual pertenecían, por tanto, es uno de los pocos estudios que se lleva a cabo con esta población, por ende, genera apertura y motiva el interés social para continuar realizando estudios sobre esta parte de la población. Además, otra fortaleza que complementa a la primera fue la presencia participativa y disposición de los adultos mayores, así como también, las facilidades de los CIAM por permitir y brindar espacios para la evaluación de la presente investigación.

## **5.2 Conclusiones**

Se halló una relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica.

Aunque la mayoría de participantes se ubicaron en un funcionamiento normal cognitivo o en la categoría normal en relación a sus capacidades cognitivas, hubo un porcentaje considerable que se ubicaron entre los niveles de deterioro cognitivo leve y moderado.

La aparición del deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica podría afectar directamente la calidad de vida del adulto mayor, ya que, estas variables psicológicas pueden manifestarse en diferentes niveles y relacionarse entre sí. Al influir en diversos factores biopsicosociales de la vida del adulto mayor, permitiría dar paso al origen de síndromes geriátricos, principalmente el síndrome de la fragilidad. En este estudio, se halló una relación entre ambas variables, comprobando así la hipótesis alterna, es decir, las variables no son independientes.

Los adultos mayores denotaron un funcionamiento normal de las funciones cognitivas, pero un gran número se encontró entre los niveles leve y moderado respecto al deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo en los adultos mayores suele expresarse por las quejas subjetivas respecto a la memoria. Muchos de ellos manifiestan tener olvidos reiterativos pero que no afecta su funcionalidad, es decir, realizan sus actividades diarias de forma individual. Si este deterioro es pasado por alto y no se interviene a tiempo, podría llegar a ser progresivo y manifestarse una demencia a futuro. Por tanto, al conocer sobre los indicios de deterioro cognitivo sería adecuado poder llevar a cabo una intervención en relación a la estimulación cognitiva.

Los bajos niveles de grado de instrucción (sin grado y primaria) nos va a dirigir a una gran posibilidad de padecer deterioro cognitivo ya sea leve, moderado o severo, debido a que las personas deben estar en estimulación cognitiva y crecimiento neuronal constante para lograr una mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida debido a la educación, conectividad que se preservará durante el resto de su vida.

El grado de instrucción alcanzado por el adulto mayor corresponde al logro obtenido académicamente, es decir, metas alcanzadas respecto a los estudios realizados, ya sea secundaria completa, técnico o universitario que permitió que el adulto mayor se desenvuelva en un trabajo, por tanto, los adultos mayores que alcanzaron un menor grado de instrucción o sin grado de instrucción podrían percibirse a sí mismos con bajos niveles de eficacia para hacerle frente a las situaciones o pensar que no lograron ciertos objetivos en edades más tempranas, esto conllevaría a sentimientos de inutilidad, tristeza por el pasado y agobio por no poder alcanzar esas metas en las edades que comprenden a la etapa de la adultez tardía.

La presencia de alguna enfermedad crónica en los adultos mayores, podría generar dependencia de otras personas (cuidadores) para la realización de sus actividades diarias, por tanto, esto afectaría la percepción de utilidad frente a la vida, lo cual, ocasionaría que los adultos mayores desistan de realizar actividades de rutina o actividades recreativas por cuenta propia.

La presencia de sintomatología depresiva estaría ligada al sexo, siendo propensa en presentarse más en mujeres que en hombres, esto debido a diversos factores que se relacionan entre sí como los factores biológicos, genéticos, hormonales, psicológicos y sociales. Las mujeres, en ciertos momentos de su vida, sufren cambios hormonales (periodos menstruales, embarazo y menopausia) y estos a su vez interfieren en el funcionamiento cerebral encargado de regular el estado de ánimo y las emociones. Así mismo, existen posibilidades en que las mujeres podrían padecer de sintomatología depresiva a través de los factores ambientales (sociales), que suelen presentarse como un evento estresante.

