

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**FILIAL – CHOTA**



**TESIS**  
**DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS**  
**MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE**  
**CHOTA, 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**  
**Gelin Daniksa Torres Becerra**

**Asesoras:**  
**M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro**  
**Dra. Norma Bertha Campos Chávez**

**CHOTA, PERÚ - 2022**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**FILIAL – CHOTA**



**TESIS**  
**DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS**  
**MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE**  
**CHOTA, 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**  
**Gelin Daniksa Torres Becerra**

**Asesoras:**  
**M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro**  
**Dra. Norma Bertha Campos Chávez**

**CHOTA, PERÚ - 2022**

COPYRIHT © 2022

**GELIN DANIKSA TORRES BECERRA**

Todos los derechos reservados

## **FICHA CALCOGRÁFICA**

Torres GD. 2022. **Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021**

Gelin Daniksa Torres Becerra

Disertación académica para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería –  
UNC 2022.

Asesoras: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro y Dra. Norma Bertha Campos Chávez

Universidad Nacional de Cajamarca  
Facultad de Ciencias de la Salud

**Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis  
virtuales Resolución 944-2020 artículo 8**

Siendo las 9: am del día 07 de octubre del año 2022 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada **DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE CHOTA ,2021** presentada por la Bachiller en: Enfermería: **Gelin Daniksa Torres Becerra**

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Secretario: Oscar Fernando Campos Salazar

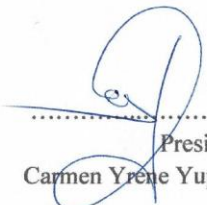
Vocal : Delia Mercedes Salcedo Vásquez

Asesor(as) : Rosa Ricardina Chávez Farro

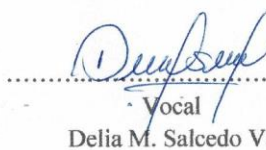
: Norma Bertha Campos Chávez

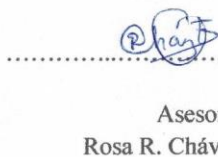
Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

La tesista ha obtenido el siguiente calificativo: letras **CATORCE** números (14) Siendo las 10:30 del día 07 mes **OCTUBRE** del año 2022 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

  
.....  
Presidente  
Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

  
.....  
Secretario  
Oscar Fernando Campos Salazar

  
.....  
Vocal  
Delia M. Salcedo Vásquez

  
.....  
Asesor  
Rosa R. Chávez Farro

  
.....  
Asesor  
Norma Bertha Campos Chávez

  
.....  
Tesista  
Gelin Daniksa Torres Becerra

*A Dios por ser el autor de nuestra vida, por darme salud, guiarme durante mi formación profesional, bendecirme en mi camino en el desarrollo de mis metas y objetivos*

*A mis padres y hermanos por ser mi guía y mi apoyo en mi proceso de formación académica y profesional.*

*A mi hermosa hija Jhalie Samanta por ser la alegría en mi vida y darme la mayor felicidad.*

***Gelin Daniksa***

Se agradece a:

Agradecer a Dios por ser mi fortaleza en los momentos difíciles de mi vida permitiéndome enfrentar las adversidades de la vida y poder darle la alegría de ver contemplado mi meta.

A mis padres y hermanos un agradecimiento especial por ser mi medio de sostén y mi compañía en el proceso de mi formación, así como ser por darme su comprensión y amor incondicional.

Un agradecimiento a mis asesoras M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro y Dra. Norma Bertha Campos Chávez por ser mi guía en el desarrollo y ejecución de mi tesis y por brindarme sus conocimientos como parte de mi formación profesional.



## ÍNDICE

LISTA DE ANEXOS .....	xii
GLOSARIO.....	xiii
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación.....	2
1.2. Formulación del problema de investigación .....	4
1.3. Justificación del estudio .....	4
1.4. Objetivos.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. MARCO TEÓRICO .....	6
2.1. Antecedentes del estudio .....	6
2.2. Bases teóricas .....	8
2.3. Hipótesis .....	17
2.4. Variables de estudio .....	17
2.5. Operacionalización de las variables.....	18
CAPÍTULO III .....	21
3. MARCO METODOLÓGICO.....	21
3.1. Diseño y tipo de estudio .....	21
3.2. Población .....	21
3.3. Criterios de inclusión y exclusión .....	22
3.4. Unidad de análisis.....	22
3.5. Marco muestral.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	22
3.7. Proceso de recogida de información.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.8. Procesamiento y análisis de datos .....	24
3.9. Consideraciones éticas.....	24
CAPÍTULO IV.....	26
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES .....	38
RECOMENDACIONES .....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
ANEXOS.....	52

<b>Anexo N° 1</b> .....	53
<b>Anexo N° 2</b> .....	54
<b>Anexo N° 3</b> .....	56

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.	38
Tabla 2: Deterioro cognitivo en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.	41
Tabla 3: Depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.	44
Tabla 4: Relación entre deterioro cognitivo y depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.	46

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado.	61
Anexo 2: Cuestionario estado cognitivo (PFEIFFER).	62
Anexo 3: Escala estado depresivo (escala abreviada de YESAVAGE).	65

## GLOSARIO

<b>Adulto mayor</b>	Persona que tiene más de 65 años de edad, llamada también persona de la tercera edad.
<b>Deterioro cognitivo</b>	Disminución progresiva de las funciones mentales la cual no llega a una afección grave como para ser llamada demencia.
<b>Depresión</b>	Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
<b>Estado cognitivo</b>	La cognición se entiende como el funcionamiento intelectual que permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos.
<b>Envejecimiento</b>	Periodo del ciclo vital que incluye un criterio cronológico (60 o 65 años) y funcional (cambios, deterioro de aptitudes y habilidades).

## RESUMEN

El estudio titulado Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021, tuvo como objetivo describir y analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores; es de diseño no experimental, de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 80 adultos mayores, la información fue recolectada a través de la entrevista y como instrumentos se utilizó el cuestionario Pfeiffer y la escala abreviada de Yesavage. Los resultados muestran que 38,8% tienen entre 60 a 69 años y 42,4% son hombres. El 60% de los participantes tienen algún grado de deterioro cognitivo, siendo el deterioro moderado el más frecuente con 33,7%; con respecto a la depresión, el 87,5% de los adultos mayores la presentan, siendo la depresión leve la más prevalente con 75%. Concluyendo que existe relación estadística significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota con un nivel de 0,01 ( $Rho\ Spearman = 0,356$ ) y un  $P\text{-valor} = 0,001$ .

**Palabras Clave:** Deterioro cognitivo, depresión, adulto mayor.

## ABSTRACT

The study entitled Cognitive impairment and depression in older adults treated at the Patrona de Chota Health Center, 2021, aimed to describe and analyze the relationship between cognitive impairment and depression in older adults; It is of non-experimental design, descriptive, correlational and cross-sectional. The population consisted of 80 older adults, the information was collected through the interview and the Pfeiffer questionnaire and the abbreviated Yesavage scale were used as instruments. The results show that 38.8% are between 60 and 69 years old and 42.4% are men. 60% of the participants have some degree of cognitive impairment, moderate impairment being the most frequent with 33.7%; Regarding depression, 87.5% of older adults present it, with mild depression being the most prevalent with 75%. Concluding that there is a significant statistical relationship between cognitive impairment and depression in older adults treated at the Patrona de Chota Health Center with a level of 0.01 (Rho Spearman = 0.356) and a P-value = 0.001.

**Key Words:** Cognitive impairment, depression, elderly.

## INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo de los adultos mayores siempre ha generado una especial atención a los investigadores, no solo porque en las dos últimas décadas se ha incrementado la esperanza de vida que ha hecho que los servicios de salud de los países cada vez más tengan la necesidad de especializarse en brindarles cuidados de calidad y humanizados, sino también por los problemas de salud mental -como la depresión- que provoca en el transcurso del envejecimiento. Problemática que se ha agudizado con la vulnerabilidad biopsicosocial del adulto mayor (1).

En esta perspectiva la presente investigación se planteó como objetivo describir y analizar la relación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021; esto a partir de la descripción del deterioro cognitivo y la depresión, además de la caracterización de los adultos mayores.

La investigación se justifica en la necesidad de ampliar los conocimientos sobre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, a fin de implementar estrategias que mejoren su salud mental, brindándoles cuidados integrales de salud que le permitan una mejor autonomía funcional, física y psicológica, previniendo discapacidades y reduciendo la mortalidad, con participación del personal de salud, la familia, las autoridades del sector salud y la comunidad en general.

La investigación está organizada en cuatro capítulos: capítulo I, agrupa la definición y delimitación del problema de investigación, formulación del problema, justificación, y objetivos del estudio; capítulo II, construye los antecedentes del estudio, bases teóricas y conceptuales, y las variables de estudio; capítulo III, el cual desarrolla el diseño y tipo de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de los datos y consideraciones éticas y rigor científico; y el capítulo IV, donde se presentan los resultados, se realiza la discusión y análisis, y se llegan a plasmar las conclusiones y recomendaciones.



## CAPÍTULO I

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

Actualmente, el mundo está atravesando un proceso de transformación demográfica, debido a la disminución de la mortalidad, disminución de la tasa de natalidad y al mejoramiento en la atención de los sistemas de salud, los cuales han conllevado a un aumento significativo de la población adulta mayor (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de adultos mayores casi se duplicará al año 2050, pasando del 12% al 22%. Además, en el mundo existe 125 millones de personas con 80 años o más (3). El envejecimiento, es producto de un proceso complejo y multidimensional, en la que hay cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales conllevan a un descenso de su capacidad cognitiva, manifestado en el deterioro cognitivo (4).

Según la OMS, el deterioro cognitivo es el declive de las funciones cognitivas, los cuales limitan el proceso del pensamiento, y además altera el control emocional, el comportamiento social o la motivación (5); por lo que el 25% a 30% de las personas mayores padecen deterioro cognitivo (6), y en el África, la prevalencia del deterioro cognitivo está entre el 6,3 % y 25 % (7).

España, muestra una prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor de 18,5%, por sexo, las mujeres representen el 18,5% y los varones 14,3% (8); mientras que México, muestra una prevalencia de 58%, siendo más frecuente en los hombres (65%) que en las mujeres (54%) (9).

Argentina, tiene una prevalencia de 16,9% a 18,3% de deterioro cognitivo en adultos mayores (10); en Colombia, es de 41,7% (11), y en Perú, es de 36,3% (12). Por su parte Huancavelica, muestra una prevalencia de 11% (13); Cajamarca, el 46,6% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo asociado demencia senil; mientras que, en la provincia de Chota, aún no existe estudios sobre la variable de estudio (14).

El deterioro de la función cognitiva, se presenta en alta prevalencia en el anciano y puede condicionar algún grado de depresión (15). La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones, en la que hay disminución de serotonina, la cual se ve reflejado en una serie de alteraciones como la tristeza y baja de voluntad (16).

Según la OMS, la depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables. Alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, entre ellos la depresión y demencia, afectando ésta última a nivel mundial al 7% de adultos mayores (17).

En España, la prevalencia de depresivos en el adulto mayor fue de 30,5%, siendo más prevalente en las mujeres (40,1%); además, los mayores que viven solos presentan mayor prevalencia de depresión 26,6%, frente a los que viven con algún familiar 16,1% (18). Suecia, reportó 16,4% de incidencia de depresión en adultos mayores (19), siendo más grave en las personas mayores (20).

