



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

Trabajo Académico

Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud mental,
Lima, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autora: Valverde Raffo, Merlinda

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1919-578X>

Asesor: Mg. Reyes Gastañadui, Neal Henry

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

Lima – Perú

2026

 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, Merlinda Valverde Raffo, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud mental, Lima, 2025”. Asesorado por el docente: Mag. Reyes Gastañadui, Neal Henry. DNI 42757976 ORCID 0000-0001-9145-3897 tiene un índice de similitud de (11) (once) % con código OID: 14912:547599120 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
 Merlinda Valverde Raffo
 DNI: 04074174.



.....
 Firma
 Mg. Henry Neal Reyes Gastañadui
 DNI:42757976.....

Lima, 23 de Enero de 2026.

JURADO

Presidente : DRa. Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz
Secretario : Mg. Rosa María Pretell Aguilar
Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

DEDICATORIA

A Dios, mi padre celestial, por darme en cada momento de mi vida, la fuerza y sabiduría para realizar la especialidad.

A mi esposo Lenin, por su amor y apoyo incondicional que me brinda día a día, a mis queridos padres, quienes, con su cariño, comprensión, y confianza, me motivaron a seguir adelante pese a la adversidad, lograr mis metas y ser un gran profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, Todopoderoso, fiel y verdadero que siempre me ha sostenido y ha cumplido todas sus promesas en mi vida, quien ha sido mi fortaleza en momentos adversos.

A mis queridos padres, y esposo por su apoyo incondicional en tiempos difíciles, por confiar siempre en mí y acompañarme a lo largo de este camino.

Agradezco, de manera muy especial a mi docente quien con sus múltiples conocimientos me apoya para el desarrollo del proyecto de tesis, por estar siempre disponible a resolver mis dudas.

A la Universidad Norbert Wiener, por su prestigiosa formación y llenarnos de conocimientos para nuestro desarrollo como grandes profesionales de la salud.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	v

RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
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.....	3
1.3. Objetivos de investigación	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4.1. Teórica	4
1.4.2. Metodológica	5
1.4.3. Práctica.....	6
1.5. Delimitación 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	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	10
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Depresión (Variable 1).....	13
2.2.2. Deterioro cognitivo (Variable 2).....	18
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.1. Hipótesis general.....	24
2.3.2. Hipótesis específicas.....	24
3. METODOLÓGICO	24

3.1.	Método de la investigación	24
3.2.	Enfoque investigativo.....	25
3.3.	Tipo de investigación	25
3.4.	Diseño de la investigación.....	25
3.5.	Población, muestra y muestreo.....	26
3.5.1.	Población.....	26
3.5.2.	Muestra	27
3.5.3.	Muestreo	27
3.6.	Variables y operacionalización	28
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.7.1.	Técnica.....	30
3.7.2.	Descripción de instrumentos.....	30
3.7.3.	Validación	31
3.7.4.	Confiabilidad.....	32
3.8.	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
Anexo.....		50
Anexo 1: Matriz de consistencia.....		50
Anexo 2: Instrumentos.....		51
Anexo 3: Formato del consentimiento informado		55

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores constituyen un problema de salud pública creciente, caracterizado por su alta prevalencia y por el impacto negativo que ejercen sobre la calidad de vida, la autonomía y la funcionalidad de este grupo etario. Diversos factores sociales, biológicos y emocionales, como el aislamiento, la pérdida de redes de apoyo y el envejecimiento natural, potencian la aparición y progresión de ambas condiciones, las cuales suelen coexistir y retroalimentarse. En este contexto, el estudio tendrá como **objetivo** establecer la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores atendidos en un Centro de Salud Mental de Lima en 2025.

Metodología: Se aplicará el método hipotético-deductivo, bajo un enfoque cuantitativo, tipo de investigación aplicada y diseño no experimental, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, evaluados mediante muestreo censal. La depresión se midió con la Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15) y el deterioro cognitivo con la Mini Mental State Examination (MMSE-25). Los datos se recolectaron individualmente en un entorno seguro, respetando principios bioéticos. El análisis estadístico a través del SPSS permitirá identificar el grado de relación entre ambas variables.

Palabras claves: Depresión, deterioro cognitivo, funcionalidad, geriátrico.

ABSTRACT

Introduction: Currently, depression and cognitive impairment in older adults constitute a growing public health problem, characterized by its high prevalence and the negative impact it has on the quality of life, autonomy, and functionality of this age group. Various social, biological, and emotional factors, such as isolation, loss of support networks, and natural aging, potentiate the onset and progression of both conditions, which often coexist and feed off each other. In this context, the study will aim to establish the relationship between depression and cognitive impairment in older adult patients treated at a Mental Health Center in Lima in 2025.

Methodology: The hypothetical-deductive method will be applied, under a quantitative approach, applied research type, and non-experimental, correlational, and cross-sectional design. The sample consisted of 100 patients, evaluated through census sampling. Depression was measured with the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and cognitive impairment with the Mini Mental State Examination (MMSE-25). Data were collected individually in a secure environment, respecting bioethical principles. Statistical analysis using SPSS will allow us to identify the degree of relationship between both variables.

Keywords: Depression, cognitive impairment, functionality, geriatric.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las personas de la tercera edad cumplen un papel activo dentro de la familia y la comunidad, pero a pesar de que la mayoría mantiene un buen estado de salud, existe un grupo considerable que se encuentra susceptible de desarrollar depresión y ansiedad, lo que pone de manifiesta la urgencia de fortalecer las prestaciones destinadas al cuidado de la salud psicológica (1). Según estimaciones mundiales, en 2023, catorce de cada cien adultos que superan los 60 años presentó algún trastorno mental, una problemática que se intensifica a causa del estigma impuesto por la sociedad y la ausencia de un tratamiento oportuno (2). La OMS proyecta que para 2025 aproximadamente 50 millones de personas llegarán a convivir con un diagnóstico de demencia y anualmente se reporta 10 millones de nuevos diagnósticos, siendo el Alzheimer la forma más frecuente con un 60 a 70 % de los casos, lo que muestra un desafío sanitario global pues la prevalencia varía entre regiones, alcanzando cifras de 11,2 % en Estados Unidos, 7,1 % en Europa occidental y del sur, 9,7 % en Inglaterra, 7,4 % en India, 6,0 % en China y 4,9 % en Nigeria, lo que refleja la magnitud y diversidad de este problema de salud pública (3).

Con respecto al deterioro cognitivo, es reconocido dentro de la clasificación de síndromes geriátricos frecuentes, que compromete la salud de más de 24 millones de individuos pertenecientes a la tercera edad a escala mundial, y además, en la atención básica de salud es considerada un factor recurrente que genera la solicitud de asistencia médica, ya que presenta una incidencia del 15% en adultos mayores de 60 años, de igual modo, la mayoría de los casos corresponden a deterioro cognitivo leve con una prevalencia próxima al 8%, lo cual se asocia principalmente al envejecimiento, a la disminución del nivel de autonomía para ejecutar las funciones habituales de la vida cotidiana, antecedentes de bajo rendimiento cognitivo y finalmente a la pérdida de memoria (4).

En los países latinoamericanos, once de cada cien personas adultas mayores presenta ciertas manifestaciones de demencia y con mayor tasa de ocurrencia en comunidades rurales que en contextos urbanos, además la razón predominante está vinculada a la enfermedad de Alzheimer con cifras que en 2023 variaron entre el 50 % en Maracaibo, Venezuela, y el 85 % en Concepción, seguido de la demencia vascular con cifras del 8,7% en Lima hasta el 27% en Maracaibo, además una proporción importante de casos aparece en personas entre 65 y 69 años lo que contrasta con la tendencia en países desarrollados (5). Desde otra perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud, advierte que la depresión geriátrica constituye una dificultad en la salud pública relevante con una prevalencia estimada del 37,7 % y cuyos principales factores de riesgo incluyen los antecedentes de trastornos neuropsiquiátricos y determinantes sociales como el bajo nivel educativo y el estado civil soltero, además se proyecta que para el año 2045 países como Nicaragua, Ecuador, Perú, Panamá, tendrán cerca del 20 % de su población conformada por adultos mayores (6).

En el Perú, 2 de cada 10 adultos mayores presentan trastornos mentales y las cifras podrían ser mayores debido a la falta de diagnóstico y tratamiento, esta situación se asocia a la escasa cultura de prevención y a la subestimación de los síntomas, además influye el abandono familiar y la exclusión social que generan vulnerabilidad, también la pérdida del cónyuge u otros seres queridos y la presencia de discapacidad agravan el problema, finalmente la jubilación el descenso económico y los prejuicios sobre la vejez refuerzan de la disminución del bienestar psicológico(7).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), cerca del 40 % de los hogares en el territorio nacional tienen al menos una persona de 60 años o más sin embargo no se tiene claridad sobre cuántos de estos hogares brindan la atención integral que requieren lo cual implica no solo alimentación y vivienda sino también acompañamiento escucha activa y apoyo emocional que son esenciales para su bienestar integral (8). En cambio,

el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que, para el año 2022, la depresión se posicionó como la segunda razón más frecuente de deterioro mental en el país, aunado a ello, el 80% de los adultos con algún trastorno mental no accede a los servicios de salud ni busca atención profesional, debido principalmente al estigma social y a la escasa priorización de la salud mental (9).

En el presente estudio, la atención se llevará a cabo en los Centros de Salud Mental, donde los pacientes adultos mayores reciben seguimiento regular, y una proporción significativa presenta diagnóstico de depresión y deterioro cognitivo, asistiendo a sus controles acompañados por el familiar responsable de su cuidado, de manera que la atención se desarrolla individualmente tanto para el paciente como para el familiar y, cuando la situación clínica lo requiere, se brinda de forma diferenciada según el criterio del especialista (10).

A partir de esta realidad, se formula el problema de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la relación entre depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es la relación entre la dimensión energía vital de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores?
- ¿Cómo es la relación entre la dimensión estado de ánimo de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores?
- ¿Cómo es la relación entre la dimensión aislamiento de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación que existe entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la dimensión energía vital de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.
- Establecer la relación entre la dimensión estado de ánimo de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.
- Establecer la relación entre la dimensión aislamiento de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El trabajo investigativo en cuestión se justificará teóricamente en la necesidad de comprender los fundamentos conceptuales y clínicos que sustentarán las variables depresión y deterioro cognitivo, con el fin de orientar intervenciones de enfermería más eficaces y basadas en evidencia.