La sintomatología depresiva en los adultos mayores se manifiesta bajo ciertos niveles, esto se estaría dando en consecuencia a que algunos adultos mayores se perciben a sí mismos como personas que no se desenvuelven como antes lo hacían, es decir, ya no realizan las actividades cotidianas de antes y además se ven afectados por la aparición de diversas enfermedades físicas (agudas o crónicas). El asistir a un CIAM podría explicar el por qué en este estudio la mayoría de las personas se encuentran en el nivel normal respecto a la sintomatología depresiva. Al asistir a diversos talleres donde desarrollan sus habilidades, se les brinda atención y apoyo y se les permite compartir con personas de la misma edad; permitiría que los adultos mayores puedan adquirir recursos de afrontamiento a situaciones de estrés (diagnóstico de enfermedad crónica, muerte de un familiar y falencias en las redes sociales).

### **5.3. Recomendaciones**

La realización de un estudio longitudinal respecto a ambas variables principales serviría para conocer de forma más precisa el estado cognitivo y afectivo del adulto mayor. Por tanto, se podría extrapolar los resultados a la población de adultos mayores en general.

El uso de pruebas psicológicas que recojan datos del estado anímico del adulto mayor durante un tiempo prolongado, serviría para conocer la existencia de sintomatología depresiva anterior. Así se podría, en el futuro, esclarecer la relación entre ambas variables, debido a que, en el Perú, los estudios en población adulta mayor son escasos.

Este estudio permite que se desarrolle en otros contextos del país y poder desarrollar programas preventivos y promocionales ajustados a las características psicosociales de esta población para poder mejorar sus capacidades cognitivas y estado

afectivo. Así mismo, se busca ampliar estudios cualitativos para que se pueda estudiar en profundidad estas variables.

Intervención psicológica dirigida a la estimulación cognitiva para la prevención del deterioro cognitivo, en las que se propongan actividades referidas a la orientación, memoria de trabajo, atención, lenguaje comprensivo y expresivo y registro.

Programa de intervención psicológica en el que se trabaje la esfera afectiva y emocional en los adultos mayores, en los que se aborden temas respecto a la percepción positiva de sí mismo, planificación de metas, realización de actividades de la vida diaria y fortalecimiento de las redes sociales (familiares, amigos o compañeros de taller).

Resaltar el reforzamiento de las relaciones que tienen los cuidadores con los adultos mayores, debido a que esta parte de la población necesita de cuidados y tratos especiales, es importante también trabajar la parte emocional del cuidador. Por tanto, se recomienda la realización de programas de intervención psicológica para el cuidador o familiar basados en la psicoeducación respecto a los problemas de salud mental que aquejan al adulto mayor, así como también, la organización del tiempo personal y herramientas de afrontamiento a situaciones estresantes.

Finalmente, hay pocos estudios realizados con ambas variables en CIAM, por tanto, se sugiere comparar estas variables psicológicas en poblaciones de adultos mayores institucionalizados. Por otro lado, los diversos talleres ofrecidos en los CIAM deben ser distribuidos de forma equitativa para ambos sexos, así se tendría mayor asistencia por parte del sexo masculino, así como también, tener en cuenta la asistencia reiterativa y prolongada de los adultos mayores para realizar un seguimiento y evaluar los progresos de cada uno de ellos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, J., Chino, M., Gonzáles, K., Vázquez, R. y Cardenas, C. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una muestra de adultos mayores en Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 1-9.  
[https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/abarca\\_jc\\_rcnp\\_v3\\_7-14.pdf](https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/abarca_jc_rcnp_v3_7-14.pdf)
- Alanis, G., Garza, J y González, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Médica del Instituto Médico Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 27-32. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>
- Alonso, P. (2006). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1),  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci\\_abstract#ModalArticles](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_abstract#ModalArticles)
- American Association for Geriatric Psychiatry. (1978). Depression in Late Life: Not a natural part of aging.  
<https://www.aagponline.org/index.php?src=gendocs&ref=depression&category=Foundation>
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amor, S. y Martin, E. (2017). *Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve*.  
<http://pubhtml5.com/yrqi/ageu/basic>
- Antúnez, M. y Bettioli, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Médica Colombiana*, 41(2), 102-110. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/v41n2a05.pdf>
- Arévalo, L. (2015). *Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos San Francisco de Asís de la ciudad de Iquitos* [Tesis pregrado, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana].  
[https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3980/Linder\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3980/Linder_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Armas, J. (2009). Aproximación a los criterios diagnósticos para la definición de deterioro cognitivo leve. *MediSur* 7(6), 36-41.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000600007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600007)
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor*. Editorial International Marketing & Communication, S.A.  
<https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Barrientos, C y Díaz, G. (2018). Relevancia del apoyo social en el estrés y síntomas depresivos en la tercera edad. *CASUS* 3(2), 72-82.  
<http://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/74/65>
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218.

- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472014000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001&lng=es&tlng=es).
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1969). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.  
[https://www.academia.edu/33358084/Beck\\_Rush\\_Shaw\\_y\\_Emeri\\_-\\_Terapia\\_cognitiva\\_de\\_la\\_depresi%C3%B3n\\_19a\\_ed](https://www.academia.edu/33358084/Beck_Rush_Shaw_y_Emeri_-_Terapia_cognitiva_de_la_depresi%C3%B3n_19a_ed).
- Buller, I. (2010). Evaluación neuropsicológica efectiva de la función ejecutiva. Propuesta de compilación de pruebas neuropsicológicas para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. *Cuadernos de neuropsicología*, 4(1), 63-86.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232010000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232010000100005)
- Calero-García y Cruz (2014). Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(1), 5-18.  
<https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/61>
- Camargo, K. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Rev. Univ. Salud*, 19(2), 163-170.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
- Capuñay, J., Figueroa, M. y Varela, L. (1996). Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana*, 7(4), 172-177.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X1996000400005&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000400005&lng=es&tlng=en).
- Carrasco, I. (2008). *Conducta Suicida en las Personas Mayores*. CINTECO Psicología Clínica y Psiquiatría. <https://www.cinteco.com/conducta-suicidada-en-la-personas-mayores/>
- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J. y Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública de México*, 38(6), 438-447.  
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5956/6772>
- Custodio, N., Alva, C., Becerra, Y., Montesinos, R., Lira, D., Herrera, E., Castro, S., Cuenca, J. y Valeriano, E. (2016). Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 33(4), 662-669. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a08v33n4.pdf>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012) Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An la Fac Med.*, 73(4):321 -30.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000400009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009)
- Custodio, N. y Lira, D. (2008). Adaptación peruana del Minimental State Examination (MMSE). 2017, *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(1), 69.  
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/6951/6158>
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J., y Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(4), 233-238.

- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832008000400003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000400003&lng=es&tlng=es).
- Custodio, N. (2016). Vivir con demencia en el Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? *Rev. Neuropsiquiatría*, 79(1), 1-2. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a01v79n1.pdf>
- Dahab, J. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *CETICIC*, 3. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- De la Cruz-Mitac, C., Quispe-Llanzo, M., Oyola-García, A., Portugal-Medrano, M. A., Lizarzaburu-Córdova, E., Rodríguez-Chacaltana, F. y Mejía-Vargas, E. C. (2017). Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Revista Cuerpo Médico HNAA*, 10(4), 205-211. <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/18/75>
- De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J. y Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 144-147. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000300003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003&lng=es&tlng=es).
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 19, 339-346. [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/depresion\\_geriatrica.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/depresion_geriatrica.pdf)
- Díaz, R., Marulanda, F. y Martínez, M. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurológica Colombiana*, 29(1), 141-151. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v29n3/v29n3a03.pdf>
- Escarbajal, A. (2016). El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). *Anales de psicología* 32(1), 234-240. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16743391027.pdf>
- Fajardo, G., Gutiérrez, J. y García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es).
- Folstein, M & McHugh, P. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatry*, 12, 189-198. [http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state\\_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf](http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf)
- Francia, K. (2010). Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín [Tesis pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1035/Francia\\_rk.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1035/Francia_rk.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- González, M., Leguía, J. y Díaz, C. (2017). Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horizonte Médico*, 17(3), 35-42. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.07>

