



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA

SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO

DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS

MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL

NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA – 2017

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA HUMANA

AUTORA

ESTELA RODRÍGUEZ, ODALLYS JIMENA

ASESOR

CHRISTIAN ALBERTO UNGARO GUTIERREZ

LIMA-PERÚ

2018

Dedicatoria

A mis padres por siempre estar a mi lado
brindándome su amor, comprensión, confianza
y su apoyo incondicional.

A mi hijo, por su inmenso cariño; por ser mi
motivación día a día.

Agradecimientos

Agradezco a mi Asesor Mg. Psicólogo Christian Ungaro, por brindarme su apoyo, sus conocimientos para la realización y culminación del presente trabajo.

A la Jefa del DAS del Hospital Guillermo Almenara Lic. Psicóloga Irene Andía por su apoyo y observaciones.

Agradezco a la Jefa del servicio de Psicología del hospital Guillermo Almenara, Lic. Psicóloga Ociela Grimaldo por brindarme las facilidades y apoyo para realizar el presente trabajo.

Resumen

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la depresión en un grupo de pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Con tal finalidad, se evaluaron a 121 pacientes, de ambos géneros: masculinos y femeninos, cuyas edades oscilan entre 60 y 90 años, a quienes se les aplicó el Test de Mini Examen del Estado Mental de Folstein, (1975); y la Escala de Depresión Geriátrica Test de Yesavage, (1983). El tipo de investigación realizada es de tipo descriptivo - correlacional. Al ser procesados los resultados, se encontró que las variables deterioro cognitivo y depresión se encuentran correlacionadas, siendo esta de tipo inversa y de una magnitud moderada baja. Al finalizar los resultados tomando en cuenta los diversos componentes del Mini Examen del Estado Mental se encontró que los componentes atención y cálculo, memoria y lenguaje, y praxis constructivas se encuentran relacionados con la depresión de manera inversa y con una magnitud moderadamente baja. El 62% (75) de los pacientes adultos mayores encuestados posee un estado cognitivo normal y solo el 1.7% (2) padecen de un deterioro cognitivo severo o grave. Por otra parte, el 47.1% (57) de los pacientes presentan depresión leve y apenas el 8.3% (10) evidencia una depresión moderada o severa.

Palabras claves: Deterioro cognitivo, Depresión, Adultos mayores.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between cognitive deterioration and depression in a group of elderly patients who attend the Geriatrics Service of the Guillermo Almenara National Hospital. For this purpose, 121 patients of two years were evaluated: male and female, whose ages range between 60 and 90 years, to whom they applied the Folstein Mini-Mental State Examination Test (1975); and the Geriatric Depression Scale Yesavage Test, (1983). The type of research carried out is descriptive - correlational. When the results were processed, it was found that the cognitive variables and depression are correlated, being this of the inverted type and of a moderate low magnitude. At the end of the results are taken into account the various components of the Mini Mental State Examination found that the components attention and calculation, memory and language, and constructive praxis is related to depression in an inverse manner and with a moderately low magnitude. 62% (75) of the surveyed elderly patients have a normal cognitive state and only 1.7% (2) suffer from severe or severe cognitive deterioration. On the other hand, 47.1% (57) of the patients presented mild depression and 8.3% (10) showed a moderate or severe depression.

Key words: Cognitive impairment, Depression, Older adults.

INTRODUCCIÓN

Con el incremento de la expectativa de vida de la población a nivel mundial, y con el progresivo envejecimiento de la población, producto de este proceso de envejecimiento, ciertas enfermedades están adquiriendo cada vez mayor interés en el ámbito de la Psicología Clínica y la Neuropsicología. Uno de los principales trastornos psicológicos asociados a la etapa de la senectud es la depresión, que se caracteriza por la tristeza patológica que presenta un individuo, que pierde el placer e interés por sus actividades cotidianas. Se acompaña de alteraciones, fatiga, disminución del apetito, desmotivación, apatía, así como ideas catastróficas de sí mismo y del futuro. Además, se presentan problemas cognitivos como dificultad en la memoria (registro y evocación), atención, concentración, juicio y capacidad de análisis y funciones ejecutivas; a este conjunto de manifestaciones clínicas de gravedad se le denomina deterioro cognitivo. En ese sentido, la depresión, resulta un factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro demencial, siendo de mayor riesgo la recurrencia de la misma.

Por ello, la presente investigación titulada: “Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima - 2017”, pretende describir la relación hallada entre el deterioro cognitivo y la depresión, por ser dos variables de consideración en la esfera personal y familiar de todo adulto mayor, que influyen significativamente en su capacidad de adaptabilidad a circunstancias cotidianas.

Para sustentar este objetivo principal, se aplicaron el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein, autores Marshal F. Folstein, Susan Folstein, Paul R. McHugh (1975), y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, autores Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leireren (1983). La estructura de la presente investigación es presentada en cinco partes que se detallan a continuación:

En el primer capítulo, se desarrolla el planteamiento del problema de la investigación, argumentándose el sustento de la problemática hallada. Asimismo, se establecen los objetivos, justificación y limitaciones.

El segundo capítulo, contiene el marco teórico de acuerdo a la revisión de los antecedentes nacionales e internacionales vinculados a las variables en estudio: el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores; se complementa además dicha información con bases teóricas que fundamentan las variables de investigación.

El tercer capítulo, hace referencia a las hipótesis generales y específicas, así como las variables de estudio.

En el cuarto capítulo presenta lo correspondiente a la metodología de investigación, en la cual se considera el tipo y diseño de investigación asumida, se describe la población y muestra empleada, así como también se describen cada uno de los instrumentos de medición empleados para cumplir con los objetivos propuestos y se precisa el procedimiento respectivo de la ejecución de la misma.

Finalmente, el quinto capítulo, especifica los resultados conseguidos una vez aplicados los instrumentos a la muestra completa. Se precisan estadísticas descriptivas, pruebas de normalidad y estadísticas inferenciales, con el fin de responder a las preguntas de investigación propuestas para el presente estudio. Igualmente, se detalla la discusión de resultados, las respectivas conclusiones y recomendaciones a considerarse para futuras investigaciones.

CONTENIDO

	Páginas
Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
INTRODUCCIÓN	v
INDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema principal	15
1.2.2 Problemas específicos.	15
1.3 Objetivos de la investigación.	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4 Justificación de la investigación	17
1.4.1 Importancia de la investigación.	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación.	18
1.5 Limitaciones del estudio	18
	vii

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.1.1. Antecedentes internacionales.	19
2.1.2. Antecedentes nacionales.	23
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Envejecimiento.	26
2.2.2. Deterioro Cognitivo.	28
a. Definición de deterioro cognitivo.	28
b. Causas y factores del deterioro cognitivo	28
Enfermedades psiquiátricas	28
Déficit de vitaminas	29
Insomnio	29
Enfermedades neurodegenerativas	30
Lesiones vasculares	31
Deterioro cognitivo asociado a la edad	31
c. Funciones cognitivas afectadas.	33
d. Niveles de deterioro cognitivo.	35
1) Deterioro cognitivo leve.	35
2) Demencia.	35
e. Teorías explicativas del deterioro cognitivo.	36
2.2.3. Depresión.	37
a. Definición de depresión.	37
b. Síntomas de la depresión.	38
c. Causas y factores de la depresión en el adulto mayor	39

Factor biológico como causa de depresión en adultos mayores.	39
Factor psicológico como causa de la depresión en mayores	40
Factor social como causa de depresión en mayores	40
Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor	41
d. Clasificación de depresión.	42
e. Teorías explicativas de la depresión.	43
2.2.4. Deterioro cognitivo y depresión.	48
2.3. Definición de términos básicos	49
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada	51
Hipótesis general.	51
Hipótesis secundarias.	51
3.2. Variables definición conceptual y operacional.	53
3.3. Operacionalización de variables	54
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	56
4.1. Diseño metodológico.	56
a. Tipo de la investigación.	56
b. Diseño de la investigación.	57
4.2 Diseño muestral.	57
4.2.1. Población.	57
4.2.2 Muestra	58
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	60

4.3.1. Técnicas de recolección de datos	60
4.3.2. Instrumentos de recolección de datos	60
a. Mini Examen del Estado Mental (MMSE)	60
b. Escala de Depresión Geriátrica - Test de Yesavage	64
4.4 Técnicas del procesamiento de la información.	67
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.	67
4.6. Aspectos éticos complementarios	68
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	69
5.1. Análisis descriptivo	69
5.2. Análisis inferencial	72
5.3. Comprobación de hipótesis	73
5.4 Discusión y conclusiones	78
5.4.1. Discusión de resultados	78
5.4.2. Conclusiones	81
5.4.3. Recomendaciones	82
Referencias	84
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Operacionalización de variables de estudio	54
Tabla 2:	Distribución de la muestra según género	58
Tabla 3:	Distribución de la muestra según edad cronológica	58
Tabla 4:	Confiabilidad ítem-test del MMSE	63
Tabla 5:	Criterios de Calificación de la escala de depresión geriátrica	64
Tabla 6:	Calificación de la Escala de Depresión Geriátrica	65
Tabla 7:	Estadística descriptiva para la variable deterioro cognitivo	70
Tabla 8:	Frecuencias y porcentajes de los niveles de deterioro cognitivo	70
Tabla 9:	Estadística descriptiva para la variable depresión	71
Tabla 10:	Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión	71
Tabla 11:	Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable deterioro cognitivo	72
Tabla 12:	Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable depresión	73
Tabla 13:	Relación entre deterioro cognitivo y depresión	73
Tabla 14:	Relación específica entre el componente orientación espacio – tiempo y depresión	74
Tabla 15:	Relación específica entre el componente fijación y depresión	75
Tabla 16:	Relación específica entre el componente atención y cálculo con depresión	75
Tabla 17:	Relación específica entre el componente memoria y depresión	76
Tabla 18:	Relación específica entre el componente lenguaje y praxis constructiva con depresión	77

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

En los últimos 10 años la esperanza de vida en las personas ha ido en aumento, debido principalmente a los avances en el sector salud, concretamente en la Medicina y Psicología de La Salud, que permiten que las personas puedan superar enfermedades físicas, con una mejor calidad de vida y así disfrutar de más años. Sin embargo, este logro de la ciencia, ha traído también como consecuencia, un incremento en el número de personas mayores de 60 años considerados como adultos mayores.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (OMS, 2015), se calcula que entre el 2015 y 2050 el porcentaje de adultos mayores de 60 años casi se duplicará pasando del 12% al 22%. Así mismo, en la región de América Latina, la población adulta mayor, pasó de un 5,6% del total regional en 1950, a un 10% en el año 2010 (Licas y Durán, 2015).

En nuestro país por su parte, la población del adulto mayor es de 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en el año 2008, y según proyecciones para el año 2025, habría 52 personas de 60 años por cada 100 menores de 15 años, cifra que seguiría duplicándose (Abarca et al., 2008).

Como se aprecia previamente, la población de adultos mayores crece vertiginosamente, y este fenómeno solo podrá ser considerado como beneficioso, en la medida en que los adultos mayores en esta última etapa de su vida, cuenten con salud. Al respecto la OMS (2015) menciona:

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en entornos favorables, podrán desempeñarse en forma óptima. En cambio, si esta etapa está caracterizada por un declive físico y mental irreversible, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas.

El adulto mayor, conforme avanza en edad, pierde muchas capacidades y funciones cognitivas en diferentes niveles. Cuando esta pérdida excede lo esperado hablamos de Deterioro Cognitivo. El envejecimiento en el cerebro, puede causar la aparición de dicho cuadro, afectando a la memoria, el razonamiento y la multitarea del paciente, pudiendo conducirlo a desarrollar Demencia, (Infosalus, 2016), si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión demencia es de 1 a 2% anual (Mejía et al., 2007; citado por Mancillas, 2015).

A nivel mundial, el deterioro cognitivo afecta de 7 a 10% de personas mayores de 65 años y se incrementa con la edad, hasta el 30% de casos por encima de los 80 años (Mendoza et al., 2011).

En Latinoamérica la prevalencia de demencia en mayores de 65 años de edad es 7.1% y se estima que 7.6% millones en Latinoamérica y Caribe desarrollaran demencia en el 2030 (Nitrini et al., citado por Custodio, 2016).

A nivel nacional, el Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de riesgo (2015) en el portal RPP, menciona que actualmente existen aproximadamente 300 mil personas con demencia, la mayoría con Alzheimer.

Dicho todo ello, es necesario precisar que no solo los problemas cognitivos y físicos acompañan esta etapa; en muchos casos aparecen problemas emocionales como la depresión.

La OMS (2006, citado por Jonis y Llacta, 2013) afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2016) menciona que la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores, el índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas y los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio.

Del Águila, Schermul y Yabar (2014) mencionan que la depresión en ancianos tiene una prevalencia que va de 10 a 70%, que han descrito múltiples factores de riesgo tales como: dificultad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja afectiva.

En América Latina y el Caribe la depresión afecta al 5% de la población adulta. Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente (OMS, 2012).

En el Hospital Guillermo Almenara, día a día, se atienden a pacientes en consulta externa de geriatría con enfermedades de diferente índole; uno de los principales problemas que manifiestan está referido al área cognitiva, evidenciando que muchos de ellos no recuerdan donde dejan las cosas, lo que iban a hacer y donde se encuentran, etc., sintiéndose

improductivos, desvalidos, y pensando que son una carga para la familia, derivando todo ello en malestar general vinculado a estados depresivos.

Es por ello que, considerando que el adulto mayor según evoluciona su edad, podría presentar deterioro funcional cognitivo en diferentes niveles y en algunos casos conllevar a una depresión que agravaría esta condición de salud general, se presenta esta investigación que determina la relación existente entre el deterioro cognitivo y la depresión en los pacientes adultos mayores de la consulta cotidiana del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Ciudad de Lima, 2017.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

- ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?

