



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Trabajo Académico

Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en
un Hospital Nacional de Juliaca, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología

Presentado por:

Autora: Cahuapaza Velarde, Martha

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8341-0605>

Asesor: Mg. Reyes Gastañadui, Neal Henry

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9145-3897>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo **Martha Cahuapaza Velarde** egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatría y Gerontología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca ,2025”** Asesorado por el docente: **Reyes Gastañadui Neal Henry** DNI 42757976 ORCID ORCID 0000-0001-9145-3897 tiene un índice de similitud de (11) (once) % con código OID: 14912:544805596 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Martha Cahuapaza Velarde
 DNI: 02441413



.....
 Firma del Asesor
 Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui
 DNI / CE N° 42757976

Lima, 13 de enero del 2026

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, la fortaleza y la luz en cada etapa de este camino, guiando mis pasos incluso en los momentos más difíciles.

A la Pachamama, Madre Tierra sagrada, por ser fuente de vida, cobijo y energía, y recordarme siempre la importancia de cuidar y agradecer todo lo que nos rodea.

A mis queridos adultos mayores, quienes con su experiencia y sabiduría inspiran este trabajo, y a mi familia, que con paciencia y amor me acompañaron en este proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por darme salud, perseverancia y esperanza, elementos fundamentales para culminar esta investigación.

A la Madre Tierra, que me brinda cada día la energía y el equilibrio necesarios para continuar.

A mis docentes y asesores, por compartir su conocimiento y guiarme con paciencia y dedicación.

Finalmente, a mi familia que me alentaron en cada paso, siendo mi mayor sostén y motivación para alcanzar esta meta.

Asesor: Reyes Gastanadui Neal Henry

Código ORCID 34490000-0003-2573

JURADO

PRESIDENTE: Rosa María Pretell Aguilar

SECRETARIO: Mg Ramiro Enríquez Mendoza

VOCAL: Mg Jeannelly Paola Cabrera Espezua

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	5
1.4.3 Práctica.....	6
1.5 Delimitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal.....	6
1.5.2 Espacial.....	6
1.5.3 Población o unidad de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8

2.1	Antecedentes	8
2.2	Bases teóricas	12
2.3	Formulación de hipótesis	23
2.3.1	Hipótesis general.....	23
2.3.2	Hipótesis específicas.....	24
3.	METODOLOGÍA.....	25
3.1	Método de la investigación	25
3.2	Enfoque de la investigación	25
3.3	Tipo de investigación.....	25
3.4	Diseño de la investigación.....	25
3.5	Población, muestra y muestreo.....	26
3.6	Variables y operacionalización	28
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.7.1	Técnica.....	30
3.7.2	Descripción de instrumentos.....	30
3.7.3	Validación.....	31
3.7.4	Confiabilidad.....	32
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	32
3.9	Aspectos éticos.....	33
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	35
4.1	Cronograma de actividades	35
4.2	Presupuesto.....	36
5.	REFERENCIAS.....	37

ANEXOS	55
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	55
Anexo 2: Instrumentos	56
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	60
Anexo 4: Informe del asesor de turnitin	63

RESUMEN

Introducción: Tanto el deterioro cognitivo como la depresión son condiciones mentales prevalentes entre la población adulto mayor, cuyos incrementos se encuentran estrechamente relacionados con una mejor expectativa de vida. El objetivo: “Determinar la relación entre deterioro cognitivos y depresión en pacientes adultos mayores internados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.” **Metodología:** El estudio se desarrollará con el método hipotético deductivo, enfoque cuantitativo no experimental, de corte transversal y correlacional. La población estará conformada por 150 pacientes adultos mayores internados en un hospital nacional de Juliaca en el periodo agosto a diciembre del 2025. Se emplearán dos instrumentos validados en el contexto nacional, cada uno para evaluar una variable distinta. El cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) que presenta 6 dimensiones y está conformado por 30 interrogantes, para evaluar el Deterioro Cognitivo en adultos mayores y la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, constituida por 15 ítems (2 dimensiones), para medir la depresión en adultos mayores. Los datos recolectados serán analizados usando el programa estadístico SPSS versión 2. En el análisis univariado las variables categóricas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas mientras que las variables numéricas se resumirán utilizando medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar). En el análisis bivariado, la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión se evaluarán mediante la prueba de correlación de Spearman que permitirá determinar la dirección y la fuerza de la asociación entre ambas variables.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, depresión, adulto mayor, geriatría, salud mental (DeCS/BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Both cognitive impairment and depression are prevalent mental conditions among the older adult population, the increases of which are closely related to increased life expectancy. The **objective:** "To determine the relationship between cognitive impairment and depression in older adult patients hospitalized in a national hospital in Juliaca, 2025." **Methodology:** The study will be developed using the hypothetical-deductive method, with a non-experimental, quantitative, cross-sectional, and correlational approach. The population will be made up of 150 elderly patients admitted to a national hospital in Juliaca from August to December 2025. The Mini-Mental State Examination (MMSE) questionnaire, which has 6 dimensions and consists of 30 questions, is used to assess cognitive impairment in older adults, and the Yesavage Geriatric Depression Scale, consisting of 15 items (2 dimensions), is used to measure depression in older adults. The collected data will be analyzed using the statistical program SPSS version 2. In the univariate analysis, the qualitative variables will be described using absolute and relative frequencies, while the quantitative variables will be summarized using measures of central tendency (mean or median) and dispersion (standard deviation). In the bivariate analysis, the relationship between cognitive impairment and depression will be assessed using the Spearman correlation test, which will determine the direction and strength of the association between both variables.

Keywords: Cognitive dysfunction, aged, depression (MeSH).

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según la Asociación Psicológica Americana (APA), el deterioro cognitivo es la disminución en las capacidades, perceptivas, de aprendizaje, memoria, lingüísticas o de pensamiento en un individuo (1). Este término es inclusivo y se emplea para describir el deterioro en diferentes dominios de la cognición (2). Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud, la depresión se caracteriza por un ánimo bajo o pérdida de interés y placer en actividades durante periodos prolongados, la cual puede afectar todos los ámbitos de la vida (3). Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), se considera un trastorno emocional que provoca una sensación persistente de tristeza y pérdida de interés (4).

Las recientes estimaciones sobre el deterioro cognitivo indican que para el 2050 este problema afectará por lo menos a 115, 4 millones de ancianos en el mundo, donde el 71% se encontrará en los países emergentes; en China, se ha reportado que entre las personas de 60 a más años la prevalencia general de deterioro cognitivo alcanzó el 44,04% (4317/9804), donde las mujeres demostraron tener tasas más altas en comparación con los varones (5). En contraste, en España se ha observado que la prevalencia de deterioro cognitivo alcanza el 18,5% (855/4624), donde las mujeres presentan tasas significativamente más altas en comparación con los hombres (6).

A nivel global, se calcula que alrededor del 3,8% de las personas atraviesan episodios depresivos, esta cifra se eleva al 5% en el caso de los adultos, afectando a un 4% de los hombres y a un 6% de las mujeres, en el grupo de adultos mayores, además afecta a cerca del 5,7% de la población mundial, lo que equivale a unos 280 millones de personas (3). Recientes estudios han revelado que la prevalencia de depresión en el continente europeo alcanza el 6.54% de su población

(35 484/542 580), con variaciones que oscilan entre el 2,6% en Republica Checa hasta el 10,3% en Islandia (7).

Desafortunadamente existe poca información actualizada sobre la realidad del deterioro cognitivo a nivel panamericano; un estudio del 2018 reveló que en Argentina la prevalencia estimada de dicha patología alcanzó el 23% (334/1453), observándose una tasa más alta entre adultos mayores de 70 años (8). Por otro lado, investigadores en México, demostraron que, entre las personas de 60 a 65 años, la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue de 20,41% en mujeres (38/187) y 5,53% en varones (6/102), mientras que el 3,11% de las mujeres (6/187) y el 2,07% (2/102) de los presentaron deterioro cognitivo moderado (9).

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de Salud (OPS) reporta que la depresión en adultos mayores alcanza una prevalencia del 20% (10). En países como México se ha encontrado una prevalencia que fluctúa entre el 26% a 66%, en Colombia, bordea el 11,5% en mujeres y 4% en varones (11). Por el contrario, en Chile se ha observado que los síntomas depresivos han disminuido tanto en hombres, como en mujeres de 65 años a más, a 11,2%, se reporta una prevalencia actual de 4,1 en hombres y 16,9% en mujeres (12).

En el contexto peruano la prevalencia de deterioro cognitivo ha sido poco evaluado, se presume que esta oscila entre un 6,85 a 23,96% (13). No obstante, Zegarra-Valdivia et al en su estudio identificaron que el 58,8% de los adultos presentó diagnóstico de deterioro cognitivo (954/1622), pero la mayor prevalencia se encontró entre las personas de 86 a más años 85.50%, seguido de las personas entre 71 a 75 años con 75%, aquellas con 81 a 85 años presentaron una prevalencia de 71%, los de 61 a 65 años 58.50%, 56 a 80 38,80% y 50 a 55 años 34,30% (14).

En el Perú, de acuerdo a información del Ministerio de Salud en 2023 se atendieron cerca de 280 917 casos de depresión tanto de adultos, adultos mayores y niños lo que evidencia la

magnitud y relevancia de este problema (15). Se ha demostrado que el Perú ocupa el tercer lugar dentro de la clasificación de discapacidad por depresión entre los países de América, con una tasa de 8.6%, en un estudio más reciente que también analizó la ENDES del 2019, la prevalencia del trastorno depresivo alcanzó el 13,18%, además fueron los varones quienes demostraron tener mayor probabilidad de presentarla (16).

Respecto a la realidad en la ciudad de Juliaca, Chambi y Quevedo en el 2023, demostraron que en un Centro de Salud de Juliaca el 1,4% de ancianos presentaron deterioro cognitivo bajo (1/74), el 62,2% medio (46/74) y el 36,5% deterioro cognitivo alto (27/74) (17). No se encontró mayor evidencia de la problemática en el contexto local; la depresión por otra parte no es una problemática alejada de su contexto, Choque y Torre en el 2021 exteriorizaron que los adultos mayores de un Centro de Salud presentaban depresión, donde el 41,7% tuvo depresión grave (25/60) y 11,1% leve (7/60) (18).