- Guadarrama, J. (2001). Desarrollo y validación de la Escala Psicogerítrica de Depresión del Cr. Juan Guadarrama. *Sanidad Militar México* 55(5), 180-185. <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2001/sm015b.pdf>
- HelpAge International. (2013). Índice Global del Envejecimiento 2013. <http://www.helpage.es/silo/files/informe-ejectuvido-indice-global-del-envejecimiento-2013.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. DF, México: Interamericana Editores.
- Hernández, Z. (2001). ¿Por qué se deprimen los viejos? *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3(2), 31-38.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marín, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
- Huaccha, A. (2017). La disminución de la agudeza visual y auditiva como factores de riesgo para la depresión en el CAM-La Molina [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/940/1/Huaccha%20Vic%C3%B1a%20Alida%20Carmen%20del%20pilar\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/940/1/Huaccha%20Vic%C3%B1a%20Alida%20Carmen%20del%20pilar_2017.pdf)
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2013) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-393. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. (2018). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Informe Técnico N°2, junio 2018. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02\\_adulto\\_ene-feb\\_mar2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Informe técnico situación de la población adulta mayor 2017*. Informe Técnico N°4, diciembre 2017. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04\\_adulto-jul-ago-set2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf)
- Jerez, A y Lara, J. (2018). *Cognición en neuropsiquiatría*. Humana Editores. [https://www.researchgate.net/publication/335704168\\_Evaluacion\\_de\\_las\\_funciones\\_cognitivas\\_en\\_el\\_ambiente\\_clinico](https://www.researchgate.net/publication/335704168_Evaluacion_de_las_funciones_cognitivas_en_el_ambiente_clinico)
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de Atención Integral S.J.M – V.M.T 2014* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4159/Licas\\_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones.
- Luna, Y. y Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista Neuro-psiquiatría*, 81(1), 9-19.

- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000100003#:~:text=En%20el%20modelo%20multivariado%2C%20os,depresivo%20en%20el%20%C3%BAltimo%20a%C3%B1o.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100003#:~:text=En%20el%20modelo%20multivariado%2C%20os,depresivo%20en%20el%20%C3%BAltimo%20a%C3%B1o.)
- Maitta, I. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.  
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1803factores-salud-mental>
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscocoya, J. (2018). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397. Doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Martínez, J., Onís, C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620 -630. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
- Mendoza, M., Tantaleán, Ch. V., Soto, V. y Diaz, C. (2016). Tamizaje de nivel de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores en un centro de adulto mayor. *Revista Científica Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Vol 7. Num.2 (2016)*  
<http://revistas.unprg.edu.pe/openjournal/index.php/revistacientifica/article/view/67/44>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2009). *Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)*. [https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/CIAM\\_boletin.pdf](https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/CIAM_boletin.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Lineamientos de política sectorial en Salud Mental Perú 2018*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2015). *Documento técnico: Organización de los Círculos de Adultos Mayores en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención*.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>
- Nascimento, T., Tavares, S. y Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 46(5), 237-286. Doi: 10.1016/j.regg.2010.11.010
- Neurowikia. (s.f.). *Estado mental en la evaluación neuropsicológica de los trastornos cognitivos*. <http://www.neurowikia.es/content/estado-mental-en-la-evaluacion-neuropsicologica-de-los-trastornos-cognitivos>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Envejecimiento*.  
<http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades crónicas*.  
[https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*.  
<http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Méditor.

- Poblete, F. (2019). Relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos. *Revista Peruana de Ciencias de la actividad física y del deporte*, 6(1), 707-715. <https://rpcafd.com/index.php/rpcafd/article/view/28/35>
- Perales, A. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(4), 581-588. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400002)
- Pérez, M., Vázquez, J., Gaité, L. y Labad, A. (2007). La exploración del estado mental. En J. Vázquez (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 83-106). Grupo Aula Médica.
- Ramírez, D. (2016). *¿Qué sucede en el cerebro con deterioro cognitivo?* <http://www.citeasevilla.es/que-sucede-en-el-cerebro-con-deterioro-cognitivo/>
- Ramos, L., Guido, E. y Libre, J. (2004). Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es).
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española* (23.a edición). <http://www.rae.es/>
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de León, M.J. & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139. <https://www.fhca.org/members/qi/clinadmin/global.pdf>
- Robles, Y. (2003). Adaptación del Mini Mental State Examination [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3303/robles\\_ay.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3303/robles_ay.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Samper, J., Libre, J., Sánchez, C., Pérez, C., Morales, E., Sosa, S. y Solórzano, J. (2011). Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40(3-4), 203-210. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300001)
- Sánchez, A. (2015). *Migraciones internas en el Perú*. Organización para las migraciones.
- Sánchez, M., Moreno, G. y García, L. (2010). Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 347 – 361. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a09.pdf>
- Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner, F. y García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 35(1), 71-77. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011)
- Segura, A., Cardona, D., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D., Agudelo-Sifuentes, M. y Morales, S. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2), 210-221. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.8
- Sentencia del Tribunal Supremo. (2004). *Concepto de Tratamiento Médico en el Ámbito Jurídico Penal*. <https://es.scribd.com/doc/62810305/Concepto-de-Tratamiento-medico-o-quirurgico>

