UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE – PUCALLPA 2021"

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

BACH. DAVID ANDERSON ARBILDO CAJAS

PUCALLPA – PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ..09... días del mes de Noviembre del dos mil Veintidós, siendo las 16:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE – PUCALLPA 2021"**, elaborado por el Bachiller **DAVID ANDERSON ARBILDO CAJAS.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL	(Presidente)
M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ	(Miembro)
M.C. RAFAEL DEL AGUILA FLORES	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ..Aprobada... por .Unanimidad. con el calificativo de .....Catorce..... Quedando la sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ...09.... de Noviembre. del 2022.

.....
M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Sol Sol
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Rafael Del Águila Flores
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Sol Sol
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. Rafael Del Águila Flores
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ
ASESOR DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0655-2022

La **Dirección de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe Final de Tesis, **titulado:**

"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE – PUCALLPA 2021".

Autor(es)	:	**ARBILDO CAJAS, DAVID ANDERSON**
Facultad	:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	:	MEDICINA HUMANA
Asesor (a)	:	M.C. CORNEJO CHAVEZ, OSCAR MARCELINO

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 10%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia.

FECHA 12/10/2022

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, David Anderson Arbildo Cajas

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

Relacion entre depresion y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa 2021

Sustentada el año: 2022

Con la asesoría de: M.C. Oscar Marcelino Cornejo Chavez

En la Facultad: Medicina Humana

Escuela profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 16 / 11 / 2022

Email: daac08111996@gmail.com
Teléfono: 988973117

Firma:
DNI: 61505618

Scanned with MOBILE SCANNER

PORTADA

1. TITULO DE LA INVESTIGACION:

"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE – PUCALLPA 2021"

2. AREA DE INVESTIGACION:

SALUD MENTAL

3. AUTOR:

DAVID ANDERSON ARBILDO CAJAS
BACHILLER DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – UNU.

4. ASESOR:

Dr. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ
Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

5. INSTITUCION Y PERSONAS COLABORADORAS:

CENTRO DE SALUD 09 DE OCTUBRE.

6. INSTITUCION QUE FINANCIA

AUTOFINANCIADO

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, a mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona y a cada uno de mis seres queridos, quienes fueron mi pilar para seguir adelante.

Pero dedico un especial agradecimiento con todo mi corazón a mi madre, pues sin ella no lo habría logrado, su incondicional apoyo a lo largo de mi vida fue la motivación para siempre seguir con mi objetivo.

De la misma forma agradezco a mi abuela que, aunque ya no se encuentra a mi lado de forma física, siempre estará en mi corazón siendo una de las más grades motivaciones de mi vida.

Muchas gracias de corazón

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a dios por haberme otorgado una familia maravillosa, que gracias a su apoyo incondicional pude conseguir concretar mis sueños, su valentía y lucha ante las adversidades fueron la mayor motivación para nunca dejarme vencer por más difícil que fueran los problemas.

Quiero agradecer de forma muy especial a mi madre, la mujer más fuerte que he conocido, sacando adelante a toda una familia.

A mi abuela, que, aunque no esté presente en forma física siempre me acompaña.

A mi enamorada carolain que estuvo a mi lado desde el principio de esta travesía apoyándome y siendo mi soporte.

ÍNDICE

PORTADA vi

DEDICATORIA vii

AGRADECIMIENTOS viii

INDICE ix

RESUMEN xiii

ABSTRACT xiv

CAPITULO I: PROBLEMA 1

1.1 Planteamiento del problema 1

1.2 Formulación del problema 2

1.3 Objetivo general y específicos 2

1.4 Justificación 3

CAPITULO II: MARCO TEORICO 4

2.1 Antecedentes 4

2.2 Bases teóricas 7

2.3 Hipótesis 12

2.4 Variables de estudio 12

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 15

3.1 Ámbito de estudio 15

3.2 Tipo de investigación 15

3.3 Nivel de investigación 15

3.4 Método de investigación 15

3.5 Diseño de investigación 15

3.6 Población, muestra, muestreo 16

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 16

3.8 Procedimiento de recolección de datos 18

3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 18

CAPITULO IV: RESULTADOS 19

4.1 Presentación de resultados 19

4.2 Discusión 26

CONCLUSIONES 28

RECOMENDACIONES 29

REFEREMCIA BIBLIOGRAFICA 30

ANEXOS 33

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01. características personales en forma numérica y su representatividad porcentual, de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021……..... 19

Tabla 02. evaluación del test mental de Pfeiffer, de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021……..... 20

Tabla 03. Evaluación de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021…….. 22

Tabla 04. relación que tienen las características personales con el deterioro cognitivo. de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021……..... 23

Tabla 05. relación que tienen las características personales con la depresión. De los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre – Pucallpa, 2021…… 24

Tabla 06. relación entre el deterioro cognitivo y a depresión, de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021…… 25

INDICE DE GRAFICOS

Pág.

1. **figura 01.** Gráfico de barras que muestra las diferencias entre las preguntas y su frecuencia en porcentaje del test mental de Pfeiffer, de los adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa, 2021..... 21

2. **figura 02.** Porcentaje del deterioro cognitivo de los adultos mayores en el centro de salud 9 de octubre – Pucallpa, 2021..... 21

3. **figura 03.** Porcentaje de la depresión los adultos mayores en el centro de salud del 09 de octubre – Pucallpa, 2021..... 23

RESUMEN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. el deterioro cognitivo es un problema de salud psíquica que va sujeta a la depresión y que afecta de manera directa la calidad de vida de la población geriatría. **Objetivo:** Determinar si existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021. **Materiales y métodos:** Este estudio es Cuantitativo, Transversal, Analítico. La población fue conformada por 150 adultos mayores del Centro de Salud 09 de octubre. Obteniendo una muestra de 108 pacientes, con un muestreo no probabilístico. **Resultados:** la media fue de 76.48±9.97. Además, podemos ver un ligero predominio del sexo femenino con un 56.48%. El estado civil más frecuente fue el casado/a con un 50.93% de los encuestados. El 51.85% de los encuestados afirmo que tiene solo primaria, y el 74.07% vive en una zona urbana, el 50.93% aceptó vivir con la familia y el 40.74% dijo que su casa está compuesta de paredes de madera con piso de cemento. En el cual se observa que el 64% presenta un deterioro normal, y el 6% si presenta un deterioro severo y el 56% presenta un riesgo a la depresión, mientras que el 12% ya se encuentra con depresión. **Conclusión:** Se concluye que, si existe una relación entre la depresión y el deterioro cognitivo, siendo esta estadísticamente significativa con un valor p de 0.030. Además, se concluye que a mayor severidad de la depresión mayor es la presencia de deterioro cognitivo.

Palabras claves: depresión, deterioro cognitivo, calidad de vida, población geriátrica.