El hospital del estudio se perfila como centro de referencia por la alta demanda de atención de adultos mayores, quienes requieren evaluaciones que permitan conocer su estado de salud mental y cognitivo; según lo observado en la práctica clínica mensualmente se atienden 25 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, esta realidad resalta la necesidad de fortalecer los servicios especializados en este grupo poblacional, con la finalidad de ofrecer una atención temprana y adecuada que favorezca el bienestar de los paciente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?
3. ¿Cuál es la relación entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adulto mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identifica el nivel de deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.
2. Establecer el nivel de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.
3. Determinar la relación entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Se ha evidenciado que en adultos mayores el deterioro cognitivo y la depresión son frecuentes, suelen coexistir y afectan notablemente su bienestar y funcionalidad. La evidencia científica señala que existe una relación bidireccional entre ambas condiciones, la depresión puede acelerar el deterioro cognitivo, y este a su vez favorecer la aparición o agravamiento de la depresión. Esta asociación plantea la necesidad de abordarla de manera conjunta especialmente en entornos hospitalarios donde se concentran pacientes con mayor vulnerabilidad. Al explorar esta asociación en un contexto local en un hospital nacional de Juliaca, se espera generar evidencia útil para comprender mejor cómo interactúan estos trastornos en pacientes hospitalizados, lo cual puede servir de base para otros estudios y para ajustar modelos teóricos en salud mental geriátrica.

En este sentido la presente investigación se respalda en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson que enfatiza la importancia de un enfoque holístico que incluya el bienestar físico mental y emocional del adulto mayor. Pues tal como lo plantea la autora, el trabajo de enfermería se centra en la protección, mejora y preservación de la dignidad del ser humano y alcanzar el bienestar integral (19).

1.4.2 Metodológica

A nivel metodológico se enfoca en una población específica, como los adultos mayores, utilizando un enfoque que analizará la relación entre factores clínicos y psicológicos dentro de un contexto real y hospitalario. La aplicación de instrumentos validados para evaluar tanto el deterioro cognitivo como los síntomas depresivos garantiza la rigurosidad en la recolección de datos y permitirá obtener resultados confiables. Además, el diseño del estudio contribuirá a fortalecer el

uso de herramientas diagnósticas integradas en la práctica clínica y podrá ser utilizado como base para futuros estudios en contextos similares.

1.4.3 Práctica

Desde un enfoque práctico, en base a los resultados, esta investigación puede contribuir a mejorar la detección temprana y el manejo clínico entre ambos factores en los adultos mayores. Identificar esta relación entre ambas afecciones permitirá al personal de salud hospitalario desarrollar intervenciones más oportunas y personalizadas, lo que a su vez podría reducir complicaciones, tiempo de hospitalización y deterioro funcional en el adulto mayor. Además, los principales beneficiarios serán los propios pacientes y sus familias, al recibir una atención más integral, y el sistema de salud, al optimizar sus recursos. A largo plazo, los hallazgos podrían servir como base para el diseño de programas preventivos y políticas de salud pública que respondan de forma más efectiva al envejecimiento poblacional en la región.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La investigación se realizará durante los meses de agosto a diciembre del 2025.

1.5.2 Espacial

El estudio se realizará en un Hospital nacional de Juliaca, específicamente en el servicio de medicina interna, donde se brinda atención integral a pacientes adultos mayores y se realizan actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas y agudas que caracterizan esta etapa.

1.5.3 Población o unidad de análisis

La población de análisis estará constituida por 150 adultos mayores de un hospital nacional de Juliaca 2025.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Delardas et al. (20), en el 2022, en Reino Unido, el objetivo fue “evaluar el rendimiento funcional cognitivo y los síntomas de depresión en ancianos”. De tipo transversal, con 1 622 sujetos. Se utilizó el cuestionario de la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y la Prueba de Aprendizaje de Listas de Palabras (WLLT). Los resultados mostraron que, la frecuencia de pérdida de función cognitiva fue del 15% en los participantes, mientras que 10,1% presentaron síntomas depresivos. Además, a menor rendimiento cognitivo, mayor fue la probabilidad de presentar síntomas depresivos ($p=0,03$). Asimismo, el deterioro cognitivo severo duplica el riesgo de síntomas depresivos clínicamente significativos ($OR = 2,457$ IC: 1,219-4,953). Respecto a la prueba de DSST (Prueba de sustitución de símbolos por dígitos) evalúa velocidad mental, atención y procesamiento de información se halló una asociación significativa con los síntomas depresivos ($p=0,006$). Concluyeron que si existe una relación entre ambos factores en esta población

Huang et al. (21), en el 2022, en China, con el objetivo “determinar las asociaciones entre los síntomas depresivos y el rendimiento cognitivo entre la población de mediana edad y los ancianos De cohorte transversal, con 10 387 sujetos; se utilizó la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) y la entrevista telefónica para el estado cognitivo (TICS). Los resultados mostraron que la frecuencia de personas que presentaron menor función cognitiva fue de 27,52%. Además, las personas que ya tienen bajo rendimiento cognitivo tienden a presentar síntomas depresivos más severos ($\beta = -0,64$ $p < 0,05$), (cada 2 años), por tanto, si el rendimiento cognitivo disminuye, los síntomas depresivos aumentan. Concluyeron que existe una relación bidireccional entre ambas condiciones.

Camacho-Conde y Galán-López. (22), en el 2021, en España, buscaron “analizar la relación entre depresión y deterioro cognitivo en población adulta mayor”. De tipo correlacional con 70 sujetos y se emplearon la escala geriátrica de depresión y la subescala CAMCOG de CAMDEX. Los resultados indicaron que 33,33% presentó depresión sin deterioro y el 5,55% con deterioro. En no dependientes, la depresión se correlacionó con el nivel cognitivo ($r = -0,471$; $p = 0,004$), mientras que en dependientes la edad se asoció inversamente con el CAMCOG ($r = -0,352$; $p = 0,038$). Se concluye que la depresión se relaciona con el deterioro cognitivo.

Ajami et al. (23), en el 2020, en Irán, buscaron “determinar la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en ancianos”. De tipo transversal y con 506 adultos mayores, se utilizó el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Los resultados indicaron que el 32,8% tuvieron depresión leve y severa y el 9,5% se clasificó como disfunción cognitiva. Asimismo, aquellos >75 años tenían un riesgo mayor de disfunción cognitiva ($OR=2,22$ IC:95 %: 1,01-4,90), tener educación secundaria o superior reduce el riesgo de deterioro cognitivo ($OR = 0,15$, IC 95%: 0,10 – 0,50, $p = 0.001$), tener trabajo reduce el riesgo de deterioro cognitivo ($OR = 0,44$, IC:0,04 – 0,74, $p = 0,018$), los pacientes con depresión mayor presentan mayor riesgo de deterioro cognitivo ($OR = 2,07$, IC 95% 1,41 – 4,8, $p = 0,038$). Concluyeron que se observó una relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en esta población.

Muhammad y Meher. (24), en el 2021, en India, buscaron “evaluar la relación entre la depresión en la vejez y el deterioro cognitivo, así como estimar la prevalencia y sus factores asociados”. De tipo transversal con 31 464 adultos mayores, la depresión fue medida con la entrevista diagnóstica internacional compuesta, versión corta y el deterioro cognitivo con los dominios del módulo cognitivo del Estudio de Salud y Jubilación (HRS). Los resultados indicaron que la prevalencia general de depresión en la vejez fue del 8.7% y de deterioro cognitivo del 13.7%.

Los pacientes que consideraron su estado de salud como malo tuvieron más probabilidad de padecer depresión (OR: 2,59; IC 95%: 2,24–2,99). Los adultos mayores con depresión tenían mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo (OR: 1,22; IC 95%: 1,01–1,48) en comparación con los que no tenían depresión, además, aquellos con depresión y que vivían en zonas rurales tuvieron más riesgo de deterioro cognitivo (ORa=2,58 IC 95%: 1,95–3,41). Concluyeron que la depresión está asociada a mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Casas (25), en 2025, en Lima, buscaron “determinar los factores asociados al deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados en centros geriátricos privados”. De tipo analítico y transversal, conformado por 220 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Pfeiffer y la GDS. Los resultados indicaron que el 43,6% presentó deterioro cognitivo y el 57,7% depresión y una relación significativa entre ambas condiciones ($p < 0,001$), evidenciando que los pacientes con depresión tenían un 59% más de riesgo de deterioro cognitivo (RPa=1,59; IC95%=1,11-2,29). Concluyó que existe relación entre ambos factores.

Altamirano y Oblitas. (26), en el 2023, en Cajamarca, buscaron “determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en ancianos”. De tipo relacional y transversal, con 100 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Pfeiffer en su versión corta y la GDS. Los resultados indicaron que el 11% presentó deterioro cognitivo leve y el 3% moderado, mientras que el 77% no presentó depresión frente al 23% que sí presentó esta condición. La evaluación de la relación entre ambas variables mostró que el 86% no presentaban deterioro cognitivo, pero dentro de este grupo, el 21% sí presentaban síntomas de depresión. Un 11% tenía deterioro cognitivo leve, de los cuales 2% también presentaban depresión. Sin embargo,

la asociación entre ambos no fue significativo ($p=0,049$). Concluyeron que no hay relación entre ambas condiciones.

Guillén et al. (27), en el 2022, en Lima, buscaron “determinar la asociación entre el nivel de depresión y deterioro cognitivo en ancianos”. Fue de tipo analítico y transversal, conformado por 87 sujetos y utilizaron la GDS y el test Pfeiffer. Los resultados indicaron que el promedio de edad fue de 67,4 años, el 20% tuvo depresión y el 31% deterioro cognitivo. Los factores que se asociaron a deterioro cognitivo fueron la depresión ($p=0,012$; $OR=3,82$ $IC:95\%$ 1,3-11,24) y la edad >70 años ($p<0,001$; $OR=24,93$ $IC:95\%$ 6,04-97,74). Concluyeron que el deterioro cognitivo se asoció con mayor edad, bajo nivel educativo y presencia de depresión.

Espilloco. (28), en el 2022, en Lima, buscaron “determinar la relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo”. De tipo correlacional con 140 usuarios >60 años. Se utilizaron el test FANTASTIC y la Escala GDS. Los resultados indicaron que el 90% presentó algún grado de depresión: 32,1% leve o moderada y 7,9% grave. Se evidenció una correlación significativa entre depresión y deterioro cognitivo, más fuerte en personas de 66-74 años ($p=0,000$), en casados ($p=0,006$) y viudos ($p=0,000$), así como en quienes tienen educación primaria o secundaria ($p=0,000$ en ambos casos). Concluyeron que se identificó una conexión entre los niveles de depresión y el deterioro cognitivo.