La depresión, como trastorno multifactorial, requerirá un abordaje integral que contemple la dinámica de vinculación de factores psicológicos, biológicos y sociales, de modo que comprender sus fundamentos permitirá al personal de salud identificar elementos predisponentes, mecanismos de desarrollo y manifestaciones clínicas, lo cual favorecerá las acciones preventivas, el diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento en tiempo oportuno, ya que según la teoría de Villa, Navarro y Villaseñor su origen estará relacionado con factores genéticos, neuroquímicos y psicológicos, siendo este último influenciado por

relaciones sociales deficientes (11). En la misma línea, la teoría cognitiva de Martínez-Casasola reforzará que los pensamientos negativos hacia uno mismo, la visión pesimista del entorno y la falta de esperanza hacia el futuro serán determinantes en su aparición y severidad, clasificándola en mínima, leve, moderada o grave (12).

En cuanto al deterioro cognitivo, la teoría psicodinámica de Peplau resaltarán el papel del personal de enfermería como asesor y facilitador dentro del vínculo establecido con el paciente y su núcleo familiar, respondiendo a sus necesidades de manera integral (13). Complementariamente, la propuesta de Amador et al., sobre el enlentecimiento cognitivo en adultos mayores enfatizará la aplicación de métodos y principios para abordar problemas interpersonales, garantizando una atención oportuna, efectiva y centrada en el paciente, de este modo, se buscará no solo optimizar la calidad de vida, sino igualmente disminuir la velocidad de la progresión del deterioro cognitivo, fortaleciendo el cuidado holístico en este grupo etario (14).

1.4.2. Metodológica

La elección del enfoque metodológico en este estudio responderá a la necesidad de analizar de manera integral la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo dentro de la población geriátrica en condición de pacientes, puesto que, conforme a Hernández, Fernández y Baptista la elección del diseño metodológico de la investigación debe responder a los objetivos planteados y a la naturaleza del fenómeno, optándose por un enfoque correlacional que permita identificar factores biológicos, psicológicos y sociales vinculados a la depresión, así como alteraciones cognitivas, asegurando datos válidos y pertinentes (15). Asimismo, considerando lo planteado por Sáenz y Tamez se emplearán instrumentos estandarizados y validados, como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), que permitirán medir de manera objetiva los niveles de depresión y el grado de deterioro cognitivo, respectivamente (16).

1.4.3. Práctica

El estudio permitirá visualizar la realidad problemática de los sujetos pertenecientes a la población geriátrica en relación con las variables planteadas, tanto así como las limitaciones del personal de enfermería en la resolución de dichas problemáticas, en donde los hallazgos servirán como base para promover el bienestar del paciente mediante la ascenso continua de su calidad de vida y podrán ser replicados en otras áreas, como la de calidad, con el fin de comparar resultados, diseñar y aplicar planes, proyectos y estrategias diseñados para responder a los requerimientos de este grupo etario, por lo que el estudio también contribuirá a la generación de conocimiento en un campo poco abordado en nuestro medio, fortaleciendo la actualización y el análisis de los factores que desencadenan estas afecciones, para optimizar la labor del personal de enfermería (17).

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

Se desarrollará durante el periodo comprendido entre junio y noviembre del año 2025, abarcando las etapas de planificación, recolección de datos, análisis y presentación de resultados. Este marco temporal permitirá obtener información actualizada sobre las variables en la población objetivo, garantizando la pertinencia y vigencia de los hallazgos.

1.5.2. Espacial

El estudio tendrá lugar en el Centro de Salud Mental Comunitario en Lima. Este espacio ha sido seleccionado por su alta afluencia de pacientes adultos mayores que reciben atención en salud mental, lo cual facilita el acceso a la población en estudio y la aplicación de los instrumentos de evaluación.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población de estudio estará compuesta por pacientes pertenecientes al grupo etario de 60 años o mayores, atendidos en el Centro de Salud Mental en Lima en el transcurso del periodo correspondiente a la investigación. La unidad de análisis corresponderá a todo paciente que se ajuste a los criterios de inclusión establecidos, evaluando sus niveles de depresión y su grado de deterioro cognitivo mediante instrumentos estandarizados.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Cubillos et al. (18), en el año 2020, en Colombia, ejecutaron un estudio cuyo propósito fundamental consistió en “comparar el estado de deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores”. Corresponió a una investigación cuantitativa-aplicada, ya que sus variables fueron susceptibles de medición, y con un diseño no experimental, correlacional y transversal. Con respecto a la muestra, esta estuvo integrada por 124 adultos mayores, escogidos bajo la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. De igual manera, con el propósito de obtener los datos se emplearon la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el cuestionario SMPSQ de Pfeiffer. Los datos arrojados por el estudio demostraron una asociación estadísticamente relevante entre las variables analizadas en adultos mayores en situación de vulnerabilidad, identificándose que el 25% experimentaba síntomas de depresión leve y el 67% presentaba deterioro cognitivo, con impacto moderado en procesos como la memoria y la

atención. Se concluyó que en este grupo etario los niveles de ambas variables suelen ser más elevadas.

Júdex et al. (19), durante el 2020, en territorio colombiano, desarrollaron un estudio que tuvo como finalidad “describir la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores pertenecientes a un programa público de vejez en la ciudad de Girardot – Cundinamarca”. Investigación aplicada con enfoque cuantitativo y diseño correlacional, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia con 62 personas de edad avanzada comprendidas en el rango de 60 a 100 años. Fueron aplicados dos instrumentos con el propósito de recolectar los datos requeridos: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Valoración Funcional y Cognitiva Geriátrica de Pfeiffer. Así, los datos obtenidos demostraron la inexistencia de relación entre las variables, ya que los análisis estadísticos arrojaron un valor de significancia de $p = 0,429$ y un índice de correlación de $R = 0,102$, asimismo, se observó un bajo nivel de deterioro cognitivo con valores que oscilaron entre 0,83 y 2,11 respecto a la media, mientras que en depresión la media fue de 1,19, lo que confirma que solo una proporción reducida de adultos mayores presenta síntomas depresivos. En conclusión, los hallazgos evidencian la falta de una asociación significativa desde el punto de vista estadístico entre ambas variables.

Camacho et al. (20), en el transcurso del 2021, dentro del contexto español, realizó una tesis que tuvo como objetivo “describir la asociación entre deterioro cognitivo y trastorno depresivo en adultos mayores institucionalizados”. Investigación aplicada, con enfoque cuantitativo, dado que las variables podían ser medidas, y con un diseño correlacional. El estudio consideró a 70 adultos mayores, escogidos por medio de un procedimiento de muestreo no probabilístico basado en la conveniencia. Se aplicaron, en calidad de instrumentos, la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) y el cuestionario de variables de la Cambridge Examination for Disorders of the Elderly (CAMCOG). Los datos arrojados por el estudio evidenciaron una

correlación significativa entre la depresión y el nivel cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia ($r = -0,471$; $p = 0,004$). Se concluyó que la depresión guarda relación con el grado de dependencia en quienes residen en instituciones dedicadas a la atención de este grupo poblacional.

Rodríguez et al. (21), en el año 2021, en Cuba, desarrollaron un trabajo investigativo orientado a “determinar el impacto de la depresión en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores que asisten a las casas de abuelos números dos y tres del municipio Holguín”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño correlacional y nivel descriptivo, con una muestra seleccionada de forma probabilística, lo cual estuvo compuesta por 26 participantes que asistían a dichas instituciones. Para la evaluación se empleó una entrevista semiestructurada, el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test del Reloj. Los hallazgos obtenidos se mantuvieron dentro de los rangos considerados normales, aunque los promedios y valores mínimos fueron inferiores frente a lo observado en el grupo control. En el MEEM se alcanzó una puntuación mínima de 24, mientras que en el Test del Reloj la puntuación más baja fue de 7, en contraste, en la prueba Montreal Cognitive Assessment (MoCA) únicamente un participante alcanzó una puntuación de 27, lo que indica ausencia de deterioro cognitivo. Se concluyó que la depresión ejerció un efecto negativo en el labor cognitivo de las personas longevas, llegando incluso a influir en la interpretación de las pruebas aplicadas, en particular del MoCA.

Moreira et al. (22), en el año 2022, en Ecuador, ejecutaron un trabajo de análisis orientado a “establecer la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro gerontológico Renace del cantón El Empalme”. Fue una investigación aplicada, de alcance correlacional con enfoque cuantitativo y diseño transversal, aplicando la Escala de Depresión de Yesavage para determinar el índice de depresión y el Mini Mental State

Examination (MMSE) con la finalidad de evaluar el deterioro cognitivo, con una muestra compuesta por 23 pacientes, seleccionados aleatoriamente. Los resultados demostraron puntuaciones elevadas de depresión en un 65 % de los participantes (n=15), mientras que un 17 % (n=4) presentó niveles moderados y otro 17 % (n=4) mostró niveles bajos. Se concluyó que las dos variables comparten un idéntico mecanismo fisiopatológico y presentan sectores neuroanatómicos semejantes; además, asociada a elementos de riesgo, entre ellos las enfermedades de carácter crónico y el envejecimiento, incrementan el efecto generado en la salud de las personas mayores, situaciones socioeconómicas precarias y ausencia de soporte familiar, incrementa la probabilidad de mayor discapacidad.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Arbildo (23), en Pucallpa, en el transcurso del 2022, se efectuó un estudio que tuvo como propósito “determinar la posible relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud 9 de Octubre durante el año 2021”. La investigación fue aplicada-cuantitativa, de diseño transversal y analítico, y el grupo muestral se integró por 108 personas adultas mayores, para evaluar las variables, se emplearon instrumentos psicométricos específicos como el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Los hallazgos evidenciaron una correlación significativa desde el punto de vista estadístico entre la depresión y el nivel de funcionamiento cognitivo en personas longevas, encontrándose que el 56 % de los participantes presentaba riesgo de depresión y el 12 % ya contaba con un diagnóstico confirmado. En relación con el desempeño cognitivo, el 64 % alcanzó un nivel normal, mientras que el 6 % manifestó un deterioro severo. Se concluyó una relación significativa, donde la mayor intensidad de la depresión se vincula con un incremento del deterioro cognitivo en esta población.