En América Latina y el Caribe, específicamente en Brasil la prevalencia de depresión es del 5,8% en la población total. Paraguay representa el 5,2%; Chile, 5,0%; Uruguay también con 5,0% y Perú, muestra una prevalencia de 4,8% (21) en la población general; mientras que el adulto mayor la prevalencia de depresión es de 14,2% (22).

En Cajamarca predomina la depresión moderada en el adulto mayor con 60,7% (23). Mientras que, en Chota, el porcentaje más alto de depresión se presenta en los adultos mayores de condición analfabetos 90% y en comerciantes en el 100% (24).

Frente a esta problemática el Ministerio de Salud (MINSA), ha establecido el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021”, con el objetivo de fortalecer el primer y segundo nivel de atención y lograr la articulación intergubernamental, con la finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población adulta mayor (25); sin embargo, su implementación es lenta debido al bajo presupuesto y a la falta de personal de salud especializado.

En Chota, específicamente en el Centro de Salud Patrona de Chota se ha podido observar durante el internado que no se realiza una valoración exhaustiva al adulto mayor porque no se cuenta con personal de enfermería especializado; por lo tanto, las atenciones están enfocadas básicamente en las dolencias, dejando de lado la dimensión psicológica. Asimismo, a pesar que en la norma técnica del adulto mayor se establece que se debe realizar como mínimo dos controles durante el año, éste no se realiza, ni tampoco se hacen actividades preventivas y promocionales en salud mental enfocadas a prevenir y/o detectar algún deterioro cognitivo o depresión presuntiva e intervenir oportunamente; todas estas circunstancias pueden repercutir en la calidad de vida e incluso ocasionaría discapacidad o mortalidad en los adultos mayores.

En Cajamarca, específicamente en la ciudad de Chota no existen estudios sobre la relación de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, por lo que se hace necesario formular la siguiente pregunta de investigación:

## **1.2. Formulación del problema de investigación**

¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021?

## **1.3. Justificación del estudio**

La conveniencia del estudio es que permite ampliar los conocimientos sobre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, y en base a ello, implementar estrategias enfocadas a mejorar la salud mental de esta población, disminuyendo las repercusiones socioeconómicas, la discapacidad y la mortalidad por problemas de salud mental.

La relevancia social del estudio es que al conocer los resultados las autoridades inmersas en el tema y el personal de salud del Centro de Salud Patrona de Chota implementarán estrategias de intervenciones en salud mental, con la participación activa de las familias, los agentes comunitarios, líderes religiosos y las instituciones educativas integradas, con la finalidad mejorar la salud mental del adulto mayor. Por otro lado, los resultados serán un referente para que el personal de salud pueda

reorientar sus actividades preventivo-promocionales encaminadas a fortalecer la salud mental de esta población.

El aporte metodológico, es que proporciona una base de datos actualizada sobre la relación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores; asimismo, es un referente a nivel local para futuras investigaciones sobre el tema de estudio. Además, contribuye a la carrera de enfermería para enfatizar y poner en práctica la valoración geriátrica integral, con la finalidad de identificar de forma temprana las alteraciones y/o necesidades del adulto mayor y poder intervenir de manera oportuna.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1 Objetivo general**

Describir y analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar demográficamente a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.
  
- Determinar el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.
  
- Describir las manifestaciones depresivas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

##### A nivel internacional

Camacho JA y Galán JM. (2021), investigaron sobre La relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas, tuvo como objetivo describir la relación entre el trastorno depresivo y el deterioro cognitivo en ancianos residencializados, estudio descriptivo y correlacional con 70 ancianos españoles. Resultados: la prevalencia de depresión en no dependientes es de 57,14% y en dependientes de 82,85%, por sexo fue en no dependientes: 72,22% en mujeres y 41,18% en hombres, en dependientes: 89,47% en mujeres y 75% en hombres; en a la otra variable: no presentan deterioro cognitivo 51,42%, deterioro cognitivo leve 22,86%, moderado 17,14% y grave 5,71% (26).

Mañay M. (2019), investigó sobre Depresión y funciones cognitivas en personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito, en el año 2018, tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y funciones cognitivas en adultos mayores, investigación de enfoque cuantitativa, correlacional, no experimental y de campo y contó con una muestra de 100 personas Resultados: 66% no presentó síntomas depresivos, 28% probable depresión y 6% depresión estable (27).

Valdés M, et al. (2017), realizaron un estudio sobre Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo, estudio cuantitativo, de nivel relacional y de corte transversal. Resultados: el 60 % de los pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo. Conclusiones: la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores (28).

### **A nivel nacional**

Prado WJ. (2020), realizó la investigación: Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020. Su objetivo fue determinar la asociación entre la presencia de deterioro cognitivo y las manifestaciones depresivas en las personas del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020, estudio no experimental, transversal y prospectivo, con 242 adultos mayores. Los resultados muestran que el 55,4% de adultos mayores presentó deterioro cognitivo leve y manifestaciones depresivas el 49,2%. Además, se encontró una asociación significativa positiva entre el deterioro cognitivo leve y las manifestaciones depresivas mediante la prueba estadística de Pearson con el 0,605. Concluye que el deterioro cognitivo leve se encuentra asociado a las manifestaciones depresivas en la población estudiada (29).

Salazar JJ. (2020), estudió sobre Estado depresivo del Adulto Mayor jubilado. Centro del Adulto Mayor, Essalud – Cajamarca, 2019, tuvo como objetivo determinar el estado depresivo del adulto mayor, investigación cuantitativa, descriptivo, de corte transversal, con 83 adultos mayores. Resultados: el 85,5% tienen estado depresivo mínimo, 9,6% leve, 3,6% moderado y 1,2% grave. Conclusión: el 85,5% de los adultos mayores jubilados inscritos en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca presentaron estado depresivo (30).

Caldas SJ, Correa MY. (2019), realizaron la investigación: Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica. Su objetivo fue determinar la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores de una residencia geriátrica, estudio observacional y de nivel relacional, con 45 personas adultas mayores. Resultados: el 20% presentó depresión leve, 33,33% depresión moderada y 53,33% depresión severa, en cuanto al deterioro cognitivo, el 16,66% tuvo deterioro cognitivo leve, 13,33% deterioro cognitivo moderado y 3,4% demencia. Se concluye que la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores de una Residencia Geriátrica, no es significativo, a través de la prueba Rho de Spearman. (0,122) (31).

Zevallos RN. (2018), realizó la investigación: Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima. Su objetivo fue: determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima, investigación de diseño no experimental, descriptivo-correlacional, con una población de 400 ancianos. Resultados: el 51% no presentó deterioro cognitivo, 40% deterioro cognitivo de leve a moderado y el 9% deterioro cognitivo grave; en cuanto a depresión: el 61% presenta depresión establecida, el 38% depresión leve mientras que el 1% normal. Conclusión: no existe relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión mediante Rho de Spearman es de  $\rho = ,147$  lo cual significa que no existe relación entre variables (32).

Vílchez J, et al. (2017), realizaron la investigación: Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Su objetivo fue determinar la asociación entre la presencia de trastorno depresivo y trastornos neurocognitivos en adultos mayores de tres ciudades del Perú, estudio no experimental y de nivel relacional. Como resultado se obtuvieron: el 36,3% presentó deterioro cognitivo y el 64% tenía depresión moderada o severa; además, se encontró una relación entre la edad y depresión, y una asociación entre el deterioro cognitivo y tener depresión severa ( $p < 0,05$ ). Concluyeron que, en los pacientes evaluados, los índices de depresión aumentaron conforme aumentaba la edad y hubo una mayor probabilidad de tener trastorno neurocognitivo en aquellos con depresión severa (12).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Modelo de promoción de la salud**

El sustento teórico de la presente investigación es el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, citado por Aristizábal, G. et al., (33); el cual se sustenta en dos postulados teóricos:

El primero, menciona la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas; establece cuatro requisitos que influyen en el aprendizaje y el comportamiento: *la atención*: es

decir estar expectante ante lo que sucede, *la retención*: recordar lo que uno ha observado, *la reproducción*: habilidad de reproducir la conducta y *la motivación*: hace referencia a una buena razón para querer adoptar esa conducta (33).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (33).

Asimismo, el estudio está sustentado en la Teoría de la depresión de Beck citado por Sanz J. (34), el cual establece que los problemas mentales es producto de una alteración en el procesamiento de la información; manifestándose un sesgo en el proceso de los acontecimientos que incluye una carencia o privación, donde las personas toman mucha importancia a esos acontecimientos negativos, demostrando la tríada cognitiva negativa: que se explica como una visión negativa de la persona, del universo y del porvenir.

Dicho modelo y la teoría se relaciona con el estudio, puesto las conductas y factores personales son determinantes de los estados cognitivos y emocionales; por lo tanto, el mantener un buen estado cognitivo y afectivo sobre todo en la vejez son esenciales para mantener un buen estilo de vida; por eso, es fundamental que los profesionales de enfermería pongan en práctica dicho modelo con el propósito de comprender los comportamientos del adulto mayor, y a su vez, nos orienta hacia la generación de conductas saludables.

### **2.2.2 Bases conceptuales**

#### **1. Adulto mayor**

Adulto mayor es un término que se da a las personas que tienen más de 65 años de edad. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría. Por lo



general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades debido a su trayectoria (35).

El MINSA del Perú promueve el derecho a la atención integral para el adulto mayor para lograr un envejecimiento activo a través del bienestar físico, social y mental, disminuyendo la dependencia y el deterioro de la salud del adulto mayor, mediante el autocuidado y prevención de enfermedades crónicas en esta etapa de vida (36).

## **2. Envejecimiento**

El envejecimiento no sólo es un criterio cronológico (60 o 65 años) o funcional (cambios, deterioro de aptitudes y habilidades) sino que debe comprenderse dentro del modelo de ciclo vital, entendiendo que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual se introduce en una etapa diferente de las vividas con anterioridad. Desde esta perspectiva la vejez incluye aspectos negativos (de deterioro, falta de capacidades) pero también positivos (experiencia humana), y todo ello desde la consideración individual de la persona, dado que el envejecimiento no es un proceso unitario (37).

A nivel mundial existe una transición demográfica caracterizada por un envejecimiento poblacional. En un análisis realizado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se proyecta que el porcentaje de la población de 65 años o más se triplicará para mediados de este siglo en Latinoamérica y hacia el año 2050 habrá tantas personas cumpliendo esta edad cada año como nuevos nacimientos. En Perú, la población de adultos mayores representa el 10 % del total y se espera que para el año 2025 hasta una proporción del 12,6 %, colocándolo así, en el grupo de países con un envejecimiento acelerado (38, 39).

## **3. Características del envejecimiento**

Es universal, inherente de seres vivos. Paulatino, ya que es un proceso acumulativo. Continuo, posee comienzo y término. Dinámico, se encuentra en continua transformación. Irreversible, no para ni retorna; es decisivo y terminante. Declinante, las funciones del organismo se dañan de manera progresiva hacia su

defunción. Intrínseco, se produce dentro de sí, pese a las influencias del entorno. Heteróclito y unipersonal, este no presenta estereotipo determinado. Todo grupo posee una peculiaridad en esta etapa y cambia considerablemente de órgano a órgano y de individuo a individuo, interiormente de la misma persona (40).