1.2.2 Problemas específicos.

1. ¿Qué relación existe entre el componente orientación espacio - tiempo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?
2. ¿Qué relación existe entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?
3. ¿Qué relación existe entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?

4. ¿Qué relación existe entre el componente memoria y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima?
5. ¿Qué relación existe entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Establecer la relación entre el componente orientación espacio – temporal del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.
2. Establecer la relación entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.
3. Establecer la relación entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.
4. Establecer la relación entre el componente memoria y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.

5. Establecer la relación entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación.

La presente investigación cuenta en primer lugar, con pertinencia teórica, debido a la necesidad de realizar investigaciones de corte psicológico, donde se estudie la asociación entre deterioro cognitivo y depresión en una muestra de adultos mayores tema que ha sido poco investigado en el ámbito nacional e internacional.

El análisis descriptivo-correlacional permite establecer nuevos conceptos que contribuirán al estudio de estas variables. Esta investigación será una referencia para futuras investigaciones y de apoyo educativo a otros estudiantes, así como la importancia de conocer si verdaderamente los pacientes adultos mayores que acuden a consulta geriátrica de un hospital nacional al mostrar mayores niveles de deterioro cognitivo, también muestran niveles altos de depresión.

Debido a un aumento en la población de adultos mayores, también en el sector salud ha habido una demanda asistencial por los problemas de salud pública mencionados en la presente investigación como lo son el deterioro cognitivo y la depresión y que implican serios problemas y un alto grado de incapacidad para la vida del adulto mayor.

Debido a ello la investigación cuenta en segundo lugar con pertinencia aplicada, puesto que llevar a cabo este estudio permitirá determinar la prevalencia tanto de deterioro cognitivo como de depresión en los adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Almenara y de acuerdo a ello tomar medidas de intervención o de prevención.

Asimismo, la identificación de estos pacientes de mayor riesgo, es de utilidad no sólo desde el punto de vista clínico y pronóstico, sino también en el desarrollo de terapias modificadoras de la progresión de la enfermedad.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

La presente investigación se ejecutará es viable, porque se dispone de los recursos materiales, económicos, financieros, humanos, tiempo y de información que determinarán en última instancia los alcances de la investigación; en otras palabras, el estudio aglutina características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus metas y objetivos propuestos.

1.5 Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones podría señalarse las siguientes:

- El tiempo destinado a la aplicación de cada escala es extenso, teniendo que variar el horario de aplicación.
- Escasas investigaciones que asocian el deterioro cognitivo y la depresión en la población de adultos mayores.
- Por cuestiones de economía, no se pudo acceder a encuestar a toda la población de adultos mayores que viene atenderse al Hospital Nacional Guillermo Almenara y poder generalizar los resultados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En este capítulo se presentan los antecedentes de investigación de trabajos relacionados a la variable que se pretende investigar.

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Poblete, Matus, Díaz, Vidal y Ayala (2015) quienes tuvieron como objetivo describir la percepción de los adultos con respecto a su calidad de vida e indicadores psicológicos como depresión y deterioro cognitivo. La muestra fue de 30 adultos mayores que realizaban ejercicio físico tres veces por semana, con antigüedad de 1 año. Se utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Minimental y Calidad de vida (SF-36). Los resultados exponen que un 16.6% (n:5) presenta depresión establecida y un 26.7% (n:8) depresión leve, un 56.7% (n:17) está en categoría normal. El deterioro cognitivo un 86.7% (n:26) presenta déficit leve y un 13.3% (n:4) normal. El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71.21 que se clasifica como óptima. En conclusión el ejercicio físico sistemático es

importante en la mantención de los parámetros de Deterioro Cognitivo, Depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento.

El deterioro cognitivo, esta presente en la población de adultos mayores con depresión crónica, al respecto Ortiz (2014) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en adulto mayor con depresión crónica en la UMF 61 de Veracruz. La muestra fue de 245 adultos mayores. Se aplicó como instrumento el Mini Mental. Los resultados muestran que en la frecuencia del deterioro mental según el Mini Mental, los adultos con depresión crónica 60% (146) presentaban un estado de deterioro cognoscitivo leve y un 11% (73) no presentaban deterioro, así mismo los adultos cuya edad era de 72 años presentaban demencia leve, 74 años sin deterioro; con demencia leve el género femenino fue 53% (78); la escolaridad bachillerato con deterioro leve 33% (48) y posible deterioro 35% (9). Estado civil divorciados con deterioro leve 28% (41) y posible deterioro 35% (9); el tipo de familia de estos pacientes con deterioro leve fue la familia en fase de expansión con 67% (54), y en la reconstruida con 55% (58). En conclusión el adulto con depresión crónica tuvo una mayor frecuencia de deterioro cognoscitivo que el adulto con depresión leve, además predominó la escolaridad bachillerato y familia reconstruida.

Durán - Badillo et al. (2013) buscaron identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva en el adulto mayor. La muestra fue de 252 adultos mayores de ambos sexos, se utilizó el Test de Yesavage (sensibilidad del 84% y especificidad del 95%) y el Mini-mental State Examination (sensibilidad de 82% y especificidad de 84%). Los resultados muestran que el 40.1% de la muestra no tenía depresión, el 3.9% tenía depresión leve y un 25% depresión establecida; así como un 58.3% función cognitiva íntegra y un 41.7% deterioro cognitivo. Asimismo el análisis bivariado con el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) no mostró la asociación esperada entre las variables de

estudio, sin embargo se acerca a una interpretación de asociación baja entre: depresión y el tener un empleo remunerado ($\rho=0.142$; $p=0.024$), depresión y el número de padecimientos ($\rho=-0.239$; $p=0.000$), función cognitiva y el número de padecimientos ($\rho=0.166$; $p=0.008$) y entre la depresión y la función cognitiva ($\rho=-0.242$; $p=0.000$).

Pérez y Hyver (2013) analizaron la relación entre los procesos cognitivos y los procesos afectivos en adultos mayores del municipio Cárdenas ubicado en la localidad de Santa Marta. La muestra fue de 18 adultos mayores 12 mujeres y 6 hombres, entre un rango de edad de 60- 90 años durante el período de agosto-septiembre de 2013. Se aplicaron el Mini mental-Abreviado de Folstein, Test Escala Psicoafectiva (CITED), Completamiento de frases (J. Rotter), Inventario de ansiedad (Estado-Rasgo) Idare, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados mostraron que en los adultos mayores prevaleció un déficit cognitivo, donde se destacaron alteraciones en algunos procesos como son: memoria, atención y orientación. Se demostró, además, que la existencia de alteraciones Psicoafectivas, son dadas por la disfuncionalidad de los medios familiares, de la autopercepción que tiene el adulto mayor del envejecimiento y la reducción de sus actividades sociales.

Rubén de León, Milián, Camacho, Arévalo y Escartín (2009) determinaron la asociación entre el deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, sociodemográficos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 422 adultos de 60 años a más. Se les aplicaron un cuestionario y el mini examen del estado mental de Folstein, y los instrumentos de Katz, Lawton y Bronfman. Fue una investigación de tipo correlacional. Los resultados muestran que, de 422 participantes, 244 fueron mujeres, el promedio de edad fue de 68 años. Los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, ser mujer y de nivel socioeconómico regular; de las actividades de la vida diaria fueron haber padecido

diabetes mellitus tipo 2 y de las actividades instrumentales de la vida diaria, ser mujer, deterioro visual y polifarmacia, todos con $p < 0.05$. En conclusión, varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.

Cerquera (2008) realizó una investigación con el objetivo de identificar la relación existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga. La muestra fue de 67 adultas mayores de la población estudiada. El estudio fue de tipo no experimental con un diseño correlacional. Para el presente estudio se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (el Minimental y la Escala Geriátrica de Depresión de Beck), y por medio de la entrevista a profundidad. Los resultados muestran relación entre el deterioro cognitivo y la depresión ($r=-0.242$) con eventos significantes del ciclo vital. Los resultados permiten concluir que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

Garay (2007) investigó la relación entre depresión en edad adulta y deterioro cognitivo. La muestra fue de 30 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que fueron diagnosticadas y tratadas por episodio depresivo según criterios DSM IV en el año 1999; versus grupo control de 16 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que no presentaron antecedentes de depresión. Fue un estudio de tipo no experimental, con un diseño correlacional. El instrumento aplicado para ambos grupos fue el ACE (Addenbrooke's cognitive examination), que evalúa seis dominios cognitivos (orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje, y habilidades visuoespaciales). Se obtuvieron valores para el primer grupo compuesto por 30 sujetos y el segundo grupo con 16 miembros. Se aplicó la prueba "t" de Student, para dos muestras independientes, obteniéndose una significación bilateral de 0,005, por lo cual se rechaza la hipótesis nula, encontrándose

diferencias significativas entre ambos grupos. Por último, se encontró que existe relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia ($p < 0.05$).

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Licas y Durand (2015) realizaron una investigación con la finalidad de identificar el nivel de depresión de los adultos mayores que acudían al centro de atención integral del adulto mayor. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores del Centro de Atención Integral Tayta Wasi en el 2014. Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo. Los resultados muestran que la mayoría de adultos mayores atendidos en el Centro de atención integral Tayta - Wasi presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa. La mayoría de adultos mayores que presentan depresión leve, se encuentran entre 65 a 69 años, seguido de un grupo menor de adultos mayores de 70 a 74 años. Los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro de atención integral presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Del Águila, Schermul y Yabar (2014) determinaron la relación que existe entre los síndromes geriátricos y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (MINSA) Iquitos 2014. La población fue de 100 adultos mayores de ambos sexos pertenecientes al Programa del Adulto Mayor, a quienes se aplicó instrumentos estandarizados como el Test Mini Examen Cognitivo del Profesor Lobo (MEC), escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), Test de Snellen, Cuestionario de disminución de la agudeza auditiva - HHIE-S, Índice de Barthel; Escala de Lawton y Brody. Se trabajó con estudio de tipo no experimental y de diseño correlacional. Los resultados muestran que el 56 % son población gerontológica joven, con edad promedio de 73; predominando el sexo

femenino con 55.0% así mismo el 56.0% son casados, el 61.0% tienen grado de instrucción primaria incompleta, y el 26,0% padecen de Hipertensión Arterial. Con respecto a los síndromes geriátricos los adultos mayores presentan algún tipo de deterioro cognitivo, destacando Borderline con 30%, deterioro moderado con 12%, depresión Leve 57%, depresión establecida 18%. Se pudo observar que la deprivación sensorial, es uno de los síndromes predominantes con 83% de deterioro visual (visión baja). Déficit auditivo con 33% de dificultad significativa en cuanto a la capacidad funcional el 87% presenta dependencia leve en las ABVD, 33.9% dependencia ligera en las AIVD en mujeres, 36.4% dependencia moderada. Las variables síndromes geriátricos y capacidad funcional que mostraron asociación negativa o inversa fueron: déficit auditivo y depresión ($p=0.05$). Y las variables que mostraron asociación positiva o directa fueron: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria (repetición) lenguaje y capacidad cognitiva global ($p= 0.01$).

Rebagliati, Runzer, Horruitiniere, Lavaggi y Parodi (2012) determinaron los síndromes geriátricos en adultos hospitalizados, en el Centro Geriátrico Naval, Callao, Perú en una población de 711 pacientes de 60 años o más, de ambos sexos, hospitalizados entre enero del 2010 y noviembre del 2011. Se evaluaron las áreas de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). Los resultados muestran que la edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Se registró polifarmacia (91.4%) casos, hipertensión (69.2%), estreñimiento (56.1%), diabetes mellitus tipo 2 (46.3%), malnutrición y caídas (35.2%), incontinencia (28%) e hipotiroidismo (16%). En el aspecto social, se registró dependencia funcional (37.1%) y con problema social (35.4%). Finalmente, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 62.2% de depresión moderada y 34.4% de deterioro cognitivo.

Gonzales (2011) realizó un estudio con el objetivo de determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. La población total estuvo constituida por 353 adultos mayores que se encontraban en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la Escala Abreviada de Depresión de Yesavage de 15 preguntas. Los resultados muestran que los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentaban un riesgo moderado de depresión. Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad. Del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22.2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28.1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54.2 % son mujeres y el 45.8 %, hombres. Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0.910$, no significativo).

Paz (2011) determinó la prevalencia anual de depresión en adultos mayores de la selva peruana. La muestra fue de 1187 adultos de 60 años a más, residentes habituales en viviendas urbanas de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa se aplicaron instrumentos como el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Mini Mental State Examination de Folstein, Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama y colaboradores, MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10, de Sheehan y colaboradores y el Cuestionario de Pfeiffer. Los resultados muestran que hay prevalencia anuales significativamente mayores ($p < 0.05$) de depresión en aquellos cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra, en los que habían presentado alguna enfermedad física o accidente en los últimos seis meses, los que sentían nada o poca satisfacción personal, que se habían sentido discriminados alguna vez en la vida por su edad, los que se sentían regularmente orgullosos de su familia, que no predicaban ni enseñaban la

religión a otras personas, que presentaban poca calidad de vida y en aquellos con dificultades severas o totales para desempeñarse en las actividades de la vida diaria. También fue mayor ($p < 0.05$) en los que alguna vez en su vida habían deseado morir y en los que habían pensado quitarse la vida, en los que habían recibido algún tipo de maltrato o violencia y en los que presentaban síndrome demencial.