Chávez (24), en el año 2022, en Chota, realizó un análisis desarrollado con la finalidad de “describir y analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos

mayores”. En este sentido, el estudio fue de tipo descriptivo bajo un diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. El grupo poblacional estuvo representado por 80 personas en edad avanzada, mientras que la información se recolectó mediante entrevistas; se hizo uso de la escala abreviada de Yesavage y el cuestionario de Pfeiffer como instrumentos. Las evidencias derivadas del estudio demostraron que el 60 % de la población geriátrica presentaba cierta magnitud de deterioro cognitivo, siendo el deterioro de nivel moderado el más prevalente con un 33%, mientras que en relación con la depresión se identificó que el 87% la padecía, destacando la depresión leve con un 75%. Se arribó a la conclusión de que se identificó una asociación con significancia estadística entre las variables de dicha población, con un nivel de significancia de 0,01 (Rho de Spearman = 0,356; $p = 0,001$).

Guillén et al. (25), en Lima, a lo largo del año 2022, desarrolló un estudio con el propósito de “determinar la asociación entre el nivel de depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores que asistían a un centro de atención integral de Lima, Perú”. Se trató de un estudio de tipo transversal y analítico, incluyendo a individuos que superan los 60 años. Para la valoración del nivel cognitivo se utilizó el test de Pfeiffer encargado de medir las habilidades cognitivas y la medición del nivel de depresión se realizó mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los datos revelaron que una quinta parte de los sujetos estudiados padecía depresión y el 31% manifestaba deterioro cognitivo; además, al aplicar el análisis bivariado se identificó que la depresión ($p = 0,012$; OR = 3,82 IC95 % [1,3-11,24]) estaba asociada con el deterioro cognitivo, mientras que dentro del procesamiento multivariado de los datos se determinó que solo el factor etario se asociaba de manera independiente al deterioro cognitivo ($p < 0,001$; OR = 24,93 IC95 % [6,04-97,74]). Se concluyó que el deterioro cognitivo se asocia con la edad avanzada, el bajo nivel educativo y la presencia de depresión; no obstante, únicamente el grupo etario de 70 años en adelante se identificó como un factor independiente vinculado a dicho deterioro.

Rubio (26), En Lima, en el transcurso del año 2022, desarrolló un proyecto que tuvo como propósito establecer la relación que se presenta entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en la adultez mayor con pacientes con depresión. Se desarrolló este estudio perteneciente al tipo retrospectivo y diseño correlacional contando con una muestra integrada por 220 sujetos pertenecientes al rango etario de 60 a 85 años, que recibieron atención en un Centro de Salud ubicado en Lima Metropolitana, quienes presentaban diagnóstico de depresión recurrente y reportaban dificultades relacionadas con su funcionamiento cognitivo, a quienes se les aplicaron dos instrumentos psicométricos: el funcionamiento cognitivo con la Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI, y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Los resultados evidenciaron una correlación inversa de magnitud moderada entre ambas variables ($r = -.52$, $p < .001$), así como en las dimensiones de memoria ($r = -.50$, $p < .001$), atención ($r = -.50$, $p < .001$) y funciones ejecutivas ($r = -.40$, $p < .001$). El análisis permitió establecer que la depresión mantiene una relación inversa y estadísticamente significativa con el funcionamiento cognitivo en dicha población.

Altamirano (27), en Chota, a lo largo del año 2023, desarrolló un estudio orientado a “determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022”; estudio con metodología cuantitativa, alcance relacional y diseño de tipo observacional–transversal; ejecutado con 100 participantes de edad avanzada, utilizando una encuesta como técnica y el Cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) como instrumento. Los resultados evidenciaron que el 23 % de los participantes manifestó depresión, un 11 % presentó deterioro cognitivo leve y un 3 % deterioro cognitivo moderado; además, el 21 % de los adultos mayores sin deterioro cognitivo evidenció hipertensión. Se concluye que no se evidenció un vínculo con significancia estadística entre las variables estudiadas dentro de la población de adultos mayores del CIAM.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión (Variable 1)

2.2.1.1. Conceptos de la depresión

Se define como un trastorno psicológico que interfiere significativamente en el pensamiento y comportamiento de la persona afectando su interacción consigo misma y con los demás, en el adulto mayor puede manifestarse con pérdida progresiva del sentido y propósito vital y con una visión pesimista de su entorno (28). Es caracterizada por una situación mantenida de melancolía acompañada de desinterés o ausencia de placer en las actividades previamente gratificantes acompañado de dificultades para dormir, cambios en los patrones alimenticios, cansancio constante y dificultades para mantener la atención que, en casos severos, pueden generar discapacidad y aumentar la mortalidad (29). Desde un enfoque geriátrico se asocia con pérdida progresiva de la memoria acompañada de alteraciones en distintas funciones cognitivas evidenciado mediante evaluaciones neuropsicológicas lo que implica disminución de capacidades como evocación de recuerdos, orientación temporal y espacial, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, cálculo, comprensión y regulación de conducta limitando progresivamente la libertad y la participación social de la persona longeva (30). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se manifiesta por ánimo bajo casi constante, disminución de la disposición o goce en las tareas esenciales, cambios en el peso y apetito, agitación, trastornos del sueño o enlentecimiento motor, agotamiento persistente y sensación persistente de inutilidad acompañada de remordimientos desproporcionados (31).

2.2.1.2. Características de la depresión

En parte de la población geriátrica, la depresión puede pasar desapercibida o no ser diagnosticada debido a que la tristeza no siempre constituye el síntoma principal, por lo que en estos casos la enfermedad suele manifestarse a través de signos menos evidentes como la

pérdida de interés por actividades cotidianas, sensaciones de inutilidad, angustia, ansiedad, irritabilidad o tristeza, además de la disminución del apetito, alteraciones del sueño ya sea insomnio o hipersomnias, baja autoestima, reducción de las capacidades físicas, dificultades de concentración y episodios de olvido, así como dolencias físicas o malestar general acompañados de falta de energía o motivación y en situaciones de mayor severidad, se observa la manifestación de ideas suicidas (32).

La depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por baja autoestima o sentimientos de culpa, alteraciones del sueño o del apetito, tristeza, pérdida de placer o interés, cansancio y dificultad para concentrarse, de manera que es posible que evolucione hacia una condición crónica o repetitiva y afectar de forma significativa el rendimiento laboral o académico, así como la capacidad para afrontar las actividades diarias, mientras que la ansiedad se manifiesta a través de angustia, estrés postraumático, fobia social y fobia específica (33).

2.2.1.3. Teorías de la depresión

Teoría de la depresión por la traducción de la señal social

Esta teoría explica que cuando una persona percibe una amenaza social el cerebro activa regiones como la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior dorsal que participan en la regulación de sentimientos negativos y en la percepción de problemas sin solución, de modo que aunque estas áreas no controlan de forma directa la inflamación se encuentran conectadas con el hipotálamo y el tronco encefálico que regulan procesos corporales a través del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, donde el primero libera cortisol que reduce la inflamación mientras que el segundo produce epinefrina y norepinefrina que la incrementan al estimular ciertas células del sistema inmunitario (34).

La Tríada Cognitiva de Beck. El estudio de la depresión desde el pensamiento

La teoría cognitiva de la depresión se presenta como un modelo explicativo que pone énfasis en las dinámicas internas que atraviesan los individuos con este trastorno, cuya

principal contribución consistió en analizar de forma detallada los pensamientos y patrones mentales que emergen durante un episodio depresivo, lo que permitió identificar los elementos centrales vinculados con las creencias subjetivas de quienes lo padecen, de manera que desde esta perspectiva la depresión no se entiende únicamente como consecuencia de factores biológicos o de acontecimientos externos adversos sino que se encuentra fuertemente asociada a la forma en que el sujeto asigna un significado y resuelve el contenido informativo que recibe del entorno (35).

La teoría interpersonal de la depresión de Gotlib

La teoría interpersonal de la depresión propuesta por Gotlib plantea que el origen principal de este trastorno se encuentra dentro del campo de los vínculos sociales entre individuos, de modo que según este enfoque el mecanismo causal fundamental radica en la interpretación negativa que una persona realiza frente a un evento estresante, además reconoce la existencia de diversos factores psicológicos de vulnerabilidad o diátesis entendidos como condiciones previas que incrementan la probabilidad de desarrollar depresión (36).

2.2.1.4. Evolución histórica de la depresión

La depresión fue descrita por Hipócrates en la antigüedad y comenzó a adquirir su significado moderno a inicios del siglo XIX cuando el término proveniente del latín depresión que alude a abatimiento o hundimiento se incorporó formalmente al naciente campo de la psiquiatría, de manera que desde entonces y hasta la actualidad este trastorno ha recorrido un largo camino en su conceptualización pasando de ser una noción difusa a convertirse en una entidad clínica claramente definida (37).

2.2.1.5. Instrumento de la depresión

Escala Geriátrica de Depresión (GDS)

Diseñada inicialmente por Yesavage y colaboradores la GDS puede utilizarse en sujetos de edad avanzada sin enfermedades, con trastornos médicos presentes y con deterioro cognitivo

entre leve y moderado, cuya versión original consta de un cuestionario breve de 30 ítems en el cual se solicita a los sujetos del estudio marcar su elección entre “sí” o “no” en función de cómo se han sentido durante los siete días más recientes, de modo que en 1986 se desarrolló una versión abreviada de 15 preguntas seleccionadas entre aquellas del formato largo que mostraron más fuerte asociación con la sintomatología depresiva en las investigaciones de validación, por lo que esta herramienta se ha consolidado como un recurso práctico y fiable para la detección de depresión en la población geriátrica (38).

2.2.1.6. Dimensiones de la depresión

a. Energía vital

La energía vital se define como una fuerza interna que sostiene y dinamiza la vida del ser humano en tanto que posibilita mantener la motivación, el entusiasmo y un propósito en la vida cotidiana, de modo que no constituye únicamente un impulso subjetivo sino un componente esencial del equilibrio psicológico al funcionar como base de la autoconfianza, la capacidad de adaptación y la orientación hacia metas significativas, además al fortalecer la resiliencia y la voluntad de crecimiento favorece la apertura a experiencias de bienestar, lo cual convierte a la energía vital en un pilar indispensable para la evolución integral del ser humano (39).