Arbildo. (29), en el 2022, en Pucallpa, buscaron “determinar si existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en ancianos”. De tipo transversal, con 150 adultos mayores donde se utilizaron la GDS y el test Pfeiffer. Los resultados indicaron que el 64% de la muestra presentó un deterioro normal y el 6% severo; asimismo, el 56% presentó sospecha de depresión y el 12% restante tenía depresión. Además, se evidenció una relación entre la depresión y el deterioro cognitivo ($p = 0,030$). Al analizar los datos, se observó que, entre las personas con funcionamiento

cognitivo normal, el 74,3% no presentaban depresión, el 60,0% estaban en riesgo de depresión y el 53,8% tenían depresión. En el grupo con deterioro cognitivo severo, el 23,1% de las personas tenían depresión diagnosticada, mientras que ninguna persona sin depresión presentó deterioro severo. Concluyeron que si existe una relación entre ambas condiciones.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Deterioro cognitivo – variable 1

2.2.1.1 Conceptos deterioro cognitivo

Hace referencia a la condición clínica en la cual están afectadas de forma apreciable una o más funciones cognitivas, como la atención, el razonamiento o el lenguaje (30). Así pues, el sujeto manifiesta una caída en el rendimiento de estos dominios en comparación con lo que se esperaría según su edad, educación y condición de salud (31).

Por lo tanto, el deterioro cognitivo revela una alteración en el procesamiento de información, pero sin alcanzar el umbral de una demencia, siempre que el paciente conserve, en general, una adecuada autonomía en sus actividades diarias (32).

2.2.1.2 Teoría del deterioro cognitivo en adultos mayores (relacionado con el instrumento)

El deterioro cognitivo desencadena un continuo debilitamiento de habilidades, que puede ir aumentando gradualmente en severidad, así, la persona deja de tener el rendimiento previo en determinados procesos mentales, pero continúa relativamente independiente en el manejo de sus responsabilidades (2). El envejecer es complejo y universal, ocurre de forma gradual debido a la pérdida de la capacidad homeostática (33). Así mismo se reconoce como un proceso altamente heterogéneo que puede ser visto desde el punto de vista filogenético, así como ontogénico (34). La

teoría del déficit sensorio perceptivo por Baltes y Linden-Berger en 1997, sostiene que el deterioro de los procesos sensoriales y perceptivos que se asocian al envejecimiento, sobre todo la audición y la visión generan un daño en el proceso de selección léxica y otros procesos (35).

2.2.1.3 Clasificación

Dentro de la categorización del deterioro cognitivo podemos distinguir, en primer lugar, el deterioro cognitivo leve (DCL), el cual puede aparecer de forma mono dominio, cuando están afectadas principalmente habilidades como la memoria, o de forma multidominio, cuando están involucradas varias funciones, como el lenguaje, la ejecución o la concentración. Así pues, el DCL se considera una condición de tránsito, en el cual el paciente enfrenta problemas específicos, pero aún conserva una relativa autonomía en sus actividades cotidianas.

En segundo lugar, el trastorno neurocognitivo mayor o demencia, se caracteriza tanto por una caída más acentuada en varias habilidades como por la incapacidad de llevar a cabo de forma independiente tareas de la vida diaria; por lo tanto, el debilitamiento deja de estar limitado a determinados dominios específicos y se vuelve más extenso, afectando tanto el juicio como el razonamiento, el manejo de emociones o el comportamiento (36). Esto refleja una situación más avanzada, en la cual el paciente pierde gradualmente toda autonomía en el manejo de actividades tanto básicas como más complejas (37).

2.2.1.4 Prevalencia en adultos mayores

En esta población el deterioro cognitivo es relativamente frecuente, pero varía en proporción en función de determinados parámetros, como el lugar de residencia, el estilo de vida o el acceso a la sanidad (38). En comunidades peruanas, entre el 48% y 58% de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo o demencia, reflejando la alta carga de este problema en dicha población (39).

De igual modo, en entornos europeos, como en España, la tasa de deterioro también es relevante, alcanzando en comunidades de más de 60 años una tasa de 15–20 % (40). Por lo tanto, el deterioro cognitivo es una condición frecuente en el envejecimiento, aumentando de forma gradual con la edad; así pues, en grupos de más de 85 años puede superar el 45 % (41). Esto revela tanto el impacto de la longevidad como el debilitamiento de las funciones neurocognitivas, planteando así nuevos retos tanto en el manejo clínico como en el planteamiento de políticas de prevención y apoyo social (42).

2.2.1.5 Dimensiones

El cuestionario Mini Mental (MMSE) consta de 30 preguntas orientadas a explorar la función cognitiva básica en personas incluyendo adultos mayores. Las preguntas no han sido escogidas al azar y con ellas se evalúa la atención, razonamiento y memoria, en específico, si el paciente recuerda la fecha o día de la semana actual, pues a través de sus respuestas se puede valorar la capacidad del individuo para situarse en el tiempo (43,44).

Presenta 6 dimensiones:

Orientación Temporal

Esta dimensión evalúa la capacidad de la persona para situarse correctamente en el tiempo. Se pregunta sobre el día, la fecha, el mes, el año y la estación del año. Una correcta orientación temporal indica que la persona tiene conciencia de la secuencia temporal y mantiene conexiones con eventos recientes y pasados. La desorientación temporal es un marcador frecuente de deterioro cognitivo y de alteraciones en la memoria episódica (45,46)..

Orientación Espacial

Mide la habilidad de la persona para reconocer su ubicación física y social. Se evalúa preguntando sobre la ciudad, el edificio, el piso o la habitación en la que se encuentra. Esta

dimensión refleja la conciencia del entorno y la capacidad de interactuar de manera segura con el espacio físico. La desorientación espacial puede indicar deterioro cognitivo, demencia o afectaciones neurológicas focales (47)

Memoria de Fijación (Memoria Inmediata)

Se refiere a la capacidad de retener información nueva a corto plazo. En el MMSE, se evalúa pidiendo al individuo que repita palabras o frases inmediatamente después de escucharlas. Esta función depende de la atención y de los procesos iniciales de codificación de la información. Dificultades en esta área pueden reflejar problemas de atención, fatiga mental o deterioro cognitivo temprano.

Memoria de Evocación (Memoria Diferida)

Evalúa la capacidad de recordar información previamente aprendida después de un intervalo breve, generalmente tras 5 minutos de distracción. Esta dimensión refleja la consolidación de recuerdos en la memoria a largo plazo y la habilidad de recuperación voluntaria de información. Dificultades aquí pueden indicar problemas en el hipocampo o en los circuitos de memoria, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer (48).

Atención y Cálculo

Mide la capacidad de concentración, procesamiento mental y manipulación de información, así como habilidades aritméticas básicas. Comúnmente se solicita al individuo que reste series de 7 en 7 desde 100 o que deletree palabras al revés. Esta dimensión integra funciones ejecutivas, memoria de trabajo y procesamiento secuencial de información. La disminución en esta área es frecuente en deterioro cognitivo leve y demencias frontales (45).

Lenguaje

Evalúa la capacidad de comprender y producir lenguaje, incluyendo la denominación de objetos, repetición de frases, lectura, escritura y la ejecución de órdenes verbales. Refleja la integridad de los centros corticales del lenguaje y la conexión entre comprensión y expresión. Alteraciones en esta área pueden manifestarse como afasias, dificultad para comunicarse o problemas en la expresión escrita (47).

2.2.1.6 Deterioro cognitivo del adulto mayor según el cuestionario Mini Mental

El Cuestionario breve y portátil sobre el estado mental fue creado con la finalidad de brindar un cribado cognitivo, este es un instrumento de evaluación sencilla que se utiliza para detectar el deterioro cognitivo que puede ser administrado por cualquier profesional de la salud. Este examen evalúa orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación, memoria de evocación, atención y cálculo, además del lenguaje especialmente en adultos mayores, también ha sido utilizado como herramienta de cribado inicial para detectar casos de deterioro cognitivo severo (49). Ha sido previamente validado al español y ha demostrado tener buenos índices de utilidad diagnóstica, lo que respalda su aplicación, en cuanto a su administración tiene un tiempo estimado para ser resuelto de 5 a 10 minutos, convirtiéndolo en una herramienta práctica para su uso en entornos clínicos (50).

A medida que una persona envejece, el cerebro atraviesa modificaciones morfológicas consideradas propias de la edad; sin embargo, según la capacidad de adaptación cerebral y las diferencias individuales, estos cambios pueden llegar a afectar las funciones cognitivas (51). La función cognitiva comprende procesos como percepción, atención, memoria, orientación, lenguaje y cálculo, la dificultad para recordar puede indicar compromisos en la memoria función que tienden a deteriorarse con la edad, la pérdida de esta capacidad puede impactar en la autonomía y

la seguridad del adulto mayor este deterioro puede asociarse a depresión, deterioro cognitivo leve o demencia, por lo que el cribado cognitivo resulta clave para su detección temprana (52).

Realizar un cribado de deterioro cognitivo permite a los especialistas detectar de manera oportuna algunos síntomas sutiles, como olvidar los días de la semana en el funcionamiento diario que no son evidentes para los familiares o cuidadores que conocen bien al paciente, esta detección temprana permite que se brinde un tratamiento temprano y en el mejor de los casos lograr el retraso de la progresión del deterioro cognitivo (53). Por ello, es fundamental que este instrumento sea breve, fácil de aplicar, con adecuada sensibilidad y especificidad, y adaptado a las características de la población atendida, garantizando así su utilidad en la práctica clínica (54).

2.2.2 Depresión - variable 2:

2.2.2.1 Conceptos sobre depresión

Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda, pérdida de interés, alteraciones del sueño o apetito, fatiga, problemas de concentración, sentimientos de culpa o inutilidad y, en casos graves, pensamientos suicidas (55). Según una Zertuche et al. en 2022 (56), se origina por una compleja interacción de factores neurobiológicos, psicológicos y sociales, donde se observa una desregulación de los circuitos cerebrales emocionales, particularmente en regiones como el hipocampo y la amígdala.

Desde el enfoque clínico, puede adoptar distintas formas y niveles de severidad, lo que dificulta su diagnóstico oportuno, especialmente en poblaciones vulnerables; estudios recientes coinciden en que su abordaje debe considerar no solo los síntomas emocionales, sino también los síntomas somáticos que muchas veces predominan, como cefalea, dolor abdominal o fatiga

crónica, los cuales pueden llevar a un subdiagnóstico si no se evalúan dentro de un contexto biopsicosocial integral (57).

2.2.2.2 Depresión en la vejez

La depresión en la vejez, también denominada depresión geriátrica o depresión tardía, presenta características particulares en comparación con otros grupos etarios, en esta etapa de la vida, la sintomatología depresiva tiende a manifestarse de forma más sutil, predominando la apatía, el retraimiento social y las quejas somáticas inespecíficas (58).

De acuerdo con Goñi et al. (59) este tipo de depresión puede ser confundido con el proceso natural del envejecimiento o atribuido erróneamente a enfermedades físicas coexistentes, lo que conduce a una subestimación de su impacto.