ABSTRACT

Depression is a common disease worldwide, affecting an estimated 3.8% of the population, including 5% of adults and 5.7% of adults over 60 years of age. Cognitive impairment is a psychological health problem that goes hand in hand with depression and directly affects the quality of life of the geriatric population. **Objective:** To determine whether there is a relationship between depression and cognitive impairment in older adults treated at the 9 de October health center in the period 2021. **Materials and methods:** This is a quantitative, cross-sectional, analytical study. The population consisted of 150 older adults from the 09 de October Health Center. Obtaining a sample of 108 patients, with a non-probabilistic sampling. **Results:** the mean was 76.48±9.97. In addition, we can see a slight predominance of female sex with 56.48%. The most frequent marital status was married with 50.93% of the respondents. 51.85% of the respondents stated that they have only primary school, and 74.07% live in an urban area, 50.93% agreed to live with the family and 40.74% said that their house is composed of wooden walls with a cement floor. In which it is observed that 64% present a normal deterioration, and 6% present a severe deterioration and 56% present a risk of depression, while 12% are already depressed. Conclusion: It is concluded that there is a statistically significant relationship between depression and cognitive impairment, with a p-value of 0.030. In addition, it is concluded that the greater the severity of depression, the greater the presence of cognitive impairment.

Key words: depression, cognitive impairment, quality of life, geriatric population

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (1). En la población geriátrica, la depresión tiene factores propios como las comorbilidades que padecen, el ambiente donde viven, su estatus económico, su impotencia sexual, factores demográficos, entre otros. Que ponen a predisposición este grupo etario (2).

Así mismo, el deterioro cognitivo es un problema de salud psíquica que va sujeta a la depresión y que afecta de manera directa la calidad de vida de la población geriatría, (3) aproximadamente 24 millones de personas (4). Es considerado uno de los motivos más frecuentes en la consulta en atención primaria, con una prevalencia estimada de entre el 12 y el 18% en personas mayores a 60 años (4).

A todo esto, se le suma el informe de la Organización de las Naciones Unidas sobre envejecimiento de la población mundial, que nos indica el aumento de 56% de los parámetros etarios de 60 a más, entre el 2015 y el 2030, estimando para Latinoamérica un crecimiento del 71% de su población geriátrica (5).

El crecimiento de la población de adultos mayores implica necesariamente realizar cambios en la atención integral en salud que estos reciben, para un diagnóstico temprano, dichos cambios rehacen en el sistema de salud (6).

Cabe recalcar que un diagnóstico temprano mejoraría la calidad de vida de la población geriatra ya que muchas de las causas del deterioro cognitivo son potencialmente reversibles hasta 15% de los pacientes (7).

La depresión y el deterioro cognitivo, son los trastornos más frecuentes en el adulto mayor, teniendo prevalencia en países subdesarrollados, estos trastornos podrían desencadenar pensamientos suicidas, es por eso que se recalca la importancia de este estudio (2).

1.2 Formulación del Problema

Problema principal

¿Existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021?
2. ¿Cuáles son las características personales en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021?
3. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021?
4. ¿Cuáles son las características de viviendas en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Determinar si existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

Objetivos específicos

1. Determina la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.
2. Identificar las características personales en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

3. Establecer a frecuencia de la depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

4. Identificar las características de viviendas en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La población geriátrica en Latinoamérica va en aumento, lo cual sugiere un nuevo enfoque en los diversos campos profesionales, sociales, psicológicos, entre otros.

En el campo de la psicología, tenemos la gran prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos por múltiples razones que dependen de su entorno, es por eso que existen puntos concretos para mejorar la atención integral en salud de la población geriátrica. Sumado a esto tenemos la alta prevalencia de deterioro cognitivo en dicha población, que no solo puede mejorar con los ejercicios periódicos y con la socialización, sino también con un estado de ánimo no depresivo.

Cabe mencionar que me comprometo a la entrega de resultados de esta investigación al director del Centro de Salud 09 de Octubre, ya que este información se utilice en pro de mayores beneficios para los participantes.

Por todo lo anteriormente mencionado, es necesario realizar un estudio que enfoque a la población geriátrica de manera local, ya que no se han encontrado estudios a este nivel y es necesario que existan datos para manejar a los pacientes geriátricos que van en aumento.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- **Investigaciones Extranjeras**

Zhuoran Hou et al. China. (2020). "Asociación de síntomas depresivos con disminución de la función cognitiva: Estudio de longevidad y envejecimiento de Rugao". Esta investigación tuvo 580 participantes con capacidad cognitiva normal y datos cognitivos y de depresión completos del Rugao Longevity and Ageing Study (RuLAS). Se examinó cómo el cambio en los síntomas depresivos afectaba la trayectoria en las puntuaciones de la HDS-R (Escala revisada de demencia de Hasegawa) al comparar la función cognitiva en el grupo de deterioro de la depresión como en el grupo de depresión constante mediante el uso de un modelo mixto lineal; siendo que aquellos con depresión en deterioro tenían tendencia a deterioro cognitivo más rápido que aquellos con depresión constante (8).

Guevara F. et al. Colombia. (2020). "Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor". En este trabajo se realizó una revisión de literatura donde se identifican factores de riesgo y redes de apoyo a considerar en este tipo de pacientes. Esta revisión mostró que el Alzheimer es la principal enfermedad cognitiva que sufren los adultos mayores y es necesario el acompañamiento familiar para mitigar los problemas que abarca dicha enfermedad como la depresión que reducen la calidad de vida del adulto mayor. Se recomienda el uso del Test de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage como instrumento para evaluar la depresión en el adulto mayor y en base a esto incentivar el apoyo y atención necesarios (9).

- **Investigaciones nacionales**

Oblitas A., Carranza W. et al. Cajamarca. (2021). "Deterioro cognitivo de Adultos Mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota Perú". Mediante un estudio observacional, descriptivo de corte transversal

realizado en una muestra de 92 adultos mayores de 60 años, se les aplicó el Test Mini-Mental Cognitivo (MEC), se caracterizó a la población mediante variables sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción y estado civil). Siendo los resultados 18.5% de la muestra presentó deterioro cognitivo leve, 10.9% moderado, y 4.3% severo. Según características sociodemográficas, 20.8% de las mujeres tenían deterioro cognitivo leve. El 31.3% reportaron deterioro leve y tenían entre 85 y 89 años; mientras que el deterioro severo alcanzó 37.5% hacia los 90 años. De los participantes sin instrucción, 22.2% presentaron deterioro cognitivo leve, y 11.1% deterioro severo. El 70% de los divorciados/separados mostraron deterioro leve, y 12.5% de los viudos un nivel severo. Concluyendo que el deterioro cognitivo es más incapacitante y aumenta exponencialmente con la edad, la ausencia o escaso grado de instrucción, entre los casados y viudos, y en el sexo femenino (10).

Caldas S., Correa M. Lima. (2019). "Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica". En este estudio se tomó una muestra de 45 pacientes de los cuales 15 estaban en cama y oscilaban entre las edades de 70 y 90 años; se utilizó el test de Escala de Depresión Geriátrica "Yesavage" y el Test Mini-Mental, cuyos resultados indicaron que los índices de depresión y deterioro cognitivo según edad y sexo no fueron significativos en la Residencia Geriátrica, pero si se encontró una relación significativa de depresión y deterioro cognitivo en los participantes con el grado de instrucción secundaria incompleta a menos (11).