Abarca et al. (2008) realizaron una investigación con el objetivo de identificar las consecuencias del envejecimiento y el bajo nivel educativo sobre los procesos cognitivos. Para ello aplicó el Examen Mental Abreviado (Mini Mental) y un cuestionario de variables sociodemográficas en una muestra de 280 adultos mayores de tres distritos de la ciudad de Arequipa. Los resultados muestran una relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo observándose puntajes más bajos en sujetos con mayor edad; además observamos que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos. Estas primeras aproximaciones al deterioro cognitivo en nuestro medio ponen de relieve la importancia de la implementación de políticas socioeducativas eficaces que permitan el acceso a la educación a la mayoría de nuestra población.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Envejecimiento.

a. Definición de envejecimiento.

Al definir envejecimiento no solo como un concepto sino de manera funcional encontramos muchas posturas, una de ellas que visualiza el envejecimiento como un estado en el que se alcanza la sabiduría y muchos conocimientos; por otra parte, hay una postura sobre el envejecimiento como la etapa en la que se pierden muchas funciones y los adultos mayores se vuelven más lentos en la realización de tareas, esta última es la más aceptada y validada por estudios en todo el mundo.

Gómez et al. (2000, citado por Pacheco, 2016) señala que el envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

b. Cambios en el envejecimiento.

La Guía de práctica clínica (2012) menciona que, durante el envejecimiento normal, después de los 60 años se producen los siguientes cambios en el sistema nervioso central:

- Hay pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca.
- La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Hay disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información.
- Los neurotransmisores se encuentran disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor.
- Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis).
- La hipertensión y la diabetes favorecen cambios ateroscleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis.
- La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β -amiloide y lipofuscina a nivel cortical y subcortical se acumulan

de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo, su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

2.2.2. Deterioro Cognitivo.

a. Definición de deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es definido como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Ross, 2002; citado en Mancillas, 2015).

Según la Guía de práctica clínica (2012) el deterioro cognitivo también puede ser visto como una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, entre otros dan lugar a una sola manifestación.

b. Causas y factores del deterioro cognitivo

Las causas de deterioro cognitivo son muy amplias; siendo:

Enfermedades psiquiátricas

Muchas de las enfermedades psiquiátricas tienen entre sus síntomas el deterioro cognitivo. Entre las más conocidas: depresión (especialmente depresión severa), esquizofrenia, trastorno bipolar; en estos trastornos la medicación suele ser otro factor que contribuye al deterioro cognitivo. La disfunción suele mejorar cuando se alivian en general los síntomas de la enfermedad, aunque un porcentaje elevado de pacientes continúa quejándose de esos problemas.

Déficit de vitaminas

La falta de vitaminas como la B12 o la vitamina D se ha asociado en repetidas ocasiones al deterioro cognitivo.

El pobre estado nutricional es reconocido como un factor contribuyente y recientemente el rol de la vitamina B12 en el envejecimiento ha atraído una considerable atención, aparte de las características clínicas de la deficiencia de B12, evidencia emergente indican que deficiencias subclínicas de la misma puede estar implicado en diversas enfermedades crónicas relacionadas con la edad.

La deficiencia de vitamina B12 ha sido altamente vinculadas a diversos desordenes psiquiátricos, como pérdida de memoria, irritabilidad, depresión, demencia, delirium, esquizofrenia y psicosis. Otras manifestaciones comúnmente asociadas incluyen manifestaciones neurológicas, como parestesias, entumecimiento, y degeneración subaguda combinada de la médula espinal.

Los síndromes demenciales se consideran frecuentes en los adultos mayores, y dentro de la variedad de subtipos, la deficiencia de vitaminas como la B12 puede desencadenar un cuadro de deterioro cognoscitivo de patrón subcortical potencialmente reversible con el tratamiento actual, sobre todo en fases tempranas.

Insomnio

Las funciones del sueño son diversas y llevan a un buen proceso de adaptación. La recuperación de energía es parte integral del proceso homeostático. El no dormir bien está asociado a dolor corporal, patología que crece con la edad. El sueño favorece la liberación de hormonas anabólicas, y su disminución está asociada con el proceso de envejecimiento. Niveles de adrenalina de la vigilia, disminuyen por el predominio colinérgico durante el sueño, la perturbación del sueño afectaría la presión arterial, el ritmo cardíaco, y sus efectos sobre la circulación. La atención, y memoria de corto plazo pueden verse comprometidas

por problemas de sueño. La apnea obstructiva del sueño se asocia con microinfartos cerebrales, riesgo de ictus y deterioro cognitivo secundario. Se viene trabajando la hipótesis de una mayor expresión de genes ligados a enfermedad de Alzheimer facilitada por apnea obstructiva del sueño. Igualmente, los trastornos del sueño incrementan la fragilidad global del anciano.

Enfermedades neurodegenerativas

Entre las causas más temidas de deterioro cognitivo están las enfermedades neurodegenerativas.

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por dañar el sistema nervioso; provoca la muerte de neuronas y ello conlleva a la degeneración del tejido nervioso; provocando un deterioro cognitivo acompañado de cambios en la conducta y en el funcionamiento del organismo.

Esto da lugar a la presencia de distintas manifestaciones neuropsicológicas que se expresan de forma diferente según la enfermedad con la que se esté tratando.

Existen numerosas enfermedades neurodegenerativas, cada una de ellas con sus propias características. Siendo:

- El alzhéimer
- La enfermedad de Parkinson
- Demencias frontotemporales
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Parálisis supranuclear progresiva

El deterioro provocado por las enfermedades neurodegenerativas no suele ser reversible, aunque varía enormemente de una enfermedad a otra la gravedad de la alteración y su evolución.

Por ejemplo, en una enfermedad como el alzhéimer se afectan todos los procesos de forma imparable, mientras que en la esclerosis múltiple los déficits son más focales y no progresan en todos los enfermos.

Lesiones vasculares

La lesión cerebral vascular ocasionada por la hipertensión o un infarto es un factor de riesgo del deterioro cognitivo más determinante que la aparición de placas amiloides en el cerebro, vinculadas con la enfermedad de Alzheimer.

Tanto la memoria como la función ejecutiva están correlacionadas negativamente con los infartos cerebrales, que afectaban especialmente a la sustancia gris de la corteza y la subcorteza; varían mucho según su tamaño y ubicación.

El daño cognitivo de origen vascular es bastante frecuente; los daños vasculares al cerebro, como las isquemias, pueden contribuir al deterioro cognitivo en todos sus niveles.

Estas alteraciones se manifiestan mediante un enlentecimiento en el procesamiento de la información y en las dificultades para planificar y autorregular el propio comportamiento de forma exitosa.

Deterioro cognitivo asociado a la edad

Con el envejecimiento, algunas funciones cognitivas experimentan un declive natural, por ejemplo, la velocidad de procesamiento disminuye, la memoria de trabajo también deteriora y las funciones ejecutivas parecen resistir con menos suerte el paso de los años.

Este deterioro es muy heterogéneo y algunas personas tendrán más problemas que otras, mientras unas funciones estarán más preservadas en unos y en otros no.

Es un hecho que, conforme nos vamos haciendo mayores, vamos perdiendo muchas capacidades y otras van mermando hasta llegar a límites muy bajos. El envejecimiento no es la causa única de esta situación puesto que no todos los ancianos presentan signos de deterioro cognitivo hay, por tanto, una serie de factores que se señalan como posibles razones o causas para padecer este problema:

- Factores genéticos: se han desarrollado investigaciones durante años que han puesto de manifiesto la relación con una serie de proteínas y genes cuya función está alterada en esta patología. Entre los más estudiados destaca la apolipoproteína E-epsilon 4, siendo clave su presencia para el paso de deterioro cognitivo leve a demencia.
- Factores de riesgo cardiovascular: la presencia de diabetes, hipertensión arterial y sus consecuencias a nivel de los vasos sanguíneos cerebrales son importantes para el desarrollo de esta patología.
- Hábitos de vida: el deterioro cognitivo leve se asocia según muchas teorías a situaciones patológicas como la obesidad y el abuso de alcohol, por la toxicidad de algunas sustancias que afectarían directamente al correcto funcionamiento del cerebro.

Así también tenemos:

- Cambios en relación a la sociedad. Uno de los principales factores que inciden en la pérdida de facultades es aislarse del mundo que les rodea y no tener contacto con otras personas. Esa soledad provoca una dejadez y falta de interés que acaba repercutiendo directamente en las capacidades de la persona, y cómo no, en la memoria, haciendo que ésta disminuya.
- Cambios psicológicos. La psicología propia de cada uno incide directamente en las

facultades mentales de la persona. Por una parte, los trastornos de estrés o la depresión pueden hacer que el desgaste de neuronas sea mayor, propiciando así, las pérdidas de memoria. Por otra parte, los pensamientos negativos acerca del no poder realizar acciones asociado a la vejez hacen que muchas personas mayores no traten de mejorar y de realizar las acciones que antes sí podían hacer. Hay que tener en cuenta que, con la vejez independientemente del deterioro o no, hay facultades que se ralentizan de manera inevitable, con lo que hay que asumir que son normales y no dejarse llevar por el pesimismo de no sentirse tan vigoroso como años atrás.

- Cambios en el organismo. Por último, hay cambios propios del organismo que propician el hecho de sufrir una degeneración cognitiva más grave. La pérdida de neuronas y la no regeneración rápida de éstas, la pérdida de la vista con la imposibilidad de reconocer objetos correctamente; son algunos de los cambios en el organismo que pueden afectar al deterioro cognitivo de una persona.

c. Funciones cognitivas afectadas.

Muchas de nuestras capacidades mentales alcanzan su máximo pico de funcionamiento entre los 20 y los 30 años. A partir de entonces, existirán cambios que no siempre van a mejor. La información será procesada de una manera más lenta, tendremos una peor memoria a corto plazo, e incluso, irá disminuyendo (al principio de un modo leve) la habilidad para reconocer rostros (Ofarrill, 2016).

El deterioro cognitivo implica cambios en la función cognoscitiva donde se incluyen los parámetros neuropsicológicos de la consciencia, atención, lenguaje, memoria, capacidad constructiva y función cognoscitiva alta. Este deterioro debería ser paulatino y uniforme en

todos los adultos mayores, sin embargo, no se da así, las funciones cognitivas se ven afectadas unas más que otras, dependiendo de la persona.

Del Águila, Schermul y Yabar (2014) mencionan las siguientes funciones cognitivas que siempre deben ser evaluadas en el adulto mayor:

- Atención/Memoria de trabajo: es la capacidad para retener información instantánea y que pueda ser utilizada en el mismo momento, relacionada con alguna tarea específica. Depende en su gran mayoría de la corteza prefrontal.
- Memoria (aprendizaje, evocación, reconocimiento): capacidad de almacenar (aprendizaje) y recordar información en un tiempo determinado. Depende principalmente del lóbulo temporal medial: complejo hipocampal y corteza entorrinal.
- Funciones ejecutivas: incluye solución de problemas, juicio y planificación. Vale decir la capacidad de tomar decisiones, hacer planteamiento y la secuencia de conductas complejas. Depende principalmente de la corteza pre frontal.
- Visuoconstructivas: capacidad de organizar los elementos en el espacio en base a la información visual del entorno. Dependen de la red entre los lóbulos occipito-parietal y corteza pre-frontal.
- Lenguaje expresivo: lenguaje espontáneo, fluidez, nominación, repetición, comprensión y lectoescritura. Dependen de áreas perisilvianas del hemisferio dominante.
- Razonamiento abstracto: capacidad para poder deducir la esencia de un concepto o situación determinada. Dependen principalmente de la corteza pre frontal.

d. Niveles de deterioro cognitivo.

Existe muchas etiquetas en el diagnóstico del deterioro cognitivo, pues al momento de realizar una clasificación de los niveles del deterioro cognitivo, se toman en cuenta muchos aspectos tales como el número de funciones cognitivas afectadas, así como la severidad de cada una de ellas. Puede incluso

1) Deterioro cognitivo leve.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es definido como un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia (Grundman et al., 2004; citado por Cimadevila, 2008).

Los criterios diagnósticos de DCL propuestos por Peterson et al. (1997, citado por Cimadevila, 2008) incluyen:

- Alteración subjetiva de la memoria, a poder ser corroborada por un informador fiable.
- Alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad
- Función cognitiva general normal
- Realización normal de las actividades de la vida diaria
- No estar demenciado.

2) Demencia.

La demencia es un síndrome adquirido orgánico y multicausal en el que se observa una disminución de las facultades intelectuales y se acompaña normalmente de deterioro en las conductas personales y sociales, y normalmente presenta un curso progresivo e

irreversible. Es crónico, de aparición lenta e insidiosa contrario que el delirium y mucho más frecuente en los mayores de 65 años, mayor porcentaje en los mayores de 85 años (Del Águila, Schermul y Yabar, 2014).

Las características son las siguientes:

- Deterioro de la memoria sobre todo al aprender información nueva.
- Deterioro del lenguaje, como pérdida de la capacidad lingüística; si es muy avanzado puede llegar a mutismo.
- Apraxia, deterioro de la capacidad de realización de actividades motoras.
- Agnosia, alteración del reconocimiento de personas o situaciones.

e. Teorías explicativas del deterioro cognitivo.

❖ Desgaste natural.

Esta teoría atribuye el deterioro cognitivo al envejecimiento natural como un proceso donde hay un desgaste físico y a nivel celular del organismo incluido las células del sistema nervioso (Cimadevila, 2008).

❖ Teoría de los radicales libres.

Hace referencia al papel de los radicales libres, que son átomos inestables debido a que pierden electrones e interfieren con el mantenimiento y la restauración celular (Cimadevila, 2008).

❖ Reducción en los recursos de procesamiento.

Según esta teoría las alteraciones cognitivas del envejecimiento se interpretan como una reducción en la velocidad y en la profundidad del procesamiento de la información.

En este sentido, Aguera, Cervilla y Martín (2006) se han estudiado tres hechos de esta teoría:

1. Disminución de la velocidad de procesamiento.

El envejecimiento se asocia con un enlentecimiento generalizado de todas las formas de procesamiento de información como el aumento en el tiempo de reacción y el tiempo de preparación.