Además, en adultos mayores, la depresión se asocia a eventos estresantes como jubilación, duelo, aislamiento o dependencia, y con frecuencia al deterioro cognitivo, creando un círculo vicioso de afectación emocional e intelectual. (60).

2.2.2.3 Clasificación de trastornos depresivos

Los trastornos depresivos comprenden un espectro amplio de alteraciones afectivas que se diferencian según su duración, severidad, frecuencia y respuesta al tratamiento; según el DSM-5 y el CIE-11, las categorías más reconocidas incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, y otros especificados o no especificados, a esto se suma la denominada depresión resistente al tratamiento, en la cual el paciente no responde a al menos dos esquemas terapéuticos adecuados, representando un desafío clínico importante (61).

En adultos mayores, se agrega una diferenciación relevante: la depresión de inicio tardío, que aparece posterior a 60 años y se asocia más frecuentemente con comorbilidades médicas,

deterioro cognitivo y cambios estructurales cerebrales, esta distinción clínica tiene implicancias diagnósticas y terapéuticas, ya que la respuesta a los fármacos puede ser más lenta y los efectos secundarios más intenso (62).

2.2.2.4 Teoría de la depresión en adultos mayores

Beck en la teoría cognitiva de la depresión sostiene que la forma en la que un paciente con depresión percibe e interpreta mentalmente los acontecimientos adversos de su vida puede repercutir en sus sentimientos hacia ellos, tanto con el afrontamiento y la superación, esta creencia o percepción errónea conlleva a la depresión, principalmente por pensamientos y creencias desadaptativas, ya sean actitudes disfuncionales, errores cognitivos, pensamientos automáticos negativos y la triada cognitiva (63). Los cuales pueden ser activados por cualquier evento (64).

2.2.2.5 Dimensiones

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es una herramienta que detecta la presencia o ausencia de depresión en adultos mayores; su validez psicométrica ha sido respaldada mediante análisis factorial, lo que asegura que todos sus ítems aporten de forma coherente a la detección del trastorno (64,65). Esta precisión resulta fundamental, pues en la población adulta mayor la depresión no solo es frecuente, sino que a menudo se solapa con la demencia y puede confundirse con otros trastornos emocionales, además, el declive percibido de la salud y las capacidades con el paso del tiempo incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, lo que hace imprescindible contar con instrumentos de evaluación debidamente validados (66).

Esta ha sido específicamente diseñada para detectar síntomas depresivos en adultos mayores, con 15 ítems, facilitando su aplicación e interpretación en entornos clínicos y comunitarios (67). Las preguntas han sido diseñadas para evaluar diferentes aspectos emocionales asociados a la depresión en ancianos; cada ítem se enfoca en síntomas y sentimientos que son

indicadores comunes de depresión, tales como insatisfacción con la vida, pérdida de interés en actividades, sentimientos de vacío o aburrimiento, mal estado de ánimo, baja autoestima y falta de energía (68).

La insatisfacción con la vida y la sensación de vacío del adulto mayor hacen referencia a la percepción general del bienestar y la calidad de vida; mientras que la pérdida de interés en las actividades evalúa la incapacidad del individuo para experimentar placer, el nivel de aislamiento y la baja participación social. El mal estado de ánimo es el reflejo de síntomas clásicos de depresión, como la tristeza permanente, desesperanza, culpa, entre otros, y la autoestima determina el valor personal, sentido de propósito y fortaleza interna. Por su parte, la ausencia de energía se manifiesta a través del agotamiento integral y una profunda fatiga durante la ejecución de las tareas diarias (69).

En conjunto, estos aspectos permitirían la identificación de patrones de pensamiento y sentimientos negativos, así como cambios en el comportamiento, fundamentales para detectar la presencia y gravedad de depresión en población geriátrica; esta escala de puntuación clasifica los puntajes de la siguiente manera: de 0 a 5 puntos se considera un resultado normal; entre 6 y 10 puntos se interpreta como indicativo de depresión leve; y una puntuación mayor a 10 sugiere la presencia de depresión severa, esta herramienta es ampliamente reconocida por su sensibilidad y especificidad en la población geriátrica (67).

Además, presenta 2 dimensiones:

Desesperanza

La desesperanza es un estado emocional y cognitivo en el que la persona percibe que no existen posibilidades de que las circunstancias mejoren, independientemente de sus esfuerzos. Se caracteriza por pensamientos negativos sobre el futuro, sensación de impotencia frente a los

problemas, falta de motivación para planificar o actuar, y pérdida de confianza en la propia capacidad de influir en los eventos de la vida. Este estado suele estar asociado con sentimientos de tristeza profunda, ansiedad, desmotivación y, en muchos casos, puede contribuir al desarrollo de trastornos depresivos o aumentar la vulnerabilidad frente a situaciones estresantes (70).

Estado de ánimo deprimido

El estado de ánimo deprimido constituye una manifestación profunda de la depresión, caracterizada por una melancolía intensa y persistente. En las personas que lo experimentan, se ve afectada la capacidad de sentir placer o motivación por actividades que antes resultaban gratificantes, y se reduce el interés por la vida en general. Este estado no solo domina la esfera emocional, sino que también impacta la rutina diaria, influyendo en el apetito, el sueño, los niveles de energía y la concentración (71).

Desde una perspectiva más amplia, la melancolía se percibe como un peso emocional uniforme que abrumba al individuo, dificultando sus relaciones interpersonales, el desempeño laboral y el cumplimiento de las tareas cotidianas. En la evaluación clínica de la depresión, este marcador es relevante, ya que su persistencia suele estar relacionada con la gravedad y la duración del episodio depresivo

En los adultos mayores, la identificación del estado de ánimo deprimido puede ser más compleja, porque a menudo se confunde con los cambios normales de la vejez o con afecciones físicas. Con frecuencia, esta etapa emocional se acompaña de sentimientos de tristeza profunda, vacío existencial y sensación de ser una carga para los demás, lo que conduce a la desconexión de actividades que antes resultaban significativas. En algunos casos, la profunda tristeza se manifiesta de manera atípica, enmascarada tras síntomas físicos como dolor, fatiga o problemas digestivos (71).

2.2.2.6 Depresión según la escala Yesavage

Desde 1988 es una de las herramientas más usadas en atención primaria para detectar síntomas de depresión en adultos mayores (72). Los autores de esta escala la crearon debido a que encontraban que las demás escalas estaban dirigidas a personas jóvenes; ha sido previamente probada en adultos mayores hospitalizados en Estados Unidos (64).

Esta escala cuenta con una validez adecuada, por lo que ha sido ampliamente empleada en adultos mayores (67). Según los criterios del DSM-5, los síntomas de depresión se representan mejor por factores somáticos y no somáticos, los factores somáticos están compuestos por la dificultad para dormir, trastornos del apetito, la falta de concentración, fatiga y agitación; por otro lado, los factores no somáticos se ven representados por el estado de ánimo deprimido, anhedonia, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte (68).

Sin embargo, la escala de depresión geriátrica no evalúa la sintomatología somática, pues se cree que estos pueden carecer de capacidad discriminativa en las personas de avanzada edad, ya que podrían estar relacionados con condiciones físicas, comorbilidades y al proceso mismo del envejecimiento (65). Lo que se evalúa con este instrumento es la satisfacción vital y la felicidad, el entusiasmo por nuevas actividades, curiosidad, energía, desesperanza, impotencia y miedo al futuro (73).

Las validaciones posteriores del instrumento han demostrado que el instrumento cuenta con una consistencia interna de 0.94, confiabilidad test-retest de 0.85 y discrimina bien entre ancianos normales, con depresión leve y severa (74). Cabe precisar que esta escala tiene un formato dicotómico, lo que hace que su aplicación en adultos mayores sea mucho más eficiente; por otro lado, el tamizaje de depresión con esta escala permite obtener mejores resultados de tratamiento y bienestar para los pacientes (75).

2.2.3 Relación entre deterioro cognitivo y depresión

Diversas investigaciones científicas recientes han evidenciado una estrecha relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en ancianos; estudios longitudinales, como el de Yang et al. en 2022 (21) han demostrado que los síntomas depresivos persistentes no solo afectan negativamente el estado emocional, sino que también predicen una disminución progresiva en las funciones cognitivas, como la memoria, la orientación y la atención.

Esta asociación se ha observado de manera significativa en evaluaciones realizadas a lo largo del tiempo, sugiriendo que la depresión podría desempeñar un rol importante en la aceleración del deterioro cognitivo; asimismo, Muhammad y Meher en 2021 (24) confirman que los ancianos con depresión tienen una mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo, lo cual refuerza la necesidad de considerar ambos trastornos de forma conjunta durante la evaluación clínica geriátrica.

Además, estudios como el de Lai et al. en 2024 (76) han explorado la relación desde una perspectiva más integral, proponiendo que la depresión puede actuar como un mediador entre las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo, esta mediación implica que la carga emocional derivada de las comorbilidades físicas podría influir negativamente en el estado cognitivo a través del desarrollo de síntomas depresivos.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

HaE1: Existe relación estadísticamente significativa en el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.

HaE2: Existe relación estadísticamente significativa en la depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital de Juliaca, 2025.

HaE3: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital de Juliaca, 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Será de tipo hipotético deductivo, se caracteriza porque la investigadora formula preguntas y plantea una hipótesis, con el fin de generar conclusiones que permitan confrontarlas con los hechos (77).

3.2 Enfoque de la investigación

El enfoque será cuantitativo, basado en la recolección de datos numéricos y análisis estadístico para probar la hipótesis, identificar patrones y contrastar teorías (78).

3.3 Tipo de investigación

La investigación será aplicada, orientada a identificar necesidades o problemas y responder a ellos mediante el uso del método científico (79).

3.4 Diseño de la investigación

No experimental, prospectivo, transversal y correlacional.

No experimental, pues el investigador no manipulará las variables de estudio y se centrará en observar como ocurren los fenómenos en su estado natural (77). Prospectivo, pues los datos de interés a recolectar serán recopilados conforme se lleva a cabo el estudio, es decir a futuro y transversal, con recolección de datos en un único momento, y correlacional, al enfocarse en la relación entre variables cuantitativas. (77).

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población es el conjunto de individuos con características comunes sobre los que se analizan los resultados de un estudio (77). Estará compuesta por pacientes adultos mayores internados en el Hospital nacional de Juliaca en el periodo agosto a diciembre de 2025. De acuerdo a lo observado durante la práctica clínica al mes se hospitalizan 25 pacientes adultos mayores; por lo que para el periodo de estudio se espera contar con 150 pacientes aproximadamente.