**4. Clasificación del adulto mayor.** Según el Ministerio de Salud se clasifican en (41).

**a. Persona adulta mayor activa saludable:** Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal

**b. Persona adulta mayor enferma:** Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante.

**c. Persona adulta mayor frágil:** Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones: Edad: 80 años a más. Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer. Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage. Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio - familiar. Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año. Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas. Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas. Hospitalización en los últimos 12 meses. Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

**d. Paciente geriátrico complejo:** Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: Edad: 80 años a más. Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas. El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total). Deterioro cognitivo severo. Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar. Paciente terminal.

## **5. Estado cognitivo**

La cognición se entiende como el funcionamiento intelectual que permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función (42).

## **6. Reserva cognitiva**

Definida como la forma eficiente y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno. La capacidad de respuesta del sujeto es explicada por la forma en que una eficiente red neuronal es utilizada y modulada en el envejecimiento normal, pero también en presencia de patología. Se acumula a lo largo de la vida e incluye elementos innatos y adquiridos, como, por ejemplo, la escolaridad, tipo de ocupación y la realización de actividades cognitivamente desafiantes y de ocio en la adultez y la adultez mayor (43).

## **7. Deterioro cognitivo**

Se define como la disminución progresiva de funciones mentales, el cual no llega a una afección grave como para ser llamada demencia. Afecta tanto a áreas conductuales como psicológicas; tales como memoria, cálculo, orientación, juicio, lenguaje, conducta, entre otros. El deterioro cognitivo se conoce como el límite entre el envejecimiento normal y la demencia, ya que excede la alteración cognoscitiva del envejecimiento normal, pero sin llegar a ser tan grave como para llegar a la demencia (44).

### **a. Tipos de deterioro cognitivo**

- 1) Normal (sin deterioro):** Las personas sin desorden, trastorno o deterioro cognitivo mantendrán sus funciones estables, en distintos campos tales como: concentración, retentiva y rapidez en el procesamiento de los datos (45).

- 2) Deterioro cognitivo leve:** Se define, como una alteración de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicarse el diagnóstico de demencia. Por otra parte, se deberá constatar que las alteraciones de memoria son adquiridas mediante la declaración de un informador fiable o bien por su objetivación en exploraciones diferentes (45).
- 3) Deterioro cognitivo moderado:** El deterioro cognitivo moderado se caracteriza por una agudización de los problemas que se habían detectado anteriormente y por tanto, conlleva una dependencia por parte de su familia. Estos problemas pueden ser una mayor alteración de la memoria y del lenguaje, cambios en el carácter y mayor afectación para las actividades de la vida diaria (46).
- 4) Daño cognitivo severo:** Implica un estado del paciente en el que sufre una gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos.

Se puede dar el caso de que llegado este punto ya no reconozca a las personas que tiene a su alrededor, ni los lugares en los que se encuentra, etc. Llegado este punto de la enfermedad, el paciente no puede casi valerse por sí mismo ya que necesitará ayuda para solventar cualquiera de sus necesidades básicas como son asearse, alimentarse o trasladarse a cualquier estancia. Además, estos pacientes son muy vulnerables a infecciones, especialmente a la neumonía (46).

## **8. Depresión en el adulto mayor**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (47).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (47).

#### **a. Tipos**

**1) Trastorno depresivo recurrente:** se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica (48).

**2) Trastorno afectivo bipolar:** consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir (48).

**3) Depresión grave o mayor:** síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas pueden tener un solo episodio en la vida, pero es más común tener varios episodios. La depresión tiene muchos síntomas, incluso físicos.

- Estado de ánimo constantemente triste o ansioso
- Sentirse vacío gran parte del tiempo
- Pérdida de interés o de placer en los pasatiempos y las actividades
- Pesimismo o falta de esperanza
- Sentimientos de culpa, falta de auto - estima e impotencia

- Fatiga o tener menos energía, sentir que se mueve o habla más lentamente
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Dolores y molestias físicas, como dolor de cabeza, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente y que no se alivian ni siquiera con tratamiento (49).

**4) Trastorno depresivo persistente (distimia):** síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran por mucho tiempo (por lo menos dos años) (49).

**5) Depresión menor:** síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo (49).

#### **b. Etiopatogenia**

La herencia da cuenta del 50% de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; la concordancia entre gemelos idénticos es alta. Además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos (50).

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica, y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento (50).

### **c. Síntomas**

La depresión es un ejemplo de enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica. Dada la pluripatología de estos pacientes la depresión coexiste con otras enfermedades físicas. La principal causa de pérdida de peso en el anciano es la depresión. Las pérdidas funcionales, las alteraciones cognitivas y la deprivación sensorial pueden predisponer a la depresión (51).

**1) Síntomas comunes:** estado de ánimo triste, anergia, anhedonia, pérdida de interés por las cosas, pesimismo, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, síntomas somáticos y psicóticos, trastornos de conducta, del sueño, del apetito y sexuales (51).

### **d. Factores de riesgo**

#### **1) Factores personales y sociales**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta (51).

#### **2) Factores cognitivos**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (51).

#### **3) Factores familiares y genéticos**

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo

mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad (51).

### **2.3. Hipótesis**

- **Hi:** Existe relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.
  
- **Ho:** No existe relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

### **2.4. Variables de estudio**

- ❖ **Variable Independiente:** Deterioro cognitivo del adulto mayor.
- ❖ **Variable Dependiente:** Depresión del adulto mayor.



## 2.5. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICIÓN
<b>Variable independiente:</b> Deterioro cognitivo del adulto mayor.	Es la disminución progresiva de funciones mentales superiores, en el que hay deterioro de las áreas conductuales y psicológicas (44).	El deterioro cognitivo se midió a través del cuestionario del estado cognitivo de Pfeiffer.	Sin deterioro cognitivo  Deterioro cognitivo leve  Deterioro cognitivo Moderado  Deterioro cognitivo severo	Menos de 2 errores.  3 a 4 errores.  5 a 7 errores.  8 a 10 errores.	Cualitativa Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICION
<b>Variable dependiente:</b> Depresión del adulto mayor.	Trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, del apetito y falta de concentración en el adulto mayor (47).	Los síntomas depresivos se determinaron a través de la escala abreviada de Yesavage.	Normal o sin depresión.	0-5 puntos	Cualitativa Ordinal
			Depresión leve	6-9 puntos	
			Depresión establecida.	≥ 10 puntos	

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años cumplidos) (52).	Cualidades sociales y demográficas que describen y caracterizan a los adultos mayores participante del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 60 a 69 años</li> <li>✓ 70 a 79 años</li> <li>✓ 80 a 89 años</li> <li>✓ 90 a más años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuantitativa</li> <li>✓ Intervalo</li> </ul>
<b>Sexo</b>	Características biológicas, genéticas, psicológicas y físicas que dividen a los seres humanos a un hombre de una mujer (52).		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hombre</li> <li>✓ Mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cualitativa</li> <li>✓ Nominal</li> </ul>

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente trabajo fue de diseño no experimental, puesto que no se manipuló las variables, de enfoque cuantitativo porque se basa en la medición numérica y el análisis estadístico; lo que buscó fue observar fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, para después analizarlos (53).

Fue un estudio correlacional porque se estableció la relación entre las dos variables de estudio; según el número de ocasiones en que se mide la variable, fue de corte transversal porque la toma de los datos se realizó una sola vez; según el número de variables de interés fue descriptivo porque el análisis estadístico fue univariado, ya que estimó parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (54).

#### 3.2. Población

La población de estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores que fueron atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, durante el periodo comprendido entre diciembre del 2021 a febrero del 2022. Se seleccionó este periodo por las facilidades brindadas por el personal de salud, ya que los adultos mayores estuvieron citados; y, además se tuvo a favor las condiciones climáticas, ya que en el presente periodo se tuvieron escasas precipitaciones y la mayoría de días fueron soleados, lo que permitió realizar las visitas domiciliarias a aquellos adultos mayores que no se les aplicó los instrumentos en el establecimiento de salud. La población en estudio fue de 80 adultos mayores, que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 77 de ellos fueron atendidos en el servicio de medicina y 03, en laboratorio.

La técnica utilizada fue el muestreo no probabilístico, siendo el tipo de muestreo por conveniencia el empleado en el presente estudio, seleccionándose a cada uno de los adultos mayores que conformaron la muestra porque accedieron a participar en el estudio.

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

#### **a) Criterios de inclusión.**

- ♣ Adultos que se atendieron en el Centro de Salud Patrona de Chota.
- ♣ Adultos mayores que desearon participar voluntariamente del estudio.
- ♣ Adultos mayores LOTEPE.
- ♣ Adultos mayores de ambos sexos.

#### **b) Criterios de exclusión**

- ♣ Pacientes adultos mayores inconscientes.
- ♣ Pacientes adultos mayores con problemas mentales.
- ♣ Paciente adultos mayores dependientes.
- ♣ Pacientes menores de 60 años.

### **3.4. Unidad de análisis**

Estuvo constituida por cada adulto mayor que se atienden en el Centro de Salud Patrona de Chota.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **a. Técnica**

Se utilizó como técnica la entrevista estructurada que nos permitió obtener la información sobre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor.

#### **b. Instrumento**

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron:

1. Para la variable estado cognitivo se utilizó el instrumento Cuestionario Estado Cognitivo (PFEIFFER), validado al castellano por Martínez J, et al, 2001 (56); dicho cuestionario (**Anexo 02**) está constituido por 10 preguntas, marcando con “1” punto por cada pregunta errada (E), y “0” por cada pregunta acertada; luego se suman el número total de preguntas erradas, y luego se realiza la valoración cognitiva de la siguiente manera:

Estado cognitivo (PFEIFFER)	ERRORES (E)
No deterioro cognitivo:	$\leq 2$ E
Deterioro Cognitivo leve:	3 a 4 E
Deterioro Cognitivo moderado:	5 a 7 E
Deterioro Cognitivo severo:	8 a 10 E

A las personas con primaria incompleta y analfabeta se restó un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo a lo señalado. La fiabilidad inter e intraobservador del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. Además, el área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según nivel de escolarización y edad.

2. Para la depresión se utilizó la escala Estado depresivo (Escala abreviada de Yesavage) (**Anexo 03**). En 1986, Sheikh y Yesavage (57) desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, obtenido valores de fiabilidad intra e interobservador de 0,96 y 0,89 respectivamente, considerados como excelentes. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. En la valoración se asigna un punto por cada respuesta coincidente con la que refleja la columna del lado derecho, y la suma total se valora de la siguiente manera: 0 – 5 puntos: Normal; de 6 – 9: Depresión leve y  $\geq 10$  puntos: Depresión establecida.