Considerado desde el enfoque de la psicología positiva, la energía vital constituye un recurso psicológico fundamental que posibilita la vivencia de emociones positivas, el afrontamiento activo de los problemas y la construcción de vínculos sociales significativos, de modo que cuando está presente la persona manifiesta mayor optimismo, interés por las actividades y una percepción elevada de eficacia personal, lo que a su vez le permite adaptarse con mayor facilidad a los cambios y sostener un estilo de vida saludable (40).

b. Estado de ánimo

El estado de ánimo puede entenderse como una disposición emocional amplia y relativamente estable que condiciona el modo en que el individuo comprende su entorno y a sí mismo, a diferencia de las emociones que son breves y surgen como respuesta a estímulos específicos el estado de ánimo se caracteriza por ser más difuso y persistente lo que condiciona la interpretación de la realidad y la orientación de la conducta, desde una perspectiva fenomenológica puede considerarse como el trasfondo afectivo de la existencia que determina la manera en que la persona establece su relación con el mundo (41).

En el campo de la psicología, el estado de ánimo se define como una condición afectiva de intensidad moderada, con duración prolongada y menor dependencia de un estímulo específico, cuya relevancia radica en que regula procesos cognitivos como la memoria, la toma de decisiones y la atención, de manera que un estado de ánimo positivo suele relacionarse con mayor creatividad y flexibilidad cognitiva, mientras que uno negativo tiende a propiciar un pensamiento analítico que, si bien puede favorecer la precisión, también se asocia con pesimismo y rumiación (42).

c. Aislamiento

El aislamiento es la separación, voluntaria o involuntaria, de una persona respecto de su entorno social, lo que implica una disminución o incluso la ausencia de interacciones significativas con familiares, amigos o miembros de la comunidad, pudiendo manifestarse de manera física, cuando el individuo se aleja o evita el contacto con otros, o de forma emocional, cuando, aun estando acompañado, experimenta una sensación persistente de desconexión o desvinculación afectiva (43).

En psicología, el aislamiento se concibe como una forma de afrontamiento disfuncional o como una manifestación de malestar emocional, que lleva al individuo a evitar de manera recurrente el contacto con los demás, motivado por sentimientos de inseguridad, miedo al rechazo o falta de motivación, y estrechamente vinculado con estados depresivos o ansiosos, a

diferencia de la soledad elegida, que puede convertirse en un espacio de autoconocimiento y crecimiento personal (44).

2.2.2. Deterioro cognitivo (Variable 2)

2.2.2.1. Conceptos del deterioro cognitivo

Se entiende como la reducción en el desempeño de las facultades mentales superiores como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento, el cual si bien puede formar parte del envejecimiento natural también se ve condicionado por factores ambientales, fisiológicos y sociales y puede diagnosticarse mediante pruebas neuropsicológicas que permiten evaluar la memoria, clasificándose en leve, moderado o severo según el grado de compromiso (45). En el adulto mayor uno de los primeros signos suele ser la pérdida progresiva de memoria que inicia con olvidos involuntarios o quejas subjetivas y con el tiempo puede evolucionar de manera lenta o sostenida hacia un deterioro más grave que en su fase final deriva en demencia senil siendo la enfermedad de Alzheimer la más representativa y comprometiendo la autonomía en actividades básicas como la higiene, la alimentación o el uso del baño (46). No obstante, en casos de deterioro cognitivo leve muchos aspectos de la cognición permanecen conservados, aunque aparecen patrones de olvido notorios aun cuando la persona puede seguir viviendo sola, administrar sus finanzas o realizar tareas domésticas y de movilidad como conducir (47).

2.2.2.2. Características del deterioro cognitivo

Este trastorno puede representar una fase inicial de la demencia, ya que en algunos pacientes refleja alteraciones cerebrales propias de una enfermedad neurodegenerativa y tiende a progresar con el tiempo; no obstante, en otras personas surge por causas tratables, lo que permite revertir el déficit y recuperar un adecuado funcionamiento mental (48). Entre los factores que pueden ocasionarlo se incluyen trastornos emocionales como el estrés, la ansiedad

o la depresión; alteraciones metabólicas y endocrinas que afectan la tiroides, el hígado o los riñones; problemas del sueño como la apnea; enfermedades que reducen el flujo sanguíneo al cerebro, tales como tumores, accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneales o hidrocefalia de presión normal; deficiencia de vitamina B12 u otros nutrientes; dificultades de la vista y el oído; infecciones; efectos secundarios de ciertos medicamentos, en especial los anticolinérgicos; del mismo modo, la ingesta desmedida de bebidas alcohólicas o de drogas ilegales (49).

2.2.2.3. Teorías del deterioro cognitivo

Teoría de la psicodinámica en el deterioro cognitivo

Dicha teoría alude al enfoque psicodinámico de la enfermería, en el cual se sostiene que el profesional de enfermería posee la capacidad de comprender su propia conducta con el fin de ponerse al servicio de otras personas, destacando las dificultades y aplicando fundamentos relacionados con la interacción humana y con las dificultades que surgen en distintos contextos o etapas de la experiencia, de modo que también refiere y describe las cuatro fases que comprende esta teoría, las cuales son identificación, explotación, orientación, y resolución (50).

Teoría sobre el enlentecimiento cognitivo

Amador et al, en su teoría sobre el enlentecimiento cognitivo en sujetos pertenecientes a la población geriátrica, señala que la vejez se distingue por un déficit en el procesamiento y en el sostenimiento del foco atencional, habilidades imprescindibles para ejecutar tareas en las que resulta clave discriminar estímulos y seleccionar respuestas, dado que el enlentecimiento cognitivo constituye un signo común en múltiples alteraciones del sistema nervioso, de igual forma, representa un atributo característico del deterioro cognitivo vinculado al envejecimiento (51).

2.2.2.4. Evolución histórica del deterioro cognitivo

La comprensión del deterioro cognitivo ha pasado de concepciones generales a clasificaciones clínicas respaldadas por evidencia científica, de modo que en el siglo XIX se asociaba casi exclusivamente con la demencia senil y se consideraba una consecuencia inevitable del envejecimiento, mientras que a inicios del siglo XX los trabajos de Alois Alzheimer y Emil Kraepelin permitieron identificar enfermedades específicas como la enfermedad de Alzheimer con un cuadro clínico propio, posteriormente en las décadas de 1980 y 1990 Ronald Petersen y colaboradores introdujeron el término deterioro cognitivo leve a fin de detallar un estado intermedio entre la demencia y el envejecimiento normal identificado mediante déficits cognitivos objetivos pero sin una pérdida importante de la autonomía (52).

2.2.2.5. Instrumento del deterioro cognitivo

Mini Mental State Examination (MMSE)

También llamado Mini Examen Cognoscitivo de Folstein, es una prueba breve y estandarizada de evaluación neuropsicológica desarrollada por Folstein y McHugh en 1975 que permite identificar de manera ágil alteraciones cognitivas, especialmente aquellas asociadas con demencias o con deterioro cognitivo, de modo que existen versiones de 30 y de 25 ítems cuya aplicación dura entre cinco y diez minutos y cuya puntuación máxima varía según la versión, siendo generalmente de 25 puntos, por lo que resultados por debajo de ciertos umbrales frecuentemente menores de 24 y ajustados por edad y nivel educativo sugieren un posible deterioro cognitivo, sin constituir un diagnóstico definitivo (53).

2.2.2.6. Dimensiones del deterioro cognitivo

a. Orientación temporal y espacial

Valora la conciencia del tiempo y del lugar, midiendo la capacidad de la persona para identificar la referencia temporal exacta que abarca día, mes y año, así como la ubicación geográfica y el entorno inmediato, la integridad relacionada con el recuerdo de experiencias vividas y con las capacidades funcionales atencionales (53). La orientación se entiende como

la facultad del ser humano de situarse correctamente en relación con el tiempo, el lugar, las personas y la situación que está viviendo (54).

La orientación se describe como la facultad que posee el sujeto para reconocer y situarse correctamente en relación con el tiempo, el lugar, las personas y la propia situación personal, esto permite a la persona interactuar de manera adecuada con el entorno y mantener un sentido de continuidad y coherencia en su vida diaria; sin embargo, suele ser una de las primeras funciones afectadas, especialmente en enfermedades como la demencia o el Alzheimer, y su evaluación es clave para determinar el grado de compromiso cognitivo y planificar estrategias de cuidado y seguimiento clínico (55).

b. Registro

El registro se entiende como la capacidad fundamental de percibir, codificar y almacenar la información recién recibida con el fin de procesarla y recuperarla posteriormente, de manera que constituye el primer eslabón en el funcionamiento de la memoria y resulta esencial porque permite que los estímulos del entorno sean captados de forma eficiente y transformados en representaciones internas que pueden ser evocadas cuando se requieren (56).

En neuropsicología el registro se entiende como la fase inicial de la memoria en la que la información sensorial se integra y se fija de manera temporal, siendo un proceso fundamental para que posteriormente pueda consolidarse en la memoria a corto o largo plazo, de modo que un déficit en el registro puede manifestarse como dificultad para recordar eventos recientes, nombres o instrucciones simples y suele evaluarse a través de pruebas de atención y memoria (57).

c. Atención y cálculo

La atención se concibe como una función cognitiva central que permite al individuo concentrarse selectivamente en estímulos internos o externos, mantener esta concentración

durante períodos prolongados y gestionar de manera eficiente los recursos mentales necesarios para procesar información relevante, incluso en presencia de distracciones, siendo fundamental no solo para el desempeño de tareas diarias, sino también orientado a solucionar conflictos complejos, determinar elecciones adecuadas y la adaptación al entorno (53).

También se define la atención como el potencial humano para concentrarse selectivamente en estímulos internos o externos, mantener esa concentración durante un tiempo determinado y gestionar los recursos cognitivos necesarios para procesar la información relevante a pesar de la presencia de distracciones, de manera que su evaluación a través de la repetición de secuencias numéricas, la respuesta motora ante estímulos específicos como golpear cuando se menciona la letra A y el cálculo mental descendente de siete en siete proporciona indicadores fiables del nivel de concentración sostenida (58).

d. Memoria

Examina la capacidad de recuperar de la memoria a largo plazo información presentada previamente, sin pistas o ayudas. Evalúa la codificación, almacenamiento y recuperación espontánea, procesos que suelen verse afectados tempranamente en el deterioro cognitivo leve y la demencia (53). La memoria diferida se conceptualiza como la capacidad de retener información aprendida y recordarla después de un intervalo de tiempo, sin la necesidad de estímulos inmediatos o ayudas externas. (59).