2. Disminución de la competencia de la memoria de trabajo.

Se refiere a la evidencia encontrada en un menor rendimiento de los mayores al realizar tareas que implican a la vez procesamiento y almacenamiento de información (Salthouse et al, 1989, citado por Aguera, Cervilla y Martín, 2006).

3. Capacidad atencional reducida.

Con la edad se produce un deterioro en la capacidad para seleccionar información, dividir la atención en múltiples tareas y cambiar rápidamente la atención de un lugar a otro.

2.2.3. Depresión.

Muchos profesionales de la salud, incluidos especialistas en neurología y psicólogos consideran que es normal que aquellos ancianos afectados por enfermedades cerebrales y que han visto mermado su rendimiento cognitivo sufran alteraciones emocionales y se encuentren depresivos (Cimadevila, 2008). Inclusive algunos autores consideran la depresión como un síndrome geriátrico, que es inevitable por la edad.

a. Definición de depresión.

Depresión, es el estado de ánimo de tristeza, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarca la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que

complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma (Abizanda, Romero Luengo, 2005; citado por Del Águila, Schermul y Yabar, 2014).

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10, 1994) define la depresión como un desorden afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.

Asimismo, no solo existe la depresión como tal, sino también un tipo de depresión que se presenta en los adultos mayores llamada depresión geriátrica. La depresión geriátrica es definida como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años (CIE 10, 1994; citado por Dechent, 2008).

b. Síntomas de la depresión.

Los síntomas depresivos que se presentan con mayor frecuencia durante esta etapa incluyen: apariencia triste y abatida, movimientos más lentos, disminución de la gesticulación que acompaña al habla y el andar, disminución de la frecuencia del habla y del tono de voz; preocupaciones constantes respecto a enfermedades físicas; agitación; descuido personal; culpa excesiva; pérdida o ganancia significativa de peso; reducción marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días; disminución de la capacidad de concentración; dificultad para controlar el estrés y los problemas; obsesión con los síntomas corporales, voluntad de morir.

Asimismo los adultos mayores pueden presentar verbalizaciones que impliquen cogniciones negativas, tales como: “siento que ya no soy importante para mi familia”, “mis hijos me han olvidado”, “ya no puedo trabajar por este pie enfermo”, “no tengo dinero para

mis medicamentos “ ya soy viejo por eso no se acuerdan de mí”, “me siento como una carga” “mis hijos se fueron y me dejaron solo “ “no me tienen paciencia “, “soy un viejo amargado” “mis hijos quieren que me muera para poder quedarse con mi casa“ “tengo muchos problemas en mi casa “entre otras expresiones (Licas y Durán, 2015).

A pesar de toda esta sintomatología, muy pocos adultos mayores buscan ayuda, porque desconocen cómo tratarse adecuadamente y porque no tienen la atención y el apoyo de sus familiares.

c. Causas y factores de la depresión en el adulto mayor

El origen de un trastorno depresivo es indeterminado; existiendo tres dimensiones que pueden generar el trastorno, la cual puede ser de forma individual o combinada.

Factor biológico como causa de depresión en adultos mayores.

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica (Fuente Daniel M. Campagne, causas orgánicas y comórbidas de la depresión).

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina).
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer
- Enfermedad de las glándulas tiroides y paratiroides.

Factor psicológico como causa de la depresión en mayores

Durante el envejecimiento pueden surgir una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo:

- Disminución de la autoestima
- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables como, por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

Factor social como causa de depresión en mayores

Es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales estresantes. Estos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc. Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediabilmente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte. Es importante destacar que envejecimiento no es sinónimo de depresión, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona.

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se vuelva crónico:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres).
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus).
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer.
- Consumir medicamentos a diario.
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja.
- Padecer enfermedades médicas dolorosas.
- Instalarse en una residencia para personas mayores.
- Sufrir trastornos del sueño.
- Contar con escaso o nulo apoyo social.
- Vivir solo y sentir soledad.

- Abusar del consumo de alcohol.
- Disponer de escasos recursos económicos
- Encontrarse en un proceso de duelo
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado).

d. Clasificación de depresión.

La CIE-10 (1994) clasifica la depresión según su nivel de intensidad y severidad:

- Episodio depresivo leve: La persona suele encontrarse con pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, aumento de la fatigabilidad y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.
- Episodio depresivo moderado: Deben estar presentes al menos dos de los síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, suele presentar grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica generalmente puede durar al menos dos semanas.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Suele presentar una considerable angustia o agitación, sentimientos de inutilidad o de culpa y el riesgo de suicidio.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Incluye los síntomas somáticos de los otros episodios y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo, suelen incluir temas de ruina o de catástrofes inminentes de los que se sienten responsables.

e. Teorías explicativas de la depresión.

La depresión o el trastorno depresivo es un fenómeno bastante complejo e integrado por una multitud de factores. En el problema depresivo al igual que en cualquier otro trastorno, los elementos que intervienen en la ecuación que puede explicarlo, atendiendo más a uno que a otro según el caso, son los siguientes. Empezando por los más globales, los primeros a distinguir son una persona y un contexto, y de esta distinción global se ha llegado históricamente a la diferenciación, aun esgrimida por algunos teóricos más organicistas, entre depresiones endógenas (orgánico – médicas) y depresiones exógenas (reactivas o psicógenas), atendiendo a la suposición de que la causa está dentro de o es externa al propio sujeto. Los teóricos de los postulados endógenos tienden a ser médicos, y suelen especificar o apoyar sus teorías en factores de tipo genético, bioquímico o en otras patologías médicas u orgánicas. Los teóricos más contextualistas suelen ser psicólogos, y apelan fundamentalmente a la naturaleza de determinados sucesos o experiencias ocurridos en la vida del sujeto y a la interpretación y al afrontamiento de estas experiencias por parte de él. En síntesis, la cuestión básica en este caso es la de dilucidar si la causa está dentro o fuera del sujeto, es interna o externa a él. Siguiendo a Carrobles (2015) se hace una descripción breve de estos modelos explicativos:

❖ Teorías biológicas

En el caso de los modelos biológicos, también ponen, a su vez, varias teorías que apelan a unos u otros de los posibles factores biológicos intervinientes. Los primeros modelos que cabe mencionar en este sentido son los modelos o teorías genéticas de la depresión. A nivel genético los datos existentes indican la posibilidad de una cierta heredabilidad de los trastornos del estado de ánimo, especialmente en el caso de los trastornos bipolares, cuyas cifras casi duplican a las de los trastornos unipolares o solo depresivos. Un metaanálisis realizado sobre diferentes estudios genéticos del trastorno

depresivo mayor permitió extraer dos conclusiones interesantes: a) que la tasa de heredabilidad de la depresión mayor a lo largo del ciclo vital es del 37 por 100 y b) que los factores genéticos son igualmente importantes en las formas moderadas que en las graves de la depresión, lo que cuestiona la idea de la existencia de depresiones biológicas en oposición a las psicológicas (Sullivan, Neal y Kendler, 2000; citado por Carrobles).

Otras teorías biológicas sobre el trastorno del estado de ánimo, sin embargo, son más específicas y, por tanto, más relevantes desde un punto de vista clínico. Las principales de estas teorías se agrupan, a su vez, en dos categorías: teorías endocrinas y teorías de los neurotransmisores. Dentro de las teorías endocrinas, por su parte se han propuesto básicamente dos modelos centrados en los llamados “eje adrenal” y “eje tiroideo”. En el primero de estos ejes, el denominado “eje hipotálamo – hipófisis – adrenal”, su hiperactividad está relacionada con niveles elevados de síntomas depresivos a través de la excesiva secreción de hormonas glucocorticoides o corticoides por parte de la corteza de la glándula suprarrenal, especialmente el cortisol. La secreción excesiva de cortisol mantenida de forma continuada está asociada característicamente a los trastornos depresivos, especialmente los de tipo melancólico. Cabe recordar, sin embargo, que la actividad del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal es altamente sensible a la influencia de factores psicológicos, a través de la vivencia de situaciones estresantes que elevan la secreción de CRH hipotalámica, de ACTH hipofisaria y Finalmente de las correspondientes hormonas corticoides.

El otro gran eje endocrino relacionado con los trastornos del estado de ánimo es el eje hipotálamo – hipófisis – tiroideo, con relaciona al cual son de sobra conocidos los efectos anímicos en los pacientes afectados de hipotiroidismo e hipertiroidismo, con estados depresivos y maniacos claramente asociados. La regulación de la secreción de hormonas tiroideas (triyodo – tironina y tiroxina) ayuda al tratamiento de los síntomas depresivos y

maniacos en estos casos. De forma paralela, también se han encontrado alteraciones en el patrón de secreción de la hormona del crecimiento (GH): los sujetos depresivos muestran una hipersecreción diurna de esta hormona con respecto a los sujetos normales, que a su vez presentan un pico o incremento nocturno de GH justo antes del comienzo de la primera fase del sueño.

❖ **Teorías psicológicas**

En cuanto a las teorías psicológicas de la depresión, son muchas las alternativas propuestas, y se extienden desde las primeras formulaciones psicoanalíticas de Karl Abraham hasta las más modernas formulaciones o teorías cognitivas y los modelos integradores multivariados propuestos actualmente. Desde la posición psicoanalítica o psicodinámica, el postulado fundamental sugerido para el caso de la depresión alude, en síntesis, al concepto de baja autoestima que presenta el sujeto como consecuencia de su reacción ante la “pérdida temprana del objeto amoroso o amado”, la consecuente respuesta de ira u hostilidad hacia ese objeto y la posterior introyección o interiorización de esta. Aunque el concepto de “ira interiorizada” no se mantiene en la actualidad por parte de los teóricos psicodinámicos, sí se sustenta el concepto fundamental de la importancia concedida a las pérdidas afectivas en la edad temprana o en la infancia (pérdida del objeto amado en la terminología psicoanalítica), derivadas de experiencias de muerte de los padres, separaciones forzosas o rechazo del propio niño. Estas experiencias generarían en el niño (y después en el adulto) una excesiva sensibilización ante la pérdida, lo que le llevaría a hacerse excesivamente dependiente del afecto y la aprobación de los demás y a desarrollar un considerable déficit de autoestima. Estas personas, al crecer, pueden convertirse en muy vulnerables ante las experiencias futuras de pérdidas, rechazo o frustración, reales o simbólicas, que nos suele deparar la propia vida y responder a ellas con una reacción

excesiva de depresión, como suele ser el caso de algunos sujetos depresivos (Medelson, 1974; citado por Carrobles, 2015).

Desde la perspectiva conductual se han propuesto igualmente un número considerable de teorías que parten de la propuesta inicial de Skinner y Fester, aludiendo a la extinción de la conducta por ausencia de reforzamiento de la misma. Las teorías conductuales centran su atención prioritariamente en la conducta o actividad manifiesta de los sujetos depresivos, que como es bien sabido, se encuentra extremadamente reducida. Para explicar esta disminución o ausencia, casi total e los casos más extremos, de actividad por parte del sujeto se postula desde este enfoque la ausencia o reducción significativa de consecuencias positivas (refuerzos) derivadas de esas conductas. Esta ausencia o reducción de la tasa de consecuencias positivas o reforzamientos produciría una desmotivación o falta de interés y como consecuencia el sujeto iría progresivamente reduciendo la frecuencia de su actividad y su conducta. Paralelamente, también pueden darse en el entorno del sujeto depresivo consecuencias aversivas o situaciones de castigo que podrían coadyuvar a la inhibición o supresión de su conducta. Este principio o regla básica del aprendizaje es, obviamente, coherente con la constatación empírica de que la emisión de una conducta depende de sus consecuencias y que cuando estas no existen o son negativas, los sujetos dejan de emitirlas.

Los modelos o teorías cognitivas, por su parte, centran su atención prioritariamente en las manifestaciones o alteraciones cognitivas asociadas a la depresión, y asumen el postulado de que la ocurrencia de ésta depende del modo en que el sujeto depresivo percibe o interpreta los sucesos acaecidos en su vida. Dentro de este enfoque, por su parte, pueden distinguirse igualmente distintas teorías o modelos en función de los diferentes elementos o procesos cognitivos considerados más relevantes para la explicación de la depresión. Entre las distintas teorías propuestas, las más importantes son las de Beck y Seligman.

En el caso de la teoría cognitiva de Beck, el elemento central son los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar información de su entorno, especialmente después de vivir experiencias o sucesos estresantes. De este modo, determinados esquemas cognitivos básicos que el individuo ha adquirido a lo largo de su vida, especialmente en la infancia, le llevan a interpretar la realidad sesgadamente en un sentido negativo, al igual que su capacidad para afrontar los sucesos estresantes que le han acontecido. Estos errores se concretan en la teoría de Beck en lo que se denomina la “triada cognitiva negativa”, que alude a la devaluación del propio individuo, a la consideración negativa del entorno o del mundo que le rodea, que se traduce en desinterés o desmotivación hacia éste, y en una proyección hacia el futuro igualmente desesperanzada y negativa que no contempla la posibilidad de que las cosas puedan mejorar y ser diferentes en el futuro. Esta forma anómala de pensar o de procesar la información es lo que lleva al sujeto a la depresión, a partir de la alteración incipiente del estado de ánimo producida inicialmente por el suceso depresógeno acaecido y que se transforma después en un estado depresivo por la amplificación del acontecimiento y de los síntomas del sujeto (Teasdale, 1988; citado por Carrobes, 2015).