Vílchez J., Soriano A., Saldaña D. et al. Ucayali, Ica y Lima. (2017). "Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú". Este es un estudio transversal analítico con un muestreo no aleatorizado en que se consideraron adultos mayores de 60 años; se evaluó la presencia de trastorno depresivo y deterioro cognitivo mediante el uso de escalas de Yesavage (GDS) y de Pfeiffer, respectivamente. En total se encuestaron a 267 adultos mayores, el 58,4% fueron varones; la edad media fue de 75,4 ±7,6 años. 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 (RP [razón de prevalencias]: 2,1; intervalo de confianza al 95% [IC95%]: 1,4-3,2), tener entre 80 a 89 años (RP: 1,9; IC95%: 1,2-3,1) y proceder de Ucayali (RP=1,67; IC=1,21-2,31). Se llegó a la conclusión de que los índices de depresión aumentaban conforme aumentaba la edad y había una mayor probabilidad de tener trastorno neurocognitivo en aquellos con depresión severa (12).

- **Investigaciones locales**

Fernández Vázquez, Keyla Jimena. Ucayali (2021) presento la tesis titulada: "Prevalencia de depresión en personas mayores de comunidades indígenas atendidos por el equipo de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) Purús en el periodo julio a setiembre del 2021". En esta investigación la información vertida se obtuvo de una población de 73 pacientes. De los cuales solo el 32.8% presento depresión, siendo más prevalente en este grupo la depresión leve con un 26%. Y solo el 6,8% presento depresión severa. Cabe recalcar que la población fue indigna perteneciente al programa de Atención Integral de Salud de Poblaciones excluidas y dispersas con siglas AISPED. Se concluyó que la depresión está más presente conforme va avanzando la edad y que se ve más frecuente en ancianos de sexo masculino (13).

Da Silva Días, Miriam. Ucayali (2017) presento la tesis titulada: "Factores relacionados a depresión en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud 09 de octubre en el período de julio a diciembre del año 2017". Esta investigación de tipo cuantitativa transversal. Se los cuales se obtuvo que relacionado a la depresión en esta población eran la renta familiar mensual, número de personas que viven en el domicilio y comorbilidad teniendo un valor p de 0.048; 0.049; 0.040 respectivamente (14).

2.2. BASES TEORICAS

DEPRESIÓN

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (15).

El sueño se trastorna y disminuye el apetito, a menudo las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan (16).

Tipos de Depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico (17).

Trastorno depresivo grave: También llamado depresión grave, se caracteriza por la combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer o disfrutar de actividades que antes eran placenteras. El episodio incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero generalmente ocurre varias veces en el curso de la vida (16).

Trastorno distímico: El DSM-IV define al trastorno distímico como crónico, persistente y moderadamente grave, como un estado de ánimo deprimido, con dos o más síntomas adicionales (alteraciones del sueño, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza, letargo). Los síntomas deben persistir durante al menos dos años, pero sin ser lo bastante graves como para constituir un episodio depresivo mayor (18).

Depresión en la mujer: En las mujeres es dos veces más frecuente la depresión que en los hombres esto principalmente debido a elementos biológicos, efectos hormonales o psicosociales (19).

Algunas mujeres tienen riesgo de deprimirse después del nacimiento de un bebé, los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de un recién nacido, pueden llevar a una depresión post-parto. Aunque las madres primerizas pueden experimentar períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es esperable y cuando se presenta requiere de tratamiento. Normalmente tienen un pronóstico favorable cuando reciben tratamiento de salud y apoyo emocional por parte de la familia (16).

Depresión en el hombre: La tristeza en el hombre se manifiesta por fatiga, irritabilidad y pérdida del interés (19). Por lo cual la depresión suele ser más difícil de reconocer, aún cuando se da cuenta no suelen buscar ayuda en comparación con las mujeres (16). Ahora entre las mujeres y hombres se suele ver que el primer grupo intentan suicidarse, pero son los hombres quienes hacen efectivo el acto (19).

Depresión en el adulto mayor

Los avances tecnológicos y científicos han permitido que hoy gran parte de la vida de una persona transcurra como adulto mayor. Dado el progresivo envejecimiento de la población es fundamental comprender mejor cómo se manifiesta la depresión en el anciano. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana (20).

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%. Un estudio longitudinal en Beijing encontró una incidencia acumulada a cuatro años de 10,58% en una muestra de 2506 ancianos de las zonas urbana y rural. En Suecia, reportaron una incidencia de 16,4% a cinco años en una cohorte de personas de 70 años; cabe destacar que la depresión mayor tuvo un incremento importante de la incidencia en personas con antecedentes de algún grado de depresión a lo largo de su vida en comparación con personas sin antecedente (10,3% vs 1,8%).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. El estudio europeo, utilizando un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %.

En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores (21). En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3% (21).

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera un aspecto normal de la vejez, pero es un error pensar así. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas y no están predispuestas psicológicamente a la depresión. Si la depresión en el anciano no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia (20).

Síntomas de depresión en el adulto mayor: La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida. Puede presentarse clínicamente como en la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor que a continuación se exponen:

a) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa (uno de éstos debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer):

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

c) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ejemplo hipotiroidismo).

e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. En los pacientes de edad avanzada, si se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es extremadamente importante especificar si éste tiene algún subtipo diagnóstico, como por ejemplo atípico, melancólico o depresión delirante. En los pacientes deprimidos de edad avanzada, debería evaluarse siempre el deterioro cognitivo (20).

Deterioro cognitivo: En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª versión DSM-5, el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es denominado Trastorno Neurocognitivo Menor y la demencia es reemplazado con el Trastorno Neurocognitivo Mayor, ambas se caracterizan por un declive en las funciones cerebrales superiores, como atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, que se basa en las quejas recibidas del propio individuo o su familia. La principal diferencia entre el Trastorno Neurocognitivo Menor del Mayor está en que las alteraciones cognitivas del primero no afectan la autonomía del adulto mayor, permitiéndole ejecutar sus actividades diarias y mantener su independencia, caso contrario se trata de un Trastorno Neurocognitivo Mayor (22).

Asociación entre depresión y deterioro cognitivo: La depresión y el DCL son factores de vulnerabilidad en adultos mayores y pueden ocurrir de forma independiente, pero múltiples estudios sugieren que comúnmente la aparición de una está ligada con la otra, y que la presencia de ambas patologías aumenta el riesgo de mortalidad. Diversas investigaciones señalan que a menudo coexisten la depresión y el DCL(22). La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer. Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia. Una revisión sobre la relación entre cognición y depresión encontró que la dificultad de integración social en la depresión mayor puede deberse, en parte, a la dificultad de interpretar los estímulos en la demencia (21).

En el estudio poblacional de Envejecimiento Longitudinal Italiano, se observó que la prevalencia de depresión en pacientes con DCL era de 63.3%. De este porcentaje el

49.3% poseían síntomas de depresión leve y 14.0% tenía depresión severa. En Latinoamérica, el estudio poblacional del área metropolitana de México encontró dos veces más (52%) personas con depresión y deterioro cognitivo leve relativo a personas con solo DCL(25.0%). En Panamá, en un estudio de pacientes ambulatorios, 18.1% de los participantes presentaban solo depresión, 21.4% solo DCL y un 11.2% presentaba depresión y DCL En los tres estudios descritos, se observó más ocurrencia de depresión y deterioro cognitivo en mujeres y en edades más avanzadas, y en personas con mayor cantidad de enfermedades crónicas y limitaciones en las actividades de la vida diaria (22).