También se define como la capacidad cognitiva mediante la cual los individuos codifican, almacenan y recuperan información adquirida a lo largo del tiempo, permitiendo la integración de experiencias pasadas con la comprensión y resolución de situaciones presentes. Esta función es esencial para la toma de decisiones, el aprendizaje, la planificación y la adaptación al entorno, ya que, sin la memoria, los conocimientos, habilidades y experiencias previas no podrían influir en el comportamiento futuro (60).

e. Lenguaje

Evalúa tanto la comprensión como la expresión verbal, incluyendo la repetición exacta de frases complejas, que requiere procesamiento auditivo y memoria verbal inmediata, así como fluidez verbal fonémica (generar la máxima cantidad factible de vocablos iniciados con una letra dada en un tiempo limitado), lo que demanda velocidad de acceso léxico y habilidades ejecutivas (53). El lenguaje puede describirse como la capacidad cognitiva de entender y producir signos, palabras y estructuras gramaticales para expresarse con eficacia, ya sea a través del lenguaje hablado o mediante la escritura (61).

El lenguaje permite la comunicación y la expresión de pensamientos, emociones e intenciones, así como la comprensión de la información recibida, constituyéndose en un componente clave para la evolución del entorno social y personal, de modo que esta capacidad involucra procesos de comprensión verbal, producción de palabras y frases, denominación de objetos, repetición de enunciados y uso adecuado de reglas gramaticales y sintácticas, integrando diversas áreas cognitivas (62).

f. Visuoespacial - ejecutiva

Se define como la capacidad para organizar y planificar acciones, secuenciar pasos, manejar información visual y ejecutar tareas que requieren coordinación ojo mano, de modo que incluye ejercicios como el trazo alternado de números y letras, la copia de un cubo tridimensional y el dibujo de un reloj con una hora específica, los cuales demandan planificación mental, habilidades visuo-espaciales y control ejecutivo (53).

También se conocen como funciones ejecutivas vinculadas anatómicamente con la corteza prefrontal y forman parte del conjunto de procesos cuya finalidad principal es facilitar la adaptación al contexto mediante la preparación, ejecución, regulación y ajuste del comportamiento, las emociones y la actividad cognitiva, de modo que en relación con estos procesos se ha propuesto un enfoque que considera las funciones ejecutivas desde una

perspectiva dicotómica al distinguir diferentes niveles o tipos de control y procesamiento cognitivo (63).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_a Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.

H_0 No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

H_{E1} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión energía vital y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

H_{E2} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión estado de ánimo y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

H_{E3} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión aislamiento y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

3. METODOLÓGICO

3.1. Método de la investigación

El análisis estará orientado por la metodología hipotético-deductiva, pues partirá de un marco teórico sobre la relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores, por

lo que se formulará una hipótesis que plantee dicha asociación y de la cual se desprenderán expectativas verificables, como la mayor probabilidad de deterioro cognitivo en la población geriátrica con depresión; en este sentido, Sánchez señala que dicho modelo toma como base planteamientos amplios para proponer una hipótesis que debe ser contrastada, de manera que, si se confirma, fortalece la teoría y contribuye con soluciones (64).

3.2. Enfoque investigativo

La indagación se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, puesto que se basará en la recolección y análisis de datos numéricos con el propósito de establecer la relación entre las dos variables en adultos mayores, lo cual permitirá medir de manera objetiva las variables de estudio mediante instrumentos estandarizados y validados, cuyos resultados se expresarán en valores cuantificables; en esta misma línea, Rosado sostiene que un estudio se considera cuantitativo cuando su diseño posibilita la obtención y el estudio de datos de carácter estadístico, empleando herramientas estadísticas para alcanzar los objetivos planteados y validar las hipótesis formuladas (65).

3.3. Tipo de investigación

El trabajo investigativo corresponderá al tipo aplicada, debido a que buscará generar conocimientos para que puedan ser utilizados en dar solución a un problema concreto en un contexto específico, como es la comprensión de la relación entre las variables analizadas en adultos mayores de un centro de salud mental; en este sentido, Ramos señala que los estudios de tipo aplicado orientan su atención a la identificación de necesidades, problemas u oportunidades, de modo que los conocimientos adquiridos puedan emplearse para brindar soluciones a dichos requerimientos mediante la aplicación del método científico (66).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio estará enmarcado en un diseño no experimental, considerando que no se manipularán de manera intencional las variables de estudio, sino que, en lugar de intervenir

directamente sobre la depresión o el deterioro cognitivo, estas se observarán y analizarán tal como se presentan dentro del grupo etario de la tercera edad del Centro de Salud Mental; en consonancia con lo señalado por Rodríguez, un diseño no experimental se caracteriza precisamente por la ausencia de manipulación de las variables independientes, de modo que los investigadores centran su atención en observar y analizar los fenómenos tal como ocurren de manera natural (67).

Asimismo, la investigación será de nivel correlacional, puesto que se centrará en comprender la relación entre las variables estudiadas, sin intentar establecer vínculos causales o temporales, y de corte transversal, porque busca recopilar datos que permitan determinar el grado de relación en un punto específico del tiempo; en este marco, Guillén señala que la correlación se entiende como el grado de asociación entre variables, de modo que los estudios correlacionales de enfoque cuantitativo buscan determinar la intensidad de esa relación para analizar cómo el comportamiento de una variable puede predecirse o explicarse (68).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Constituida por 100 personas en condición de pacientes adultos mayores que son atendidos médicamente dentro del Centro de Salud Mental de Lima; en esta línea, Cabezas et al., señalan que se entiende por población al grupo íntegro de casos que reúnen determinadas características específicas, de modo que toda investigación debe ser transparente y estar abierta a la crítica y replicación, lo cual solo resulta posible si el investigador delimita con precisión la población objeto de estudio y explica de manera clara el proceso seguido para su selección. (69).

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores de 60 años.

- Pacientes adultos mayores que manifiestan voluntad y firman el consentimiento informado.
- Pacientes adultos mayores que vienen recibiendo tratamiento en el Centro de Salud Mental, Lima, 2025.

Criterios de Exclusión

- Pacientes adultos mayores analfabetos (ni escriben ni leen)
- Pacientes que presentan trastornos psiquiátricos
- Pacientes adultos mayores en mal estado clínico.

3.5.2. Muestra

Dado que el número total de sujetos accesibles es reducido, la muestra coincidirá con la población, integrada por 100 pacientes geriátricos que se encuentran en proceso de tratamiento en el Centro de Salud Mental de Lima; en consecuencia, se llevará a cabo un censo poblacional que incluirá a todos los adultos mayores elegibles a lo largo de la etapa de obtención de información, lo cual permitirá obtener información integral de la totalidad de casos, evitar errores muestrales y mejorar la representatividad de los resultados (70).

3.5.3. Muestreo

En el presente estudio se empleará un tipo de muestreo denominado censal, puesto que incluye a toda la población geriátrica que asisten al Centro de Salud Mental de Lima y que cumplen con los criterios de inclusión establecidos; de esta manera, este enfoque permite analizar a todos los individuos disponibles, garantizando resultados representativos y precisos de la población estudiada (71).

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1. Depresión	Se entiende como una alteración psicológica que interfiere de manera significativa en los procesos de pensamiento y en el comportamiento de la persona, afectando su capacidad para interactuar consigo misma y con los demás. En el caso del adulto mayor, este trastorno puede manifestarse con una pérdida progresiva del sentido y propósito vital, así como con una visión distorsionada y pesimista de su entorno (28).	Se evaluará la ausencia de reacciones positivas”en la conducta de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Mental de Lima, durante el año 2024, conducirá a una disminución progresiva en la realización de sus actividades diarias. ”El nivel de depresión será evaluado en la presente investigación”mediante la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) (38).	Energía vital	<ul style="list-style-type: none"> • Valora su nivel de satisfacción • Reconoce el sentido vital • Manifiesta optimismo personal 	Ordinal	Normal (0-4) Puntos
			Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra disfrute en las actividades • Expresa felicidad • Confía en la estabilidad de su vida 		Depresión Leve (5 a 8) Puntos
			Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en actividad de interés • Valora de manera positiva • Recibe su capacidad y competencia personal. 		Depresión severa (12 a 15) Puntos
V2. Deterioro cognitivo	El deterioro cognitivo se define como la disminución de funciones mentales superiores, tales como la atención, la memoria y la velocidad en el procesamiento de datos. Aunque puede formar parte del proceso natural de envejecimiento, su aparición y progresión están influenciadas por	Se evaluará la afectación de la capacidad cognitiva sobre todo en la atención, memoria y evocación y la rapidez de respuesta de las mismas. Estas manifestaciones se hacen más notoria conforme avanza el envejecimiento en los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Mental.	Orientación temporal y espacial	<ul style="list-style-type: none"> • Año, estación, fecha, día, mes, país, ciudad, distrito, lugar, piso. 	Ordinal	Normal (Sin deterioro) (27-30) Puntos
			Registro	<ul style="list-style-type: none"> • Nombrar 3 objetos; recordar los 3 objetos después de un tiempo 		Daño cognitivo leve (21 a 26) Puntos
			Atención y cálculo	<ul style="list-style-type: none"> • Restas sucesivas de 7 desde 100 (5 pasos); deletrear "mundo" al revés en caso de error 		Daño

factores ambientales, fisiológicos y sociales. (45).	Dicho deterioro cognitivo será medido a través de un test Mini Mental State Examination (MMSE) (53).	Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar los nombre de los 3 objetos 	cognitivo moderado (11 a 20) Puntos
		Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer 2 objetos señalados; repetir frase; comprender y ejecutar instrucciones; escribir frase completa 	Daño cognitivo severo (menor a 10) Puntos
		Visuo - especial	<ul style="list-style-type: none"> • Copiar diseño mostrado 	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se emplearán la observación estructurada y la encuesta dirigida, técnicas que hacen viable obtener evidencias confiables respecto a la situación emocional, cognitiva y funcional de los participantes, garantizando en todo momento el respeto a los criterios éticos y la confidencialidad de los datos; en este sentido, Zapata señala que la encuesta puede definirse como un grupo de procedimientos diseñados para reunir de manera sistemática información relativa a uno o varios asuntos vinculados con un grupo poblacional, mediante la interacción presencial o a distancia con personas o agrupaciones (72).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento variable 1. Depresión

Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15)

Se consideró como base el instrumento de “Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica” (GDS) (38) creado por Yesavage y Brink, validada y adaptada por Sheik y Yesavage en 1986. Está constituida por 15 ítems que fueron clasificados en 3 dimensiones: Energía vital con

5 ítems (0 al 5), estado de ánimo con 5 ítems (6 al 10) y aislamiento con 5 ítems (11 al 15).