El otro importante modelo propuesto es el de la depresión por indefensión o desesperanza, propuesto inicialmente por Seligman, en términos estrictamente conductuales, al que se llega apelando a la vivencia por parte de los sujetos depresivos (animales o humanos) de experiencias negativas o aversivas de las que no se puede escapar ni hacer nada para evitarlas; es decir, no se tiene control sobre ellas. Para Seligman la depresión se produce cuando las personas atribuyen sus “fracasos” a estos sucesos incontrolables y creen que continuarán fracasando debido a la falta de control que mantienen sobre las circunstancias que hacen que fallen, es decir la depresión se produce cuando las personas asumen que los

acontecimientos que suceden en sus vidas son independientes de sus acciones y por lo tanto no controlables (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; citado por Carrobles, 2015).

2.2.4. Deterioro cognitivo y depresión.

Muchos profesionales de la salud, incluidos especialistas en neurología y psicólogos consideran que es normal que aquellos ancianos afectados por enfermedades cerebrales que disminuyen el rendimiento cognitivo sufran alteraciones emocionales y se encuentren depresivos (Cimadevila, 2008).

Sin embargo, así como el deterioro cognitivo pueden influir en el estado de ánimo, también se puede dar la figura contraria, al respecto Goodale (2007) menciona que los pacientes depresivos se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la inhabilidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos.

Aguera (2001; citado por Cimadevila, 2008) refiere que los síntomas depresivos y cognitivos se pueden presentar con diferente intensidad. Por ejemplo, se puede dar el caso de que los síntomas depresivos correspondan a un trastorno depresivo mayor y a su vez el adulto mayor solo presente algunas quejas en referencia a la pérdida de la memoria. Aunque como señala el mismo autor esto aún sigue siendo algo que debe ser investigado.

Orgeta, Qazi, Spector y Orrell (2014) mencionan que la ansiedad y la depresión son muy frecuentes en los pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve (DCL). Las intervenciones psicológicas se sugirieron como un tratamiento potencial para estas poblaciones. La investigación actual indica que los pacientes con demencia y DCL tienen pocas oportunidades de recibir tratamientos psicológicos para mejorar el bienestar.

2.3. Definición de términos básicos

Agnosia: Incapacidad de distinguir un objeto presentado a la percepción, no obstante que las funciones sensoriales periféricas estén íntegras y no intervengan trastornos de la atención o de la conciencia. La agnosia aparece en presencia de lesiones que afectan las zonas asociativas temporoparioccipitales de ambos hemisferios.

Apraxia: Inhabilidad en la ejecución gestual (gesto y movimiento) por lesiones corticales de las zonas de asociación (v. motricidad), o por defecto del control sensitivo o del control sensorial (que es esencialmente visual, pero también laberíntico, auditivo, olfativo, etc.).

Atención: Capacidad de seleccionar los estímulos y de poner en acción los mecanismos responsables del almacenaje de las informaciones en los depósitos de la memoria de corto y largo plazo con influencia directa en la eficiencia de las capacidades de respuesta en las tareas de vigilancia.

Depresión: Es un trastorno afectivo emocional, que provocan incapacidad física, psicológica y social, manifestándose con tristeza, ansiedad, pérdida de interés por actividades que antes le gustaban, síntomas somáticos, pesimismo y que en casos extremos existen deseos de morir.

Deterioro cognitivo: Es la pérdida de las funciones cognitivas que altera el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.

Envejecimiento: Cambios biológicos y psicológicos que se asocian a la edad cronológica. A menudo se distingue entre los cambios que se deben a procesos biológicos normales.

Memoria: Capacidad de un organismo viviente para conservar huellas de sus experiencias pasadas y servirse de ellas para relacionarse con el mundo y con los acontecimientos futuros.

Memoria de trabajo: Es el “taller” del sistema de memoria, la interfaz donde se retiene temporalmente la nueva información y donde se combina con los conocimientos de la memoria de largo plazo para resolver problemas o entender. La memoria de trabajo “contiene” lo que uno está pensando en el momento.

Orientación: Conocimiento de sí y de la propia relación con la realidad externa basándose en las coordenadas espaciotemporales y en las relaciones interpersonales.

Velocidad de procesamiento: Es una habilidad cognitiva que se puede definir como el tiempo que le lleva a una persona hacer una tarea mental. Tiene que ver con la velocidad en la que una persona capta y reacciona a la información que recibe, ya sea por vía visual (letras y números), auditiva (lenguaje) o del movimiento. Es decir, la velocidad de procesamiento es el tiempo que se tarda entre que se recibe el estímulo y se emite una respuesta.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada

Hipótesis general.

H₁: Existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

Hipótesis secundarias.

H₁: Existe relación entre el componente orientación espacio – tiempo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el componente orientación espacio – tiempo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₂: Existe relación entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₃: Existe relación entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₄: Existe relación entre el componente memoria del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el componente memoria del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₅: Existe relación entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

H₀: No existe relación entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.

3.2 Variables definición conceptual y operacional

a. Deterioro Cognitivo.

Definición conceptual: Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (GPC. IMSS-2012).

Definición operacional: El nivel de deterioro cognitivo será medida por el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) compuesto por los siguientes factores a evaluar: Orientación, fijación, memoria, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva; clasificándose de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en normal, sospecha patológica, deterioro y demencia.

b. Depresión.

Definición conceptual: La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales (GPC. IMSS-2011).

Definición operacional: Mediante la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se medirá la presencia de sintomatología depresiva; compuesto por 30 reactivos, preguntas directas, siendo aplicado de forma individual a los pacientes adultos mayores en el servicio de geriatría.

➤ **Variables sociodemográficas.**

Género: femenino y masculino.

Edad: mayor a 60 años.

Nivel socioeconómico: bajo, medio y alto.

Nivel de instrucción educativa: primaria, secundaria, técnico y universitario.

Situación laboral: empleado y desempleado.

3.3 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables de estudio

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Deterioro cognitivo	• Orientación temporal	• Normal 27 a más.	1,2,3,4,5
	Orientación espacial		1,2,3,4,5
	• Memoria Inmediata	• Déficit Cognoscitivo Leve: 22 a 26	1,2,3
	• Memoria de Fijación/Diferida	• Deterioro 0 a 21	1,2,3
	• Atención y cálculo.		1,2,3,4,5
	• Lenguaje y Praxis: Denominar. Repetición. Comprensión		1,2 1

Verbal.	1,2,3
Lectura.	1
Comprensión	
Escrita.	1
Copia.	1

Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión Somática 	No hay depresión	Puntuación 1 en caso de respuesta SI en los ítems:
	Agitación tensión	0 - 10	
	Energía		
	<ul style="list-style-type: none"> • Afectiva 	Depresión Leve.	
	Tristeza	11 - 20	2,3,4,6,8,10, 11,12,13,14,
	Humor	Depresión moderada o severa	16,17,18,20, 22,23,24,25, 26,28.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cognoscitiva • Orientación al Futuro 	21 – 30.	
	Percepción de cambios cognitivos.		Puntuación 1 en caso de respuesta NO en los ítems:
	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación 		1,5,7,9,15,19, 21,27,29,30.
	Retraimiento Social		
	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación 		
	Sentimientos de utilidad		

CAPÍTULO IV

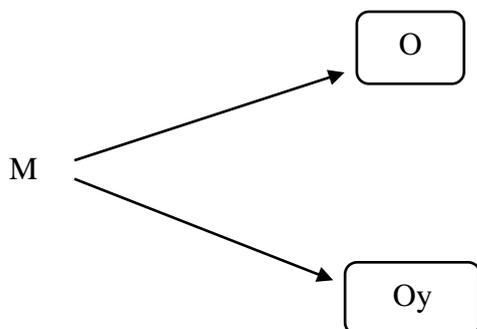
METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico.

a. Tipo de la investigación.

La investigación es de tipo descriptivo - correlacional. Es descriptivo ya que se describen los hechos o fenómenos del deterioro cognitivo y la depresión, tal cual fue documentado en los adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Almenara, así como también se estableció relaciones entre las variables deterioro cognitivo y depresión, sin establecer causa y efecto (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El tipo de investigación se representó mediante el siguiente diagrama:



M: Muestra

O: Observaciones

x,y: Subíndices (Observaciones obtenidas de las variables)

r: Indica la asociación entre las variables de estudio.

b. Diseño de la investigación.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) esta investigación posee un diseño no experimental de corte transversal. Esto debido a que no se manipularon variables y la recolección de datos se realizó en un solo momento o tiempo único.

4.2 Diseño muestral.

4.2.1. Población.

Para el presente estudio la población estuvo conformada por 2315 adultos mayores de ambos sexos, admitidos en consulta externa del servicio de geriatría, Hospital Nacional Almenara, en el periodo correspondiente a octubre 2016 – junio 2017.

a) Criterios de inclusión

- Edad: Mayor a 60 años.
- De ambos géneros: género masculino y género femenino.
- Haber sido admitidos en consulta externa del periodo octubre 2016 – junio 2017.
- Pertenecer al servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.
- Los participantes deben haber firmado un consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Quienes no deseen participar en la investigación
- Aquellos que pertenezcan a otro servicio o a otra modalidad de atención.

Tabla 2

Distribución de la muestra según género

Género	F	%
Hombres	49	40.5
Mujeres	72	59.5
Total	121	100%

Tabla 3

Distribución de la muestra según edad cronológica

Edades	f	%
55 a 70 años	47	38.8
71 a 85 años	68	56.2
86 a más	6	5.0
Total	121	100%

En las tablas 2 y 3 se aprecian la distribución de la muestra en función al género y edad cronológica.

4.2.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 121 adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara en el año 2016-2017, los cuales han sido seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, de tipo intencional. Asimismo, el tamaño de la muestra fue calculada empleando la fórmula para la determinación de muestras finitas; es decir, cuando se conoce el tamaño de la población.

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

$$n = \frac{(2315) (0,5)^2 (1,96)^2}{(2315-1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (1,96)^2} = 121$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), siendo el valor que se le dio en esta oportunidad de 0,09.

Reemplazando:

N = 2315

σ = 0,5.

Z = 1,96.

e = 0,09.

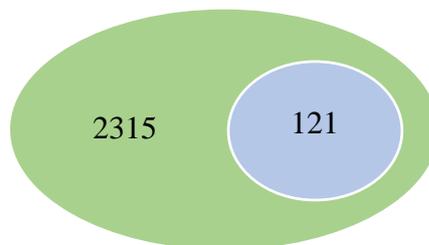


Figura 1: Distribución de la población y muestra

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica que se empleo fue la siguiente:

La encuesta: Con esta técnica se pudo recolectar los datos sobre el deterioro cognitivo y la depresión presente en los adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, mediante instrumentos estandarizados.

4.3.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información sobre el deterioro cognitivo es el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y para medir el nivel de depresión se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

a. Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

Descripción del instrumento

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio- tiempo.
- Capacidad de fijación
- Capacidad de atención y cálculo
- Capacidad de memoria.
- Capacidad de lenguaje y praxis constructivas.

El MMSE es una prueba que se compone de 11 ítems, destinada para ser administrada de forma individual, no tiene límite de tiempo. Se debe aplicar en un lugar propicio, confortable y, sobre todo, libre de ruidos distractores, así como de intrusiones.

Corrección de la prueba

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos. Para calificar el profesional deberá:

- a. Puntuar cada alternativa de respuesta (de acuerdo al valor dado en el protocolo).
- b. Luego deberá sumar todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima es de 30).
- c. Buscar el puntaje total obtenido en la parte posterior del protocolo.
- d. Pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que, si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba.

Según Robles (2003) se sugiere el uso del siguiente punto de corte, a partir de su adaptación en Perú.

- 0 a 21 Deterioro
- 22 a 26 Déficit cognoscitivo leve
- 27 a más Normal

Aspectos psicométricos de la prueba original

Validez

El estudio original de la validez fue desarrollado por Folstein y Col. (1975) con dos muestras, en las cuales puntajes de 20 o menos se hallaban esencialmente solo en casos de

demencia, delirio, esquizofrenia o desorden afectivo y no en ancianos normales o en diagnósticos primarios de neurosis o trastornos de personalidad.

Asimismo, estudiaron la validez concurrente con la Escala de inteligencia de Wechsler en un subgrupo de 26 sujetos. Encontraron un coeficiente de correlación de 0.776 con el cociente intelectual verbal y de 0.660 con el cociente intelectual ejecutivo.

En cuanto a la validez de constructo se han hallado correlaciones del MMSE con otros tests que miden el funcionamiento cognitivo, obteniendo correlaciones de 0.70 a 0.90.

Confiabilidad

Folstein y Col (1975) evaluaron la confiabilidad del MMSE a través del método del test-retest en tres grupos diferentes, hallando que la correlación de Pearson fue 0.887. En el test-retest después de 24 días la correlación fue de 0.98.

En el estudio de Tombaugh y McIntyre (1992) encontraron cuatro investigaciones sobre la consistencia interna. En ellos la correlación alfa de Cronbach varía de 0.54 a 0.96.

Validez y confiabilidad en nuestro país

En nuestro país, Robles (2003) estableció la confiabilidad y validez de la prueba.

- **Validez en nuestro país**

Robles (2003) realizó la validez del MMES a través del análisis factorial y la validez relacionada con un criterio, estableciendo la sensibilidad, especificidad y poder predictivo positivo y negativo.

En cuanto a la validez de constructo se identificaron tres factores que explicaban el 53.95% de la varianza. El factor 1 correlacionaba positivamente con los ítems fecha, lugar, denominación, orden y orden escrita y da cuenta del 19.84% de la varianza. El factor 2 correlaciona positivamente con los ítems 100-7, evocación, escritura, y copia, explicando el

19.20% de la varianza. El factor 3, con el 14.91% de la varianza con los ítems registro y repetición.

- **Confiabilidad en nuestro país**

Los ítems presentan una correlación ítem-test corregida mayor que 0.20 cumpliendo con el criterio para ser aceptados. La confiabilidad asciende a 0.80, lo cual indica que la prueba permite obtener puntajes confiables.