Algunos estudios nos muestran que la demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; sin embargo, la evidencia no es clara, un estudio realizado en 302 adultos mayores encontró que la coexistencia de deterioro cognitivo dificulta el tratamiento de la depresión en estos pacientes y que la valoración de la cognición debe realizarse en todos los pacientes con depresión, en cambio en Australia, un estudio prospectivo encontró similar proporción de uso de antidepresivos en ancianos con y sin demencia (21).

Instrumento de despistaje de depresión

Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, tiene las versiones en inglés y español de 30 ítems, fue creada especialmente para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas de este sector etario de la población (23).

Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor (24).

Se responde de manera afirmativa o negativa, cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad (23); requiere un tiempo de 5 a 7 minutos por entrevistado, lo que significa que reduciremos los problemas de fatiga y pérdida de atención que en algunos geriátricos puede aparecer (24). La puntuación total corresponde a la suma de los

ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

0 a 5: Normal.

6 a 9: Riesgo de Depresión

10 a más: Depresión Establecida (24)

Test mental abreviado de Pfeiffer

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, en su versión española (SPMSQ-VE), con 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Su utilidad se atribuye a que es una prueba de fácil administración, y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización. Por otro lado, su sensibilidad (S) y especificidad (E) es elevada (S = 91%, E = 90%) (25).

Para poder ser considerado participante idóneo, debe calificar como normal o en todo caso presentar deterioro leve.

- 0-2 errores: Normal.
- 3-4 errores: Leve deterioro cognitivo.
- 5-7 errores: Moderado deterioro cognitivo, patológico.
- 8-10 errores: Severo deterioro cognitivo (24)

2.3 Hipótesis

1.4.1 HIPOTESIS GENERAL

H1. Existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

H0: No existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021.

2.4 Variables de estudio.

Variable Dependiente: Deterioro Cognitivo
Variable Independiente: Depresión

OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición / concepto	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Variable dependiente						
Deterioro Cognitivo	Declive en las funciones cerebrales superiores, como atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social	Pérdida de memoria u otra pérdida de capacidad cognitiva (como lenguaje o percepción visual/espacial)	Normal (0-2 errores). Leve deterioro cognitivo (3-4 errores) Moderado deteriorro cognitivo (5-7 errores) Severo deterioro cognitivo (8-10 errores)	Cualitativa	Politómica Ordinal	Test Mental Abreviado de Pfeiffer
Variable Independiente						
Depresión	Enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta	Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza	0 a 5: Normal. 6 a 9: Depresión leve 10 a más: Depresión Grave	Cualitativa	Politómica Ordinal	Escala de Yesavage para depresión Geriatrica
Variable Interviniente						

Edad	Tiempo de vida de una persona, desde su nacimiento.	Número de años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Encuesta
Sexo	Características bilógicamente determinadas relativamente invariables del hombre y la mujer.	Condición hombre o mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Encuesta
Estado Civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Situación determinada por su relación de familia.	Soltero Conviviente Casado Separado Viudo	Cualitativa	Politómica Ordinal	Encuesta
Grado de Instrucción	Grado mayor de estudios.	Ultimo grado académico que cursó.	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Politómica Ordinal	Encuesta
Lugar de Vivienda	Lugar que vive normalmente una persona	Sector en donde se ubica su domicilio	Urbano Rural	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Encuesta
Convivencia	Acción de convivir	Con quienes vive la persona en el mismo domicilio	Vive solo Vive solo con su Pareja Vive con la familia	Cualitativa	Politómica Ordinal	Encuesta
Vivienda	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas.	Tipo de construcción que está compuesta la vivienda	Noble Madera c/ piso cemento Madera con piso de tierra Otro	Cualitativa	Politómica Ordinal	Encuesta

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Ámbito de estudio

El ámbito del estudio es cuantitativo, ya que la investigación está basada en representar los resultados de la investigación a partir de un constructor.

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es Analítica-correlacional, ya que se evaluará la relación de las variables dependiente e independientes, y estas al mismo tiempo se busca su p-valor de estas.

3.3. Nivel de Investigación

El nivel de la investigación es Relacional, ya que se busca la relación entre las dos variables principales de la investigación. Con el fin de tener un valor p significativo, así como sus intervalos de confianza.

3.4. Método de Investigación

El método de investigación es deductivo, ya que exploraremos de una forma general hacia un elemento singular esto a través de las conclusiones de este.

3.5. Diseño de Investigación

El diseño de investigación es un observacional, ya que el investigador no ha realizado un manejo de las variables o de su posible exposición a la misma.

3.6. Población, Muestra, Muestreo

Población

La población son adultos mayores que pasan consulta médica en el centro de salud 09 de octubre en el periodo 2021. La población corresponde a un numero de aproximadamente 150 basados en investigaciones pasadas.

Muestra y muestreo

La muestra fue de 108 con un margen de error del 0.5 % y un nivel de confianza del 95%. El muestreo será no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Paciente que pasan consulta externa en la posta 09 de octubre.
- Paciente adulto mayores.

Criterios de exclusión:

- Paciente que el motivo de su consulta sea por depresión previamente diagnosticada con tratamiento fijo.
- Paciente que el motivo de su consulta sea por deterioro cognitivo previamente diagnostica con tratamiento fijo.

3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Se utilizó una ficha de recolección de datos en el cual se incluyó todas las variables. Se administró a todos los participantes con previa firma de consentimiento informado.

Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, tiene las versiones en inglés y español de 30

ítems, fue creada especialmente para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas de este sector etario de la población (23).

Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor (24). Se responde de manera afirmativa o negativa, cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad (23); requiere un tiempo de 5 a 7 minutos por entrevistado, lo que significa que reduciremos los problemas de fatiga y pérdida de atención que en algunos geriátricos puede aparecer(24). La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

0 a 5: Normal.

6 a 9: Depresión leve

10 a más: Depresión Grave (24)

Test mental abreviado de Pfeiffer

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, en su versión española (SPMSQ-VE), con 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Su utilidad se atribuye a que es una prueba de fácil administración, y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización. Por otro lado, su sensibilidad (S) y especificidad (E) es elevada (S = 91%, E = 90%) (25).

Para poder 21 ser considerado participante idóneo, debe calificar como normal o en todo caso presentar deterioro leve.

- ✓ 0-2 errores: Normal.
- ✓ 3-4 errores: Leve deterioro cognitivo.
- ✓ 5-7 errores: Moderado deterioro cognitivo, patológico.
- ✓ 8-10 errores: Severo deterioro cognitivo (24)

Las demás variables se obtuvieron a partir de preguntas en la ficha de recolección de datos que se empleó para los participantes.

Y, por último, cabe señalar que en la encuesta no se les solicita datos sensibles a los participantes como nombres o el número de su documento de identidad, así asegurar el anonimato del participante, así mismo, la confidencialidad se asegura en el consentimiento informado en el cual se especifica el fin de la información obtenida.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Se encuesto a todos los participantes con la ficha de recolección de datos teniendo en cuenta, el consentimiento informado que debe estar previamente firmado por el participante. Con eso se corrobora que su participación fue libre. Todos los encuestado fueron abordados durante una consulta externa en el C.S. 9 de Octubre. Cumpliendo con las medidas sanitarias correspondientes por el COVID-19. Los encuestadores portaron mascarilla y cumplen con su pauta de vacunación completa.