- Serra, J. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables sociodemográficas. *Acta Colombiana Psicológica*, 18(1), 125-134. <http://www.scielo.org.co/pdf/acpv/v18n1/v18n1a12.pdf>
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C. y Irigoyen, C. (2011). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Medicina Familiar*, 14(1), 5-13. <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
- Tirado, E y Mamani, F. (2018). *La situación de la población adulta mayor en el Perú: camino a una nueva política*. Konrad Adenauer Stiftung. <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
- Valdés, M., González, J. y Salisu, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). <http://revmqi.sld.cu/index.php/mqi/article/view/296/158>
- Valverde, L. (1986). *La depresión y otros trastornos afectivos*. Héroes.
- Varela, L., Chávez, H., Herrera, A., Méndez, F. y Gálvez, M. (2004). *Perfil del Adulto Mayor*. INTRA II Ministerio de Salud 2004. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/peru-perfil-01.pdf>
- Varela, L., Chávez, H., Herrera, A., Ortiz, P. y Chigne, O. (2004). Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Revista Diagnóstico*, 43(2), 57-63. <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. y Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 17(2), 37-42. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>
- Varela, L., Ortiz, P. y Chávez, H. (2008). Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. *Rev Soc Perú Med Interna*, 21(1), 11-15 <https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v21n1/pdf/a03v21n1.pdf>
- Vílchez, J. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta médica Peruana* 34(4), 266-272. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>
- Yesavage, J. Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, v. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. <https://pdfs.semanticscholar.org/5ab1/91352d3f0b530936ca9acae91245896c8cef.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Lugar de procedencia	<input type="text"/>							
Nº de identificación	<input type="text"/>							
Fecha de nacimiento	Sexo	Edad						
<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td></tr></table>	M	F		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
M	F							

#### 1. Estado civil

<input type="checkbox"/>	Soltero
<input type="checkbox"/>	Casado
<input type="checkbox"/>	Viudo
<input type="checkbox"/>	Divorciado

#### 5. Tratamiento médico

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

#### 2. Grado de instrucción

<input type="checkbox"/>	Sin grado de instrucción
<input type="checkbox"/>	Primaria
<input type="checkbox"/>	Secundaria
<input type="checkbox"/>	Superior

#### 3. Acceso a servicio de salud

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

#### 4. Enfermedad crónica

	Con enfermedad crónica
	Sin enfermedad crónica

### Anexo 2

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Institución : Universidad Católica Sedes Sapientiae

Investigadores : Passara Flores, Juan Junior  
Rodríguez Flores, Medalit Yomira

Título : Deterioro Cognitivo y Sintomatología depresiva geriátrica en adultos mayores de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor en Lima Norte.

---

#### Propósito del Estudio:

Mediante el presente Consentimiento Informado lo invitamos a participar voluntariamente en el estudio denominado: "Deterioro Cognitivo y Sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima". El propósito del estudio es conocer la relación entre el deterioro cognitivo y los niveles de sintomatología depresiva en el adulto mayor. A través de la información recolectada, podríamos crear nuevos programas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio tendrá que seguir el siguiente procedimiento:

1. Deberá completar una encuesta anónima, que durará aproximadamente 20 minutos que constará del llenado de los datos sociodemográficos.
2. Si al final de la encuesta usted refiere que le gustaría ser entrevistado en persona, es posible que los investigadores principales le escriban por correo para realizar una entrevista en persona la cual durará 45 minutos aproximadamente.

#### Riesgos:

No hay riesgos por participar en este estudio.

Es posible que usted pueda sentirse incómodo para asegurar que se sienta confortable, le recordamos que su participación será totalmente anónima. No preguntaremos ningún dato de identificación como nombre o dirección. También, la mayoría de las preguntas

son opcionales, y puede dejar de contestarlas si desea. Asimismo, le recordamos que cuando usted desee puede dejar de completar la encuesta, o la entrevista. Su participación es voluntaria.