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

No obstante, de que los instrumentos han sido validados, la validación del contenido del instrumento se determinó por un juicio de expertos conformado por profesionales especialistas en investigación y en el tema con la finalidad de mejorar el sentido de los ítems del instrumento, evaluando el contenido, la coherencia, la pertinencia y la claridad de los enunciados

### **3.6. Proceso de recogida de información**

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se solicitó el permiso respectivo al Gerente del Centro de Salud Patrona de Chota mediante una solicitud emitida por la Dirección de la Filial Chota de la Universidad Nacional de Cajamarca para obtener el permiso correspondiente para la ejecución de la investigación. Obtenida la autorización se procedió a entrevistar a cada adulto mayor que acudía al consultorio citado, explicándosele los objetivos del estudio y recalcándoles que la información adquirida son con fines académicos, se les aplicó los instrumentos previo consentimiento informado; asimismo se realizó visitas domiciliarias a aquellos adultos mayores, a quienes no se les pudo aplicar los instrumentos en el establecimiento de salud, en fecha y hora acordada; quienes fueron visitados y participaron voluntariamente, firmando el consentimiento informado. Asimismo, para evitar el riesgo de contagio por la Covid-19, se utilizó en todo momento la mascarilla KN 95, manteniendo el distanciamiento físico y el uso de alcohol de 70° para la desinfección de las manos.

### **3.7. Procesamiento y análisis de datos**

Culminado el proceso de recolección de datos, estos fueron sometidos a un control de calidad; posteriormente, los datos fueron codificados y se ingresaron a una matriz de datos manualmente en el programa SPSS versión 26. Luego se elaboró la base de datos en el software respectivo y se procedió a la presentación de la información mediante tablas simples y de contingencia, teniendo en cuenta para el análisis la estadística porcentual con números y frecuencias. Además, se usó la prueba estadística del Rho Spearman para medir la relación entre las variables de estudio.

### **3.8. Consideraciones éticas**

- **Autonomía.** Se refiere a la capacidad de una persona para decidir, hacer o buscar aquello que pueda ser mejor para sí misma. En el presente estudio cada adulto mayor tomó la decisión libre de participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. En el estudio ningún adulto mayor que participó en la investigación fue expuesto a situaciones que afecte la integralidad de su persona.
  
- **No maleficencia.** Principio de la bioética que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mayor que el maleficio. En el estudio no se causó daño al adulto mayor; asimismo, los datos no fueron mal utilizados.
  
- **Justicia:** Se refiere al trato que debe darse a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado. En todo el proceso de la investigación todos los adultos mayores tuvieron la misma probabilidad de ser parte del estudio, quienes fueron tratados con respeto, amabilidad y sin discriminación alguna. (58).



## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados fueron interpretados y analizados en base a las frecuencias más altas y a los datos más relevantes. Asimismo, contextualizando el presente estudio el 96,3% de los adultos mayores fueron atendidos en el servicio de medicina y el 3,8% en el área de laboratorio; en tanto 97,5% proceden del distrito Chota, mientras que el 2,5% del distrito de Lajas.

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

<b>Características demográficas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	60 – 69 años	31	38,8
	70 – 79 años	20	25,0
	80 – 89 más	27	33,8
	90 a más años	02	2,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	44	42,4
	Mujer	36	32,2
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 1, se observa que según variable edad en los niveles de medición la edad más frecuente entre los adultos mayores participantes está entre los 60 y 69 años con un 38,8%, seguido por los de 80 a 89 años con un 33,8% adultos mayores atendidos en el centro de Salud Patrona de Chota, 2021. Asimismo, según sexo, hay una mayor cantidad de hombres adultos mayores con un 42,4%, respecto al número de mujeres (32,2%).

Los resultados obtenidos, en cuanto al sexo, que en su mayoría conformaron la población estudiada, se debe probablemente porque ellos mostraron mayor interés por la evolución de su memoria; en cambio, algunas de las mujeres entrevistadas fueron al centro de salud por iniciativa de sus familiares, este dato fue menor si se considera que

con frecuencia el género masculino tiene una mayor preocupación por su salud. En general, se trabajó con personas con un nivel primario de grado 1 y 2 y secundario; con una composición familiar de hijos, hermanos. La procedencia fue de los diferentes ámbitos tanto rural y urbano.

El incremento de la población adulta mayor está relacionado con los cambios demográficos que se presenta en Perú, puesto que la población mayor de 60 años se ha incrementado significativamente en los últimos 20 años, con una tasa promedio de 3,3% por año respecto a la población general, y los de 80 años dos veces más, con una media de 3,6% (59).

Se encontraron cifras parecidas a los de Mañay M (27), donde 45% de adultos mayores tenían entre 65 y 69 años, en tanto el 24% más de 80 años; pero fue diferente a los reportes de Prado JW (28), donde 66,9% de personas mayores tuvo entre 75 y 90 años. Respecto al sexo de los participantes, tanto en los estudios de Mañay M (27) como de Prado JW (29), tenían entre sus muestras más mujeres que hombres, con 62,7 y 57,7% respectivamente.

La muestra se caracterizó de la siguiente manera: predomi nó el sexo femenino (60.3%), más de la mitad con esposo(a) o concubino(a) (54.0%); la mayoría con escolaridad (75.4%) y sin empleo remunerado (90.1%) (tabla 1). El 40.1% (n=101) no presentó depresión, el 34.9% (n=88) depresión leve y el 25% (n=63) depresión establecida. En cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra

La gran variación epidemiológica de la población adulta mayor a medida que la edad avanza (longevidad) también trae consigo problemas físicos y mentales que en ocasiones son diferenciales de acuerdo al sexo (60); por ello se requiere de intervenciones urgentes que estén orientadas a prevenir problemas neurales propios del envejecimiento, considerando la edad y el sexo como indicadores para valorar su aparición y severidad (61, 62).

Además, el envejecimiento en el Perú se ha venido dando de manera sostenida en las últimas décadas, pues hacia el año 2020 la esperanza de vida alcanzaba a los 75,3 años, siendo las mujeres quienes viven en promedio 5 años más; además se prevé que al 2050 está alcanzará los 82 años (59); esto traerá consigo no solo un reto para el sistema sanitario asistencial en el Perú, sino que también el aumento de los problemas de salud mental.

Así, dentro de los cambios cognitivos que se asocian con la vejez, y que a mayor edad, mayores problemas de salud mental, se encuentran la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje (63).

Como lo refiere León-Arcila R, Milán-Suazo F, Camacho-Calderón N, et al, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se encuentra en sujetos con nivel socioeconómico bajo, sin escolaridad, sexo femenino, diabetes mellitus, deterioro visual y polifarmacia (64).

Asimismo, en toda la historia, se ha identificado en variados estudios que en el curso de vida del adulto mayor aparecen una serie de problemas que se agudizan y, que posteriormente al hacerse crónicos van a obstaculizar la tranquilidad del adulto mayor sea la edad o sexo que tenga.

En el estudio de Vílchez-Cornejo et al se encontró que el tener entre 80 a 89 años predisponía a un 91% más de probabilidades en desarrollar depresión, porque la corteza cerebral en sujetos sanos se va perdiendo con el envejecimiento entre un 5 a 6% en sus tasas de consumo de oxígeno y de utilización de glucosa a partir de los 30 años, así mismo su peso disminuye, el peso promedio a los 90 años es 15-20% menor que el existente a los 25-30 años; en donde un grupo de neuronas se reducen por apoptosis. Como consecuencia de ello, las enzimas que sintetizan neurotransmisores (dopamina, noradrenalina, acetilcolina) disminuyen con la edad y estos presentan anomalías. (62)

Tabla 2. Deterioro cognitivo en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

<b>Deterioro cognitivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin deterioro cognitivo	32	40,0
Deterioro cognitivo leve	20	25,0
Deterioro cognitivo moderado	27	33,7
Deterioro cognitivo severo	1	1,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 2, se observa que del total de los adultos mayores del Centro Salud Patrona de Chota, participantes en el estudio, presentan algún grado de deterioro cognitivo, siendo el deterioro moderado el más prevalente (33,7%), seguido por el deterioro cognitivo leve con un 25% de adultos mayores atendidos durante los meses de diciembre 2021 a febrero del 2022, cifras que de acuerdo a los porcentajes presentados en la tabla, se evidencia que el 60% de los adultos mayores participantes presentan algún grado de deterioro cognitivo.

Los resultados encontrados pueden deberse probablemente al proceso de la vejez por la que este grupo etario se encuentra atravesando, en el cual existen modificaciones biopsíquicas y fisiológicas, y pese a la presencia de programas que reducen la soledad en la ancianidad y protegen a la mujer y a los adultos mayores, es que el índice de deterioro de las funciones mentales es alto en nuestro medio.

Estas cifras son superiores al estudio español realizado por Camacho JA y Galán JM (26), quienes encontraron que el 48,6% de su muestra presentaron deterioro cognitivo, siendo el deterioro leve 22,9% el más frecuente y al de Pérez que en su estudio realizado con respecto a deterioro cognitivo en Cuba han mostrado cifras de prevalencia de 7,76 a 16,5 % en edades superiores a los 65 años, de ahí la importancia que adquiere esta afección con el aumento de la expectativa de vida, que ya supera los 75 años de edad.

El deterioro cognitivo, se caracteriza por la disminución progresiva de las funciones mentales, afectando áreas conductuales y psicológicas como la memoria, cálculo, orientación, juicio, lenguaje, conducta, etc.; además, es considerado como el límite entre el envejecimiento normal y la demencia, periodo denominado como síndrome geriátrico (44, 65).

Igualmente, reportes de investigación realizados en México muestran prevalencia de deterioro cognitivo muy variable, que va desde el 7% al 56% (66-69); asimismo Durán-Badillo T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G y Vázquez L encontró en su estudio un 58,3% de adultos mayores con función cognitiva íntegra y 41,7% deterioro cognitivo (70), encontrándose mayor prevalencia en el sexo femenino. similar a lo reportado por León-Arcila et al. (63). Asimismo, encontraron que a mayor edad, mayor deterioro cognitivo, lo cual coincide con lo reportado por Mejía-Arango et al. (67).

Por otro lado, estudios peruanos como los de Caldas SJ y Correa MY(31), evidenciaron resultados casi similares, con 66,6% de deterioro cognitivo y una mayor frecuencia de deterioro cognitivo moderado (13,3%); a diferencia del estudio de Zevallos RN (32) que reportó un menor porcentaje de deterioro cognitivo (49%), con prevalencia de deterioro cognitivo leve (40%); asimismo, Vílchez J et al (12), reportó cifras inferiores (36,3%) a lo encontrado en nuestro estudio; y Prado WJ (28), identificó que el 55,4% de adultos mayores tienen deterioro cognitivo leve. Otros estudios a nivel nacional reportaron prevalencias de entre 16 y 25% de deterioro cognitivo, con una afectación cercana al 70% en adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema (63, 64).

Custodio afirma que un considerable número de ancianos presenta algún grado de deterioro cognitivo leve sin llegar a demencia que no son reconocidos; en los cuales identificamos cambios cognitivos, conductuales y biológicos que ocurren durante la llamada fase prodrómicas de las patologías que degeneran en demencia (71).

El deterioro cognitivo como “síndrome geriátrico” está presente en más de 20 millones de adultos mayores alrededor del mundo, siendo una de las 10 causas más

frecuentes de las consultas médicas con cerca del 20% (72), donde la edad, “perdida temporal de memoria”, lentitud en el desarrollo de actividades cotidianas o la menor productividad son los principales indicadores de su presentación (73, 74). Siendo considerado un problema fundamental de salud pública a nivel mundial, y convirtiéndose en una de las demandas más necesarias de atención clínica en los adultos mayores.