- Los valores consignados según la escala son: sí (0) y no (1).
- Los niveles y rangos considerados son: ”Normal (Sin deterioro) (27-30) puntos, daño cognitivo leve (21 a 26) puntos, daño cognitivo moderado (11 a 20) puntos, daño cognitivo severo (menor a 10) ”puntos.

Instrumento variable 2. Deterioro cognitivo

Mini Mental State Examination (MMSE)

Se ha tomado de referencia el instrumento de prueba denominada “Mini Mental State Examination” (MMSE) (53) creada, validada y adaptada por Folstein y McHugh en 1985. Está

constituida por 25 ítems que han sido agrupados en 6 dimensiones: Orientación temporal y espacial con 10 ítems (0 al 10), Registro con 3 ítems (11 al 13), atención y cálculo con 3 ítems (14 al 16), memoria con 1 ítem (17), lenguaje con 7 ítems (18 al 24), visuo-especial con 1 ítem (25).

- Los valores consignados según la escala son: sí (0) y no (1).
- Los niveles y rangos considerados son: "Normal (Sin deterioro) (23-25) puntos, daño cognitivo leve (17 a 22) puntos, daño cognitivo moderado (10 a 16) puntos, daño cognitivo severo (menor a 09) "puntos.

3.7.3. Validación

Instrumento variable 1. Escala Geriátrica de Depresión (GDS)

Para este proyecto, la validación se llevó a cabo mediante un análisis factorial exploratorio, empleando la técnica de estimación por máxima verosimilitud, con el propósito de evaluar la validez del instrumento en relación con el estudio realizado por el Bachiller Evanan Junes (73), titulada Depresión y Calidad de Vida en pacientes adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico. Esta validez fue respaldada por cinco especialistas con formación en el área psicológica, en la cual se efectuó un análisis de validez de contenido, aplicando el coeficiente V de Aiken, el cual alcanzó un valor de $V = 0.86$ (nivel de acuerdo alto entre expertos), lo que indica un nivel de acuerdo alto respecto a la pertinencia y relevancia de los ítems que conforman el instrumento.

Instrumento variable 2. Mini Mental State Examination (MMSE)

En este estudio se consideró como base la validación realizada por el investigador Buleje Huamán (74) en su tesis titulada Capacidad Funcional Asociada al Funcionamiento Cognitivo en Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, para determinar la validez correspondiente, por ello se aplicó un análisis factorial y se evaluó la validez en relación con un criterio, considerando los indicadores de sensibilidad, especificidad,

y poder predictivo negativo y positivo. En el Perú, la aplicación del MMSE fue modificada y validada, obteniéndose una significancia de $p < 0.001$. Esta validación se basó en el juicio de un conjunto de cuatro expertos en la disciplina de la psicología, arrojando como resultados una sensibilidad de 80%, especificidad de 81%, valor predictivo positivo (VPP) de 86% y valor predictivo negativo (VPN) de 73%, con un intervalo de confianza del 95%.

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento variable 1. Escala Geriátrica de Depresión (GDS)

Según Evanan (73) el presente trabajo investigativo reportó un Alfa de Cronbach equivalente a 0,727 (muy buena consistencia interna), deduciéndose una confiabilidad óptima para su aplicación.

Instrumento variable 2. Mini Mental State Examination (MMSE)

Según Buleje (74) del presente proyecto de investigación se obtuvo el alfa de Cronbach con un valor de 0.81, situación que evidencia un elevado nivel de fiabilidad (o consistencia interna) del instrumento de medición, lo que significa que los ítems que componen la prueba están bien relacionados entre sí.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se ejecutará la investigación previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, así como con la autorización de la jefatura de dicha institución. Asimismo, se obtendrá el consentimiento informado de los participantes que conforman la muestra, garantizando el respeto a los principios de la ética profesional aplicables al estudio y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos con anterioridad.

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procederá a la ejecución de los instrumentos de evaluación sobre depresión y deterioro cognitivo, mediante formularios que podrán ser administrados de forma física (impresos) o virtual. Con el fin de procesar y examinar los datos recolectados, se seguirán los siguientes pasos:

- Los instrumentos de escala y prueba serán codificados para facilitar su manejo y análisis.
- Las respuestas recopiladas se ingresarán en una base de datos organizada.
- Se realizará el procesamiento estadístico a través de la herramienta informática SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), herramienta apropiada y potente para investigaciones de carácter científico.
- Se utilizarán procedimientos de carácter descriptivo en estadística a fin de presentar las frecuencias de los datos, expresadas en porcentajes.
- Además, los datos se analizarán mediante la prueba de normalidad a fin de verificar la correspondencia de los resultados con una distribución normal, de modo que se pueda seleccionar la prueba estadística más adecuada, utilizando pruebas estadísticas, tanto paramétricas —correlación de Pearson— como no paramétricas —correlación de Spearman—, según corresponda.

3.9. Aspectos éticos

En el marco del actual estudio, la aplicación de los principios bioéticos resulta esencial para asegurar la solidez científica y la protección de los derechos de los participantes. Serán aplicados de la siguiente manera:

- **Respeto por la autonomía:** Se asegurará que cada uno de los participantes cuente con información precisa, adecuada y entendible respecto a los propósitos, métodos, ventajas y eventuales riesgos de la investigación. Solo se incluirán en el estudio aquellos sujetos geriátricos que expresen su aprobación mediante consentimiento informado de forma libre y voluntaria, asegurando su derecho a decidir formar parte o renunciar a su participación en el momento que consideren oportuno sin repercusiones negativas.

- **Beneficencia:** El estudio será diseñado para maximizar los beneficios potenciales, tanto para los participantes como para la comunidad científica y el sector salud. La información obtenida podrá contribuir al desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico y atención oportuna de la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores.
- **No maleficencia:** Se implementarán las precauciones requeridas para impedir cualquier daño físico, psicológico o social a los participantes. La recopilación de datos tendrá lugar en un ambiente seguro y respetuoso, minimizando cualquier incomodidad o estrés, y salvaguardando en todo momento su bienestar.
- **Justicia:** La selección de los participantes se realizará siguiendo criterios previamente establecidos, sin discriminación por género, condición económica, religión, etnia o cualquier otra característica personal. Asimismo, se procurará que los beneficios derivados del estudio estén habilitados y sean de fácil acceso para toda la población longeva que integren la población de referencia.

4.2. Presupuesto

Tipo	Servicios	Unidad	Costo unidad	Monto total
Recursos humanos	Participantes de la exploración	100	-	-
	Personal asesor	1	-	-
Recursos materiales	Adquisición de una computadora Core i9, 2.4 GHZ	1	S/. 1500.00	S/. 1500.00
	Adquisición de USB de 128 GB	1	S/. 50.00	S/. 50.00
	Útiles de escritorio	1	S/. 100.00	S/. 100.00
Servicios	Internet	4 meses	S/. 60.00	S/. 240.00
	Servicio de tratamiento y análisis estadístico	1	S/. 500.00	S/. 500.00
	Movilidad e imprevistos	5	S/. 50.00	S/. 250.00
Total				S/. 2,640.00

5. REFERENCIAS

1. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, Alzheimer y otras demencias, una demencia específica. [Internet]. España: Imserso; 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2025/06/alzheimer-dependencia-especifica.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores. [Internet]. OMS, 20 de octubre de 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. OMS, 31 de marzo de 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Dozois D, Dobson K. Investigación y tratamiento de los factores de riesgo psicosocial en la depresión: un resumen integrador. Tratamiento de los factores de riesgo psicosocial en la depresión Asociación Estadounidense de Psicología. [Internet]. 2023; 407-427. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0000332-018>
5. Zegarra J, Chino B, Paredes C. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2023; 32(1), 43-53. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi10.46997/revecuatneurol32100043>
6. Organización Panamericana de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. PAHO, 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>

7. El Comercio. [Internet]. 26 de agosto de 2024. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/salud-mental-de-los-adultos-mayores-la-soledad-y-el-aislamiento-social-como-factores-de-riesgo-cuidado-ancianos-tratamiento-trastornos-mentales-poblacion-de-riesgo-atencion-noticia/?ref=ecr>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,6% de los hogares del país tiene entre sus integrantes a una persona de 60 y más años de edad en el primer trimestre del 2023. [Internet]. INEI, 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-396-de-los-hogares-del-pais-tiene-entre-sus-integrantes-a-una-persona-de-60-y-mas-anos-de-edad-en-el-primer-trimestre-del-2023-14459/>
9. Ministerio de Salud. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país. [Internet]. MINSA, 12 de enero de 2024. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
10. Torres JC. y Torres JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Horiz. Med. [Internet]. 2023; 23(3): e2220. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300006&lng=es
11. Dueñas L. Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 2019; 12 (2), 61 - 68. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/1570>

12. Pesantes D, Lindao M, Burgos L, Dimitrakis L. La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Internet]. 2019; 3(2), 795-809. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: [https://10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.795-809](https://10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.795-809)
13. Mastrapa Y, Gibert M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2016; 32(4). [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://reverenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215%203>.
14. Amador F, Valdivieso J, Bustamante R, Del Toro R, y Ferrer Y. Enlentecimiento cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Salud y Trabajo. [Internet]. 2018; 19(2):28-33. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2018/cst182e.pdf>
15. Hernández R, Fernández C y Del Pilar M. Metodología de la investigación. [Internet]. 6.^{ta} ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
16. Sáenz K. y Tamez G. Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales. [Internet]. México D.F: Tirant Humanidades México; 2014. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/13416/1/2014_LIBRO%20Metodos%20y%20tecnicas_Aplicacion%20del%20metodo%20pag499_515.pdf