3.9. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos encontrados fueron registrados en las fichas de recolección, posteriormente se elaborará una base de datos en una hoja de cálculo haciendo uso de Microsoft Office Excel 2016 y del programa estadístico STATA en su versión 14 para el posterior análisis estadístico. Se aplicó análisis descriptivos e inferenciales. En el análisis descriptivo se construirán tablas de frecuencias, elaboración de gráficas y pruebas de tendencia central. En el análisis inferencial, la relación entre las variables: deterioro cognitivo y depresión se pondrán a prueba en un análisis bivariado a través de la prueba estadística como chi cuadrado, t de student y prueba de Fisher.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

En la tabla 01. se tiene los resultados de las características personales en forma numérica y su representatividad porcentual, excepto en edad que, al ser una variable numérica, primero se determinó su normalidad, siendo esta una variable paramétrica; por ende, sus valores se expresaron en media y desviación estándar; siendo esta de una media de 76.48 y una desviación estándar de ±9.97. Además, podemos ver un ligero predominio del sexo femenino con un 56.48%. El estado civil más frecuente fue el casado/a con un 50.93% de los encuestados. El 51.85% de los encuestados afirmo que tiene solo primaria, y el 74.07% vive en una zona urbana, el 50.93% aceptó vivir con la familia y el 40.74% dijo que su casa está compuesta de paredes de madera con piso de cemento. **Tabla 01**.

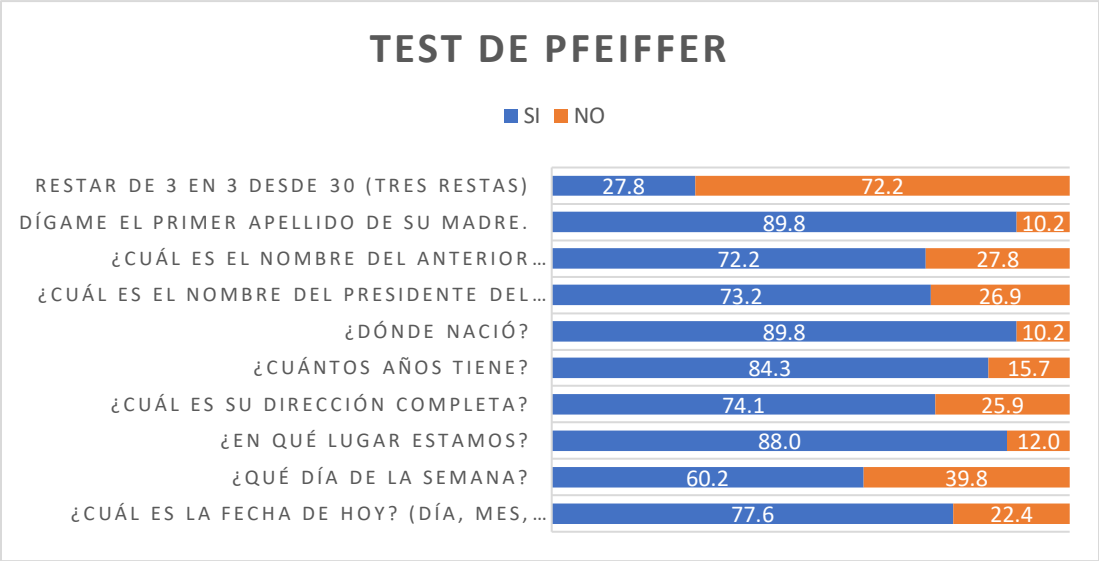
Tabla 1. Características Personales	**N**	**%**
Edad	76.48	±9.97*
Sexo		
Femenino	61	56.48
Masculino	47	43.52
Estado Civil		
Soltero/a	13	12.04
Casado/a	55	50.93
Conviviente	18	16.67
Viudo/a	22	20.37
Grado Académico		
Analfabeto	28	25.93
Primaria	56	51.85
Secundaria	14	12.96
Superior	10	9.26
Lugar de Procedencia		
Urbano	80	74.07
Rural	28	25.93
Vivencia		
Vive solo	26	24.07
Vive con pareja	27	25

Vive con familia	55	50.93
Vivienda		
Noble	29	26.85
Madera c/ P. Cemento	44	40.74
Madera c/ P. Tierra	15	13.89
Otros	20	18.52
***: Media y desviación estándar**		

En tabla 2. vemos la evaluación del test mental de Pfeiffer, donde observamos que la única pregunta que más de la mitad contesto en forma incorrecta fue restar de 3 en 3 desde el 30, que fue el 72.2%. Las preguntas que no tuvieron casi errores fueron: "¿En qué lugar estamos?", "¿Cuántos años tiene?", "¿Dónde nació?" y "Dígame el primer apellido de su madre" con unos porcentajes de 88%, 84.3%, 89.8% respectivamente. **Tabla 02.**

Tabla 2. Test mental abreviado de Pfeiffer	SI		NO	
PREGUNTAS	**N**	**%**	**N**	**%**
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	83	77.6	24	22.4
¿Qué día de la semana?	65	60.2	43	39.8
¿En qué lugar estamos?	95	88.0	13	12.0
¿Cuál es su dirección completa?	80	74.1	28	25.9
¿Cuántos años tiene?	91	84.3	17	15.7
¿Dónde nació?	97	89.8	11	10.2
¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno?	79	73.2	29	26.9
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno?	78	72.2	30	27.8
Dígame el primer apellido de su madre.	97	89.8	11	10.2
Restar de 3 en 3 desde 30 (tres restas)	30	27.8	78	72.2

En el grafico 1. Observamos en el gráfico de barras mucho mejor las diferencias entre las preguntas y su frecuencia en porcentaje.



En el grafico 2. Se observa cual ha sido la presencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores del C.S. 09 de octubre. En el cual se observa que el 64% presenta un deterioro normal, y el 6% si presenta un deterioro severo.

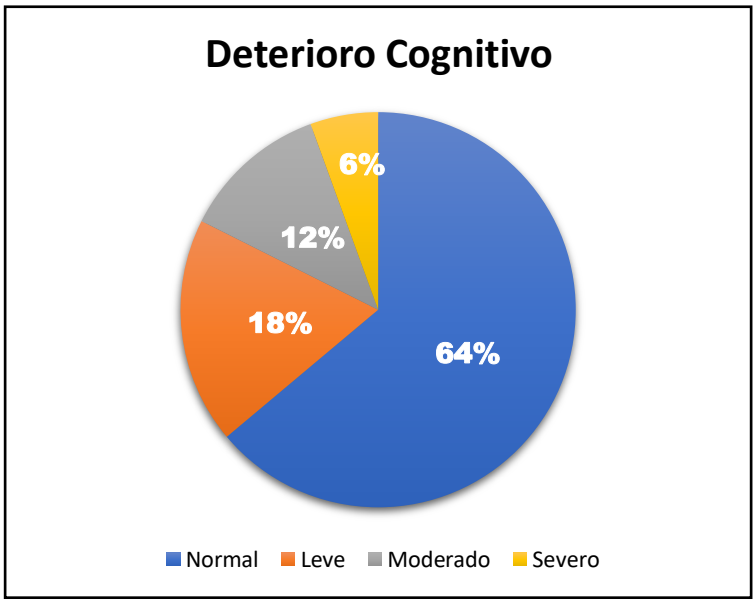


Grafico 2. Porcentaje del deterioro cognitivo de los adultos mayores en el C.S. del 09 de octubre.