3.5.2 Muestra

La muestra es el subgrupo de la población del que se recolectan los datos a analizar (77). Para el cálculo de muestra en el presente estudio, se utilizará la fórmula para estimar una proporción cuando la población es conocida ($N=150$), se considerará un nivel de confianza del 95%, un error de precisión del 5% y una prevalencia esperada de las variables de 50%. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población:	$N=150$
Nivel de Confianza (95%):	$Z_{\alpha}=1.96$
Proporción a favor:	$p=0.5$
Proporción en contra:	$q=0.5$
Error de precisión:	$d=0.05$
Reemplazando:	$n = 109$

Por lo tanto, la muestra estará conformada por 109 pacientes adultos mayores internados en el Hospital de Juliaca en el periodo agosto a diciembre de 2025.

Criterios de inclusión

- Pacientes >60 años hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que firmen el consentimiento

Criterios de exclusión

- Pacientes que tienen pérdida de la conciencia, con problemas mentales (pacientes con diagnóstico de enfermedad mental establecido en la historia clínica tales como; delirium y demencia).
- Pacientes con hipoacusia severa.
- Pacientes con un nivel de dolor severo que les impida resolver los cuestionarios.
- Pacientes con condición clínica inestable
- Negativa del paciente o del familiar responsable

3.5.3 Muestreo

El muestreo hace referencia a la estrategia de selección de elementos que se sustentan en el principio de selección (77). Se aplicará un muestreo probabilístico aleatorio simple. Este asegura que todos los miembros de la población tengan una probabilidad conocida y distinta de cero de ser elegidos. Cada muestra posible del mismo tamaño tendrá la misma probabilidad de selección.

3.6 Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rango)
V1. Deterioro cognitivo	Disminución de la cognición que afecta el habla, la memoria, el razonamiento, cognición social y la planificación (80).	Deterioro cognitivo del adulto mayor determinado mediante el cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE, en sus siglas en inglés).	Orientación (tiempo)	¿Qué fecha es hoy? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿En qué estación del año estamos? ¿En qué año estamos?	Ordinal	Sin deterioro (27-30) Posible deterioro (25-26) Deterioro leve (10-24) Deterioro cognitivo severo (6-9)
			Orientación (espacio)	¿En qué lugar estamos? ¿en qué dirección estamos? ¿en qué ciudad estamos? ¿En qué departamento estamos? ¿en qué País estamos?		
			Atención y calculo	Deletrear MUNDO al revés Resta desde 30 de 3 en 3		
			Lenguaje	Nominación: ¿Qué es esto? Mostrarle un lapicero ¿Qué es esto? Mostrarle un reloj Repetición: Dígale a su paciente la siguiente frase: “la mazamorra morada tiene duraznos y guindones” Ordenes de tres comandos: Darle el papel al paciente y decirle: tome Este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame lo con la mano derecha Lectura: Mostrarle la hoja que dice “cierre los ojos” y dígale “haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta”		

V2. Depresión	Trastorno mental frecuente donde la persona experimenta un estado de ánimo bajo (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o pierde el interés y placer por actividades que antes disfrutaba (3).	Trastorno depresivo del adulto mayor determinado mediante el cuestionario Yesavage.	el de	Estado de ánimo deprimido	Escritura: Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase. Copia: Dele a su paciente la hoja que dice: “copie esta figura”, y pídale que copie el dibujo . Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo	Ordinal	Depresión leve (6-10) Depresión severa (>10)
					Registro . Pregúntele al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió		
					¿Está satisfecho con su vida? ¿Ha suspendido sus actividades? ¿Siente que su vida está vacía? ¿Se aburre? ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? ¿Tiene miedo de que algo malo le pase? ¿Se siente feliz?		Normal (0-5)
					¿Se siente indefenso? ¿Prefiere quedarse en la casa? ¿Tiene problemas de memoria? ¿Piensa que es maravilloso estar vivo? ¿Se siente inútil? ¿Se siente con mucha energía? ¿Siente que su situación es irremediable? ¿Piensas que los demás están mejor que tú?		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Conjunto de actividades que lleva a cabo el investigador para poder acceder a los datos de interés y lograr los objetivos del estudio (77).

En este caso la técnica será la encuesta.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Instrumento variable 1. Deterioro cognitivo

Esta variable será evaluada con el **cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE, en sus siglas en inglés)**. Fue creado por Marshall Folstein y su equipo en 1975 con la finalidad de llevar a cabo una evaluación breve del estado mental, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos, en pacientes hospitalizados. Con el tiempo, este instrumento se ha convertido en la herramienta más utilizada para la valoración estandarizada del deterioro cognitivo en el ámbito clínico, particularmente en la población adulta mayor (45,46). Consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas, destinados a evaluar seis procesos cognitivos: orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación, memoria de evocación, atención y cálculo, y lenguaje. En cuanto a la puntuación: Sin deterioro (27-30), Posible deterioro (25-26), Deterioro leve (10-24) y Deterioro cognitivo severo (6-9) (81).

Instrumento variable 2. Depresión

Esta variable será evaluada con el **cuestionario de Yesavage**. Este es uno de los cuestionarios más empleados para la evaluación de la depresión geriátrica. Fue diseñado en Estados Unidos por el Dr. Jack Yesavage y desde 1988 (año de creación) ha sido considerada como una herramienta que permite la detección de depresión en los adultos mayores. Inicialmente este cuestionario constaba de 30 preguntas, con opciones de respuesta si/no (72). No obstante, en

2002, De La Iglesia y colaboradores tradujeron el cuestionario al español y lo validaron (82), lo que redujo el número de ítems a 15, presenta 2 dimensiones: desesperanza, que incluye 7 preguntas, y estado de ánimo deprimido, integrada por 8 preguntas. Las puntuaciones son las siguientes: (Normal: 0-5 puntos, Depresión leve: 6-10, Depresión severa >10 puntos (83))

Este cuestionario se caracteriza por ser simple de aplicar, incluso con pacientes que presentan alteraciones físicas y demencia. El tiempo de resolución suele ser entre 5 a 7 minutos (83).

3.7.3 Validación

La validez de un instrumento es el grado en que mide la variable de estudio. (77).

Instrumento 1. Cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE)

El cuestionario ha sido validado a nivel nacional, se puede citar el estudio realizado por el Dr. Buleje en un Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Santa Anita, quién en 2021 reportó una sensibilidad del 79,8 %, una especificidad del 81,3 %, un valor predictivo positivo (VPP) de 86,3 % y un valor predictivo negativo (VPN) de 73,0 %, con un intervalo de confianza del 95 %. El mismo autor, sometió el cuestionario a juicio de expertos; para ello solicitó la opinión calificada de cuatro psicólogos especialistas en el tema, quienes concluyeron que el instrumento es aplicable (84).

Instrumento 2. Cuestionario de Yesavage

El cuestionario de Yesavage de 15 ítems ha sido validado en el contexto peruano. La Lic. en Psicología Petronila Sanga, en 2022 – Tacna, ratificó la validez de contenido mediante juicio de expertos y la validez de constructo al revelar que existe correlación significativa entre los ítems y la variable general, por tanto, el instrumento mide correctamente el concepto teórico que se pretende evaluar (85).

3.7.4 Confiabilidad

Corresponde a una serie de procesos por los cuales debe pasar para poder determinar lo que garantizará seguridad en la calidad de información que tan estable y coherente es al momento de medir lo que se propone antes de que inicie la recopilación de datos. Se puede aplicar estos instrumentos donde se garanticen las mismas condiciones de la realidad a estudiar, para evaluar se empleará coeficientes estadísticos como **alfa de Cronbach o el KR-20**. Se evaluará la consistencia del instrumento en la muestra (77).

Instrumento 1. Cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE)

Rojas et al. (86), en Colombia evaluaron la confiabilidad del cuestionario en una muestra de 4034 adultos mayores colombianos, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80. Este resultado confirma la adecuada consistencia interna del instrumento para su aplicación en la población adulta mayor.

Instrumento 2. Cuestionario de Yesavage

En relación al cuestionario Yesavage de 15 ítems, Salgado et al. (67), en 2023, identificaron un alfa de Cronbach de 0,94 en una cohorte de adultos mayores mexicanos; lo que representa una alta consistencia interna. Por su parte, Sanga (85), en 2022, a través del coeficiente KR20 ratificó la confiabilidad del instrumento (KR20= 0,75) en un grupo de adultos mayores de Tacna-Perú.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizará de forma ordenada:

- Antes de aplicar el instrumento, se gestionarán los permisos institucionales. Tras la autorización, se explicarán los objetivos del estudio y se presentará el consentimiento informado.

- Los datos se someterán a control de calidad y, completada la muestra, se codificarán y procesarán en SPSS versión 2 según su operacionalización
- Antes de seleccionar la prueba estadística, se evaluarán los supuestos: normalidad de las variables mediante Kolmogórov-Smirnov y linealidad de la relación con diagramas de dispersión.
- Se probarán las hipótesis usando correlación de Pearson si las variables cumplen normalidad y linealidad; de lo contrario, se aplicará la correlación de Spearman para variables ordinales o que no cumplen supuestos paramétricos.
- Los resultados obtenidos serán organizados mediante tablas de frecuencia y tablas de contingencia, complementándose con gráficos estadísticos, como diagramas de barras y gráficos, los cuales se elaborarán utilizando el programa Microsoft Excel 365.

3.9 Aspectos éticos

Los aspectos éticos son esenciales para proteger derechos, dignidad y bienestar de los participantes; este estudio seguirá los principios de Helsinki.

Principio de Autonomía

El paciente será informado sobre los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, en base a ello será libre de decidir su participación. Para esto deberá firmar un consentimiento informado, que garantice su participación voluntaria en el estudio.

Principio de Beneficencia

Se le hará saber al paciente que el estudio tiene como finalidad proporcionar el mayor beneficio posible para los adultos mayores con deterioro cognitivo y depresión. Principalmente este estudio permitirá establecer la posible relación entre las variables, con el fin de que los

especialistas cuenten con respaldo suficiente que les permita disponer de pruebas de tamizaje tempranas para identificar deterioro cognitivo o depresión. Así también los resultados obtenidos, podrían ser incluidos en revisiones sistemáticas orientadas a la elaboración de guías o protocolos de atención.

No maleficencia

No existirán riesgos para los participantes, porque solo se limitarán a responder dos cuestionarios.