Las diferencias encontradas en el estudio pueden deberse al contexto en que se abordaron a los adultos mayores, probablemente porque el estudio se realizó en adultos mayores que buscaron una consulta médica, lo que significa que tienen una mayor actividad social con respecto a quienes se les hizo la visita domiciliaria, desconociéndose su relación familiar y social; así como también se puede deber a las diferencias del nivel de desarrollo de los países y de los programas de atención para este grupo de edad.

Teóricamente, el estudio se sustenta en el modelo de Nola Pender, quien establece que las conductas y factores personales son determinantes de los estados cognitivos; por lo tanto, el mantener un buen estado cognitivo y afectivo sobre todo en la vejez son esenciales para mantener un buen estilo de vida (33).

El predominio del deterioro cognitivo moderado en la población adulta mayor estaría relacionado con la transición demográfica, con la disminución de la mortalidad, el incremento de la esperanza de vida y el declive de las capacidades cognitivas superiores producto del envejecimiento, predisponiéndoles a generar un deterioro cognitivo más rápido que sus capacidades físicas y funcionales. Por eso, es fundamental que los profesionales de enfermería pongan en práctica el modelo de promoción de la salud de Nola Pender con el propósito de comprender los comportamientos del adulto mayor, y a su vez, nos orienta hacia la generación de conductas saludables; toda vez que, el deterioro cognitivo se ha agudizado últimamente, acentuándose más en su fase moderada y leve.

Tabla 3. Depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

<b>Depresión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin depresión	10	12,5
Depresión leve	60	75,0
Depresión establecida	10	12,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

La tabla 3, muestra que el 75% de los adultos mayores atendidos en el Centro Salud Patrona de Chota presentan depresión leve y solo el 12,5% tienen depresión establecida; estos resultados pueden deberse probablemente a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, problemas económicos, cambio de residencia, aislamiento de la sociedad, pobreza, entre otros factores; y, en general a la falta de bienestar; situaciones que pueden predisponer a la depresión.

Los resultados obtenidos, son similares a los estudios internacionales que muestran que la prevalencia de depresión en el anciano que vive en la comunidad se sitúa de un 10,0 % a un 14,0 % (75); además nos permiten identificar un grupo de riesgo que necesita un cuidado especial; pues, el grupo participante del estudio tiene un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores que provienen tanto de la zona urbana como rural de la ciudad de Chota, siendo un factor de riesgo asociado al deterioro cognitivo, afectando la calidad de vida del adulto mayor.

Asimismo, nuestros resultados difieren a los de Valdés M, et al. (28), donde el 60% de adultos mayores presentaron depresión; similares también a los de Prado WJ (29), donde el 49,2% de personas mayores presentó manifestaciones depresivas. En cuanto a la depresión, es definida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (47), que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar

sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. Por lo que, si es leve, puede tratarse sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (47).

Igualmente, difieren al estudio de Mañay M (27), donde el 66% no presentó síntomas depresivos, 28% probable depresión y 6% depresión estable; a los de Salazar JJ (30), donde el 85,5% de adultos mayores tuvo depresivo mínimo; 9,6%, leve; 3,6%, moderado y 1,2%, grave. Asimismo, son diferentes a los de Caldas SJ, Correa MY (31), quien en sus resultados muestra que el 20% de personas mayores tuvo depresión leve; 33,33%, depresión moderada y 53,33%, depresión severa; y a los de Zevallos RN (32), en donde el 61% de personas mayores presentó depresión establecida, el 38% depresión leve, mientras que el 1% no tuvo depresión.

Siendo la depresión una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de la vida diaria, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad, por lo que las consecuencias de la depresión no atendida son progresivas y de variable intensidad, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (74); alcanzando a convertirse en la segunda causa de discapacidad en la actual década, según la Organización Mundial de la Salud.

Asimismo, la depresión está sustentada en la Teoría de Beck (34), quien establece que los problemas mentales es producto de una alteración en el procesamiento de la información; manifestándose un sesgo en el proceso de los acontecimientos que incluye una carencia o privación, donde las personas toman mucha importancia a esos acontecimientos negativos, demostrando la tríada cognitiva negativa: que se explica como una visión negativa de la persona, del universo y del porvenir.

El predominio de la depresión leve (75%), seguida por la depresión establecida (12,5%), podrían deberse también al declive de su capacidad mental y a la soledad por el abandono familiar y/o muerte del cónyuge, los cuales de manera aislada o de manera conjunta han generado problemas de salud mental en el adulto mayor. Por



otro lado, son los adultos mayores quienes son más vulnerables y están más expuestos a factores biopsicosociales como el aislamiento, falta de apoyo familiar, la jubilación, entre otras, los cuales afectan su salud mental y repercuten negativamente en su calidad de vida. Siendo necesario, que las autoridades y el personal de salud implemente estrategias de intervenciones en salud mental, con plena participación activa de las familias, los agentes comunitarios, líderes religiosos y las instituciones educativas integradas, con la finalidad de mejorar la salud mental de este grupo etario.

Del mismo modo, nuestros resultados obedecen probablemente a la situación económica precaria en la que los adultos mayores del estudio tienen e influye en el estado de ánimo de los mismos, siendo más probable que un adulto mayor con bajos ingresos económicos se encuentre triste. Pues, las situaciones económicas pueden ser trascendentales para establecer la satisfacción y el estado de ánimo de las personas.

Por otra parte, se destaca la correspondencia entre depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año (76). En este sentido, podemos decir que probablemente estas reflexiones tienen muestras en común con los resultados obtenidos en esta investigación, a partir de su ejecución en poblaciones urbanas; lo que se confirma el hecho de que la urbanización crea un elemento predisponente para la depresión.

Vílchez-Cornejo et al, afirma que los niveles de depresión moderada y severa aumentan conforme se tiene más edad, según su estudio realizado (62), el cual coincide con un estudio de Colombia, donde se asevera este aumento progresivo con la edad (76). Esto puede suceder debido a que no se aborda de forma integral al valorar a los ancianos cuando se atiende en diferentes ámbitos sanitarios dejando de lado su situación cognitiva y emocional, la falta de una adecuada valoración geriátrica integral (VGI) impide identificar los problemas asociados a su estado mental, entre ellos los aspectos funcionales (dependencia basal), sociales (fragilidad social), mental (cognitivos y afectivos) y clínicos (comorbilidades, síndromes geriátricos) (62).

Tabla 4. Relación entre deterioro cognitivo y depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

Deterioro cognitivo	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión establecida		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Sin deterioro	6	18,8	25	78,1	1	3,1	32	100,0
Deterioro leve	2	10,0	18	90,0	0	0,0	20	100,0
Deterioro moderado	2	7,4	17	63,0	8	29,6	27	100,0
Deterioro severo	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>12,5</b>	<b>60</b>	<b>75,0</b>	<b>10</b>	<b>12,5</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

#### Prueba de hipótesis

Prueba estadística	Valor	p-valor
Rho Spearman	0,356	0,001**

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 4, se observa que los adultos mayores que se hicieron atender en el Centro de Salud Patrona de Chota tienen depresión leve y deterioro cognitivo leve con un 90% y con deterioro cognitivo moderado un 63,0%. Son los adultos mayores particularmente vulnerables a diversos síndromes geriátricos debido al declive de la capacidad funcional, del sistema inmunitario y a la mayor morbimortalidad. Por eso, es importante prestar atención específica a las personas mayores que viven solas o sin parientes cercanos, a los que tienen bajo nivel socioeconómico y/o condiciones de salud críticas como deterioro cognitivo, demencia u otras condiciones de salud mental, con la finalidad de brindar medidas de apoyo por parte de los profesionales de la salud mental, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida (10).

De acuerdo a la prueba de hipótesis, el estudio evidencia que existe asociación estadística entre el deterioro cognitivo y la depresión mediante la prueba estadística Rho Spearman, cuyo P-valor = 0,001. Resultados similares a los de Prado WJ (29), en donde se encontró una asociación significativa positiva entre el deterioro cognitivo leve y las manifestaciones

depresivas mediante la prueba estadística de Pearson con el 0,605, asimismo son parecidos a los de Vílchez J, et al. (12), donde se encontró una relación entre la edad y depresión, y una asociación entre el deterioro cognitivo y depresión severa ( $p < 0,05$ ); por lo que se concluye que, a mayores índices de depresión mayor edad y hubo una mayor probabilidad de tener trastorno neurocognitivo en aquellos con depresión severa.

Pero difieren a los de Caldas SJ, Correa MY (31), quienes en su estudio no encontraron relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores a través de la prueba Rho de Spearman (0,122). A los de Zevallos RN (32), en donde encontró que no existe relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión mediante Rho de Spearman es de  $\rho = ,147$ . Igualmente, difiere con el estudio de Durán-Badillo et al (70), quienes concluyeron que los valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron asociación entre depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal en México.

Frente a esta problemática el Ministerio de Salud (MINSA), ha establecido el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021”, con el objetivo de fortalecer el primer y segundo nivel de atención y lograr la articulación intergubernamental, con la finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población adulta mayor (25); sin embargo, su implementación es lenta debido al bajo presupuesto y a la falta de personal de salud especializado.

El predominio de la depresión leve en aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo leve (90%) y deterioro cognitivo moderado (63,0%) podría estar relacionado a la mayor fragilidad y a factores de riesgo a esta edad, como la soledad, la pérdida de unos de los cónyuges y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, las cuales podrían ocasionar alteraciones cognitivas y psicológicas en el adulto mayor. Siendo importante, la necesidad creciente de afecto y de seguridad, por lo que resulta indispensable el apoyo y el acompañamiento psicológico al adulto mayor, con la finalidad de mitigar en gran medida las alteraciones antes mencionadas y contribuir a lograr un mejor bienestar emocional y cognitivo. Por otro lado, es necesario poder identificar e intervenir a tiempo ante cualquier signo y síntoma de deterioro cognitivo y alteraciones psicológicas, que pueden declinar su calidad de vida, fundamentando las intervenciones de los profesionales de Enfermería orientadas a las familias de los adultos mayores, para

fomentar la motivación e integración de éstos, encaminadas al estímulo de la función cognitiva y evitar o detectar oportunamente signos de depresión.

Del mismo modo, podemos enfatizar que el proceso de envejecimiento y las condiciones sociales precarias y excluyentes que enfrentan los adultos mayores repercute negativamente en su estado de salud, a través de las enfermedades crónico-degenerativas que a su vez alteran la esfera psicológica evidenciada con deterioro cognitivo y depresión afectando a su calidad de vida.

Los resultados del estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva asociado al deterioro cognitivo en adultos mayores que han sido atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, y este hallazgo resulta algo paradójico pues el objetivo principal de una atención integral e institucionalizada es facilitarles compañía atenuando la soledad y atendiendo los problemas de salud encontrados, por lo tanto, es fundamental socializar y encaminar estrategias comunes dentro de un equipo de salud interdisciplinario.