Para evitar que los datos recolectados en sus respuestas puedan ser vistos por alguien más, los equipos informáticos que guardan la base de datos estarán protegidos por una clave y guardada en lugares seguros. Solamente el grupo de investigadores tendrá acceso a la información. Asimismo, la información será descargada frecuentemente de la plataforma web para evitar que alguien acceda a ésta. Le recomendamos usar un correo electrónico que no contenga ni su nombre ni su apellido.

**Beneficios:**

Se ofrecerá recomendaciones a los participantes para establecer una mejor perspectiva en su estancia en la participación en el centro integral, para una mejor calidad de vida y atención psicológica. Con la información resultante se diseñarán más estrategias para cumplir con estos objetivos.

**Costos e incentivos**

Participar en el estudio no tiene ningún costo; asimismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en la encuesta para poder implementar mejores estrategias para la prevención y manejo de la sintomatología depresiva en el adulto mayor, así como preservar un adecuado estado mental durante la etapa de ancianidad.

**Confidencialidad:**

La encuesta será anónima si el participante lo desee así, por lo que sus datos personales no serán divulgados sin su autorización. Nosotros guardaremos su información con códigos que no tienen vínculo con el correo electrónico que usó. Si los resultados de este estudio fueran publicados, no habrá ningún dato personal que permita identificar a los participantes.

**Derechos del participante:**

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir retirarse en cualquier momento sin verse perjudicado de ninguna manera. Para cualquier consulta o duda comuníquese con Yomira Rodríguez o Junior Passara al correo: [yomirf@gmail.com](mailto:yomirf@gmail.com). Si tuviese alguna pregunta o inquietud acerca de los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactarse con la presidenta del Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

---

Investigador 1  
Passara Flores Juan Junior

---

Investigador 2  
Rodriguez Flores Medalit Yomira

---

Firma del participante



**Atención y cálculo**

	93	O	1	
A partir de 100 comience a restar de 7 en 7.	86	D	1	
Detenerse en la quinta resta.	79	N	1	
En caso de error, deletree la palabra MUNDO al revés.	72	U	1	
	65	M	1	
			5	

**Memoria**

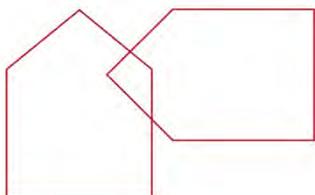
Pedir los nombres de los 3 objetos mencionados anteriormente.	LAPIZ	1	
	RELOJ	1	
	SILLA	1	
		3	

**Lenguaje**

Señalar 2 objetos y que el paciente los reconozca.	2	2	
Repita la frase "En el trigal había cinco perros".	FRASE	1	
Comprensión: tome la hoja con la mano derecha.	MANO	1	
Dóblela por la mitad.	DOBLE	1	
Póngala en la mesa.	MESA	1	
Cierre los ojos.	OJOS	1	
Escriba una frase completa en el papel	FRASE	1	
		8	

**Visuo-espacial**

Copie el diseño (Mostrar el diseño).	DISEÑO	1	
		1	



**RESULTADOS:**

Puntaje:

**Anexo 4**

<b><u>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE)</u></b>	
<b>Hoja de respuestas</b>	
<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SÍ / NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SÍ / NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SÍ / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo?	SÍ / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ / NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ / NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SÍ / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SÍ / NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SÍ / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	SÍ / NO
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	SÍ / NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía?	SÍ / NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	SÍ / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	SÍ / NO

### Anexo 5

<b>VARIABLE PRINCIPAL</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>ÁREAS</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>	<b>INTERVALOS</b>
Deterioro cognitivo	Orientación	Función cognitiva normal	27-30 puntos
	Registro	Leve	24-26 puntos
	Atención y cálculo	Moderado	16-23
	Memoria		
	Lenguaje y construcción	Severo	15 o menos
Variable cualitativa politómica ordinal		Folstein el all (1975)	

<b>VARIABLE PRINCIPAL</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>ÁREAS</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>	<b>INTERVALOS</b>
Síntomatología depresiva	Cognitiva	Normal	0 a 5 puntos
	Conductual	Leve	6 a 9 puntos
		Severo	10 a 15 puntos
Variable cualitativa politómica ordinal		Yesavage (1982)	