Principio de Justicia

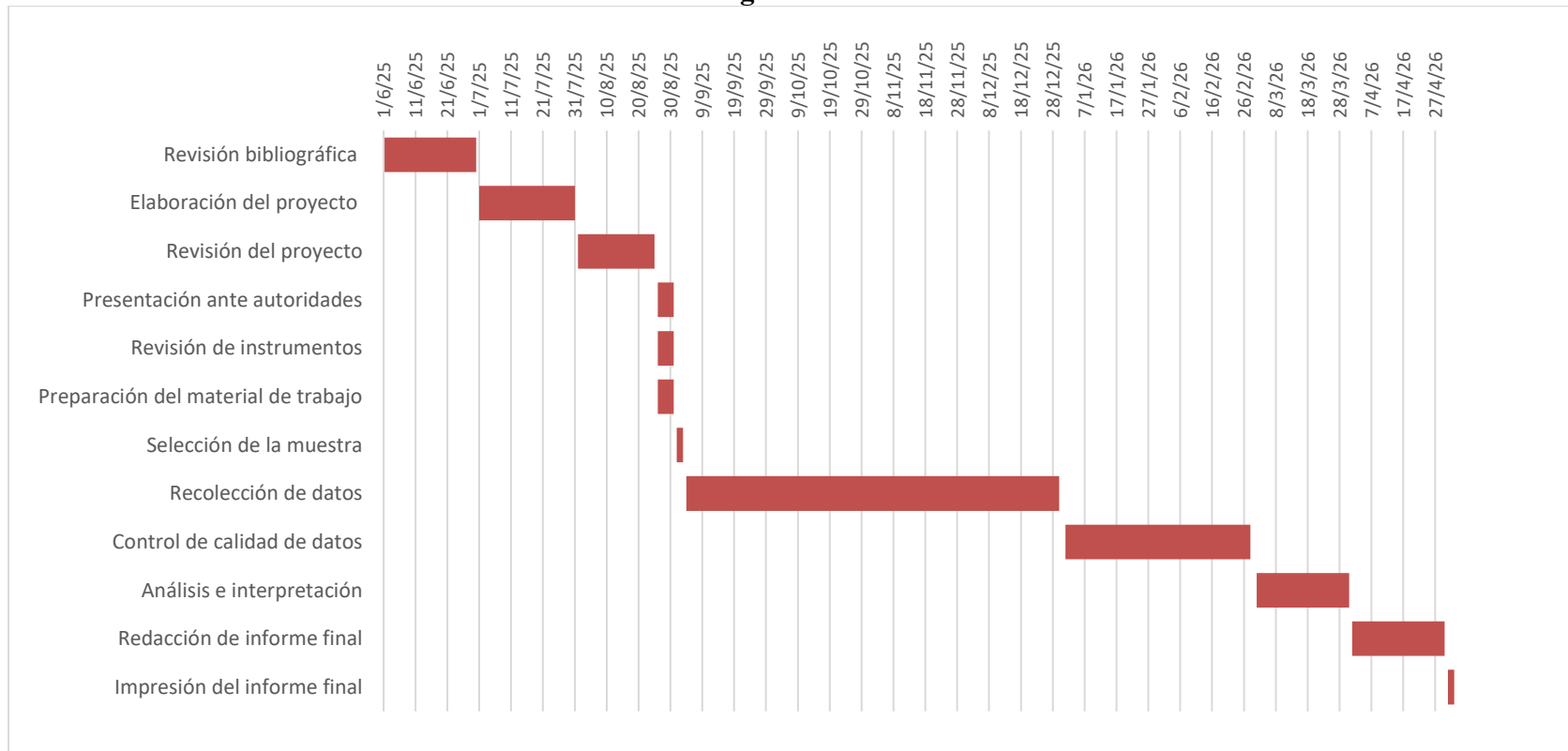
Todos los participantes tendrán la misma oportunidad de ser seleccionados para el estudio, se tendrán en cuenta los criterios de selección

Cabe precisar que la investigadora se limitará de recolectar datos personales de los pacientes, tales como, nombres y apellidos. Todos los datos ingresados serán empleados exclusivamente para el análisis estadístico. Al culminar el estudio los datos serán eliminados

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

Diagrama de Gantt



4.2 Presupuesto

RECURSOS	N°	C.U.	TOTAL
- Asesor de investigación	1	S/. 600.00	S/. 600.00
- Asesor estadístico	1	S/. 500.00	S/. 500.00
- Materiales de escritorio	-	S/. 300.00	S/. 300.00
- Hoja bond A4.	4 millares	S/. 25.00	S/. 100.00
- Folders	4	S/. 10.00	S/. 40.00
- Archivadores	4	S/. 7.00	S/. 28.00
- USB	1	S/. 80.00	S/. 80.00
- Internet	-	-	S/. 200.00
- Fotocopias	1500	S/. 0.10	S/. 150.00
- Anillados	6	S/. 3.50	S/. 21.00
- Otros gastos	-	-	S/. 500.00
Total			S/. 2,519.00

5. REFERENCIAS

1. American Psychological Association. Deterioro cognitivo. [Internet].; 2023 [consultado el 08 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/cognitive-impairment>.
2. Dhakal A, Bobrin B. Cognitive Deficits [Internet]. Estados Unidos : StatPearls; 2023. [consultado 11 agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559052/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [Online].; 2023 [consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) Estados Unidos : APA; 2022.
5. Wu X, Tang Y, He Y, Wang Q, Wang Q, Wang Y, et al. Prevalence of cognitive impairment and its related factors among Chinese older adults: an analysis based on the 2018 CHARLS data. *Front. Public Health* [Internet]. 2024; 12(2024): 1-9. [consultado el 06 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1500172/full>.
6. Franco-García J, Denche-Zamorano A, Carlos-Vivas J, Castillo-Paredes A, Mendoza-Holgado C, Pérez-Gómez J. Subjective Cognitive Impairment and Physical Activity: Investigating Risk Factors and Correlations among Older Adults in Spain. *J. Funct. Morphol. Kinesiol* [Internet]. 2024; 9(3): 150. [consultado el 06 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2411-5142/9/3/150>.

7. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Bakolis I, Dregan A, Martín V, et al. Prevalence and variability of depressive symptoms in Europe: update using representative data from the second and third waves of the European Health Interview Survey (EHIS-2 and EHIS-3). *The Lancet* [Internet]. 2023; 8(11): e889-e898. [consultado el 06 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37898521/>.
8. Regueiro M, Homar C, Cañas M, Tosello V. Prevalencia de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años con alto riesgo social de Neuquén capital. *Rev. Arg. de Psiquiat.* [Internet]. 2018; 29: 178-183.[consultado el 06 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150676>.
9. López M, Cruz M, Arias N, Gaitán M. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas adultas mayores de 60 a 65 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023; 7(6): 1-14. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8975>.
10. Rosseto L, Sousa K, Virtuoso J. Sintomatología depresiva e mortalidade em idosos da América Latina: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 ; 46(2020): 1-9. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9733709/>.
11. Pecart H. Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de un centro de salud de ña soerra. *Revista Peruana de Medicina Integrativa.* 2022 ; 1(1):1-5. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en:<https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/27>.
12. Luengo C, Ocares J, Sandoval P, Santana T, Vásquez K, Morales I. Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile.

- Gerokomos [Internet]. 2022; 32(4): 1-5. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216.
13. Zegarra-Valdivia J, Pérez-Fernández L, Casimiro-Arana M, Arana-Nombera H, Gallegos-Manayay V, Oliva-Piscoya M, et al. Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment and dementia in northern Peru. *Front. Public Health* [Internet]. 2025; 13(2025): 1-12. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment and dementia in northern Peru.
 14. Zegarra J, Chino B, Paredes C. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. *Rev Ecuat Neurol* [Internet]. 2023; 32(1): p. 1-12 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2023/06/2631-2581-rneuro-32-01-00043.pdf>.
 15. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev. Fac. Med. Hum* [Internet]. 2019 ; 19(4): 1-6. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008.
 16. Torres J, Torres J. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos adultos mayores peruanos. *Horiz. Med* [Internet]. 2023 ; 23(3): 1-12.[consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300006..
 17. Chambi V, Quevedo M. Calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Centro de Salud de Juliaca, 2023 [Tesis para optar el grado de Licenciado en

- Enfermería]. Universidad Autónoma de Ica; 2023. Disponible en: <https://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2522/1/CHAMBI%20CHAHUARA%20VANESSA%20-%20QUEVEDO%20CHOQUE%20MOISES%20ALEJANDRO.pdf>.
18. Choque D, Torres V. Nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Revolución, Juliaca-2021 [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104492/Choque_VDW-Torres_VJ%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 19. Valderrama-Sanabria M, Leal-García P, Caicedo-Carmona L. Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Rev. cienc. cuidad* [Internet]. 2023; 20(2):76-86. [citado el 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3793>.
 20. Delardas O, Panagiotis G. Cognitive Performance Deficits Are Associated with Clinically Significant Depression Symptoms in Older US Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [Internet]. 2023; 20(1): p. 1-10. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20075290>.
 21. Huang W, Zhu W, Chen H, Li F, Huang J, Zhou Y, et al. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population. *J Affect Disord* [Internet]. 2022; 303(1): p. 18-23 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.107>.

22. Camacho-Conde J, Galán-López J. La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. *Psicología: Teoría e Investigación*. [Internet]. 2021; 37(1): p. 1-10. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37413>.
23. Aajami Z, Kazazi L, Toroski M, Bahrami M, Borhaninejad V. Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *J Caring Sci*. [Internet]. 2020; 9(3): p. 148-153. [Consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.022>.
24. Muhammad T, Meher T. Association of late-life depression with cognitive impairment: evidence from a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2021; 21(364): p. 1-13. [consultado el 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02314-7>.
25. Casas M. Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en 110 centros geriátricos privados en Lima Perú en el periodo diciembre del 2023 a enero del 2024. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima : Universidad Ricardo Palma ; 2025. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/255ad5dd-32a2-4764-b5bc-d630772e9e8e/content>.
26. Altaminarno M, Oblitas N. Deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de adulto mayor, Chota 2022. [tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e055f244-7030-497b-963c-e4a06de3b7e3/content>.

27. Guillén J, Neyra C, Runzer-Colmenares F, Gutiérrez E. Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Revista Finlay*. [Internet]. 2022; 12(3): p. 1-6. [consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171>.
28. Espillco J. Estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador [Tesis para optar el grado de psicólogo]. Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2022. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2286/Espillco%20Cutipa%2c%20Jorge%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Arbildo D. "Relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud 9 de octubre - Pucallpa 2021. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]]. Pucallpa: Universidad Nacional de Pucallpa; 2022. Disponible en: <https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bea772fa-b746-4c6f-98f3-5e86339b4cf1/content>.
30. Morozova A, Zorkina Y, Abramova O, Pavlova O, Pavlov K, Soloveva K, et al. Neurobiological Highlights of Cognitive Impairment in Psychiatric Disorders. *Int J Mol Sci*. [Internet]. 2022; 23(3): p. 1-7. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835608/>.
31. Zárate C, Rodríguez E, Hernández L, Cruz A. El deterioro cognitivo en los mayores. *Prog Med Conti Acre* [Internet]. 2021; 13(6): p. 2671-2687 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.12.002>.