Tabla 4

Confiabilidad ítem-test del Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

Ítems	M	D.E	Alfa
Fecha	4.19	1.24	0.65*
Lugar	4.26	1.11	0.58*
Registro	2.86	0.48	0.41*
100-7	2.17	1.81	0.47*
Evocación	1.55	1.07	0.41*
Denominación	1.95	0.25	0.28*
Repetición	0.90	0.30	0.34*
Orden	2.79	0.57	0.48*
Orden escrita	0.89	0.31	0.51*
Escritura	0.78	0.42	0.47*
Copia	0.65	0.48	0.49*

Alfa de Cronbach = 0.81*

b. Escala de Depresión Geriátrica - Test de Yesavage

Descripción del instrumento

Fue diseñada por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leireren (1983), compuesta inicialmente por 30 ítems y modificada en 1986 a una versión corta de 15 ítems (EDG - 15).

Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí o no, que tiene como objetivo medir la depresión en personas de tercera edad.

Corrección de la prueba

Para la calificación del instrumento se asigna un punto (1) a cada respuesta que coincide con los ítems señalados por los autores, tal y como se presenta en la tabla 5.

Tabla 5

Criterios de calificación de la escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage

ITEMS	ALTERNATIVAS	
01	SI	NO a
02	SI a	NO
03	SI a	NO
04	SI a	NO
05	SI	NO a
06	SI a	NO
07	SI	NO a
08	SI a	NO
09	SI	NO a
10	SI a	NO
11	SI a	NO
12	SI a	NO
13	SI a	NO

14	SI a	NO
15	SI	NO a
16	SI a	NO
17	SI a	NO
18	SI a	NO
19	SI	NO a
20	SI a	NO
21	SI	NO a
22	SI a	NO
23	SI a	NO
24	SI a	NO
25	SI a	NO
26	SI a	NO
27	SI	NO a
28	SI a	NO
29	SI	NO a
30	SI	NO a

Los autores sugieren que una puntuación de 0 a 10 debe ser considerada normal y 11 o más como un posible indicador de depresión, tal y como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6

Calificación de la Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage

Puntajes	Categorías
0 a 10	No hay depresión
11 a 20	Depresión leve
21 a 30	Depresión moderada o severa

Validez y confiabilidad de la versión original

La escala fue validada con dos criterios independientes de depresión, la SDS de Zung y la HRS – D (una versión convertida en auto-informe de la Hamilton Rating Scale).

El estudio se realizó sobre dos muestras, una de adultos mayores no deprimidos y la otra de adultos mayores deprimidos, además estos últimos fueron divididos en severos y moderados, según los criterios para el diagnóstico en la investigación (RDC).

Las correlaciones entre la variable de clasificación (no deprimido, deprimido moderado y deprimido severo) y la GDS, la SDS y la HRS–D fueron $r = 0.82$, $r = 0.69$ y $r = 0.83$, respectivamente, todos ellos estadísticamente significativos al 0.01.

Validez y confiabilidad en nuestro país

En nuestro país, Gonzáles & Surte (1990, citado por Salcedo, 2002) establecieron la validez, confiabilidad y baremación de una versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica en adultos mayores institucionalizados.

El estudio consistió en la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) a una muestra de 130 personas institucionalizadas con una edad media de 87,5 años que no habían sido diagnosticadas previamente de depresión. Del total de los 30 ítems de la versión original fueron seleccionados 20 de ellos, con una alta consistencia ítem – total ($n = 101$) intentando mantener la relación entre ítems de respuesta positiva y negativa.

Validez

A nivel de la validez, se hallaron resultados similares a los hallados por los autores originales de la escala con adultos mayores que vivían en comunidades. Los autores mencionados hallaron una correlación ítem – total que oscila entre $r = 0.43$ y $r = 0.69$.

Confiabilidad

También se informa de un alto valor de la confiabilidad según el método de dos mitades de Guttman ($r = 0.88$).

4.4 Técnicas del procesamiento de la información.

Se solicitó permiso a la jefa del servicio de Psicología del Hospital Nacional Guillermo Almenara, mediante un documento correspondiente, para obtener la autorización de la realización de la investigación.

Aprobada la autorización para la ejecución del estudio se coordinó con los encargados del servicio de geriatría, los participantes y el horario para la aplicación de los instrumentos.

Luego se llevó a cabo la administración colectiva de la prueba y durante la aplicación se tuvo una serie de variables controladas como el horario y el número de administradores de la prueba.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.

Después que se obtuvo todos los cuestionarios aplicados, se ingresó la información obtenida al Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.0, el cual permitió procesarlos, analizarlos y se construyó la base de datos, asignando sus respectivas categorías y el tipo de escala de medición de cada variable.

En primer lugar, se obtuvo los estadísticos descriptivos: media, desviación estándar, así como las medidas de frecuencia y porcentaje de las variables deterioro cognitivo y depresión; este mismo procedimiento se realizó para sus dimensiones.

Posteriormente, se procedió a analizar la distribución de la muestra a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con la finalidad de observar que tipo de estadístico inferencial se utilizará. Luego, se aplicó la prueba de correlación de rangos de Spearman para el deterioro cognitivo y la depresión, así como cada una de sus dimensiones. Por último, se elaboró las tablas con los resultados, su interpretación y el análisis de cada uno.

4.6. Aspectos éticos complementarios

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta el proceso de confidencialidad de los participantes en los resultados de las pruebas aplicadas, así mismo fue de manera clara y directa (APA, 2010).

Se tomó en cuenta la reserva absoluta de los sujetos a evaluar, del mismo modo se les explicó a los adultos mayores del servicio de geriatría en qué consiste la participación en la presente investigación, teniendo en cuenta que la participación fue de forma voluntaria. Los cuestionarios se desarrollaron y calificaron discretamente; el análisis de los resultados se realizó con mucha responsabilidad por la investigadora.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo

El análisis descriptivo de la variable deterioro cognitivo y sus dimensiones, tal como se presenta en la Tabla 7, permite observar que el mayor valor de la media lo obtuvo el componente orientación espacio – tiempo ($M = 9.21$; D.E. = 1.341), mientras que el valor de la media más bajo lo consigue el componente memoria ($M = 2.04$; D.E. = 1.012). Así mismo, respecto al estado cognitivo se cuantifico la media en un valor de 26.31, con una desviación estándar de 3.704. Además, los puntajes mínimos y máximos extraídos del instrumento de medición oscilan entre 9 y 30.

Tabla 7

Estadística descriptiva para la variable deterioro cognitivo

Componentes	Mín.	Máx.	M	D.E.
Orientación espacio - tiempo	4	10	9.21	1.341
Fijación	1	3	2.96	.238
Atención y cálculo	0	5	3.68	1.608
Memoria	0	3	2.04	1.012
Lenguaje y praxis constructiva	2	9	8.44	1.048
Deterioro cognitivo	9	30	26.31	3.704

Asimismo, la Tabla 8 presenta las frecuencias y porcentajes de los niveles de deterioro cognitivo alcanzados por la muestra de pacientes adultos mayores. Se aprecia que el 62% (75) de la muestra se ubica en el nivel de estado cognitivo normal, el 18.2% (44) se encuentra entre los niveles de deterioro cognitivo de leve a moderado y solo el 1.7% (2) evidencia un nivel de deterioro cognitivo severo.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes de los niveles de deterioro cognitivo

Niveles	f	%
Deterioro cognitivo severo	2	1.7
Deterioro cognitivo moderado	22	18.2
Deterioro cognitivo leve	22	18.2
Estado cognitivo normal	75	62.0
Total	121	100.0

Por otro lado, la Tabla 9 exhibe los principales estadísticos descriptivos de la variable depresión. Se observa que el valor de la media fue de 11.68, con una desviación estándar de 5.198. Los puntajes mínimos y máximos extraídos fluctúan entre 1 y 25.

Tabla 9

Estadística descriptiva para la variable depresión

	Mín.	Máx.	M	D.E.
Depresión	1	25	11.68	5.198

Luego, en la Tabla 10, se observa el análisis descriptivo de las frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión de la muestra encuestada. Se aprecia que el 47.1% (57) de pacientes evidencian depresión leve, un 44.6% (54) no presenta depresión y el 8.3% (10) sobrelleva una depresión moderada o severa.

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión

Niveles	<i>f</i>	%
No hay depresión	54	44.6
Depresión leve	57	47.1
Depresión moderada o severa	10	8.3
Total	121	100.0

5.2. Análisis inferencial

Se requiriere determinar si los puntajes obtenidos de la variable deterioro cognitivo se aproximan a una distribución normal, lo cual se comprobó por medio de la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Smirnov (K - S). En la Tabla 11 se observa los resultados de la prueba de normalidad obteniéndose que la distribución de los datos de deterioro cognitivo evaluados no se ajusta a una distribución normal ($p < 0.05$); por lo tanto, se justifica el uso de pruebas de tipo no paramétricas para la comprobación de hipótesis.

Tabla 11

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable deterioro cognitivo

	Deterioro cognitivo
Z de Kolmogorov-Smirnov	2.126
<i>P</i>	.000

Del mismo modo, para el caso de la variable depresión se exige determinar si los datos obtenidos se aproximan a una distribución normal, lo cual se realizó, de igual forma, mediante la prueba de Kolmogorov – Smirnov (K – S). En la Tabla 12 se muestran los resultados de la prueba de normalidad consiguiéndose que la distribución de los puntajes de depresión de la muestra encuestada no corresponde a una distribución normal ($p < 0.05$); en conclusión, también se justifica el uso de pruebas de tipo no paramétricas para la comprobación de hipótesis.

Tabla 12

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para la variable depresión

	Depresión
Z de Kolmogorov-Smirnov	2.071
<i>P</i>	.020

5.3. Comprobación de hipótesis

Con el propósito de comprobar la hipótesis general de investigación acerca de la existencia de una relación entre las dos variables medidas en el presente estudio: deterioro cognitivo y depresión. En la Tabla 13 se aprecia los resultados de la prueba no paramétrica de correlación de Spearman (ρ), la cual determino que existe una correlación negativa, moderada baja y estadísticamente muy significativa ($\rho = -0.294$; $p < 0.01$) entre las variables antes mencionadas; en otras palabras, a mayor nivel de depresión menor será el estado cognitivo normal de los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 13

Relación entre deterioro cognitivo y depresión

		Depresión
	ρ	-.294 (*)
Deterioro cognitivo	<i>p</i>	.001
	n	121

(*) Coeficiente muy significativo ($p < 0.01$)

Por otro lado, para la comprobación de las hipótesis específicas o secundarias se presentan los resultados encontrados sobre el análisis estadístico para establecer si existe asociación entre los componentes del deterioro cognitivo: orientación espacio - tiempo, fijación, atención y cálculo, memoria y lenguaje y praxia con la depresión, haciendo uso del estadístico “rho” de Spearman. En la Tabla 14, se reporta que no existe correlación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el componente orientación espacio – tiempo y depresión ($\rho = -0.164$) en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 14

Relación específica entre el componente orientación espacio – tiempo y depresión

		Depresión
Orientación	rho	-.164(*)
espacio – tiempo	<i>p</i>	.071
	n	121

(*) Coeficiente no significativo ($p > 0.05$)

En la Tabla 15, se aprecia que no existe una correlación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), entre el componente fijación y depresión ($\rho = -0,143$) en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 15

Relación específica entre el componente fijación y depresión

		Depresión
<i>Fijación</i>	rho	-.143(*)
	p	.119
	n	121

(*) Coeficiente no significativo ($p > 0.05$)

Luego, en la Tabla 16 se observa que existe una correlación de tipo inversa, de nivel moderada baja y estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$), entre el componente atención y cálculo con depresión ($\text{rho} = -0.239$); en otros términos, a mayor grado de depresión, menor será el nivel de atención y cálculo en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 16

Relación específica entre el componente atención y cálculo con depresión

		Depresión
Atención y cálculo	rho	-.239(*)
	p	.008
	n	121

(*) Coeficiente muy significativo ($p < 0.01$)

Posteriormente, la Tabla 17 permite observar que existe una correlación de tipo inversa, de nivel moderada baja y estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$), entre el componente memoria y depresión ($\rho = -0.253$); en otras palabras, a mayor grado de depresión, menor será el nivel de memoria en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 17

Relación específica entre el componente memoria y depresión

		Depresión
Memoria	ρ	-.253(*)
	p	.005
	n	121

(*) Coeficiente muy significativo ($p < 0.01$)

Finalmente, la Tabla 18 permite observar que existe una correlación de tipo inversa, de nivel moderada baja y estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$), entre el componente lenguaje y praxis constructiva con depresión ($\rho = -0.271$); es decir, a mayor grado de depresión, menor será el nivel de lenguaje y praxis constructiva en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

Tabla 18

Relación específica entre el componente lenguaje y praxis constructiva con depresión

		Depresión
Lenguaje y praxis constructiva	rho	-.271(*)
	p	.003
	n	121

(*) Coeficiente muy significativo ($p < 0.01$)

5.4 Discusión y conclusiones

5.4.1. Discusión de resultados

La investigación ha determinado la correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión en un grupo de pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara. En los resultados hallados podemos considerar que confirman los objetivos e hipótesis planteados previamente.

Respecto a la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.01$), de tipo inversa y de nivel moderada baja ($\rho = -0.294$). Lo cual nos permite inferir que a un mayor nivel de depresión menor será el estado cognitivo esperado en los pacientes adultos mayores.

Este resultado concuerda con Durán - Badillo et al. (2013) quienes hallaron una correlación negativa (inversa) entre depresión y función cognitiva ($\rho = 0.242$; $p < 0.001$) en un grupo de adultos mayores residentes del área de influencia del Centro Comunitario “Las Culturas” perteneciente a la Secretaría de Salud en México. Del mismo modo, Cerquera (2008) en una muestra de adultos mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga, concluyó que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión ($p < 0.05$). Garay (2007), a su tiempo, halló que existe relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia ($p < 0.05$) en un grupo de mujeres adultas mayores en Argentina.