### Anexo 6

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>
Sexo	Cualitativa dicotómica	nominal	Femenino
			Masculino
Edad	Cualitativa politómica	ordinal	65 a 69 años
			70 a 74 años
			75 a 79 años
			80 a 84 años
			85 años a más
Lugar de Procedencia	Cualitativa dicotómica	nominal	Lima
			Provincia
Estado civil	Cualitativa politómica	nominal	Soltero
			Casado
			Viudo
			Divorciado
Grado de instrucción	Cualitativa politómica	ordinal	Sin grado
			Primaria
			Secundaria
			Superior
Acceso a servicio de salud	Cualitativa dicotómica	nominal	Sí
			No
Enfermedad crónica	Cualitativa dicotómica	nominal	Con enfermedad crónica
			Sin enfermedad crónica
Tratamiento médico	Cualitativa dicotómica	nominal	Sí
			No

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Tipo de variable	Población y muestra	Diseño	Instrumentos	Análisis estadístico
<p>¿Qué relación hay entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima?</p> <p><b>Problema de Investigación:</b></p> <p>Deterioro Cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima.</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar los niveles de deterioro cognitivo en un grupo de adultos mayores en Lima.</li> <li>Determinar los niveles de sintomatología depresiva geriátrica en</li> </ol>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>Existe relación entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima.</p> <p>No existe relación entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva geriátrica en un grupo de adultos mayores en Lima.</p>	<p><b>VP</b></p> <p><b>V1:</b></p> <p>Deterioro Cognitivo</p> <p><b>Definición conceptual:</b></p> <p>Deterioro de las funciones mentales superiores, principalmente memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Al comienzo puede ser leve o avanzar de manera progresiva. Según el CIE 10, debe existir deterioro de la memoria especialmente en el aprendizaje de nueva información, alteración en el</p>	<p><b>*Variable de la investigación:</b></p> <p>Variable cuantitativa.</p> <p><b>*Variable 1: Deterioro Cognitivo</b></p> <p>Variable cualitativa politómica ordinal</p> <p><b>*Variable 2: Sintomatología depresiva geriátrica</b></p> <p>Variable cualitativa politómica ordinal</p>	<p><b>*Población:</b></p> <p>Adultos mayores asistentes a Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)</p> <p><b>*Muestra:</b></p> <p>141 adultos mayores asistentes a CIAM.</p>	<p><b>Nivel:</b></p> <p>Básico</p> <p><b>Tipo:</b></p> <p>Descritivo correlacional</p> <p><b>Diseño:</b></p> <p>Cuantitativo</p>	<p><b>*Mini Mental State Examination (MMSE)</b></p> <p>Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.</p> <p>Fue adaptado al Perú en el año 2008 en la Revista Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. Autores:</p>	<p>Se utilizará el paquete estadístico Stata 13 v. para la realización del análisis descriptivo de las variables principales. Las mismas son deterioro cognitivo y sintomatología depresiva geriátrica.</p> <p><b>Estadística Inferencial</b></p> <p>Para ambas variables se realizará un análisis bivariado. Con el fin de determinar la existencia de asociación y frecuencia entre las variables. Para las tablas variables</p>