En la tabla 3. Tenemos Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15). Donde se puede observar que las preguntas con respuestas negativas fueron: "¿Piensa que es maravilloso vivir?", "¿Siente que su situación es desesperada?" y "¿Está satisfecho con su vida?" con un porcentaje de 90.7%, 88.9% y 81.5% respectivamente. Mientras que la respuesta positiva con mayor porcentaje de frecuencia fue "¿Cree que mucha gente está mejor que usted?" con un porcentaje del 70.4%. **Tabla 03.**

Tabla 3. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15)	**No**		**Si**	
PREGUNTAS	**N**	**%**	**N**	**%**
1. ¿Está satisfecho con su vida?	88	81.5	20	18.5
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	44	40.7	64	59.3
3. ¿Siente que su vida está vacía?	80	74.1	28	25.9
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	40	37.0	68	63.0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	80	74.1	28	25.9
6. ¿Teme que algo malo le pase?	31	28.7	77	71.3
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	85	78.7	23	21.3
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	53	49.1	55	50.9
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	31	28.7	77	71.3
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	81	75.0	27	25.0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	98	90.7	10	9.3
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	41	38.0	67	62.0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	80	74.1	28	25.9
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	96	88.9	12	11.1
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	32	29.6	76	70.4

En el grafico 3. Se observa cual ha sido la presencia de la depresión en los adultos mayores del C.S. 09 de octubre. En el cual se observa que el 56% presenta un riesgo a la depresión, mientras que el 12% ya se encuentra con depresión.

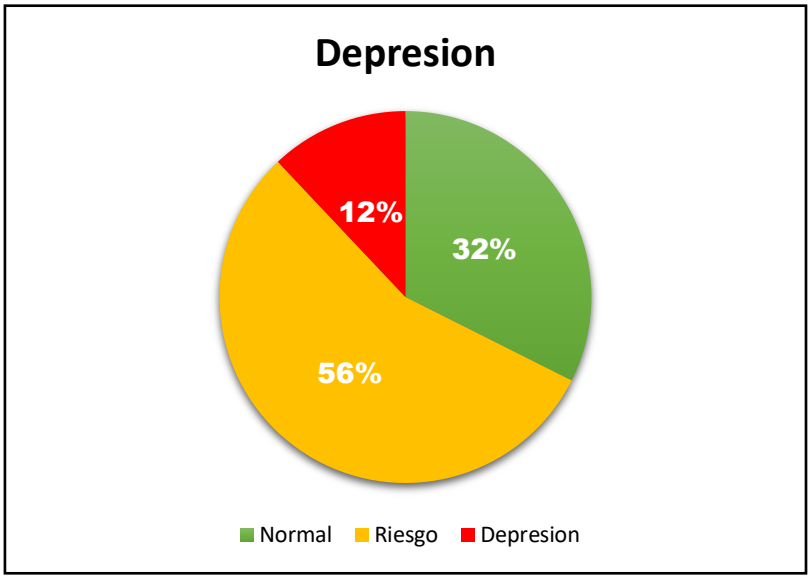


Gráfico 3. Porcentaje de la depresión los adultos mayores en el C.S. del 09 de Octubre.

En la tabla 4. Podemos ver la relación que tienen las características personales con el deterioro cognitivo siendo solo el sexo una variable que no tiene una relación estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo. **Tabla 04.**

Tabla 4. relación entre las características personales y el deterioro cognitivo

características Personales	Deterioro Cognitivo				Valor *p*
	Deterioro Normal		Deterioro patológico		
	N	%	N	%	
Edad	74.72*	±9.70*	79.76*	±9.72*	<0.001
Sexo					
Femenino	39	56.52	22	56.41	0.991
Masculino	30	43.48	17	43.59	
Estado Civil					
Soltera	9	13.0	4	10.3	0.018
Casada	35	50.7	20	51.3	
Conviviente	16	23.2	2	5.1	

Viudo	9	13.0	13	33.3	
Grado académico					
Analfabeto	12	17.4	16	41.0	
Primaria	42	60.9	14	35.9	0.038
Secundaria	9	13.0	5	12.8	
Superior	6	8.7	4	10.3	
Lugar de Procedencia					
Urbano	57	82.6	23	59.0	0.007
Rural	12	17.4	16	41.0	
Vivencia					
Vive solo	23	33.3	3	7.7	0.004
Vive con pareja	18	26.1	9	23.1	
Vive con familia	28	40.6	27	69.2	
Vivienda					
Noble	25	36.2	4	10.3	
Madera c/ P. Cemento	26	37.7	18	46.2	0.001
Madera c/ P. Tierra	4	5.8	11	28.2	
Otros	14	20.3	6	15.3	
***: Media y desviación estándar**					

En la tabla 5. Podemos observar que a las características personales relacionadas con la depresión. Siendo en este caso solo la edad tenía una relación estadísticamente significativa con un valor p <0.05. **Tabla 05.**

Tabla 5. Relación entre las características personales y la depresión

Características Personales	Depresión						
	Sin depresión		En riesgo depresión		Con depresión		Valor *p*
	N	%	N	%	N	%	
Edad	73.17	±8.27*	77.31	±10.41*	81.53	±9.84*	<0.0001
Sexo							
Femenino	20	57.1	34	56.7	7	53.9	0.978
Masculino	15	42.9	26	43.3	6	46.2	
Estado Civil							
Soltera	4	11.4	9	15.0	0	0.0	
Casada	20	57.1	28	46.7	7	53.9	0.516
Conviviente	6	17.1	11	18.3	1	7.7	
Viudo	5	14.3	12	20.0	5	38.5	
Grado académico							0.308

Analfabeto	7	20.0	15	25.0	6	46.2	
Primaria	19	54.3	32	53.3	5	38.5	
Secundaria	3	8.6	9	15.0	2	15.4	
Superior	6	17.1	4	6.7	0	0.0	
Lugar de Procedencia							
Urbano	30	85.7	41	68.3	9	69.2	0.161
Rural	5	14.3	19	31.7	4	30.8	
Vivencia							
Vive solo	10	28.6	16	26.7	0	0.0	0.093
Vive con pareja	8	22.9	17	28.3	2	15.4	
Vive con familia	17	48.6	27	45.0	11	84.6	
Vivienda							
Noble	11	31.4	13	21.7	5	38.5	
Madera c/ P. Cemento	13	37.1	26	43.3	5	38.5	0.871
Madera c/ P. Tierra	4	11.4	10	16.7	1	7.7	
Otros	7	20.0	11	18.3	2	15.4	
***: Media y desviación estándar**							

En la tabla 6. Podemos ver que la relación entre el deterioro cognitivo y a depresión como se puede observar es estadísticamente significativa, además podemos ver que los que presentan deterioro cognitivo severo están en riesgo o con depresión. **Tabla 06.**