Dichos resultados se explican a partir de lo referido por la Organización Panamericana para la Salud (2010) la cual afirma que es frecuente que se presenten síntomas de deterioro cognitivo, con alteraciones en áreas como lenguaje, atención, memoria, comprensión y pensamiento. En este sentido, la depresión sería uno de los principales

trastornos ligados al deterioro cognitivo en la población de adultos mayores en la población objeto de estudio.

Al realizar las correlaciones específicas entre los diversos componentes del examen mental y la depresión, se evidencia que sólo existe correlación estadísticamente muy significativa ($p < 0,01$), de tipo inversa y de nivel moderada baja entre el componente atención y cálculo con la depresión ($\rho = -0.239$). De acuerdo con Goodale (2007), los pacientes depresivos se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la inhabilidad para llevar cabo sus tareas habituales, y de olvidos. Además, aquellos pacientes con un trabajo que intelectualmente es más demandante son a menudo incapaces de funcionar de forma adecuada.

Asimismo, existe una correlación estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$), de tipo inversa y de nivel moderada baja, entre el componente memoria y depresión ($\rho = -0.253$) además de correlación estadísticamente muy significativa ($p < 0.01$), de tipo directa y de nivel moderada baja entre el componente lenguaje y praxis constructiva con depresión ($\rho = -0.271$). Estos resultados discrepan con lo hallado por Del Águila, Schermul y Yabar (2014) quienes encontraron una relación positiva entre los síndromes geriátricos como la depresión, deprivación sensorial y dependencia con las capacidades cognitivas: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria (repetición) lenguaje y capacidad cognitiva global en un grupo de adultos mayores de la ciudad de San Juan en Iquitos (Perú). También, Ortiz (2014) encontró que el 60% de adultos que padecen de depresión crónica presentaban un estado de deterioro cognoscitivo leve.

Por último, en cuanto al nivel de deterioro cognitivo se encontró que el 18.2% (44) de adultos mayores presentan un deterioro cognitivo entre leve y moderado, y el 1.7% (2) padecen de un deterioro cognitivo severo o grave, coincidiendo con los estudios de

Rebagliati, Runzer, Horruitiniere, Lavaggi y Parodi (2012), al encontrar que el 34,4% de adultos hospitalizados en el Centro Geriátrico Naval de Callao padece de deterioro cognitivo y Del Águila, Schermul y Yabar (2014) que con respecto a los síndromes geriátricos, señala que los adultos mayores presentan un 12% de deterioro cognitivo moderado.

5.4.2. Conclusiones

Según los resultados obtenidos se llega a determinar en cuanto a la relación entre deterioro cognitivo y depresión en los adultos mayores que asisten a consulta externa de geriatría, que a mayor grado de depresión menor viene a ser la presencia de un estado cognitivo normal.

En la investigación se demuestra que el 62% de los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa de geriatría se les encontró un estado cognitivo normal. Así mismo el 18.2 % presentaron deterioro cognitivo leve y el 1.7 % padecen deterioro cognitivo severo o grave.

Se establece que tanto en los componentes orientación, espacio-temporal como los componentes fijación del deterioro cognitivo no llegan a evidenciar relación con la depresión.

Sin embargo, se encontró correlación entre los componentes atención y calculo, y memoria, con la depresión; dichos componentes se encontraron disminuidos evidenciando presencia de depresión en los adultos mayores.

Así mismo, al verse afectado el componente lenguaje y praxis constructiva se evidencia la presencia de depresión o viceversa.

5.4.3. Recomendaciones

Teniendo en cuenta que los pacientes adultos mayores, manifiestan depresión llegando a afectar su estado cognitivo o viceversa; se recomienda:

- Tener elementos protectores para reducir la depresión: como realizarles terapia cognitivo conductual, para disminuir sus pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre los que lo rodean y el futuro. Enseñándoles a reevaluar sus pensamientos y nuevas conductas.
- Enseñarles técnicas de relajación para que logren un equilibrio emocional y mental (ejercicios de visualización, de respiración, etc.).
- Es importante que el adulto mayor se encuentre siempre acompañado, la socialización favorece a mejorar el estado de ánimo.

El tiempo que la familia pase con el adulto mayor con depresión tiene que ser tiempo de calidad; tiempo en el cual se le dedique una atención plena, en donde logre expresarse y comunicarse plenamente.

- Debe realizar actividades físicas regularmente, sentirse productivo, encontrar un sentido a su vida, etc.

Con respecto al deterioro cognitivo se propone;

- Para los adultos mayores a partir de 65 años que se encuentra en un estado cognitivo normal, empezar a realizarles estimulación cognitiva para prevenir o retrasar un deterioro cognitivo a futuro.
- De igual forma para los pacientes que presentan un deterioro cognitivo de leve a moderado se debe establecer hábitos de vida cerebro saludables, mediante programas

de estimulación cognoscitiva; realizándose actividades para preservación de la memoria, mejorar y mantener capacidad de concentración y atención (talleres de memoria; realizar crucigramas, sopas de letras, juegos de mesa, etc.), de la capacidad práctica y de las funciones ejecutivas (fichas de estimulación cognitiva: imágenes incompletas, identificar colores, reconocimiento de partes faciales, reproducción de figuras, etc.).

- Es necesario que los adultos mayores realicen actividades físicas esto disminuye el riesgo de deterioro cognitivo, sirve para la disminución de síntomas de depresión, aumenta la autoestima y la confianza, etc.
- Es importante diagnosticar a tiempo si es que hay presencia de depresión y de un deterioro cognitivo, para así poder realizar la intervención pertinente y adecuada según el caso.
- Respecto a los niveles de deterioro cognitivo y depresión obtenidos del grupo adultos mayores que fueron encuestadas, es pertinente diseñar y ejecutar programas de intervención para disminuir las secuelas de estos trastornos; previa consulta con el servicio de psiquiatría y psicología.
- Es importante replicar la presente investigación, considerando otras variables psicológicas de mayor impacto como la calidad de vida, satisfacción familiar y satisfacción con la vida.

Referencias

- Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., Gonzales, K., Mucho, K., Vázquez, R., Cárdenas, C. y Soto M. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 1-9.
- Aguera, L., Cervilla, J. y Martín. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Americana de Psicología. (2016). La tercera edad y la depresión. Portal de la APA. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales revisado (DSMIV-TR)*. (4º Ed.). Barcelona: Masson.

Organización Panamericana para la Salud (2010). *Adultos mayores y salud mental*. México.

Recuperado de: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content

Carrobles, J. A. (2015). Trastornos depresivos. En Caballo, Salazar y Carrobles (Eds.) (2015). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide.

Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281. Recuperado en 22 de Octubre de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100020&lng=pt&tlng=es.

Cimadevila, C. (2008). *Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años* (Tesis para optar el grado de doctor). Universidad de Santiago de Compostela, España.

Clasificación Internacional de las Enfermedades. (1994). *Trastornos del estado de ánimo*. Barcelona, España: Masson.

Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 19, 339 – 46.

Del Águila, C., Schermuly, L. y Yabar, P. (2014). *Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (MINSA) Iquitos 2014*

(Tesis para optar el título de licenciado en enfermería). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana (UNAP). Iquitos-Perú.

Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., y Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42. Recuperado el 21 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002&lng=es&tlng=es.

Garay, M. (2007). *Relación entre deterioro cognitivo y depresión* (Tesis de post grado en Psiquiatría). Universidad Nacional de la Plata. Argentina.

González, C., Deza, F., León, F. y Poma, J. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la facultad de medicina*, 75(4). Recuperado en 22 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000400006&lng=es&nrm=iso

Gonzales, M. (2011). Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el centro residencial Rodulfa Viuda de Canevaro (Tesis de obtener el título profesional de licenciatura). Universidad Norbert Wiener. Lima-Perú.

Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías (RET)*, 50, 13 – 15.

Recuperado de: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret50_2.pdf

Guía de práctica clínica. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México: Secretaria de Salud. Recuperado: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

Guía de práctica clínica. (2012). *Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*, México: Secretaria de Salud. Recuperado: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

Hugo Sánchez, Cecilia Albala, Eva Hertrampf, Renato Verdugo, Manuel Lavados, José Luis Castillo·Lydia Lera, Ricardo Uauy. (2010). Déficit de vitamina B-12 en adultos mayores: ¿Un problema de salud pública en Chile?. *Revista Médica de Chile*. 138: 44-52.
Recuperado http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200012

Infosalus. (2016). Nueva diana contra los efectos del envejecimiento. Europa Press. Recuperado de <http://www.infosalus.com/mayores/noticia-nueva-diana-contra-efectos-envejecimiento-20161010072234.html>

Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094294>

Instituto de la Memoria Depresión y Enfermedades de Riesgo (2016). Alzheimer y depresión, enfermedades más frecuentes en adultos mayores. RPP. Recuperado de <http://vital.rpp.pe/vivir-bien/alzheimer-y-depresion-enfermedades-mas-frecuentes-en-adultos-mayores-noticia-994892>

Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2002: Informe Resumen*. Lima.

Jonis, M. y Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Anales de la facultad de medicina*, 75(4).

Licas, M. y Duran, J. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral SJM-VMT 2014* (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Mancillas, I. (2015). *Diseño de productos para adultos mayores con deterioro cognitivo*. (Tesis para obtener el grado de maestro en diseño e innovación, con línea terminal en diseño estratégico). Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro-México.

Manual MSD. Depresión. William Coryell, MD, George Winokur Professor of Psychiatry, Carver College of Medicine at University of Iowa. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-animodepresi%3Bn>

Ofarril, J. (4 de octubre de 2016). Re: Deterioro cognitivo en el temblor esencial, otra consecuencia indeseada [Titi Blog]. Recuperado de <http://www.2ti.es/2016/10/deterioro-cognitivo-temblor-esencial/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado de: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2015). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2016). Día internacional de las personas mayores 2016. Recuperado de: http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/

Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. y Orrell, M. (2014). *Tratamientos psicológicos para la depresión y la ansiedad en la demencia y el deterioro cognitivo leve*. Cochrane. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD009125/tratamientos-psicologicos-para-la-depresion-y-la-ansiedad-en-la-demencia-y-el-deterioro-cognitivo>

- Ortiz, C. (2014). *Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz*. (Tesis de postgrado de medicina familiar). Universidad Veracruzana. Veracruz-México.
- Pacheco, M. (2016). *Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar san José de la ciudad de Cariamanga*. (Tesis para obtener el título profesional de licenciatura). Universidad Nacional de Loja. Loja -Ecuador.
- Paz, V. (2011). Episodio depresivo del adulto mayor en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa. *Anales de salud mental*, 18(1), 9-16.
- Pérez, P. y Hyver, C. (2013). Evaluación psicológica de los procesos cognitivos y afectivos en el adulto mayor de la casa de abuelos de la localidad de Santa Martha. *Rev. Uni Mat Cub*, (1), 2-3.
- Poblete, F., Matus, C., Díaz, E., Vidal, P. y Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM*, 16 (2), 71-77.
- Rebagliati, C., Runzer, F., Horruitiniere, M., Lavaggi, G. y Parodi, J. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Rev Horiz Med*, 12(2), 19-25.

Rúben de León, F., Milián, N., Camacho, R., Arévalo, M. y Escartín, C. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 47(3), 277-284.

Salcedo, F. (2002). *Efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitiva en la depresión del adulto mayor que asiste a la Red Horizontes de Villa* (Tesis de Maestría). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

Tania Tello-Rodríguez, Renato D. Alarcón, Darwin Vizcarra-Escobar. (2016). Simposio: Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00342.pdf

TITI. Deterioro Cognitivo. Causas manifestaciones y terapias. Recuperado de <https://infotiti.com/tag/deterioro-cognitivo/>

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN
TÍTULO: DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA, 2018

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>1. ¿Qué relación existe entre el componente orientación espacio - tiempo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p> <p>2. ¿Qué relación existe entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos</p>	<p>Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>Objetivos Especificos</p> <p>1. Establecer la relación existente entre el componente orientación espacio – temporal del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>2. Establecer la relación existente entre el componente fijación del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital</p>	<p>H_G: Existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.</p> <p>H₀: No existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>Hipótesis Especificas</p> <p>H₁: Existe relación entre el componente orientación espacio – tiempo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.</p> <p>H₂: Existe relación entre el componente fijación del</p>	<p>Variable de estudio 1:</p> <p>Deterioro Cognitivo.</p> <p>Medido a través del Mini Examen del Estado Mental (MMSE).</p> <p>Las dimensiones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Fijación • Atención y cálculo • Memoria • Lenguaje y praxis constructivas. <p>Variable de estudio 2:</p> <p>Depresión.</p> <p>Medido a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.</p> <p>Las Dimensiones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión 	<p>Diseño: No experimental de corte transversal</p> <p>Tipo de Investigación Descriptiva – Correlacional.</p> <p>Nivel de Investigación Básica</p> <p>Método: Cuantitativo - Cualitativo</p> <p>Población: La población estará conformada por 2315 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, admitidos en consulta externa del servicio de geriatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara, en el</p>

<p>mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p> <p>3. ¿Qué relación existe entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p> <p>4. ¿Qué relación existe entre el componente memoria y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p> <p>5. ¿Qué relación existe entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima?</p>	<p>Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>3. Establecer la relación existente entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>4. Establecer la relación existente entre el componente memoria y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p> <p>5. Establecer la relación existente entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima.</p>	<p>deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.</p> <p>H₃: Existe relación entre el componente atención y cálculo del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima.</p> <p>H₄: Existe relación entre el componente memoria del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.</p> <p>H₅: Existe relación entre el componente lenguaje y praxis constructivas del deterioro cognitivo y la depresión, en adultos mayores del Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Somática • Afectiva • Cognoscitiva - Orientación al Futuro • Motivación • Discriminación <p>Variables sociodemográficas:</p> <p>Medida a través de los datos que llene el evaluado(a) en la parte superior del cuestionario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Nivel socioeconómico • Nivel de instrucción educativa • Situación laboral. 	<p>periodo correspondiente a octubre 2016 a junio de 2017.</p> <p>Muestra: La muestra es no probabilística de tipo intencional y estará conformada por 121 adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, los cuáles serán seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico, de tipo intencional.</p> <p>Técnica Recolección de Datos: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test Mini Examen del Estado Mental (MMSE). • Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
---	--	--	--	--

ANEXO 2

MATRIZ DE BASE DE DATOS

ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL

NACIONAL ALMENARA, 2018.