17. Arribas A. Generación y utilización del conocimiento en Enfermería. Conocimiento Enfermero [Internet]. 2021; 4(12), 3-4. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.60108/ce.162>
18. Cubillos K y Castañeda C. Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá. [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicólogo]. Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2020. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/be48c5b1-ab58-4b56-a082-dc29a01772cc/content>
19. Júdez J, Ospina J, y Toro C. Estudio correlacional entre Deterioro Cognitivo y Depresión en adultos mayores pertenecientes a un programa público de vejez en la ciudad de Girardot – Cundinamarca. [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicólogo]. Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2020. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/be48c5b1-ab58-4b56-a082-dc29a01772cc/content>
20. Camacho J. Relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores. [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicólogo]. España: Universidad de Granada; 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/QvHHsDcMQSKncrr6m9nWQkL/?lang=en#>
21. Rodríguez M, Rojas L, Pérez D, Marrero Y, Gallardo I, Durán L. Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2021; 4(12), 3-4. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000500004

22. Moreira K, Navarrete C, y Briones W. Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. Journal Of Science And Research. [Internet]. 2022; 7(1). [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7725090>
23. Arbildo N. Relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de octubre – Pucallpa 2021. [Tesis para optar el grado de licenciado en Médico Cirujano]. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2022. Disponible en: <https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bea772fa-b746-4c6f-98f3-5e86339b4cf1/content>
24. Torres G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Patrona De Chota, 2021. [Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería]. Chota: Universidad Nacional De Cajamarca; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5184/TESIS%20DETERIORO%20COGNITIVO%20%20Y%20DEPRESION%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%202022.%20gelin%20daniksa%20%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Guillén J, Neyra D, Colmenares F. y 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): 262-268. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300262
26. Rubio L. Relación entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un Hospital En Lima Metropolitana. [Tesis para optar el grado de maestra en psicología]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12203/Relacion_RubioOchoa_Lizeth.pdf?sequence=1

27. Altamirano M. Deterioro cognitivo y depresión durante la covid-19 en adultos mayores del Centro Integral De Adulto Mayor, Chota 2022. [Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e055f244-7030-497b-963c-e4a06de3b7e3/content>
28. Guevara, F., Díaz, A., y Caro, P. Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Poliantea. [Internet]. 2020; 15(26) [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>
29. Coryell W., Zimmerman M. Depresión [Internet]. Manual MSD Versión para público general; 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
30. Ministerio de Salud del Perú. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del Covid – 19. [Internet]. Lima. 2020. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. Ginebra, OMS; 2020. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
32. González J., Valdés M., Iglesias S. Depresión en el anciano. NPunto [Internet]. 2020; 1(8). [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
33. Corona B., Bonet M., García R., Varona P., Hernández M., Alonso K. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. Rev. cuba. hig. Epidemiol. [Internet]. 2016; 54(2):18-2. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/94>

34. Ramírez LA, Pérez-Padilla EA, García-Oscos F, Salgado H, Atzori M, Pineda JC. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso suprarrenal. *Biomed. [Revista en internet]*. 2018; 38(3):437-50. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en:
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3688>
35. Gómez C. Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión. [Internet]. Inesem, 30 de enero de 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>
36. Ruiz L. La teoría interpersonal de la depresión de Gotlib. [Internet]. *Psicología y mente*, 17 de mayo de 2019. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/teoria-interpersonal-depresion-gotlib>
37. Bourin M. Historia de la depresión a través de los siglos. [Internet]. Universidad de Nantes, 06 de mayo de 2019. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17352/ada>
38. Sheikh, JI, y Yesavage, JA (1986). Escala de Depresión Geriátrica (GDS): Evidencia reciente y desarrollo de una versión abreviada. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. . [Revista en internet]. 1986; 5(7): 165-173. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
39. Sandoval SA. *Psicología del Desarrollo Humano II*. [Internet]. Culiacán, Printed in México; 2018. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/6to_SEMESTRE/64_Psicologia_del_Developmento_Humano_II.pdf
40. Means C. y Means C. *Energía vital: La sorprendente conexión entre la glucosa, el metabolismo y la inflamación para una salud sin límites*. [Internet]. España, Ediciones

- Paidós; 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Energ%C3%ADa_vital/JQ9EEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
41. Martín AF. y Patiño H. Afectividad de normalistas: estudio sobre el estado de ánimo y la inteligencia emocional. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos [Revista en internet]. 2021; 51(3): 45-70. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/270/27066944001/html/>
 42. Garcés C. Reconocer y gestionar las emociones para mejorar la salud mental. [Internet]. Universidad de Chile, 27 de mayo de 2021. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://uchile.cl/noticias/176402/reconocer-y-gestionar-las-emociones-para-mejorar-la-salud-mental>
 43. Dancausa C. y Tejedor F. Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales. [Internet]. Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 2007. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Aislamiento%20social%20de%20mayores.pdf>
 44. Herrero G. Aislamiento social: causas, consecuencias y cómo prevenirlo. [Internet]. Psiconocerte, 24 de junio de 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://psiconocerte.es/aislamiento-social-causas-consecuencias/>
 45. Bonilla A., Medina J., Mora F. y Sánchez N. Deterioro cognitivo leve. [Internet]. España. Proyectos Editoriales, S.A.; 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deterioro-cognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>

46. Sarabia C. Actualización en demencias y cuidados: dónde estamos y hacia dónde vamos [Internet]. España: Aula Magna Proyecto clave McGraw Hill; 2024. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en:
https://www.google.com.pe/books/edition/Actualizaci%C3%B3n_en_demencias_y_cuidados_d/Q60BEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
47. Zárate C., Rodríguez E., Hernández L. y Cruz A. El deterioro cognitivo en los mayores. ScienceDirect. [Revista en internet]. 2021; 13(16): 2671-268. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.12.002>
48. Sarda AW. Causas y Factores de Riesgo del Deterioro Cognitivo [Internet]. Clínica Anglo Americana; 12 de agosto de 2024 [Consultado el 26 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://clinicaangloamericana.pe/causas-y-factores-de-riesgo-del-deterioro-cognitivo/>
49. Graff, J., Lunde, A. Clínica Mayo. Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. [Internet]. Alemania: Océano; 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Cl%C3%ADnica_Mayo_Enfermedad_de_Alzheimer_y/XPrceEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
50. Piqueras M. Qué es el deterioro cognitivo, grados de avance y síntomas. [Internet]. Sanitas; 2025. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/demencia-deterioro-cognitivo>
51. Padilla G. y Villasán A. Las claves emocionales del envejecimiento: perspectiva cognitiva y psicodinámica. Studia Zamorensia, [Revista en internet]. 2020; 19(3): 18-45. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
52. Custodio N., Montesinos R. y Alarcón J. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Rev Neuropsiquiatra. [Revista en internet].

- 2018; 81(4): 235-249. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
53. Zeltzer L. y Marvin K. Mini-Mental State Examination (MMSE). [Internet]. Stroke Engine; 2010. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://strokengine.ca/en/assessments/mini-mental-state-examination-mmse/>
54. Rosso E. Actividades de orientación en las personas mayores. [Internet]. Residencia de Mayores Cruz Roja San Fernando Cádiz. 2015 [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://rmcruzrojasanfernando.com/articulos/como-trabajamos-la-orientacion-en-la-residencia-y-su-importancia-para-el-bienestar-de-los-residentes/>
55. Gobierno de España. Cómo facilitar la orientación de las personas con demencia en el domicilio. [Internet]. Blogcrea; 2020. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://blogcrea.imserso.es/-/c%C3%B3mo-facilitar-la-orientaci%C3%B3n-de-las-personas-con-demencia-en-el-domicilio>
56. Zegarra J. y Chino B. y Paredes C. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. Rev. Ecuat. Neurol. [Revista en internet]. 32(1). [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/prevalencia-deterioro-cognitivo-leve-peruanos-adultos-mayores-mediana-edad-cognitive-impairment-prevalence-peruvian-middle-age-elderly-adults/
57. Bonilla A. Medina J. Mora F. y Sánchez N. Deterioro cognitivo leve. [Internet]. España. Proyectos Editoriales, S.A.; 2023. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deterioro-cognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>

58. Flores EB. Proceso de la atención y su implicación en el proceso de aprendizaje. Revista Didasc@lia. [Revista en internet]. 7(3); 187-199 [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6650939>
59. León E. y Peña B. Psicología del aprendizaje y la memoria. [Internet]. 1ra ed. Quito: Editorial Universitaria Abya-Yala; 2022. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22603/4/PSICOLOGI%CC%81A%20DEL%20APRENDIZAJE%20Y%20LA%20MEMORIA.pdf>
60. Abeleira G. La memoria: concepto, funcionamiento y anomalías. [Internet]. Salamanca: Universitaria de Salamanca; 2013. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www./Dialnet-LaMemoria-4462486.pdf>
61. Ardila, A., Bernal, B., y Rosselli, M. Área cerebral del lenguaje: Una reconsideración funcional. Revista de Neurología. [Revista en internet]. 2016; 62(4): 97-106. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6203.2015286>
62. Arellano F., Moreno G., Culqui C. y Tamayo R. Procesamiento cerebral del lenguaje desde la perspectiva de la neurociencia y la psicolingüística. Revista de Ciencias Sociales. [Revista en internet]. 2021; 27(4): 292-308. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28069360021/html/>
63. Zaldivar M, Maragoto C. Hernández B. y Fernández A. Exploración cognitiva entre adultos con deterioro cognitivo, epilepsias y sanos. Test de evaluación cognitiva de Montreal. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano. [Revista en internet]. 2024; 3(6): 1-9. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://revistapcl.grupogm.org/ojs/index.php/rpcl/article/view/66>
64. Sánchez y Murillo (2022). Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa. Debates por la historia. [Revista en internet]. 2022;

- 9(2): 147-181. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.54167/debates-por-la-historia.v9i2.792>
65. Rosado, J. Métodos cuantitativos en investigación social: teoría y aplicaciones. [Internet]. Fundamentos de la Investigación Social; 2018. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://isdfundacion.org/2018/10/03/las-tecnicascuantitativasenlainvestigacion-social/>
66. Ramos, C. Los alcances de una investigación. Ciencia América. [Revista en internet]. 2020; 9(3): 1390-681. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
67. Rodríguez, M. E. (2023). Rol docente en el modelo híbrido: simbiosis del aprendizaje continuo con la educación convencional - a distancia. Revista Científica de Farem-Esteli. [Revista en internet]. 2023; 12(46): 108-127. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/farem.v12i46.16478>
68. Guillén O. Sánchez M. y Begazo L. Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional. Oscar Rafael Guillén Valle; 2020. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.cliic.org/2020/Taller-Normas-APA-2020/libro-elaborar-tesis-tipo-correlacional-octubre-19_c.pdf
69. Cabezas E., Andrade D. y Torres J. Introducción a la metodología de la investigación científica. [Internet]. (1ra ed.), Perú: Universidad de las Fuerzas Armadas; 2018. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/105>
70. Vizcaíno P., Cedeño R. y Maldonado I. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [Revista en internet]. 2023; 7(4): 9723-9762. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