Deterioro Cognitivo	**Depresión**						
	Sin depresión		**En riesgo depresión**		**Con depresión**		**Valor *p***
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Normal	26	74.3	36	60.0	7	53.8	0.030
Leve	8	22.9	10	16.7	2	15.4	
Moderado	1	2.9	11	18.3	1	7.7	
Severo	0	0.0	3	5.0	3	23.1	

4.2. DISCUSION

En ese estudio participaron adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud 09 de Octubre de la Ciudad de Pucallpa en el año 2021, siendo un total de 108 participantes en total. Dentro de los resultado obtenidos se tuvo que el sexo ligeramente predominante fue el femenino con un 56.48%, esto se correlación con los datos obtenidos por Castañeda (26) en el sexo femenino fue mucho más predominante con un 73.3% de sus participantes fueron mujeres, se debe especificar que la investigación realizada por Castañeda se llevó en 2 sedes diferentes; así mismo difiere delos encontrado por Vílchez (27) en el cual el sexo masculino fue predominante con un 58.4%; cabe recalcar que el trabajo realizado por Vílchez fue hecho en tres ciudades diferentes; en nuestro caso se realizó en la misma ciudad teniendo una sola sede.

.

También se puede observar en los resultados que la edad su media fue de 76.48 con una desviación estándar de ±9.97. Castañeda (26) también una media menor de 69.6±14.2, en caso de Vílchez (27) si tiene un valor más cercano al nuestro, 75.4±7.5, esto también se puede deber a la diferencia de las diferentes poblaciones de adulto mayores estudiado.

En caso del grado de instrucción, se tuvo que el 51.85% tenía primaria, y solo el 9.26% tenía superior; esto datos son semejantes a los obtenidos por Prado (28) en el cual tiene el 46.2% tiene primaria y solo el 10% tiene superior. Asimismo, la variable de estado civil en nuestro estudio fue de 50.93% refirió estar casado/a y solo el 12.04% refirió estar soltera, en esto también Prado (28) nos muestra que en su estudio el 60.8% estaba casado y 6.9% estaba soltero o viudo.

Referente al lugar de procedencia se tuvo que el 74.07% vive en una zona urbana, mientras que el 25.93 % vive en una zona rural. Esto difiere encontrado por Malásquez (29) en su estudio encontró que el 61.33% provenía de una zona rural mientras que el 38.67% lo hacía de una zona urbana. Se debe considerar que el estudio de Malásquez (29) realizo su muestreo en una base da datos compuesta pueblo altoandino. También este último estudio nos proporcionó el dato de si vive solo o no, siendo que 23.20% afirmo que vive solo y el 76.80

dijo que no viva solo; en nuestro estudio esto es similar ya que el 24.07% refirió que vive solo, el 50.93% refirió que vive en familia y el 25% refirió que vive solo con su pareja.

En caso de la variable de deterioro cognitivo en esta investigación se encontró que el 64% tenían un deterioro normal, y el 6% un deterioro severo. Esto se correlación con otras investigaciones como la de Sotomayor (30) en su investigación encontró que el 80.85% presentaba deterioro cognitivo normal, mientras que el 2.13% presentaba un deterioro severo; a diferencia de Muñoz (31) donde el 41.4% presentaban un deterioro normal, mientras que el 25.4% presentaba un deterioro severo.

Referente a la depresión, en nuestra investigación se obtuvo que 56% está en riesgo de depresión mientras que el 12% ya lo está, se correlación con lo estudiado por Lliguisupa (32) en el cual el 35.3% está en riesgo y el 11% ya está con depresión. Muñoz (31) también señala en su investigación que 13.2% tiene una depresión grave.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la edad es una de las principales características no modificables que se asocia tanto a la depresión como al deterioro cognitivo, esto es importante justamente en los adultos mayores ya que al no poder ser modificable sus consecuencias pueden ser más severas.
- El deterioro cognitivo y la depresión no fueron predominantes en la población, si bien el riesgo de depresión fue más del 50%, esto no implica que estén deprimidos, los antecedentes nos dicen que una depresión severa es mínima igual que el deterioro cognitivo severo.

- El estado civil, el grado académico, el lugar de procedencia, si vive solo o el tipo de vivienda, nos muestran una asociación importante para la presencia de un deterioro cognitivo normal o patológicos teniendo en todos estos el valor p <0.05, siendo estos estadísticamente significativo.

- Se concluye que, si existe una relación entre la depresión y el cognitivo, siendo esta estadísticamente significativa con un valor p de 0.030. Además, se concluye que a mayor severidad de la depresión mayor es el deterioro cognitivo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda un mayor seguimiento sobre todo en las características modificables como el sí vive solo para que el riesgo de tener un deterioro cognitivo patológico disminuya, y así puedan tener mejor calidad de vida.
- Se recomienda que se realice estudios de seguimiento en esta población para poder estudiar mucho más a fondo la casuística que podría tener la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores y que evitar que estas limitaciones mentales disminuyan su esperanza de vida.
- Se recomienda promover programas para adultos mayores para una vigilancia activa de posibles cambios en su comportamiento y poder tener una actuación más prolija frente a patologías como depresión con un correcto diagnóstico y tratamiento.

Referencias Bibliográficas

1. Duran D, Orbegoz Valderrama LJ, Uribe-Rodríguez AF, Uribe Molina JM. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Univ Psychol. abril de 2008;7(1):263-70.

2. Klug G, Lacruz ME, Emeny RT, Häfner S, Ladwig KH, Huber. Aging without depression: a cross-sectional study. Psychodyn Psychiatry [Internet]. marzo de 2014 [citado 8 de junio de 2022];42(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24555458/

3. Organizacion Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

4. Wagner JT, Nef T. Cognition and driving in older persons. Swiss Med Wkly [Internet]. 3 de enero de 2011 [citado 8 de junio de 2022];(1). Disponible en: https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13136

5. United Nations, Department of Economic, Social Affairs. División de Población | División de Población [Internet]. World Population Ageing. 2015 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/content/population-division

6. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing--a debate. Int J Environ Res Public Health. 2 de diciembre de 2013;10(12):6630-44.

7. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. [Internet]. 19.ª ed. McGraw Hill Medical; 2016 [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&sectionid=114942021

8. Hou Z, Wang X, Wang Y, Wang J, Zhong J. Association of depressive symptoms with decline of cognitive function-Rugao longevity and ageing study. Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol. julio de 2020;41(7):1873-9.

9. Guevara Rodríguez FE, Díaz Daza AF, Caro Reyes PA. Depresión Y Deterioro Cognitivo En El Adulto Mayor. Poliantea. 3 de agosto de 2020;15(26):37-43.

10. Oblitas Gonzales A. Deterioro Cognitivo De Adultos Mayores En Un Sector Urbano De La Ciudad De Chota Perú. Rev Científica Enferm [Internet]. 2021;10(3).

11. Caldas Rosales SJ, Correa Cabrera MY. Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 8 de junio de 2022].

12. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peru. octubre de 2017;34(4):266-72.