COD	GENERO	EDAD	INSTRUCCION	ESTADO CIVIL	ORIENTACION	FIJACION	ATEN-CALC U	MEMORIA	LENG. PRAXIA	DETERIOR O COGNITIVO	DEPRESION
1	1	65	4	1	9	3	5	1	8	26	11
2	2	75	2	3	9	3	4	2	9	27	12
3	2	70	3	1	9	2	5	0	8	25	13
4	1	78	1	3	4	3	4	0	8	19	14
5	2	78	4	1	10	3	3	2	9	27	11
6	2	80	4	1	10	3	3	2	9	27	10
7	1	70	6	1	9	3	5	2	9	28	10
8	2	82	3	3	10	3	5	1	9	28	12
9	1	79	2	1	10	3	5	1	7	26	14
10	1	61	4	1	10	3	5	3	9	30	5
11	1	61	6	1	10	3	2	1	7	23	12
12	1	67	6	1	8	3	5	3	9	28	7
13	1	63	6	1	10	3	5	2	9	29	8
14	2	82	1	1	9	3	0	2	7	21	17
15	2	89	2	3	6	3	5	2	9	25	9
16	1	74	2	1	10	3	5	3	9	30	6
17	1	71	2	1	10	3	3	3	9	28	9
18	1	87	2	3	10	3	5	2	9	29	5
19	2	79	1	1	10	3	5	2	9	29	12
20	1	80	1	1	9	3	3	0	8	23	7
21	2	80	4	3	9	3	5	3	9	29	17
22	2	70	1	1	6	3	0	0	7	16	19
23	1	81	1	1	9	3	1	0	6	19	19
24	1	78	1	1	10	3	2	3	8	26	13
25	1	77	3	1	10	3	5	2	9	27	1
26	1	76	2	1	10	3	4	1	8	26	10
27	1	66	2	1	10	3	3	3	8	27	7
28	2	69	4	2	10	3	3	3	8	27	11
29	2	63	6	1	9	3	3	2	9	26	8
30	2	65	1	1	10	3	5	3	8	29	10
31	1	63	6	1	10	3	5	3	9	30	8
32	2	67	3	1	9	3	5	3	9	29	2
33	2	78	2	1	10	3	3	2	9	27	7
34	1	84	2	1	9	3	5	3	9	29	9
35	2	72	6	1	10	3	5	3	9	30	1
36	2	80	2	3	10	3	5	2	9	29	8
37	2	68	6	1	8	3	5	3	9	28	8
38	2	75	1	3	5	2	0	0	2	9	12
39	2	76	1	1	5	3	3	0	9	20	11
40	2	66	6	1	10	3	5	3	9	30	6
41	1	82	2	1	10	3	0	1	9	23	9
42	1	62	4	1	10	3	5	3	9	30	5
43	2	68	2	1	10	3	3	3	9	28	8

44	2	84	3	1	10	3	5	1	9	28	13
45	2	76	1	3	9	3	1	3	9	25	10
46	2	66	6	4	10	3	5	3	9	30	7
47	2	63	6	1	10	3	5	3	9	30	16
48	2	58	6	1	10	3	5	2	9	29	7
49	2	69	2	1	10	3	5	2	9	29	9
50	2	70	4	1	10	3	3	3	9	28	18
51	1	72	4	1	10	3	5	3	8	29	5
52	1	73	2	1	10	3	2	2	9	26	2
53	2	69	2	1	7	3	5	3	7	25	13
54	2	61	6	1	9	3	5	3	9	29	15
55	1	62	4	1	10	3	4	2	7	26	22
56	2	75	6	4	10	3	5	3	9	30	18
57	2	82	2	3	10	3	5	2	9	29	10
58	1	90	3	1	10	3	5	2	8	28	10
59	1	76	4	1	10	3	5	2	9	29	12
60	2	76	6	4	10	3	5	3	9	30	3
61	2	65	4	1	7	3	4	0	6	20	11
62	1	75	6	1	10	3	5	3	9	30	14
63	1	65	2	1	8	3	5	0	8	24	11
64	1	76	4	1	10	3	4	3	9	29	11
65	1	62	5	1	9	3	5	2	9	28	11
66	2	67	6	1	10	3	4	3	9	29	15
67	2	75	6	1	10	3	5	2	7	27	19
68	1	67	6	1	10	3	5	3	9	30	8
69	1	55	2	1	10	3	2	3	9	27	4
70	2	71	1	3	8	3	0	2	8	21	17
71	2	60	6	2	10	3	4	2	9	28	21
72	2	74	1	3	9	3	4	3	6	26	9
73	2	74	2	4	10	3	5	0	9	27	13
74	2	83	2	3	10	3	5	3	9	30	8
75	2	64	5	1	10	3	5	3	9	30	13
76	2	76	2	1	10	3	3	2	9	27	14
77	2	80	1	1	10	3	5	2	8	28	10
78	2	77	6	1	10	3	2	3	9	27	9
79	1	69	6	1	10	3	4	3	9	29	16
80	2	78	3	4	10	3	2	1	9	25	11
81	1	79	1	1	8	3	2	1	8	22	6
82	2	71	3	1	8	3	2	1	9	23	19
83	2	67	2	1	10	3	3	3	9	28	16
84	2	72	3	1	10	3	5	3	9	30	11
85	2	81	6	4	10	3	4	2	9	28	20
86	2	80	6	2	9	3	5	3	9	29	17
87	2	68	1	2	9	3	0	2	5	19	8
88	1	66	2	1	9	3	5	3	9	29	21
89	2	81	5	4	9	3	5	3	9	29	4
90	2	71	2	1	9	3	3	2	6	23	15
91	1	84	3	1	4	2	1	1	7	15	16
92	2	74	2	2	10	3	5	2	9	29	10
93	2	76	3	1	8	3	5	1	8	25	9
94	2	69	6	1	9	3	5	2	9	28	23
95	1	68	6	1	10	3	4	2	9	28	15
96	2	75	6	1	6	3	5	0	9	23	12
97	1	66	6	1	10	3	5	3	9	30	6
98	2	70	2	3	7	3	1	0	7	18	21
99	1	76	6	1	7	3	4	2	9	25	5
100	2	67	3	4	10	3	2	2	9	26	22
101	1	61	2	3	8	3	2	2	9	24	8
102	2	92	2	1	10	3	4	0	8	25	23
103	2	77	1	3	9	3	2	1	8	23	17
104	1	62	1	4	9	3	0	3	7	22	14
105	2	78	3	3	10	3	3	2	9	27	5

106	2	70	3	1	10	3	3	3	9	28	11
107	2	73	3	1	10	3	5	3	9	30	8
108	1	77	2	2	10	3	5	3	9	30	25
109	2	77	2	1	9	3	0	3	8	23	15
110	1	71	6	1	10	3	3	3	9	27	9
111	2	79	6	1	9	3	1	1	9	23	12
112	1	78	6	1	10	3	3	3	8	27	8
113	1	83	6	1	5	3	3	0	9	20	15
114	1	65	2	1	10	3	5	2	9	29	7
115	1	88	1	1	10	3	4	2	7	26	21
116	2	86	6	3	10	3	4	2	9	28	13
117	2	84	2	1	10	3	4	2	9	28	21
118	1	83	3	1	9	3	5	1	9	27	12
119	1	83	2	1	9	3	2	1	9	24	11
120	2	72	1	1	9	1	0	1	7	18	18
121	2	71	1	1	9	3	1	3	8	24	16

**ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
DE YESAVAGE**

SEXO: (M) (F) EDAD: NIVEL SOCIOECONOMICO: (Bajo) (Medio) (Alto)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA: SITUACION LABORAL ACTUAL:

Instrucciones:

A continuación, se presenta una lista de 30 preguntas. Luego de leer cada una de ellas, marque SI o NO, eligiendo la mejor respuesta a la forma en que usted se sintió la última semana. No existen respuestas buenas ni malas, por favor sea lo más sincero posible.

		SI	NO
1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?		
2.	¿Ha abandonado alguna de sus actividades o intereses?		
3.	¿Siente que su vida está vacía?		
4.	¿Se aburre con frecuencia?		
5.	¿Tiene usted esperanzas acerca del futuro?		
6.	¿Se siente molesto por ideas que no puede quitar de su cabeza?		
7.	¿Es su ánimo bueno la mayor parte del tiempo?		
8.	¿Teme que algo malo vaya a pasarle?		
9.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10.	¿Suele sentirse impotente?		
11.	¿Suele sentirse nervioso o inquieto?		

12.	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer nuevas cosas?		
13.	¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?		
14.	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?		
15.	¿Piensa que es maravilloso encontrarse vivo hoy?		
16.	¿Se siente descorazonado y triste a menudo?		
17.	¿Se siente muy poco valioso en la forma en que es actualmente?		
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19.	¿Considera que la vida es excitante?		
20.	¿Es difícil para usted iniciar proyectos nuevos?		
21.	¿Se siente lleno de energía?		
22.	¿Siente que su situación es desesperada?		
23.	¿Piensa que la mayoría de la gente es mejor que usted?		
24.	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?		
25.	¿Suele sentir ganas de llorar?		
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27.	¿Disfruta levantarse por la mañana?		
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29.	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30.	¿Está su mente tan clara como solía ser?		

ANEXO 4: MINI-MENTAL TEST (FOLSTEIN)

“A continuación le hare algunas preguntas para apreciar cómo funciona su memoria. Algunas son muy simples y otras son un poco más complejas. Le pido que trate de responder lo mejor que pueda”. (Otorgar 10 segundos por cada respuesta).

ÁREAS Y PREGUNTAS:	CLAVE	VALOR	PUNTAJE
--------------------	-------	-------	---------

<i>ORIENTACIÓN</i>

¿EN QUÉ AÑO ESTAMOS?	T	AÑO	1	
¿EN QUÉ ESTACIÓN ESTAMOS?	I	ESTACIÓN	1	
¿QUÉ FECHA ES HOY?	E	FECHA	1	
¿QUÉ DÍA ES HOY?	M	DÍA	1	
¿EN QUÉ MES ESTAMOS?	PO	MES	1	
¿EN QUÉ PAÍS ESTAMOS?	E	PAÍS	1	
¿EN QUÉ CIUDAD ESTAMOS?	S	CIUDAD	1	
¿EN QUÉ DISTRITO ESTAMOS?	P	DISTRITO	1	
¿EN QUÉ LUGAR ESTAMOS?	A	LUGAR	1	
¿EN QUÉ PISO ESTAMOS?	CIO	PISO	1	
			10	0

<i>REGISTRO</i>

NOMBRE TRES OBJETOS (LAPIZ, RELOJ Y SILLA, POR EJEMPLO).	LAPIZ	1	
TOMESE UN SEGUNDO CON CADA UNO PARA NOMBRARLO.	RELOJ	1	
PIDA QUE EL PACIENTE LOS REPITA DE 1 POR CADA ACIERTO.	SILLA	1	
		3	0

ATENCIÓN Y CÁLCULO

A PARTIR DE 100 COMIENZE A RESTAR DE 7 EN 7.	93	O	1	
DETENERSE EN LA 5TA. RESTA.	86	D	1	
EN CASO DE ERROR, DELETREE LA PALABRA MUNDO AL REVES.	79	N	1	
	72	U	1	
	65	M	1	
			5	0

MEMORIA

PEDIR LOS NOMBRES DE LOS 3 OBJTS. MENCIONADOS ANTERIORMENTE.	LAPIZ	1	
	RELOJ	1	
	SILLA	1	
		3	0

LENGUAJE

SEÑALAR 2 OBJETOS Y QUE EL PACIENTE LOS RECONOZCA.	2	2	
REPITA LA FRASE: “EN EL TRIGAL HABÍAN CINCO PERROS”	FRASE	1	
COMPRENSIÓN: TOME LA HOJA CON LA MANO DERECHA.	MANO	1	
DOBLELA POR LA MITAD.	DOBLE	1	
PONGALA EN LA MESA.	MESA	1	
CIERRE LOS OJOS	OJOS	1	
ESCRIBA UNA FRASE COMPLETA EN EL PAPEL.	FRASE	1	
		8	0

VISUO-ESPACIAL

COPIE EL DISEÑO (MOSTRAR EL DISEÑO).

DISEÑO

1	
1	0

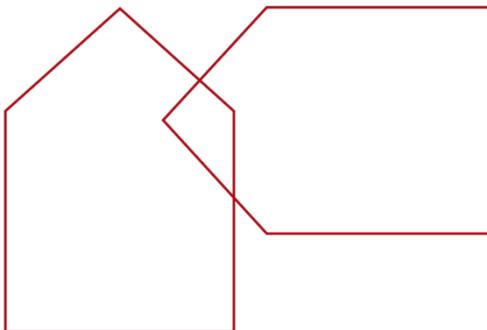
RESULTADOS:

PUNTAJE:	0
----------	---

ESCRIBA UNA FRASE COMPLETA.



COPIE ESTE DIBUJO.



b.