	<p>un grupo de adultos mayores en Lima.</p> <p>3. Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en un grupo de adultos mayores en Lima.</p> <p>4. Determinar la relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en un grupo de adultos mayores en Lima.</p>	<p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>Existe relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en un grupo de adultos mayores en Lima Norte.</p> <p>No existe relación entre el deterioro cognitivo y los datos sociodemográficos en un grupo de adultos mayores en Lima Norte.</p> <p>Existe relación entre la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos</p>	<p>material verbal como no verbal y debe ser objetivable y no basarse en quejas subjetivas.</p> <p><b>Definición operacional:</b> Mini Mental (Folstein) Áreas a evaluar: 1) Orientación 2) Registro 3) Atención y cálculo 4) Memoria 5) Lenguaje y construcción 5.1) Semejanzas 5.2) Lectura y escritura. 5.3) Frase 5.4) Figura</p> <p><b>V2:</b> Sintomatología depresiva geriátrica <b>Definición conceptual:</b> Síntomas pertenecientes a</p>	<p><b>*Variables sociodemográficas:</b> <b>*Edad:</b> Cualitativa politómica ordinal <b>*Sexo:</b> Cualitativa dicotómica <b>*Estado civil:</b> Cualitativa politómica nominal <b>*Grado de instrucción:</b> Cualitativa politómica nominal <b>*Lugar de procedencia:</b> Cualitativa nominal <b>*Acceso a seguro de salud:</b> Cualitativa dicotómica <b>*Enfermedad crónica:</b></p>			<p>Nilton Custodio, David Lira.</p> <p><b>*Escala de depresión geriátrica Yesavage (Versión de 15 ítems)</b></p> <p>Diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos.</p> <p>Primer trabajo publicado en España fue de Perlado (1987); su validez y confiabilidad, en su adaptación castellana, han sido confirmadas en un estudio con población mexicana y colombiana. Autor: Bacca.</p>	<p>sociodemográficas edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, acceso a servicio de salud, presencia de alguna enfermedad crónica, tratamiento médico, trastornos neurocognitivos.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>os en un grupo de adultos mayores en Lima Norte.</p> <p>No existe relación ente la sintomatología depresiva geriátrica y los datos sociodemográficos en un grupo de adultos mayores en Lima Norte.</p>	<p>un síndrome depresivo. Algunos síntomas de la depresión según en DSM 5 son: fatiga, agitación o enlentecimiento motor, tristeza, desesperanza, disminución del interés en casi todas las actividades, insomnio, sentimiento de inutilidad o culpa (DSM, 2013). En el adulto mayor esta sintomatología se expresa de forma somática más que tristeza o llanto. Es un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años debido a patologías médicas crónicas, deterioro</p>	<p>Cualitativa politómica nominal</p> <p><b>*Tratamiento médico:</b></p> <p>Cualitativa dicotómica</p>		<p>En el Perú ha sido validada la versión reducida de la prueba de Yesavage (4 ítems) en el consultorio externo geriátrico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con una muestra de 400 pacientes adultos mayores de 60 años que no recibían tratamiento antidepressivo ni tenían evidencia de deterioro cognitivo. Autor: Dr. Luis Varela Pinedo.</p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>cognitivo o pérdida de funcionalidad causando sufrimiento y conflictos familiares (Denchent, 2008).</p> <p><b>Definición operacional:</b> Escala de depresión geriátrica- Test de Yesavage</p> <p><b>Variables sociodemográficas:</b> * <b>Edad</b> <b>Definición conceptual:</b> Tiempo que ha vivido una persona. <b>Definición operacional:</b> 65- 69 años 70 – 74 años 75- 79 años 80-84 años 85 a más * <b>Sexo:</b></p>				
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

			<p><b>Definición conceptual:</b> Condición orgánica.</p> <p><b>Definición operacional:</b> Masculino Femenino</p> <p><b>*Estado civil</b></p> <p><b>Definición conceptual:</b> Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio.</p> <p><b>Definición operacional:</b> Soltero Casado Viudo Divorciado</p> <p><b>*Grado de instrucción:</b></p> <p><b>Definición conceptual:</b> Estudios realizados o en curso.</p> <p><b>Definición operacional:</b> Sin grado de instrucción</p>					
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

			<p>Primaria  Secundaria  Superior</p> <p><b>*Lugar de procedencia</b>  <b>Definición conceptual:</b>  Procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, el concepto puede utilizarse para nombrar la nacionalidad de la persona.</p> <p><b>Definición operacional:</b>  Lima  Provincia</p> <p><b>*Acceso a servicio de salud</b>  <b>Definición conceptual:</b>  Grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que</p>					
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

			<p>requieren por parte de los servicios de atención médica</p> <p><b>Definición operacional:</b> Las respuestas están sujetas a Sí o No</p> <p><b>*Enfermedad crónica</b></p> <p><b>Definición conceptual:</b> Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, siendo así las principales causas de muerte e incapacidad a nivel mundial (WHO, 2010).</p> <p><b>Definición operacional:</b> Con enfermedad crónica</p>					
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

			<p>Sin enfermedad crónica</p> <p><b>*Tratamiento médico</b></p> <p><b>Definición conceptual:</b>  El concepto de tratamiento médico desde el punto de vista de la disciplina médica, supone el conjunto de sistemas o regímenes abstractamente ideados por la ciencia para la curación de cada concreta lesión.</p> <p><b>Definición operacional:</b>  Categorizada en: Sí o No.</p>					
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