13. Fernandez Vasquez KJ. Prevalencia de depresion en personas mayores de comunidades indigenas atendidos por el equipo de atencion integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) Purús en el periodo julio a setiembre del 2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2022 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5291

14. Da Silva Dias M. Factores relacionados a depresión en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud 09 de octubre en el período de julio a diciembre del año 2017 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2018 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3512

15. Organización Panamericana de la Salud. Depresión - OPS/OMS [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/depresion

16. Dirección General de Promoción de la Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia., Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud [Internet]. Unidad de Salud Mental; 2005 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf

17. Grupo Gestión de Información en Salud. Depresion [Internet]. Cubs: Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey; 2018 [citado 8 de junio de 2022] p. 8. (1). Report No.: 1. Disponible en: https://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf

18. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care. Arch En Med Fam. 2012;14(1):5-13.

19. Gutierrez Robledo LM, Gutierrez Avila JH. ENVEJECIMIENTO HUMANO: Una vision transdisciplinaria [Internet]. 1.ª ed. Mexico: Instituto de Geriatria; 2010 [citado 8 de junio de 2022]. 400 p. Disponible en: https://www.academia.edu/28609794/LIBRO_ENVEJECIMIENTO_HUMANO

20. Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Rev Médica Electrónica. 15 de septiembre de 2007;29(5):514-25.

21. Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. julio de 2018;29(3):182-91.

22. Parada Muñoz K, Guapisaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL. 10 de mayo de 2022;9(2):77-93.

23. Sanjuán Álvarez M, Ballarín Artigas M. La construcción de un pensamiento crítico acerca de los roles de género a través de la literatura infantil. Análisis de un proceso de investigación-acción con niños y niñas de 5 años. OndinaOndine Rev Lit Comp Infant Juv. 2019;(3):105-40.

24. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el

despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. diciembre de 2002;12(10):26-40.

25. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque 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 Clínica. 2001;117(4):129-34.

26. Castañeda Trejo C, Acuña Ruiz A, Herrera Medrano AM, Martínez Esquivel RA, Castillo Rangel I. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del Estado mexicano de Zacatecas. Rev Cuba Aliment Nutr. 1 de junio de 2018;28(1):16.

27. Vilchez-Cornejo J, Huamán-Gutiérrez R, Arce-Villalobos L, Morán-Mariños C, Mihashiro-Maguiña K, Melo-Mallma N, et al. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina: frecuencia, características y factores asociados. ACTA MEDICA Peru. 10 de marzo de 2017;33(4):282.

28. Prado Arhuire JW. Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa; 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10877

29. Malásquez Diaz RI, Montalvo Cabredo CAC. Síntomas Depresivos en adultos mayores de 75 años y asociación con deterioro cognitivo leve en comunidades Alto Andinas, Perú 2013 a 2016 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima-Perú]: Universidad Científica del Sur; 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/945

30. Sotomayor Preciado AM, Bermeo FI, Ajila Saraguro AB, Dias PA. Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. Dominio Las Cienc. 23 de agosto de 2022;8(3):722-34.

31. Muñoz Díaz B, Arenas de Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, Martínez de la Iglesia J. Estudio de la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de atención domiciliaria de una población urbana. Aten Primaria. 1 de febrero de 2018;50(2):88-95.

32. Lliguisupa Peláez V, Álvarez Ochoa R, Bermejo Cayamcela D, Ulloa Castro A, Estrada Cherres J. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]; Disponible en: https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8352

ANEXOS

Anexo 1

Título: "Relación Entre Depresión Y Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud 9 De Octubre – Pucallpa"

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables, dimensiones e indicadores	Metodología de la investigación
Problema principal. ¿Existe relación entre la depresión y el desarrollo cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021?	**Objetivo general.** Determinar si existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.	Hipótesis H1. Existe relación entre la depresión y el desarrollo cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021. H0: No existe relación entre la depresión y el desarrollo cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre en el período 2021.	**VARIABLE INDEPENDIENTE.** Depresión **VARIABLE DEPENDIENTE.** Deterioro Cognitivo	**Tipo de investigación:** Transversal **Nivel de investigación:** Analítico **Población:** Conformada por 150 adultos mayores del Centro de Salud 09 de octubre 2022. Muestra será de 108 pacientes. Con un muestreo no probabilístico. **Criterios de inclusión:** • Paciente que pasan consulta externa en la posta 09 de Octubre. • Paciente adulto mayores. **Criterios de exclusión:** • Paciente que el motivo de su consulta sea por depresión previamente diagnosticada con tratamiento fijo. • Paciente que el motivo de su consulta sea por deterioro cognitivo previamente diagnostica con tratamiento fijo. **Técnicas e instrumentos** **Encuestas** • Encuesta **Análisis e interpretación**: • Microsoft Excel versión 2016 • Stata versión 19.
Problemas específicos. • ¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021? • ¿Cuáles son las características personales en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021? • ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021? • ¿Cuáles son las características de viviendas en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021?	**Objetivos específicos.** • Determina la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021. • Identificar las características personales en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021. • Establecer a frecuencia de la depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021. • Identificar las características de viviendas en adultos mayores atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el período 2021.			

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, y estoy investigando sobre el **"Relación Entre Depresión Y Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud 9 De Octubre – Pucallpa 2021".** Los resultados de esta investigación serán de utilidad para mejorar la salud mental y las condiciones de vida de adultos mayores en la región de Ucayali.

Si usted acepta participar de esta investigación, solo deberá responder preguntas, con una duración aproximada de 15 minutos.

No le pediremos en ningún momento su nombre, ni otro tipo de documento de identidad. La presente encuesta será anónima.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Asimismo, usted puede dejar de contestar alguna pregunta si no lo desea. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este establecimiento de salud y nada cambiará.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, comunicándose con el autor principal al número de celular que le brindaremos.

Si Ud. tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio, puede contactar con: David Anderson Arbildo Cajas, estudiante de la facultad de Medicina Humana de la UNU al celular 988 973 117.
Soy el investigador principal de la investigación sobre la "**Relación Entre Depresión Y Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud 9 De Octubre – Pucallpa 2021".**

Entiendo que responderé las preguntas que me enuncien. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación. Marcando una de las Alternativas.

Usted desea participar en la investigación	
SI	NO

Firma: _____

Anexo 03

Encuesta sobre la Relación Entre Depresión Y Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud 9 De octubre – Pucallpa 2021

La presente encuesta servirá para determinar la relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de octubre – Pucallpa 2021.

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posibles. Sus respuestas serán mantenidas de manera confidencial. Lea las preguntas correctamente.

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: a) Femenino b) Masculino
3. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo
4. Grado de Instrucción: a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior
5. Lugar de procedencia: a) Urbana b) Rural
6. Vivencia (Con quien vive): a) Vive solo b) Vive solo con su Pareja c) Vive con la familia
7. Vivienda (Material): a) Noble b) Madera con piso de cemento c) Madera con piso de tierra d) Otro

SEGUNDA PARTE: DETERIORO COGNITIVO

PREGUNTAS	SI	NO
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana?		
¿En qué lugar estamos?		
¿Cuál es su dirección completa?		
¿Cuántos años tiene?		
¿Dónde nació?		
¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno?		
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno?		
Dígame el primer apellido de su madre.		
Restar de 3 en 3 desde 30 (tres restas)		

TERCERA PARTE: DEPRESION

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?		

3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6. ¿Teme que algo malo le pase?		
7. ¿Se siente feliz muchas veces?		
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		
13. ¿Se siente lleno/a de energía?		
14. ¿Siente que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		