Por otro lado, el estudio de Vélchez-Cornejo et al encontró en su análisis bivariado que aquellos que tenían depresión severa se asociaba 2,10 veces a padecer deterioro cognitivo (intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 1,38-3,16); el tener entre 80 a 89 años aumentó en un 91% (IC 95%: 1,17-3,13) a diferencia de quienes eran menores de 70 años y el proceder de la selva se asoció en un 67% (IC 95%: 1,21-2,31) con respecto a la costa en presentar deterioro cognitivo (62). Algunos reportes realizados demostraron que el padecer depresión es responsable de algunos procesos neurobiológicos como el deterioro del locus cereleus y la sustancia negra según Heun R, Kockler M Ptok U, por lo que se puede tomar en cuenta como un síntoma inicial del deterioro neurocognitivo y principal malestar psicológico. Es así que una depresión severa repercute a nivel cognitivo, este déficit cognitivo asociado principalmente por pérdida de la atención es también conocida como pseudodemencia depresiva y se puede confundir como el inicio de un cuadro del deterioro cognitivo si no es correctamente valorado, ya que la depresión puede ser el inicio de un cuadro de demencia como parte de la enfermedad a que el paciente es consciente de sus limitaciones cognitivas progresivas, según Taylor et al (62).

## CONCLUSIONES

1. Entre las características demográficas de los adultos mayores la mayoría se encontró en el grupo etario de 60 a 69 años y fueron del sexo masculino.
2. Más de la tercera parte de los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado, seguido del deterioro cognitivo leve.
3. La mayoría de adultos mayores participantes en el estudio tienen depresión leve y una minoría presenta depresión establecida.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y depresión con Rho de Spearman  $\rho = ,147$ ; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.

## **RECOMENDACIONES**

1. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería promover en los estudiantes investigaciones sobre la salud mental en el adulto mayor.
2. A los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería filial Chota, realizar investigación sobre deterioro cognitivo y depresión en el adulto mayores ya que son el grupo etario más olvidado.
3. A los responsables de Salud Mental elaborar, implementar y ejecutar planes y programas que conlleven a disminuir la soledad de los adultos mayores.
4. Al personal de salud unificar acciones en beneficio del adulto mayor para no se sientan abandonados por parte de su familia, establecimiento de salud y la municipalidad distrital.
5. Al establecimiento de salud tomar acciones en cuanto a la buena atención y tomar más interés al adulto mayor considerando sus atenciones según la norma técnica establecida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriola E, Carnero C, Freire A, López R, López JA, Manzano S, et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. [Internet]. España, 2017. [fecha de acceso 5 mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la salud en las Américas. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2019. [fecha de acceso 31 mayo del 2021]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y)
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2018. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte.>
4. Minsalud. Envejecimiento y vejez. [Internet]. Bogotá - Colombia, 2019. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
5. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra- Suiza. [fecha de acceso 01 junio del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/dementia/es/#:~:text=La%20demencia%20es%20un%20s%C3%ADndrome,una%20consecuencia%20del%20envejecimiento%20normal.>
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [Internet]. Ginebra- Suiza. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20est%C3%A1%20envejeciendo,el%20transcurso%20de%20medio%20siglo.>

7. Organización Mundial de la Salud. La prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. Volumen 91, Número 10. [Internet]. Ginebra- Suiza, 2013. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Pg. 717-796. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>
8. Vega T, Miralles M, Mangas JM, Castrillejo D, Rivas AL, Gil M. et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. Elsevier. [Internet]. España, 2016. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-prevalencia-deterioro-cognitivo-espana-estudio-S0213485316302171>
9. Ortiz MA, Delgado U, Martínez FG, Villa A. Deterioro cognitivo asociado con el nivel educativo e IMC en adultos mayores de Ciudad de México. Rev. Fisioterapia y Tecnología Médica. [Internet]. México, 2018. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: [https://www.ecorfan.org/taiwan/research\\_journals/Fisioterapia/vol2num4/Revista\\_de\\_Fisioterapia\\_y\\_Tecnolog%c3%ada\\_M%c3%a9dica\\_V2\\_N4\\_4.pdf](https://www.ecorfan.org/taiwan/research_journals/Fisioterapia/vol2num4/Revista_de_Fisioterapia_y_Tecnolog%c3%ada_M%c3%a9dica_V2_N4_4.pdf)
10. Bartoloni LC. Deterioro cognitivo. Diagnosis, Publicación Científica de Fundación PROSAM. [Internet]. Argentina, 2019. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
11. Camargo KDC, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. [Internet]. Colombia, 2017. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
12. Vílchez J, Soriano A, Saldaña D, Acevedo TH, Bendezú P, Ocampo B. et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres



ciudades del Perú. [Internet]. Perú, 2017. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>

13. Contreras C, Condor I, Atencio J, Atencio M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. [Internet]. Huancavelica, 2019. [fecha de acceso 30 mayo del 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100009)
14. Rodríguez GM. Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores, Casa Hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017. [Tesis de Grado]. Universidad San Pedro. [Internet]. Cajamarca, 2019. [Fecha de acceso el 31 de mayo del 2021]. Disponible en: [http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/13740/Tesis\\_62708.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/13740/Tesis_62708.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. [Internet]. 2004 [citado 26 de abril 2021]; 17(2):37-42. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf>
16. Gobierno de México. Depresión en el adulto mayor [Internet]. Ciudad de México, México: Gobierno de México; 2020 [citado 26 de abril 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
17. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 26 de abril 2021]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es#:~:text=En%20la%20regi%C3%B3n%20vivi%C3%A1n%20en,y%20la%20demencia%20al%205%25](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es#:~:text=En%20la%20regi%C3%B3n%20vivi%C3%A1n%20en,y%20la%20demencia%20al%205%25)

18. Molés MP, Esteve A, Lucas MV, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. glob.* vol.18 no.55. [Internet]. 2018 [citado 05 de junio 2021]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003)
19. Sigström R, Waern M, Gudmundsson, P, Skoog I, Östling S. Depressive spectrum states in a population based cohort of 70 year olds followed over 9 years. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018; 33(8):1009–1159. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4888>
20. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana* [Internet]. 2018 [citado 26 de abril 2021]; 29(3). Disponible en: [https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/10/03\\_041.pdf](https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/10/03_041.pdf).
21. Núñez M, Palomino MR. Salud Mental en América Latina. [Internet]. 2017. [citado 26 de abril 2021]. Disponible en: <https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>
22. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev. Fac. Med. Hum.* vol.19 no.4. [Internet]. Perú, 2019. [citado 26 de abril 2021]; 29(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312019000400008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008)
23. Quiroz YA. Factores biopsicosociales y la depresión del adulto mayor. Puesto de Salud Agocucho – Cajamarca – 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3827/TESIS%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Acuña DA. Características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017. [Tesis de maestría] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca;

2018 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en:  
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2682/%e2%80%9cCaracter%c3%adsticas%20socioecon%c3%b3micas%2c%20Demogr%c3%a1ficas%20y%20su%20relaci%c3%b3n%20con%20depresi%c3%b3n.%20Programa%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021. [Internet]. Perú, 2018. [fecha de acceso 05 junio del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
26. Camacho JA y Galán JM. La relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *psicología clínica y cultura. Psic.: Teor. e Pesq.* 37. [Internet]. España, 2021. [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/QvHHsDcMQSKncrr6m9nWQkL/?lang=es>
27. Mañay M. Depresión y funciones cognitivas en personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito, en el año 2018. [[Tesis de título] [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Tecnológica Indoamérica; 2019. [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1264/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N%20MICHELLE%20%20MA%c3%91AY.pdf>
28. Valdés M, González JA, Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* vol.33 no.4. [Internet]. Cuba, 2017. [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001)
29. Prado JW. Deterioro Cognitivo Asociado A Manifestaciones Depresivas En Las Personas Del Centro Integral Del Adulto Mayor De La Municipalidad Distrital De Cayma 2020 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa;2020 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10877/MCprarjw.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Salazar JJ. Estado depresivo del Adulto Mayor jubilado. Centro del Adulto Mayor, Essalud – Cajamarca, 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca;2020 [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3932/Tesis%20final.%20Jessica%20Salazar%20Abanto%20%28original%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Caldas SJ, Correa MY. Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Zevallos RN. Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima [Tesis doctoral] [Internet]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22418>
33. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 8. No. 4. [Internet] 2011. [fecha de acceso el 11 de octubre del 201]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
34. Beck citado por Sanz J. Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica [internet]. 1993 [consultado 07 de junio 2022]; 9(2): 134-136. Disponible en: [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
35. Pérez, M. Definición de Adulto Mayor [Internet]. 2021 [citado 29 de abril 2021]. disponible en: <https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>

36. Ministerio de Salud del Perú. Minsa promueve la atención integral del adulto mayor. [Internet]. Lima – Perú, 2016. [citado 7 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14931-minsa-promueve-la-atencion-integral-del-adulto-mayor>
37. Rafanell A. Envejecimiento y discapacidad intelectual: una doble dependencia. Informaciones Psiquiátricas [Internet]. 2017 [citado 29 de abril 2021]; 228:71-78. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART22033/rafanell.pdf>
38. Benítez MO. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. Medisur [Internet]. 2017 [citado 29 de abril 2021]; 15(1):8-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2017000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100003)
39. Ortiz PJ. Investigaciones sobre envejecimiento realizadas por estudiantes universitarios en el Perú. Educ Med Super [Internet]. 2019 [citado 29 de abril 2021]; 33(1):1-14. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412019000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000100002)
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
41. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
42. Borrás C, Viña J. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2016 [citado 23 de abril 2020]; 51(1):3 - 6. Disponible en: <https://medes.com/publication/114993>
43. Cancino M, Rehbein L, Ortiz MS. Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. Rev Med Chile [Internet]. 2018

- [citado 23 de abril 2021]; 146:315 - 322. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0315.pdf>
44. Montenegro M, Montejo P, Llanero M, Reinoso AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* [Internet]. 2012 [citado 23 de abril 2021]; 32:47 - 56. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/257062821\\_Evaluacion\\_y\\_diagnostico\\_del\\_deterioro\\_cognitivo\\_leve](https://www.researchgate.net/publication/257062821_Evaluacion_y_diagnostico_del_deterioro_cognitivo_leve)
45. Chuquipul P, Izaguirre C. Relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes 2018 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Novert Wiener; 2018 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Meet WordPress. Deterioro Cognitivo Moderado [Internet]. 2016 [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: <http://www.centromente.com/novedades/como-ayudar-a-un-familiar-que-padece-un-deterioro-cognitivo-moderado/>
47. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Depresión [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas; [Internet]. Ginebra – Suiza, 2016 [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es>
48. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 23 de abril 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
49. National Institute of Mental Health. Las personas mayores y la depresión. Internet]. Naciones Unidas, 2017. [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion\\_154573.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf)

50. Coryell W. Trastornos depresivo [Internet]. 2020 [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=de%20depresi%C3%B3n%20mayor\).](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=de%20depresi%C3%B3n%20mayor).-)- ,Etiolog%C3%ADa,denominada%20depresi%C3%B3n%20de%20inicio%20tard%C3%ADo).
51. Gonzáles JA, Valdéz M, Iglesias S, García MA, González A. La depresión en el anciano. NPunto [Internet]. 2018 [citado 29 de abril 2021]; 1(8). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Características de la población. [Internet]. Lima, 2017. [citado 6 junio del 2022]. Disponible desde: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf)
53. Supo J. Seminarios de investigación científica [Internet]. Arequipa, Perú: Bioestadístico; 2012 [citado 26 de abril 2021]. Disponible en: [https://kupdf.net/download/investigacion-cientifica-jos-eacute-supopdf\\_58f42a6adc0d60c24cda983e\\_pdf](https://kupdf.net/download/investigacion-cientifica-jos-eacute-supopdf_58f42a6adc0d60c24cda983e_pdf)
54. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ta edición. Ciudad de México, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2018 [citado 26 de abril 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
55. Patrona de Chota. Establecimientos de Salud - Gbno. Regional – Minsa. [Internet]. Lima – Perú. [citado 11 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/patrona-de-chota-chota-2623>
56. Martínez J. Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc).