71. Pérez A. Respuesta carta editor “Población y muestra”. *Int. J. Inter. Dent.* [Revista en internet]. 2024; 17(2): 67-84. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijoid/v17n2/2452-5588-ijoid-17-02-67.pdf>
72. Zapata, E. (2023). Técnicas e instrumentos de investigación en la actividad investigativa. *Revistas de Investigación UNSCH.* [Revista en internet]. 2023; 21(21): 8-9. [Consultado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.51440/unsch.revistaeducacion.2023.21.458>
73. Evanan YD. Depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos 2017. [Tesis para optar el grado de licenciada en Psicóloga]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1111>
74. Buleje KL. Capacidad funcional asociado al funcionamiento cognitivo en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor – Santa Anita 2019. [Tesis para optar el grado de especialista en fisioterapeuta]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c74d8947-7b15-47ee-bde7-52c8ef1df563/content>

Anexo

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cómo es la relación entre depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Establecer la relación que existe entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>H_a Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.</p> <p>H₀ No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2025.</p>	<p>Variable 1 Depresión</p> <p>Dimensiones: Energía vital Estado de ánimo Aislamiento</p> <p>Variable 2 Deterioro cognitivo</p>	<p>Tipo de Investigación Aplicada</p> <p>Método, enfoque, diseño, corte y nivel de la investigación Hipotético – deductivo, cuantitativo, no experimental, corte transversal y diseño correlacional</p>
<p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la relación entre la dimensión energía vital de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores? • ¿Cómo es la relación entre la dimensión estado de ánimo de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores? • ¿Cómo es la relación entre la dimensión aislamiento de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores? 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la relación entre la dimensión energía vital de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores. • Establecer la relación entre la dimensión estado de ánimo de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores. • Establecer la relación entre la dimensión aislamiento de la depresión y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores. 	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>H_{E1} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión energía vital y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.</p> <p>H_{E2} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión estado de ánimo y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.</p> <p>H_{E3} Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión según la dimensión aislamiento y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.</p>	<p>Dimensiones: Orientación temporal y espacial Registro Atención y cálculo Memoria Lenguaje Visuo - especial</p>	<p>Población y Muestreo La muestra estará compuesta por 100 pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima.</p> <p>Instrumentos La variable depresión será valorada mediante la escala Geriátrica de Depresión (GDS) y la variable la deterioro cognitivo se medirá a través de la Mini Mental State Examination (MMSE)</p>

Anexo 2: Instrumentos**Instrumento 1.****ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS)****Datos Generales Del Paciente:****Sexo:** Masculino () Femenino () **Edad:****Estado Civil:** Separado () Casado () Viudo () Divorciado ()**Grado De Instrucción:** Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Instrucciones: Antes de responder, lea con atención cada uno de los enunciados del cuestionario. Luego, señale con una 'X' su elección en los 15 ítems presentados, considerando únicamente las opciones disponibles: "Sí" o "No", según lo que corresponda a su decisión personal.

1. No	0. Si
-------	-------

		Sí	No
Energía Vital			
01	¿Está usted satisfecho con su vida?		
02	¿Siente que su vida tiene sentido y está llena?		
03	¿Considera que su persona tiene un gran valor actualmente?		
04	¿Se siente lleno de energía?		
05	¿Percibe optimismo frente a su situación actual?		
Estado de ánimo			
06	¿Disfruta o se interesa con frecuencia en lo que hace?		
07	¿Está usted de buen humor la mayoría del tiempo?		
08	¿Confía en que no ocurrirá nada malo?		
09	¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?		
10	¿Cree que su situación es igual o mejor que la de la mayoría de las personas?		

Aislamiento			
11	¿Se interesa usted por actividades o intereses que antes hacía?		
12	¿Prefiere salir y realizar actividades nuevas en lugar de quedarse en casa?		
13	¿Siente que su memoria funciona tan bien o mejor que la de otras personas?		
14	¿Piensa que es maravilloso estar vivo?		
15	¿Se siente con frecuencia capaz y competente?		

Calificación:

Normal (Sin deterioro) (27-30) Puntos

Daño cognitivo leve (21 a 26) Puntos

Daño cognitivo moderado (11 a 20) Puntos

Daño cognitivo severo (menor a 10) Puntos

Nota. Recuperado de: Gómez A. Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores del área de medicina del hospital de Barranca 2022. [Tesis para optar el grado de Especialista de Enfermero en Geriátrica y Gerontología]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/98b282b1-ab2e-49b1-98bf-1de83fa4317e/content>

Instrumento 2.**MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)****Datos Generales Del Paciente:**

Sexo: Masculino () Femenino () **Edad:**

Estado Civil: Separado () Casado () Viudo () Divorciado ()

Grado De Instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Instrucciones: Antes de responder, lea con atención cada uno de los enunciados del cuestionario. Luego, señale con una 'X' su elección en los 15 ítems presentados, considerando únicamente las opciones disponibles: "Sí" o "No", según lo que corresponda a su decisión personal.

0. No	1. Si
-------	-------

		Clave	Valor
Orientación temporal y espacial			
01	¿En qué año estamos?	Año	
02	¿En qué estación estamos?	Estación	
03	¿Qué fecha es hoy?	Fecha	
04	¿Qué día es hoy?	Día	
05	¿En qué mes estamos?	Mes	
06	¿En qué país estamos?	País	
07	¿En qué ciudad estamos?	Ciudad	
08	¿En qué distrito estamos?	Distrito	
09	¿En qué lugar estamos?	Lugar	
10	¿En qué piso estamos?	Piso	
Registro			
11	Nombre tres objetos: (Lápiz, reloj, y silla, por ejemplo)	Lápiz	
12	Tomes un segundo con cada uno para nombrarlo	Reloj	
13	Pida que el paciente los repita de 1 por cada acierto	Silla	
Atención y cálculo			

14	A partir de 100 comience a restar de 7 en 7	93	O	
15	Detenerse en la quinta resta	86	D	
16	En caso de error deletree la palabra mundo al revés	79	N	
		72	U	
		65	M	
Memoria				
17	Pedir los nombres de los 3 objetivos	Lápiz		
		Reloj		
		Silla		
Lenguaje				
18	Señalar 2 objetos y que el paciente los reconozca	2		
19	Repita la frase “En el trigal hablan 5 perros”	Frase		
20	Comprensión: Tome la hoja con la mano derecha	Mano		
21	Dóblela por la mitad	Doble		
22	Ponga en la mesa	Mesa		
23	Cierre los ojos	Ojos		
24	Escriba frase completa en el papel	Frase		
Visuo - especial				
25	Copie el diseño - mostrar el diseño	Diseño		

Calificación:

Normal (Sin deterioro) (27-30) Puntos

Daño cognitivo leve (21 a 26) Puntos

Daño cognitivo moderado (11 a 20) Puntos

Daño cognitivo severo (menor a 10) Puntos

Nota. Recuperado de: Gómez A. Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores del área de medicina del hospital de Barranca 2022. [Tesis para optar el grado de Especialista de Enfermero en Geriatria y Gerontología]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/98b282b1-ab2e-49b1-98bf-1de83fa4317e/content>

Anexo 3: Formato del consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Valverde Raffo, Merlinda

Título: “DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL, LIMA, 2024”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL, LIMA, 2024”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, Escuela Académico profesional de Enfermería. El propósito de este estudio es establecer la relación que existe entre la depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Mental, Lima, 2024. Su ejecución ayudará a/permitirá disminuir la depresión en gerontos con deterioros cognitivos, respondiendo de forma constructiva y positiva

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

Efectuar la lectura y comprendido el íntegro del acta

Disponer del tiempo y oportunidad de efectuar preguntas, las que serán absueltas de forma satisfactoria.

No percibir coacción alguna, ni influenciar de manera indebida para participar o continuar participando en la investigación, para dar pie a que acepte participar del estudio.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 45 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de las mismas se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Su participación en el estudio no implica algún riesgo o inconveniente, solamente se requiere que absuelva los ítems de los cuestionarios que le serán proporcionados, con total veracidad respondiendo a su parecer para que no se logre tergiversar los resultados finales. No habrá riesgos a develar su identidad ni su participación en pro de la resolución de la problemática a resolver en este estudio ni a pensar o señalar que usted indujo a que se de un resultado determinado, ya que todo ello será producto de su respuesta sin parcializaciones ya que el requisito del consentimiento informado también desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la confianza pública en la comunidad investigadora.

Beneficios: Usted se beneficiará de contar con la posibilidad de tener conocimiento de los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual), lo que será de mucha utilidad para mejorar los niveles de depresión y deterioro cognitivo en gerontos que usted conozca a fin de asegurarle una calidad de vida más óptima. Cuando la investigación se lleva a cabo de forma ética, cumpliendo con transparencia los requisitos del consentimiento informado, aumenta la credibilidad de la investigación y de los investigadores. Esta confianza es esencial para la participación continua del público en la investigación, que es vital para el avance científico y la mejora de la sociedad, garantizando que los participantes comprendan plenamente lo que están aceptando y que su participación es totalmente voluntaria. Los participantes deben ser libres de tomar una decisión informada sin coerción ni influencia indebida, lo que refleja la esencia de lo que pretende conseguir el consentimiento informado.

Costos e incentivos

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

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no 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 encuesta, 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 VALVERDE RAFFO, MERLINDA, con teléfono: 993105165 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

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

Participante

Nombres: Valverde Raffo, Merlinda

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

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 7%  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

- 9% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 7% 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	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
3	Internet	repositorio.unu.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-09-17	<1%
5	Internet	www.researchgate.net	<1%
6	Internet	www.coursehero.com	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-25	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Católica San Pablo on 2024-06-22	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-04-05	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2025-12-30	<1%
11	Trabajos entregados	UNIV DE LAS AMERICAS on 2025-11-02	<1%