32. Gallo A, Martone A, Liperoti R, Cipriani M, Ibba F, Camilli S, et al. Mild cognitive impairment and microbiota: what is known and future perspectives. *Frontiers* [Internet]. 2024; 11: p. 1-9 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1410246>.
33. Randhawa S, Varghese D. Geriatric Evaluation and Treatment of Age-Related Cognitive Decline. Estados Unidos: StatPearls; 2023. [consultado el 11 agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580536/>.
34. Brown R, Gruijters S, Kotz S. Prediction in the Aging Brain: Merging Cognitive, Neurological, and Evolutionary Perspectives. *The Journals of Gerontology: Series B* [Internet]. 2022; 77(9): p. 1580–1591. [consultado 11 agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>.
35. Véliz M, Riffo B, Arancibia B. Lenguaje y envejecimiento. Discusión acerca del deterioro/preservación de la sintaxis en los adultos mayores. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada* [Internet]. 2021; 48(1): 75-103. [citado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n57/0123-4870-folios-57-51.pdf>.
36. Emmady P, Schoo C, Tadi P. Major Neurocognitive Disorder (Dementia) [Internet]. Estados Unidos: StatPearls; 2022. [Consultado el 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>.
37. Ministerio de Salud de Chile. Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2023. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/08/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf#page=200>.

38. Badham S. The older population is more cognitively able than in the past and age-related deficits in cognition are diminishing over time. *Developmental Review*[Internet]. 2024; 72(1): p. [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027322972400008X>.
39. Rodríguez M, Guapisaca J. Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de la Acción Social Municipal, Cuenca 2021. *Polo Con.* 2022 ; 7(2): p. 1-11 [citado 17 de junio 2025]. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3601/html?utm_source=chatgpt.com.
40. Garbey Y, Batista Y, Gorguet M, Adjunta M. Asociación entre salud oral y el deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Rev Cub Estoma* [Internet]. 2024; 61(1): p. 1-7 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4859>.
41. Fonte T. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev Cub Med* [Internet]. 2020; 59(1): p. 1-13 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1314>.
42. Reynolds C, Jeste D, Sachdev P, Blazer D. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*[Internet]. 2022; 21(3): p. [Consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9453913/>.

43. Arieli M, Agmon M, Gil E, Kizony R. The contribution of functional cognition screening during acute illness hospitalization of older adults in predicting participation in daily life after discharge. *BMC Geriatrics* volume [Internet]. 2022; 22(739): p. [consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03398-5>.
44. Mendez M. *The Mental Status Examination Handbook* [Internet] Paises Bajos: Elsevier; 2021 [consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/The_Mental_Status_Examination_Handbook_E/rKcjEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=The+Mental+Status+Examination+Handbook&pg=PP2&printsec=frontcover.
45. Gallegos M, Morgan M, Cervigni M, Martino P, Murrau J, Calandra M, et al. 45 Years of the mini-mental state examination (MMSE): A perspective from ibero-america. *Views & Reviews. Dement. neuropsychol*[Internet]. 2022; 16(4). [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36530763/>
46. Arevalo-Rodríguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews*[Internet]. 2021; 1(1). [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34313331/>
47. Jia X, Wang Z, Huang F, Su C, Du W, Jiang H, et al. A comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE) with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for mild cognitive

- impairment screening in Chinese middle-aged and older population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*[Internet]. 2021; 21(485). [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607584/>
48. Engedal K, Gjora L, Bredholt T, Thingstad P, Tangen G, Ernsten L, et al. Sex Differences on Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination Scores and the Value of Self-Report of Memory Problems among Community Dwelling People 70 Years and above: The HUNT Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2021; 50: p. 74-84. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34038905/>
49. Martínez J, Dueñas R, Onís M, Aguado C, Albert C, Luque R. Analysis of the Psychosocial Sphere of Older Adults in Extreme Poverty in the Peruvian Amazon. *Healthcare* [Internet]. 2023; 11(23). [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/23/3022>.
50. Custodio N, Alva-Diaz C, Becerra-Becerra Y, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, et al. Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú. *Rev. peru. med. exp. salud publica*[Internet]. 2016; 33(4): p. 662-669. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n4/662-669/>
51. Sánchez O, Martínez J, Castel P, Gispert E, Vila M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Rev Med Electron*[Internet]. 2019; 41(3): p. 708-724. [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708

52. Duque P, Hincapié D, Henao O. Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. Archivos de Medicina (Col). [Internet]. 2022; 22(1): p. 99-108. [citado el 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>.
53. Boustani M, Baker M, Campbell N, Munger S, Hui S, Castelluccio P, et al. Screening for Cognitive Impairment in Primary Care: Rationale and Tools. Mo Med [Internet]. 2023; 5(2): 69-75. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10743330/>.
54. López-Luis N, Roda-Bueno A, Terán-Martín M, Martínez-Alberto C, Fernández-Gutiérrez D, Brito-Brito P, et al. Cribado del deterioro cognitivo: fiabilidad del test MEC-35 cuando es aplicado por enfermeras comunitarias. Ene. [Internet]. 2022; 16(2): p. 1-17. [consultado el 8 de agosto de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000200006.
55. Bordone L, Semeniuk G. Depresión y melancolía. Medicina [Internet]. 2021; 81(6): p. 1093-1093 [consultado el 17 de junio 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802021000801093&script=sci_arttext.
56. Zertuche D, González J, Hernández A, Garza R, Álvarez J. Revisión sistemática de salud mental, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. LATAM [Internet]. 2025; 6(1): p. 3033-3045 [citado 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3556>.

57. Pinzón L, Bianchi J. Activación Conductual: Efecto en Adultos Bogotanos con Depresión en Sesiones Presenciales y en Línea. *Acta Comp* [Internet]. 2023; 31(3): p. 1-9 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.32870/ac.v31i3.86453>.
58. Fernández I. Depresión en la tercera edad. Una patología tratable. *Actu Med Clin* [Internet]. 2022; 4(53): p. 1-6 [consultado el 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/608>.
59. Goñi A, de la Cámara C, García P. Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática. *Psi Biolo* [Internet]. 2021; 28(2): p. 1-12 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2021.01.001>.
60. García C, Robledo M, Tlila N, Tlila Y, Fernández S, Castelán K, et al. Impacto Del Duelo Patológico Y Depresión En La Dinámica De La Familia: Estudio De Familia. *Inno Desarr Tec Rev Dig* [Internet]. 2025; 17(1): p. 1-14 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/01/1_60_impacto-del-duelo-patologico-y-depresion-en-la-dinamica-de-la-familia-estudio-de-familia_.pdf.
61. García P. Estabilidad diagnóstica del Trastorno Bipolar. Una revisión sistemática. *Sele Art Tema Libre* [Internet]. 2022; 19(1): p. 1-14 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/33690>.
62. Uher R, Pavlova B, Radua J, Provenzani U, Najafi S, Fortea L, et al. Riesgo transdiagnóstico de trastornos mentales en hijos de padres afectados: un metaanálisis de estudios de registro y de alto riesgo familiar. *World Psychiatry* [Internet]. 2023; 21(3): p. 433-448 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en:

https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_f758198f76d94d89902e9aa0677970db.pdf#page=87.

63. Tsolakis P. Beck's Cognitive Model of Depression: Evolution, Modern Evidence and Critical Appraisal. *Psychology* [Internet]. 2025; 16(1): 12-25. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=138847>.
64. Méndez E. Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria* [Internet]. 2021; 38(2): 103-115. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7>.
65. Justo-Henriques S, Pérez-Sáez E, Carvalho J, Bobrowicz-Campos E, Apostolo J, Otero P, et al. Reliability and Validity of the Geriatric Depression Scale in a Sample of Portuguese Older Adults with Mild-to-Moderate Cognitive Impairment. *Brain Sci.* [Internet]. 2023; 13(8): p. 1-14. [consultado el 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/brainsci13081160>.
66. Arias Gallegos W, Muñoz del Carpio A, Rivera R. Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Rev enferm Herediana.* [Internet]. 2019; 12(1): p. 11-19. [citado el 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/renh.v12i0.3960>.
67. Salgado Y, Andrade P, Hernández A, Gonzáles N, Díaz R, Velasco A. Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. *Inf Psicol* [Internet]. 2024; 24(1): p. 123-135 [citado 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9606717>.

68. Erazo M, Fors M, Mullo S, González P, Viada C. Internal Consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian Older Adults. *Inquiry* [Internet]. 2020; 57(1): 1-6. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174502/>.
69. Chand S, Arif H. Depression. *Estados Unidos : StatPearls*; 2023. [consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>.
70. Hernandez S, Overholser J. A Systematic Review of Interventions for Hope/Hopelessness in Older Adults. *Clin Gerontol*. 2021[Internet]; 44(2): p. 97-111. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31913808/>.
71. Hernández J, Córdoba V, Velilla L. Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*[Internet]. 2022; 22(1): p. 1-21. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8540361.pdf>
72. Tartaglini M, Hermida P, Ofman S, Feldberg C, Freiberg-Hoffmann A. Cuestionario de Depresión geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2021 [citado el 17 de junio de 2025]; 11(2): 99-121. Disponible en: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/736>.
73. Sultana N, Nguyen T, Hossain A, Asaduzzaman M, Nguyen M, Jahan I, et al. Psychometric Properties of the Short-Form Geriatric Depression Scale (GDS-SF) and Its Associated Factors among the Elderly in Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 07 de agosto de 2025]; 19(13):7935. doi: 10.3390/ijerph19137935.

74. Umucu E, Gooding D, Granger T, Wyman M, Lambrou N, Summers M, et al. Ethno-Racial Differences in Depressive Symptom Endorsement: Evaluation of Brief Forms of the Geriatric Depression Scale in Older Adults. *J Affect Disord* [Internet]. 2024; 364:274–278. [citado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39147158/>.
75. Acosta C, García-Flores R, Echeverría-Castro S. The Geriatric Depression Scale (GDS-15): Validation in Mexico and Disorder in the State of Knowledge. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 2021; 93(3):854–863. [consultado el 07 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960071/>.
76. Lai L, Huang D, Peng J, Cao X, Feng X, Tao P, et al. Depressive symptom mediates the association between the number of chronic diseases and cognitive impairment: a multi-center cross-sectional study based on community older adults. *Front Psychiatry* [Internet]. 2024; 15: p. 1-14 [consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1404229>.
77. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica : una aproximación para los estudios de posgrado Ecuador : Universidad Internacional del Ecuador; 2020 [citado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: https://indaga.ual.es/discovery/fulldisplay/alma991001997217304991/34CBUA_UAL:VU1.
78. Cejas M, Liccioni E, Aldaz S, Murillo M, Venegas G. Enfoque cuantitativo y cualitativo: Una mirada de los métodos mixtos España: FEDUEZ; 2023 [citado el 16 de junio de 2025]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/374418696_ENFOQUE_CUANTITATIVO_y_CUALITATIVO_Una_mirada_de_los_metodos_mixtos.

79. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura* [Internet]. 2022; 27 (75): 1-35. [consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/Tecnura/article/view/19171>.
80. Peng T, Chen W, Wu L, Chang Y, Kao T. Sarcopenia and cognitive impairment: A Systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2020; 39(9): 2695-2701. [consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31917049/>.
81. López L. Fragilidad y deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital público de Lima, 2025[Tesis en Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2025[citado el 17 de junio de 2025]. 1-68. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cf3d6104-3609-4c18-896a-8b00a95024c1/content>.
82. De la Iglesia M, Vilches O, Herrero R, Colomer C, Tabernè C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*[Internet]. 2002; 12(10): p. 620-630. [consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000003&script=sci_abstract
83. Zuñiga G. Depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Pabellón 2 y 3 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2020 [Tesis en Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2021. 1-32. Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5217f4ee-0989-46da-9bac-00b7c817a314/content>.

84. Buleje K. Capacidad Funcional Asociado al Funcionamiento Cognitivo en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor - Santa Anita 2019 [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Salud familiar y Comunitaria]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/29dc1943-f9e6-43c6-a792-01f144db0a85>.
85. Sanga P. Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna- 2021 [Tesis para optar el título de Psicología]. Lima : Universidad Autónoma del Perú ; 2022. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2505>.
86. Rojas D, Seguro A. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. CES Psicol. 2017 [Internet]; 10(2): p. 17-27. [citado 17 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4235/423553242002/html/>.
87. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. [Online].; 2025. [consultado el 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
88. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Med Princ Pract. [Internet]. 2021; 30(1): p. [consultado el 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7923912/>.

89. Vidarte-Llaja A, Cortez-Vidal M, Dávila-Ramón A. Principios bioéticos de la I+D+i en el ámbito universitario: una revisión de la literatura. AdB[Internet]. 2024; 7(2): p. [consultado el 14 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2663-49102024000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores internados en un hospital nacional de Juliaca, 2025

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Diseño metodológico
<p>General ¿Cómo el deterioro cognitivo se relaciona con la depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?</p> <p>Específicos 1. ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025? 2. ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025? 3. ¿Cuál es la relación entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adulto mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025?</p>	<p>General: Determinar la relación entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un Hospital nacional de Juliaca, 2025.</p> <p>Específicos: 1. Identifica el nivel de deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025. 2. Establecer el nivel de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un Hospital nacional de Juliaca, 2025. 3. Determinar la relación entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adultos mayores hospitalizados en un Hospital nacional de Juliaca, 2025.</p>	<p>General: Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital de Juliaca, 2025. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital de Juliaca, 2025.</p> <p>Específicas: HaE1: Existe relación estadísticamente significativa en el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025. HaE2: Existe relación estadísticamente significativa en la depresión en pacientes adultos mayores internados en un hospital nacional de Juliaca, 2025. HaE3: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y las características sociodemográficas de pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025.</p>	<p>Variable 1: Deterioro cognitivo</p> <p>Variable 2: Depresión</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Método, enfoque y diseño de la investigación: Hipotético deductivo. Observacional, correlacional y prospectivo. De enfoque cuantitativo.</p> <p>Población y muestra: La población estará conformada por 150 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina en un Hospital nacional de Juliaca en el periodo agosto a diciembre de 2025.</p> <p>La muestra estará conformada por 109 pacientes.</p>

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento 1.

CUESTIONARIO MINI-EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Fecha _____

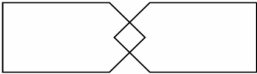
Número de encuesta: _____

Datos sociodemográficos		
Edad > 60 años	Si	()
	No	()
Sexo femenino	Si	()
	No	()
Procedencia rural	Si	()
	No	()
Analfabeto	Si	()
	No	()
Estado civil, soltero o viudo	Si	()
	No	()
Discapacidad	Si	()
	No	()

A cada pregunta contestada de manera correcta se le asignará 1 punto.

DIMENSIONES	ITEMS	PUNTAJE	
		ACTUAL	IDEAL
ORIENTACION EN EL TIEMPO	¿En qué año estamos?		1
	¿En qué estación del año estamos?		1
	¿Qué día del mes es hoy?		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En qué mes del año estamos?		1
ORIENTACION ESPACIAL	¿En qué lugar estamos?		1
	¿En qué dirección estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué departamento o región estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1

<p>REGISTRO Enuncie las 3 palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego de haberlas dichos solicite a su paciente que las repita. (La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las 3, hasta 6 intentos)</p>	<p>PELOTA BANDERA ÁRBOL</p>		<p>1 1 1</p>
<p>ATENCIÓN Y CÁLCULO Hágale deletrear MUNDO de atrás hacia delante – ODNUM. Cada letra en el orden correcto vale 1 punto, o pídale al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades comenzando desde 100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65 deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto.</p>	<p>Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta: ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100 -7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 punto por cada respuesta correcta.</p>		<p>5</p>
<p>EVOCACIÓN (Pregunte al paciente si puede recordar las 3 palabras que antes repitió)</p>	<p>Dígame las 3 palabras que antes repitió</p>		<p>3</p>
<p>LENGUAJE</p>			
<p>Nominación (Solo 1 intento que vale 1 punto para cada ítem).</p>	<p>¿Qué es esto? (muéstrelle 1 lápiz) ¿Qué es esto? (muéstrelle 1 reloj)</p>		<p>1 1</p>
<p>Repetición (solo un intento vale 1 punto)</p>	<p>Dígale a su paciente la siguiente frase “La mazamorra tiene duraznos y guindones”</p>		<p>1</p>
<p>Orden de tres comandos (Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)</p>	<p>Dele el papel a su paciente y dígame: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha”</p>		<p>3</p>

<p>Lectura (Otorgue 1 punto solo si el paciente cierre sus ojos)</p>	<p>Muéstrele la hoja que dice: “Cierre los ojos” y dígame “Haga lo que aquí indica, sin leerlo en voz alta”</p>		<p>1</p>
<p>Escritura (No dicte la oración, este debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correcta).</p>	<p>Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.</p>		<p>1</p>
<p>Copia (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original)</p>	<p>Dele a su paciente la hoja que dice “Copie esta figura” y pídale que copie el dibujo.</p> 		<p>1</p>
PUNTAJE TOTAL			

Valoración cognitiva

- () Sin deterioro
- () Posible deterioro
- () Deterioro leve
- () Deterioro cognitivo severo

Instrumento 2.

CUESTIONARIO YESAVAGE

Depresión	SI	NO
¿Está satisfecho(a) con su vida?		
¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?		
¿Siente usted que su vida está vacía?		
¿Se aburre usted a menudo?		
¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?		
¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
¿Siente usted que tiene más problemas de memoria que los demás?		
¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?		
¿Se siente usted inútil en este momento?		
¿Se siente usted con mucha energía?		
¿Siente usted que su situación es irremediable?		
¿Piensa usted que los demás están en mejores condiciones que usted?		

0-4 puntos normal

9-10 puntos moderada

5-8 puntos leve

12-15 puntos grave

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Norbert Wiener

Investigadores: Carhuapaza Velarde Martha

Título: Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un Hospital Nacional de Juliaca, 2025.

Propósito del estudio

A usted se le está invitando a participar en esta investigación desarrollada por la investigadora Martha Cahuapaza Velarde de la Universidad privada Norbert Wiener llamada: Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025. El propósito de este estudio es determinar la relación entre deterioro y depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en un hospital nacional de Juliaca, 2025. Su ejecución permitirá tener un mayor conocimiento sobre la posible relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores internados, para establecer estrategias preventivas.

Procedimientos

Si usted decide participar del estudio, se realizará lo siguiente:

- deberá responder a dos cuestionarios,
- Participar voluntariamente en el estudio
- Responder todas las preguntas formuladas

La encuesta será de 10 a 30 minutos. Los resultados de estos mismos serán entregados a usted de manera individual o si no desea conocer los resultados estos serán almacenados adecuadamente y se respetará la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

No existirán riesgos, pues los participantes solo deberán responder las preguntas de dos cuestionarios, no serán sometidos a ningún procedimiento o evaluación física. Además, si el paciente lo desea el especialista o algún familiar puede estar presente durante la entrevista.

Adicionalmente, se preguntará al paciente acerca de datos sociodemográficos, o estos serán recopilados de la historia clínica. Por otro lado, en caso de que durante el tiempo que se esté realizando las preguntas el paciente sufre alguna descompensación, el personal adecuado proporcionará los cuidados necesarios para estabilizar al paciente. El investigador, se compromete con los participantes a garantizar la protección de sus datos, los cuales solo serán empleados con fines investigativos, al culminar el estudio la información será descartada, por lo que no existirá riesgo de propagación de datos.

Beneficios de la investigación

La ejecución de este trabajo permitirá reducir los vacíos de conocimiento y demostrar la posible relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores internados. En primer lugar, permitirá obtener respaldo científico que sustente la necesidad de aplicar métodos de tamizaje temprano para identificar, tanto deterioro cognitivo y depresión. Así mismo, en base a los resultados se puede proponer el ajuste de los protocolos de atención del paciente adulto mayor hospitalizado. Por otro lado, los hallazgos podrían ser incluidos en las revisiones sistemáticas, con el fin de diseñar nuevos protocolos de atención de adultos mayores con deterioro cognitivo o depresión. Además, al identificar la relación entre dichas variables, los especialistas pueden prevenir el desencadenamiento de otros factores que contribuyen al deterioro de los adultos mayores, así como la prescripción de tratamientos de manera oportuna.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por su participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

La investigadora guardará la información de cada uno de los pacientes con números de cuestionario, no se utilizarán nombres, ni se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la ejecución del estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la investigadora Carhuapaza Velarde, Martha. Al número 994 440 745 o al comité que validó el presente estudio,

Dra Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Nortbert Wiener, tel. + 51 924 569 790. E-mail comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo hay aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:




11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	1library.co	1%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-11-11	<1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Internet	www.grafiati.com	<1%
6	Trabajos entregados	uwiener on 2024-05-26	<1%
7	Trabajos entregados	uwiener on 2024-09-26	<1%
8	Internet	public-pages-files-2025.frontiersin.org	<1%
9	Internet	www.researchgate.net	<1%
10	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
11	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	<1%