[Internet]. España, 2001; Vol. 117, N° 4, pp. 129-134. [citado 15 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404>

57. Sheikh J L, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986, p165.
58. Polit F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.
59. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil Sociodemográfico, informe nacional: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018 [consultado 20 enero 2022]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1433/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html)
60. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología. 2017;40(2):107-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
61. León GF, León ED. Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto –Babahoyo (Ecuador). Cumbres. 2018;4(1):75-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6550770>
62. Vílchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero P, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peruana. 2017;34(4):266-272. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000400003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400003)



63. León-Arcila R, Milán-Suazo F, Camacho-Calderón N, et al. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009;47(3):227-284.
64. Hayflick L. *Cómo y por qué envejecemos*. España: Herder; 1999.
65. Vega-Alonso T, Miralles-Espí M, Mangas-Reina JM, Castrillejo-Pérez D, Rivas-Pérez AI, Gil-Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurol*. 2018;33(8):491-498. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316302171>
66. Cárdenas L, Villarreal JZ, Salinas R. Capacidad cognitiva de los pacientes de un servicio geriátrico ambulatorio en Monterrey, México. *Med Univer* 2006;8(31):84-87.
67. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, et al. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Méx* 2007;49(supl 4):S475-S481.
68. Estrella A, González A, Moreno YC. Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en medicina familiar* 2008;10(4):127-132.
69. Celestino-Soto MI, Salazar-González BC, Novelo-Huerta HI. Nutrición y desempeño cognitivo del adulto mayor. *Aquichan* 2008;8(2):159-169.
70. Durán-Badillo T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G y Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. 665-7063 - see front matter © 2013. *Enfermería Universitaria*. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados. Disponible en [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)
71. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L, et al. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An Fac Med*. 2012;73(4):321-30.

72. Jerez-Roig J, Ferreira LM, Araujo JRT, Lima KC. Functional decline in nursing home residents: A prognostic study. *PloS One*. 2017;12(5):e0177353. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177353>
73. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2016;22(2):404-418. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27042901/>
74. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS. 2010. [Consultado 20 noviembre 2011]. Disponible en: <http://bit.ly/15v1rcW>
75. Trigo JAL. Depresión en el paciente anciano. Centro Municipal de la Tercera Edad. Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga, España. 2013 [citado 28 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud013.pdf>.
76. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Publica*. 2015;17(2):184-94.
77. Sánchez I, Castañeda H. Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. *Geroinfo*. 2008 [citado 5 Ene 2016];3(3):2-10. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo\\_depresion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf)
78. Luna-Solis Y, Vargas H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(1):9-19. Recuperada de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a03v81n1.pdf>
79. Moquillaza-Risco M, León E, Dongo M, Munayco CV. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;32(4):693-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000400010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400010)

80. Oblitas A, Carranza WO, Herrera JU, Sánchez A. Deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota Perú. Revista Científica de Enfermería (Lima);10(3): 33-44. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/107>

# ANEXOS

**ANEXO N° 1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de la investigación:**

“Relación entre deterioro cognitivo y depresión presuntiva en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021”

**Objetivo de la investigación:**

Asociar la relación entre deterioro cognitivo y depresión presuntiva en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

Yo ....., identificada(a) con DNI N°....., mediante la información dada por el Bachiller en Enfermería Gelin Daniksa Torres Becerra, aceptó brindar la información que solicita de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y que mi identidad no será revelada.

En tal sentido, manifiesto que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, en mérito a ello firmo el presente documento.

Chota.....de.....del 2021

.....  
Firma o huella del participante  
DNI.

## Anexo N° 2

### CUESTIONARIO ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)

#### DATOS GENERALES

Fecha: .....

HCL: .....

Servicio: .....

Edad.....

Sexo.....

Procedencia ... ..

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

<b>ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)</b>	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Dígame cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Dígame cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta.	

### **Valoración cognitiva**

- Normal ( )
- Deterioro cognitivo leve ( )
- Deterioro cognitivo moderado ( )
- Deterioro cognitivo severo ( )

**Nota:** Colocar un punto por cada error, a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total

→ Normal:  $\geq 2$  errores

→ Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores

→ Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores

→ Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores

### ANEXO N° 3

#### ESCALA ESTADO DEPRESIVO (ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE)

**INSTRUCCIONES:** La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?		
2. ¿Se interesa usted por actividades o intereses que antes hacía?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre a menudo?		
5. ¿Está usted de buen humor la mayoría del tiempo?		
6. ¿Teme que algo malo le suceda?		
7. ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?		
8. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
9. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas?		
10. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?		
11. ¿Siente que su persona vale poco actualmente?		
12. ¿Se siente lleno de energía?		
13. ¿Siente desesperanza de su situación actual?		
14. ¿Se siente a menudo incapaz?		
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?		

**Nota:**

- Ítems de Energía vital: 1, 3, 11, 12,13.
- Ítems de Estado de ánimo: 4,5,6,7,15.
- Ítems de Aislamiento: 2, 8, 9, 10, 14.

**ANEXO N° 4:**  
**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Glady Sepastegui Zárate, de profesión Docente en Enfermería, Maestro en Ciencias docente en el área Salud del Adulto, en la Universidad Nacional de Cajamarca  
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por la interesada y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Cajamarca, 15 de diciembre de 2021

Glady Sepastegui Zárate  
Firma  
DNI 96628215



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SLAUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

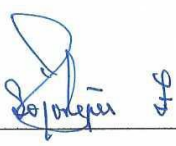
**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Gladya Zapotegui Lora, de profesión licenciado en Enfermería, Maestro en Ciencias docente en el área Salud del Adulto, en la Universidad Nacional de Cajamarca

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por la interesada y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	<b>DEFICIENTE</b>	<b>ACEPTABLE</b>	<b>BUENO</b>	<b>EXCELENTE</b>
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Cajamarca, 15 de diciembre de 2021

  
Gladya Zapotegui Lora  
Firma  
DNI 86628215

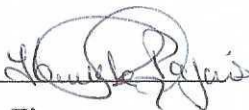
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SLAUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Dalia Rosa Huaco Pajares, de profesión Enfermera, docente en el área Salud del Adulto, en la Universidad Nacional de Cajamarca Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por la interesada y de cuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Cajamarca, 10 de diciembre de 2021



Firma

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SLAUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Dolía Rosa Ytorbe Pajares, de profesión Enfermera, docente en el área Salud del Adulto, en la Universidad Nacional de Cajamarca Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por la interesada y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	<b>DEFICIENTE</b>	<b>ACEPTABLE</b>	<b>BUENO</b>	<b>EXCELENTE</b>
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Cajamarca, 10 de diciembre de 2021

  
Firma

## Anexo 5

### Carta juicio de expertos

Cajamarca, 19 de julio del 2022

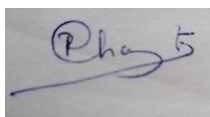
**Dra. Marina Estrada Pérez**

**Ciudad.-**

Estimada Doctora, usted ha sido considerada para participar en la evaluación de un instrumento para investigación sobre “Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021” de la Bachiller en Enfermería Gelin Daniksa Torres Becerra; por tal motivo hago llegar la presente documentación referida a la investigación y el formato que servirá para que usted pueda calificar los ítems y sus apreciaciones en cada uno de ellos.

Agradeceré sus valiosos aportes que permitirán mejorar el instrumento y obtener información válida, en los resultados y conclusiones de la investigación científica, siendo este proceso, un criterio requerido para toda investigación.

Por lo que a continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.



.....  
**M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro**  
**Asesora de Tesis**

## CUESTIONARIO ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)

### DATOS GENERALES

Fecha: .....

HCL: .....

Servicio: .....

Edad.....

Sexo.....

Procedencia ... ..

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)	
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
4. ¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Dónde nació?	
7. ¿Dígame cuál es el nombre del presidente del Perú?	
8. ¿Dígame cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
9. Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta).	

### Valoración cognitiva

- Normal ( )
- Deterioro cognitivo leve ( )
- Deterioro cognitivo moderado ( )
- Deterioro cognitivo severo ( )

**Nota:** Colocar un punto por cada error, a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total

→ Normal:  $\geq 2$  errores

- Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores
- Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores
  - Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.

**ESCALA DE ESTADO DEPRESIVO (ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE)**

**INSTRUCCIONES:** La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?		
2. ¿Se interesa usted por actividades o intereses que antes hacía?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre a menudo?		
5. ¿Está usted de buen humor la mayoría del tiempo?		
6. ¿Teme que algo malo le suceda?		
7. ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?		
8. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
9. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas?		
10. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?		
11. ¿Siente que su persona vale poco actualmente?		
12. ¿Se siente lleno de energía?		
13. ¿Siente desesperanza de su situación actual?		
14. ¿Se siente a menudo incapaz?		
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?		

**Nota:**

- Ítems de Energía vital: 1, 3, 11, 12,13.
- Ítems de Estado de ánimo: 4,5,6,7,15.
- Ítems de Aislamiento: 2, 8, 9, 10, 14.

# **Deterioro Cognitivo y Depresión en Adultos Mayores Atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021**

**Autora: Gelin Daniksa Torres Becerra**

**Asesoras: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro  
Dra. Norma Bertha Campos Chávez**

## **RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 Definición y delimitación del problema de investigación**

Actualmente, el mundo está atravesando un proceso de transformación demográfica, debido a la disminución de la mortalidad, disminución de la tasa de natalidad y al mejoramiento en la atención de los sistemas de salud, los cuales han conllevado a un aumento significativo de la población adulta mayor (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de adultos mayores casi se duplicará al año 2050, pasando del 12% al 22%. Además, en el mundo existe 125 millones de personas con 80 años o más (3). El envejecimiento, es producto de un proceso complejo y multidimensional, en la que hay cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales conllevan a un descenso de su capacidad cognitiva, manifestado en el deterioro cognitivo (4).

Según la OMS, el deterioro cognitivo es el declive de las funciones cognitivas, los cuales limitan el proceso del pensamiento, y además altera el control emocional, el comportamiento social o la motivación (5); por lo que el 25% a 30% de las personas mayores padecen deterioro cognitivo (6), y en el África, la prevalencia del deterioro cognitivo está entre el 6,3 % y 25 % (7).

España, muestra una prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor de 18,5%, por sexo, las mujeres representen el 18,5% y los varones 14,3% (8); mientras que México, muestra una prevalencia de 58%, siendo más frecuente en los hombres (65%) que en las mujeres (54%) (9).

Argentina, tiene una prevalencia de 16,9% a 18,3% de deterioro cognitivo en adultos mayores (10); en Colombia, es de 41,7% (11), y en Perú, es de 36,3% (12). Por su parte Huancavelica, muestra una prevalencia de 11% (13); Cajamarca, el 46,6% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo asociado demencia senil; mientras que, en la provincia de Chota, aún no existe estudios sobre la variable de estudio (14).

El deterioro de la función cognitiva, se presenta en alta prevalencia en el anciano y puede condicionar algún grado de depresión (15). La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones, en la que hay disminución de serotonina, la cual se ve reflejado en una serie de alteraciones como la tristeza y baja de voluntad (16).

Según la OMS, la depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables. Alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, entre ellos la depresión y demencia, afectando ésta última a nivel mundial al 7% de adultos mayores (17).

En España, la prevalencia de depresivos en el adulto mayor fue de 30,5%, siendo más prevalente en las mujeres (40,1%); además, los mayores que viven solos presentan mayor prevalencia de depresión 26,6%, frente a los que viven con algún familiar 16,1% (18). Suecia, reportó 16,4% de incidencia de depresión en adultos mayores (19), siendo más grave en las personas mayores (20).

En América Latina y el Caribe, específicamente en Brasil la prevalencia de depresión es del 5,8% en la población total. Paraguay representa el 5,2%; Chile, 5,0%; Uruguay también con 5,0% y Perú, muestra una prevalencia de 4,8% (21) en la población general; mientras que el adulto mayor la prevalencia de depresión es de 14,2% (22).



En Cajamarca predomina la depresión moderada en el adulto mayor con 60,7% (23). Mientras que, en Chota, el porcentaje más alto de depresión se presenta en los adultos mayores de condición analfabetos 90% y en comerciantes en el 100% (24).

Frente a esta problemática el Ministerio de Salud (MINSA), ha establecido el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021”, con el objetivo de fortalecer el primer y segundo nivel de atención y lograr la articulación intergubernamental, con la finalidad de contribuir a mejorar el estado de salud mental de la población adulta mayor (25); sin embargo, su implementación es lenta debido al bajo presupuesto y a la falta de personal de salud especializado.

En Chota, específicamente en el Centro de Salud Patrona de Chota se ha podido observar durante el internado que no se realiza una valoración exhaustiva al adulto mayor porque no se cuenta con personal de enfermería especializado; por lo tanto, las atenciones están enfocadas básicamente en las dolencias, dejando de lado la dimensión psicológica. Asimismo, a pesar que en la norma técnica del adulto mayor se establece que se debe realizar como mínimo dos controles durante el año, éste no se realiza, ni tampoco se hacen actividades preventivas y promocionales en salud mental enfocadas a prevenir y/o detectar algún deterioro cognitivo o depresión presuntiva e intervenir oportunamente; todas estas circunstancias pueden repercutir en la calidad de vida e incluso ocasionaría discapacidad o mortalidad en los adultos mayores.

En Cajamarca, específicamente en la ciudad de Chota no existen estudios sobre la relación de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, por lo que se hace necesario formular la siguiente pregunta de investigación:

## **1.2. Formulación del problema de investigación**

¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021?

### **1.3. Justificación del estudio**

La conveniencia del estudio es que permite ampliar los conocimientos sobre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, y en base a ello, implementar estrategias enfocadas a mejorar la salud mental de esta población, disminuyendo las repercusiones socioeconómicas, la discapacidad y la mortalidad por problemas de salud mental.

La relevancia social del estudio es que al conocer los resultados las autoridades inmersas en el tema y el personal de salud del Centro de Salud Patrona de Chota implementarán estrategias de intervenciones en salud mental, con la participación activa de las familias, los agentes comunitarios, líderes religiosos y las instituciones educativas integradas, con la finalidad mejorar la salud mental del adulto mayor. Por otro lado, los resultados serán un referente para que el personal de salud pueda reorientar sus actividades preventivo-promocionales encaminadas a fortalecer la salud mental de esta población.

El aporte metodológico, es que proporciona una base de datos actualizada sobre la relación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores; asimismo, es un referente a nivel local para futuras investigaciones sobre el tema de estudio. Además, contribuye a la carrera de enfermería para enfatizar y poner en práctica la valoración geriátrica integral, con la finalidad de identificar de forma temprana las alteraciones y/o necesidades del adulto mayor y poder intervenir de manera oportuna.

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Describir y analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

→ Caracterizar demográficamente a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

→ Determinar el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

→ Describir depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021.

**VALIDACION DE ITEMS PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA  
CUESTIONARIO ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)**

1.

N° ítem	Validación de Contenido		Validación de Constructo		Validación de Criterio		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
01	SI	NO	SI	NO	SI	NO	<b>La respuesta es si. La respuesta y el ítem están sobrepuestos.</b>
02	X		X		X		
03	X		X		X		
04	X		X		X		
05	X		X		X		
06	X		X		X		
07	X		X		X		
08	X		X		X		
09	X		X		X		

2.

N° ítems	CLARIDAD		PERTINENCIA		SUFICENCIA	
	El ítem se comprende fácilmente (su sintáctica y semántica son adecuadas).		Los ítems se corresponden con el concepto de la variable a medir.		Los ítems, de las dimensiones/cuestionario son suficientes para el concepto de la variable que se pretende medir.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X	
2	X		X		X	
3	X		X		X	
4	X		X		X	
5	X		X		X	
6	X		X		X	
7	X		X		X	
8	X		X		X	
9	X		X		X	

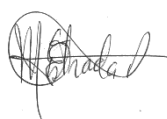
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, **MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ**, de profesión **LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y ABOGADA**, docente en el área **INVESTIGACIÓN**, en la Institución: **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	<b>DEFICIENTE</b>	<b>ACEPTABLE</b>	<b>BUENO</b>	<b>EXCELENTE</b>
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X



---

Firma

**VALIDACION DE ITEMS PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA ESCALA DE  
ESTADO DEPRESIVO (ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE)**

1.

N° ítem	Validación de Contenido		Validación de Constructo		Validación de Criterio		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
01	SI	NO	SI	NO	SI	NO	La respuesta es SI. La respuesta y el ítem están sobrepuesto.
02	X		X		X		
03	X		X		X		
04	X		X		X		
05	X		X		X		
06	X		X		X		
07	X		X		X		¿Cuál es la diferencia con el ítem 10?
08	X		X		X		
09	X		X		X		
10	X		X		X		¿Cuál es la diferencia con el ítem 7?
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		

## 2.

N° ítems	CLARIDAD		PERTINENCIA		SUFICENCIA	
	El ítem se comprende fácilmente (su sintáctica y semántica son adecuadas).		Los ítems se corresponden con el concepto de la variable a medir.		Los ítems, de las dimensiones/cuestionario son suficientes para el concepto de la variable que se pretende medir.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X	
2	X		X		X	
3	X		X		X	
4	X		X		X	
5	X		X		X	
6	X		X		X	
7		X	X			X
8	X		X		X	
9	X		X		X	
10		X	X			X
11	X		X		X	
12	X		X		X	
13	X		X		X	
14	X		X		X	
15	X		X		X	

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

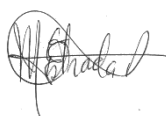
**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, **MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ**, de profesión, **LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y ABOGADA**, docente en el área **INVESTIGACIÓN**, en la Institución **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	<b>DEFICIENTE</b>	<b>ACEPTABLE</b>	<b>BUENO</b>	<b>EXCELENTE</b>
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión		X		
Pertinencia				X

**OBSERVACIÓN.** Considero que la escala para medir el estado depresivo tiene preguntas que redundan sobre el mismo aspecto, por ejemplo, los ítems 7 y 10. Recomiendo redactar los ítems de tal manera que se puedan discriminar fácilmente, dada la edad de los entrevistados.



\_\_\_\_\_  
Firma



## Anexo 6



### Document Information

Analyzed document	TESIS DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES 2022. gelin daniksa corecciones.doc (D147540095)
Submitted	2022-10-25 02:15:00
Submitted by	
Submitter email	gtorresb16_1@unc.edu.pe
Similarity	13%
Analysis address	rchavezf.undc@analysis.orkund.com

### Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>Leidy -Sistematización- Final - Revisión.docx</b> Document Leidy -Sistematización- Final - Revisión.docx (D142116976)		1
<b>W</b>	URL: <a href="http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8274/4104">http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8274/4104</a> Fetched: 2021-11-13 21:06:38		6
<b>SA</b>	<b>UCP_SALUD_2021_TESIS_GRACEPALOMINO_GILDAPINO_V1.pdf</b> Document UCP_SALUD_2021_TESIS_GRACEPALOMINO_GILDAPINO_V1.pdf (D120044045)		6
<b>SA</b>	<b>UNU_MEDICINA_2022_T_DAVID-ARBILDO-CAJAS_V1.pdf</b> Document UNU_MEDICINA_2022_T_DAVID-ARBILDO-CAJAS_V1.pdf (D145731833)		23
<b>SA</b>	<b>TESIS FINAL MAESTRÍA (1).docx</b> Document TESIS FINAL MAESTRÍA (1).docx (D134206196)		9
<b>SA</b>	<b>PROYECTO DE INVESTIGACION - CONISLLA APARCANA JOSE LUIS.pdf</b> Document PROYECTO DE INVESTIGACION - CONISLLA APARCANA JOSE LUIS.pdf (D109874061)		6
<b>SA</b>	<b>TESIS FINAL-QUISPE HUAMANI YEIMY NAYSHA (1).docx</b> Document TESIS FINAL-QUISPE HUAMANI YEIMY NAYSHA (1).docx (D121336646)		6
<b>W</b>	URL: <a href="http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/47/Tesis%20factores%20demogr%C3%A1ficos.pdf">http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/47/Tesis%20factores%20demogr%C3%A1ficos.pdf</a> Fetched: 2021-11-04 19:10:23		2
<b>SA</b>	<b>JEANPIERRE RAMOS SOLARI.doc</b> Document JEANPIERRE RAMOS SOLARI.doc (D93980149)		3
<b>W</b>	URL: <a href="https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00002.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00002.pdf</a> Fetched: 2021-04-28 21:27:25		2
<b>SA</b>	<b>JONATHAN PAUL ALTAMIRANO YASCARIBAY.docx</b> Document JONATHAN PAUL ALTAMIRANO YASCARIBAY.docx (D94785722)		4
<b>W</b>	URL: <a href="https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-relacion-entre-deterioro-cognitivo-sintomatologia-S0211139X08711600">https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-relacion-entre-deterioro-cognitivo-sintomatologia-S0211139X08711600</a> Fetched: 2019-11-19 22:20:22		3
<b>W</b>	URL: <a href="https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/01/martin20muc391oz20begoc391a.pdf">https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/01/martin20muc391oz20begoc391a.pdf</a> Fetched: 2021-11-09 17:23:07		1

## Anexo 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Ciudad Universitaria -1Q -115- Av. Atahualpa N° 1050-Cajamarca -

☎ 076-599227 anexo 1272



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Cajamarca, Dra. Martha Vicenta Abanto Villar que suscribe, deja

### CONSTANCIA

Que, la tesis titulada **DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE CHOTA, 2021.**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Gelin Daniksa Torres Becerra**, ha sido revisada en el Software Antiplagio **URKUND** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo un puntaje de 13% de similitud, considerado dentro de los parámetros requeridos.

Teniendo como Asesora a la **M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro**.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que considere convenientes.

*Cajamarca, 1de noviembre del 2022.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
*Dr. Martha Vicenta Abanto Villar*  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN