



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de Zumba

Trabajo de Titulación previo a la
obtención del Título de Médico General

AUTOR:

Jefferson Rolando Guevara Castillo

DIRECTOR:

Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Esp.

LOJA – ECUADOR

2022

Certificación

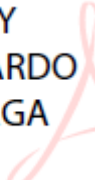
Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Esp.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICA:

Que el trabajo de titulación denominada: “Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba”, de autoría del señor Jefferson Rolando Guevara Castillo, previa a la obtención de título de Médico General, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo, por lo cual me permito autorizar su presentación final de la misma.

Loja, 25 de octubre del 2022

FREDY
EDUARDO
LOYAGA
DIAZ



Firmado digitalmente por
FREDY EDUARDO
LOYAGA DIAZ
Fecha: 2022.10.25
22:52:58 -05'00'

.....
Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Esp.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Autoría

Yo, Jefferson Rolado Guevara Castillo, egresado de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cedula de identidad: 1105688723

Fecha: 10 de noviembre 2022

Correo electrónico: jefferson.guevara@unl.edu.ec

Teléfono: 0968483457

Carta de autorización

Yo, Jefferson Rolando Guevara Casillo, declaro ser autor del trabajo de investigación **Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de Zumba**, como requisito para optar por el título de **Medico General**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez días del mes de noviembre de dos mil veintidós.

.....

Autor: Jefferson Rolando Guevara Castillo

Cédula de identidad: 1105688723

Dirección: Calle Benjamín Pereira Gamba y Carlos Román.

Correo electrónico: jefferson.guevara@unl.edu.ec

Teléfono: Dom. 072308387 Celular: 0968483457

Datos complementarios:

Director del trabajo de titulación: **Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Mg. Sc.**

Tribunal de Grado:

Presidente del tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Miembro de tribunal: Méd. Sandra Katerine Mejía Michay, Mgs.

Miembro de tribunal: Méd. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Mg. Sc.

Dedicatoria

Mi proyecto de titulación lo dedico con todo mi amor y cariño en primer lugar a Dios, por ser mi guía, el forjador de mi camino, el que me acompaña y siempre me levanta.

A mis padres por haberme formado como la persona que soy en la actualidad, han sido un ejemplo de lucha y perseverancia me guiaron por el camino del bien, me formaron con valores siempre motivándome para alcanzar mis anhelos, todo lo que he logrado se lo debo a su apoyo incondicional,

A mis hermanas, por sus palabras de apoyo y sus muestras de afecto y cariño que han sido fuente de inspiración para alcanzar mis sueños,

A los docentes de la Universidad Nacional de Loja, quienes nos brindaron sus conocimientos indispensables para nuestra formación y poder llegar a nuestra meta de ser unos profesionales de excelencia y calidad para nuestra sociedad,

A mi Docente de titulación la Méd. Sandra Mejía, Mg. Sc. por ser pieza fundamental en el desarrollo de mi proyecto de titulación por su guía y apoyo para la realización de la misma,

A compañeros y amigos quienes estuvieron en todos los momentos, en los buenos y en los malos dándome su apoyo incondicional y desinteresado, apoyándonos unos a otros a lo largo de esta difícil pero hermosa carrera llamada Medicina Humana.

A todos quienes, confiaron en mi depositando su confianza y su apoyo en cada reto que se me presento.

“Donde quiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la
humanidad”
(Hipócrates)

Mil gracias

Jefferson Rolando Guevara Castillo

Agradecimiento

Terminado el presente trabajo de investigación, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los que formamos el grupo de trabajo y de quienes lo hicieron posible. Por esto en primer lugar agradezco a Dios, sin el cual nada es posible. A mi director de proyecto de titulación, Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Esp. A mis padres, hermanas y familia en general, docentes y amigos, quienes en todo momento de mi existencia me han apoyado y motivado en mi formación académica, creyendo en mí, impulsándome y sin dudar de mi potencial.

Mi reconocimiento y agradecimiento a las autoridades del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba quienes brindaron la apertura necesaria para desarrollar este trabajo investigativo, de igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de este proyecto para obtener la titulación profesional.

Y finalmente un eterno agradecimiento a la República del Ecuador y a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja la cual permitió a jóvenes como nosotros, formarnos en una educación de calidad y calidez para nuestro futuro.

Índice de Contenidos

i.Portada.....	i
ii.Certificacion	ii
iii.Autoria	iii
iv.Carta de autorización	iv
v.Dedicatoria	v
vi.Agradecimiento	VI
vii.Índice.....	vii
x.Índice de tablas.....	x
1.Título	1
2.Resumen.....	2
2.Summary.....	3
3.Introducción	4
4.Revisión de literatura	4
4.1.Depresión	4
4.1.1.Definición.....	4
4.1.2.Epidemiología.....	4
4.1.3.Factores de riesgo.....	4
4.1.3.1.Demográficos.....	7
4.1.3.2.Biológicos.	7
4.1.3.3.Sociales.	8
4.1.3.4.Económicos.	8
4.1.4.Principales tipos de depresión.....	8
4.1.4.1.EL trastorno depresivo mayor.	8
4.1.4.2. El trastorno depresivo persistente o distimia.....	8
4.1.4.3.Depresión psocótica.....	9
4.1.4.4.Trastorno afectivo emocional	9
4.1.4.5.Depresión postparto	9
4.1.4.6.Trastorno afectivo bipolar.....	9
4.1.5.Diagnostico de la depresión	9
4.1.5.1. El inventario de depresión de beck.	10
4.1.5.2. La escala heteroaplicada de hamilton para depresión	10
4.1.5.3. La montgomery asberg depresión rating scale.....	11

4.1.5.4. <i>El brief patient health questionnaire</i>	11
4.1.3.5. <i>La escala de depresión geriátrica de yesavage</i>	11
4.1.6. Tratamiento de la depresión	12
4.1.6.1. <i>Tratamiento farmacológico</i>	12
4.1.6.2. <i>Tratamiento no farmacológico</i>	13
4.2. Deterioro cognitivo	14
4.2.1. Definición	14
4.2.2. Epidemiología	15
4.2.3. Factores de riesgo	15
4.2.3.1. <i>Demográficos</i>	15
4.2.3.2. <i>Genéticos</i>	15
4.2.3.3. <i>Cardiovasculares</i>	15
4.2.3.4. <i>Sensoriales</i>	16
4.2.3.5. <i>Estilos de vida</i>	16
4.2.4. Diagnostico del deterioro cognitivo	17
4.2.4.1. <i>Cribados diagnósticos</i>	17
4.2.5. Tratamiento del deterioro cognitivo	21
4.2.5.1. <i>Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer</i>	21
4.2.5.2. <i>Tratar otras afecciones puede afectar tus funciones mentales</i>	21
4.3. Relación entre la depresión y el deterioro cognitivo	21
5. Materiales y métodos	23
5.1. Enfoque	23
5.2. Tipo de diseño utilizado	23
5.3. Unidad de estudio	23
5.4. Universo	23
5.5. Muestra	24
5.6. Criterios de inclusión	24
5.7. Criterios de exclusión	24
6. Resultados	29
6.1. Resultados para el primer objetivo	29
6.2. Resultados para el segundo objetivo	30
6.3. Resultados para el tercer objetivo	31
7. Discusión	33

8. Conclusiones	35
9. Recomendaciones	36
10. Bibliografía	37
11. Anexos	40
11.1. Anexo 1 Aprobación de tema e informe de pertinencia del proyecto de titulación.	40
11.2. Anexo 2 Designación de director de proyecto de titulación.....	41
11.3. Anexo 3 Autorización para recolección de datos	42
11.4. Anexo 4 Certificado de inglés	44
11.5. Anexo 5 Instrumentos de recolección de datos	45
11.6. Anexo 6 Base de datos	59
11.7. Anexo 7. Proyecto de titulación	62

Índice de Tablas

Tabla 1. Existencia de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.....	52
Tabla 2. Grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.....	53
Tabla 3. Relación existente entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.....	54
Tabla 4. Chi 2 calculado, grados de libertad y valor de p entre la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.....	55

1. Título

“Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico
“Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba”.

2. Resumen

La depresión es una patología con elevada prevalencia en todas las poblaciones, especialmente en los adultos mayores, quienes no reciben la atención adecuada para el diagnóstico y tratamiento, se ha visto asociada al deterioro cognitivo llegando a su severidad y a la demencia. La presente investigación tuvo la finalidad de definir la existencia de depresión, identificar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo, y describir la relación existente entre estas variables. Tuvo un enfoque cuantitativo, prospectivo de cohorte transversal, con una muestra de 53 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI), obteniéndose que el 47.20% (n=25) mostró depresión leve (18.90%(n=10) varones y 28.30%(n=15) mujeres) y 20.70%(n=11) depresión establecida (13.20% (n=7) hombres, 07.50% (n=4) mujeres). Respecto al grado de deterioro cognitivo el 35.90% (n=19) manifestó grado severo, 20.80% (n=11) mujeres y 15.10% (n=8) varones, 18.90% (n=10) moderado predominando el sexo femenino con 15.10% (n=8) y el 20.70% (n=11) leve prevaleciendo en mujeres con 11.30%. (n=6) Se evidenció significancia estadística entre las variables al tener un valor de $p=0.0047$, se observó que los adultos mayores que presentaron depresión establecida, también presentaron deterioro cognitivo severo o moderado.

Palabras clave: grado severo, escolaridad baja, depresión leve, sexo, demencia.

2.1. Abstract

Depression is a pathology with high prevalence in all populations, especially in older adults, who do not receive adequate attention for diagnosis and treatment, and has been associated with cognitive impairment reaching its severity and dementia. The purpose of this research was to define the existence of depression, identify the degree of cognitive impairment in older adults of the gerontological center "Nuevo Amanecer" in the city of Zumba according to sex, and describe the relationship between these variables. It had a quantitative, prospective, cross-sectional cohort approach, with a sample of 53 patients who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Yesavage geriatric depression scale and the brief neuropsychological evaluation in Spanish (NEUROPSI) were applied, obtaining that 47.20% (n=25) showed mild depression (18.90% (n=10) males and 28.30% (n=15) females) and 20.70% (n=11) established depression (13.20% (n=7) males, 07.50% (n=4) females). Regarding the degree of cognitive impairment 35.90% (n=19) manifested severe degree, 20.80% (n=11) women and 15.10% (n=8) men, 18.90% (n=10) moderate predominating in women with 15.10% (n=8) and 20.70% (n=11) mild prevailing in women with 11.30% (n=6). Statistical significance between the variables was evidenced by a value of $p=0.0047$, it was observed that older adults who presented established depression also presented severe or moderate cognitive impairment.

Key words: severe degree, low schooling, mild depression, sex, dementia.

3. Introducción

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2020).

En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE). El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. (Calderón, 2018).

En cuanto al Deterioro Cognitivo (DC) este se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años. Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DC de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años. En términos de incidencia, las cifras publicadas varían de 5,1 a 13,7 por 1 000 personas-año. (Custodio, 2016).

Los estudios de DC en América Latina son escasos. Un estudio puerta a puerta en la ciudad argentina de Córdoba ha encontrado una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años. Otro estudio poblacional en la ciudad colombiana de Medellín halló una prevalencia de DC tipo amnésico de 9,7%. Un tercer estudio chileno comunica el seguimiento de 36 pacientes con DC, observando la evolución a demencia en 15 de ellos en un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50% (10 casos) de los pacientes que permanecían como DC estables en el tiempo progresaron a EA. (Custodio, 2016)

En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores de 65 años con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. (Calderón, 2018)

En nuestro país no se ha realizado estudios poblacionales de incidencia o prevalencia de DC. En la actualidad solo se cuenta con información acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor a partir de estudios que hallan frecuencias de deterioro cognitivo moderado y severo entre 20 y 28%, en pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios. (Custodio, 2016)

Como respuesta al aumento de la velocidad de deterioro cognitivo en los adultos mayores y la coexistencia de depresión en los últimos años, las investigaciones han aumentado significativamente sobre este tema, sin embargo, en Ecuador y particularmente en la ciudad de Zumba aún los estudios son escasos por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba en el periodo Octubre 2020-Septiembre 2021?

Conociendo que en países en vías de desarrollo el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provoca factores psicológicos y sociales negativos, lo que produce un aislamiento social ya que estas personas no buscan ayuda y desarrollan depresión. En el marco de este contexto y como originario de la ciudad de zumba, conociendo la problemática de mi ciudad, decidí realizarla en el único centro gerontológico existente, abarcando el 100% de la población registrada en dicho centro. El objetivo de este proyecto se basa en determinar la relación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo, permitiendo así el reconocimiento de cambios psicológicos para mejorar su estado anímico y evitar posibles complicaciones como el desarrollo de enfermedades neurológicas.

Este proyecto de investigación se enfocó en la línea 3 de investigación que corresponde a salud y enfermedad del adulto y adulto mayor de la zona 7 o región sur del Ecuador ya que se abordará la temática en una población adulta mayor.

Encaminando esta investigación con el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba en el periodo octubre 2020- agosto 2021. Y como objetivos específicos: Definir la existencia de depresión según sexo, identificar el grado de deterioro cognitivo según sexo y describir la relación existente entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo.

4. Marco Teórico

4.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2021).

4.1.1. Definición. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (OMS, 2021).

4.1.2. Epidemiología. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3%. (Calderon, 2018).

En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE. El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. (Calderon, 2018).

4.1.3. Factores de riesgo. En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de

explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta a personas vulnerables. (Calderon, 2018)

4.1.3.1. Demográficos. La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. (Calderon, 2018).

4.1.3.2. Biológicos.

4.1.3.2.1. Enfermedad orgánica. Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes, por características propias, tienen mayor comorbilidad. Un estudio reciente de comorbilidades en adultos menores y mayores de 65 años realizado en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) en 201 711 personas, concluyó que para disminuir la carga de enfermedades crónicas, los adultos menores de 65 años con enfermedades crónicas deben recibir el tratamiento que necesitan para reducir la probabilidad de desarrollar más enfermedades crónicas a medida que envejecen, el objetivo final es mejorar el estado de salud y reducir los costos de atención médica para padecimientos crónicos en adultos mayores. Se ha demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión, en muchos casos la depresión se presenta antes que el trastorno cardiovascular. (Salud, 2016).

•**Deterioro funcional.** La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. Un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la marcha. En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción. (Salud, 2016).

•**Deterioro cognitivo.** La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia. La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer, además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor, puede preceder a la demencia. Un estudio

realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo, encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia. (Salud, 2016).

•*Insomnio*. Como la demencia, el insomnio está relacionado con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto. El estudio multicéntrico IMPACT, en 1 801 adultos mayores, encontró que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. (Calderon, 2018).

4.1.3.3.Sociales. El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica. (Calderon, 2018).

4.1.3.4.Económicos. Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades. Una encuesta a adultos mayores en China y Rusia atribuyó el menor nivel de depresión en China a mayores niveles de seguridad económica y cohesión social, es decir, a los efectos de los recursos económicos y sociales sobre la depresión. (Calderon, 2018).

4.1.4.Principales tipos de depresión.

Los siguientes son los tipos más frecuentes de depresión:

4.1.4.1.El trastorno depresivo mayor. Es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas. Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. (Sancho, 2018).

4.1.4.2.El trastorno depresivo persistente o distimia. Es el término que el DSM-IV y CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor

son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 2030 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución. En la historia clínica informatizada de Atención Primaria con el sistema OMI el Código CIAP de depresión es el P76. (Sancho, 2018).

Algunas formas de depresión son ligeramente diferentes o pueden presentarse en circunstancias únicas, como las siguientes:

4.1.4.3. Depresión psicótica. Este tipo de depresión ocurre cuando una persona tiene depresión grave además de alguna forma de psicosis, como tener creencias falsas fijas y perturbadoras (delirios) o escuchar o ver cosas inquietantes que otros no pueden oír o ver (alucinaciones). (Health, 2016).

4.1.4.4. Trastorno afectivo estacional. Un tipo de depresión que va y viene con las estaciones y que, por lo general, comienza a finales del otoño o principios del invierno, y desaparece en la primavera y el verano. (Health, 2016).

4.1.4.5. Depresión posparto. Se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15% de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. (Ecuador, 2017).

4.1.4.6. Trastorno afectivo bipolar. este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. (Ecuador, 2017).

4.1.5. Diagnóstico de la depresión. En los trastornos depresivos se utilizan escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Aunque existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática, existe un creciente consenso

sobre la pertenencia de su incorporación en la práctica clínica sobre todo para monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión. (salud, 2020).

4.1.5.1. El Inventario de Depresión de Beck (BDI). Es uno de los test más empleados y cuenta con traducciones en castellano validadas en España para todas sus versiones, desde la original de 1961, pasando por la versión revisada de 1978 (BDI-IA), hasta la versión más reciente de 1996 o segunda edición (BDI-II), adaptada por Sanz et al. El objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. El BDI-II es un instrumento auto aplicado de 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. (salud, 2020)

4.1.5.2. La escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression). Fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21. Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo. También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 . (salud, 2020)

4.1.5.3. La Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Es una escala heteroaplicada mediante entrevista que consta de 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos. La escala debe ser administrada por un clínico, aunque existen versiones autoaplicadas que han demostrado una correlación moderada/buena con la versión heteroaplicada. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente. Frente a la HRSD presenta la ventaja de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de la versión en español fue realizada en 2002. Al igual que en el caso de la HRDS, la respuesta al tratamiento se define como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es $\leq 8-12$. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. No existen puntos de corte definidos. (salud, 2020)

4.1.5.4. El Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure*). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. El rango de puntuaciones es de 0-27 y cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días). Además añade una pregunta adicional para profundizar en el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria. Su versión validada al castellano ha demostrado similares propiedades que la versión original. (salud, 2020)

4.1.5.5. La escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS). Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el GDS, escala también recomendada

por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r=0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80, y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones¹⁸. Este trabajo tiene como objetivo realizar la adaptación transcultural y validación de la GDS en su versión corta de 15 preguntas por considerarla un instrumento útil en el despistaje de depresión en población mayor de 65 años. (Martínez, 2016)

4.1.6. Tratamiento de la depresión.

4.1.6.1. Tratamiento Farmacológico. Se encuentran disponibles muchos tipos de antidepresivos, entre ellos, los que se mencionan a continuación

4.1.6.1.1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Al principio, los médicos suelen recetar un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Estos medicamentos se consideran más seguros y suelen causar menos efectos secundarios molestos que otros tipos de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son el citalopram (Celexa), el escitalopram (Lexapro), la fluoxetina (Prozac), la paroxetina (Paxil, Pexeva), la sertralina (Zoloft) y la vilazodona (Viibryd). (Clinic, 2021).

4.1.6.1.2. Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. Algunos ejemplos de estos inhibidores son la duloxetina (Cymbalta), la venlafaxina (Effexor XR), la desvenlafaxina (Pristiq, Khedezla) y el levomilnacipran (Fetzima). (Esparza, 2017).

4.1.6.1.3. Antidepresivos atípicos. Estos medicamentos no se ajustan exactamente a ninguna de las otras categorías de antidepresivos. Comprenden el bupropión (Wellbutrin XL, Wellbutrin SR, Aplenzin y Forfivo XL), la mirtazapina (Remeron), la nefazodona, la trazodona y la vortioxetina (Trintellix). (MSD, 2021).

4.1.6.1.4. Antidepresivos tricíclicos. Estos medicamentos como la imipramina (Tofranil), la nortriptilina (Pamelor), la amitriptilina, la doxepina, la trimipramina

(Surmontil), la desipramina (Norpramin) y la protriptilina (Vivactil)— pueden ser muy efectivos, pero suelen causar efectos secundarios más graves que los antidepresivos más nuevos. Por eso, no se suelen recetar, a menos que hayas probado primero un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y no hayas tenido mejoras. (Herrera, 2018).

4.1.6.1.5. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Los inhibidores de la monoaminoxidasa como la tranilcipromina (Parnate), la fenelzina (Nardil) y la isocarboxazida (Marplan) suelen recetarse cuando otros medicamentos no funcionan, ya que pueden provocar efectos secundarios graves. El uso de inhibidores de la monoaminoxidasa requiere seguir una dieta estricta, ya que la interacción con algunos alimentos —como ciertos quesos, pepinillos y vinos— y con algunos medicamentos y suplementos de hierbas, puede ser peligrosa (o, incluso, mortal). La selegilina (Emsam), inhibidor de la monoaminoxidasa nuevo que se pega en la piel como un parche, puede causar menos efectos secundarios que otros inhibidores de la monoaminoxidasa. Estos medicamentos no se pueden combinar con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (FDA, 2017).

4.1.6.2. Tratamiento no Farmacológico.

4.1.6.2.1. Tratamiento psicoterapéutico. Este tratamiento se encarga de tratar los síntomas depresivos propiamente dichos, si existen rasgos de personalidad que han predisposto la aparición de la depresión, la modificación de dichos rasgos de personalidad y el aprendizaje de estrategias de identificación precoz de los síntomas y de prevención de recaídas. Cuando se empieza una terapia psicológica es importante tener en cuenta que su efecto no suele ser inmediato, sino que es necesario esperar un tiempo para ver si está siendo eficaz. Según tus necesidades el tratamiento psicoterapéutico puede ser a corto plazo (de 10 a 20 semanas) o a largo plazo. Las sesiones pueden ser semanales o cada 2 o 3 semanas.

Existen dos tipos principales de psicoterapia:

4.1.6.2.2. La terapia cognitivo-conductual. Enseña nuevas maneras de pensar y de comportarse. Así, ayuda a cambiar los estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que lo que hacen es fomentar la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando tu colaboración, de manera que puedas aprender a reconocer tus patrones de pensamiento negativo y cambiarlos.

4.1.6.2.3. La terapia interpersonal. Ayuda a entender y resolver relaciones personales problemáticas con amigos, familiares, compañeros u otras personas que pueden causar o empeorar la depresión. A veces, es difícil expresar nuestros sentimientos incluso a los

amigos más íntimos, mientras que hablar de los problemas con un terapeuta puede ser más fácil. (Dohme, 2019)

4.1.6.2.4. Ejercicio físico. La realización de ejercicio físico produce una mejoría del sentido del humor y de la sensación de bienestar general. Nos ayuda a mantenernos en forma y a prevenir ciertas enfermedades, como la diabetes o la obesidad. Además, puede mejorar los síntomas de la depresión, aunque en ningún caso puede reemplazar a un tratamiento médico. Es aconsejable que se te recomiende la realización de ejercicio físico como un hábito de vida saludable. Para ello, es importante que estés motivado y que aceptes la realización de ejercicio físico, siempre acorde a tu condición física y ajustada a tus preferencias individuales. (Esteban, 2017). En depresión moderada y grave la actividad física debe considerarse un complemento del tratamiento con antidepresivos y/o psicoterapias individuales. Al menos se debe realizar 30 minutos de ejercicio al día, con una frecuencia de 3-5 veces por semana. Los investigadores piensan que hacer ejercicio con regularidad provoca cambios tanto en la mente como en el cuerpo. (Esteban, 2017).

4.1.6.2.5. Tratamiento electroconvulsivo. La terapia electroconvulsiva debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe riesgo de suicidio, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos. No obstante, algunos aspectos, como su uso indiscriminado o inadecuado en el pasado, han motivado el rechazo social a este tratamiento. También conocida como “terapia de choque”, en la actualidad, su aplicación se realiza en condiciones sanitarias adecuadas, sin implicar ningún tipo de dolor ni efecto secundario grave. Antes de administrarla, al paciente se le da un relajante muscular y se le anestesia, de forma que no es consciente del pulso eléctrico que se aplica en este tipo de terapia. (García, 2018).

La terapia electroconvulsiva debe ser administrada por profesionales experimentados, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario, siendo indispensable el consentimiento informado. La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma conjunta con el paciente y/o la familia, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, alternativas terapéuticas y preferencias del paciente. (García, 2018).

4.2.Deterioro cognitivo.

4.2.1. Definición. El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. Al avanzar la edad, todos los tipos de memoria (a

corto, medio y largo plazo), deben permanecer con pocos cambios respecto al adulto joven, a excepción quizás de la memoria inmediata, que es la que más se resiente con el envejecimiento. De igual modo, la capacidad verbal, el vocabulario, la comprensión y las capacidades de manejo se mantienen casi intactos con la edad. Sin embargo, sí se puede encontrar un cierto enlentecimiento en el procesamiento de todas las áreas cognitivas, sin que ello suponga una disminución de las mismas, ya que se puede esperar que la respuesta final se encuentre intacta, aunque algo más lenta. La pérdida de memoria y habilidades es lo que caracteriza los procesos de deterioro cognitivo. (Queralt, 2016).

4.2.2.Epidemiología. Los progresivos cambios en la definición y en los criterios diagnósticos de DCL, así como la variabilidad en los instrumentos neuropsicológicos de detección utilizados, han condicionado grandes discrepancias en los resultados de los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, de forma que tanto la prevalencia como las tasas de incidencia de todos ellos son difícilmente comparables entre sí. A este respecto, la prevalencia del DCL se ha situado entre el 3 y el 53%, con una tendencia a un aumento progresivo a partir de los 65 años y a un estancamiento de esta a partir de los 85 años. Ritchie y Gauthier, establecen que hasta el 44% de los pacientes que son diagnosticados de DCL en la primera visita son catalogados como normales al año de seguimiento. Estudios más recientes realizados en 2014 por Petersen estiman una prevalencia de DCL del 18,9% y una incidencia de 47,9 por 1.000 personas-año. El pronóstico evolutivo del DCL también es incierto. De esta forma, algunos autores, como Gauthier, estiman un riesgo de conversión a demencia en 2 años del 11-33% y otros, como Hansson, establecen que entre el 40-60% de los pacientes que son diagnosticados de DCL pueden evolucionar y desarrollar una Enfermedad de Alzheimer (EA) en los siguientes 5 años. (Rodríguez, 2017).

4.2.3.Factores de Riesgo. La mayoría de estudios sobre factores de riesgo en deterioro cognitivo tienen limitaciones, pues la mayoría de cohortes se encuentran contaminadas por pacientes que cumplen criterios de demencia en fases muy iniciales. El proceso que lleva al DCL es indudablemente complejo, involucrando varios e interrelacionados factores de riesgo. (Manchola, 2017).

4.2.3.1. Factores demográficos. La edad es el factor de riesgo más importante para desarrollar Enfermedad de Alzheimer (EA), duplicándose cada 5 años hasta los 85 años. La influencia del género en el desarrollo de DCL no está clara, algunos estudios no han

encontrado diferencias, otros lo han hecho a favor del género masculino y otros a favor del femenino. (Manchola, 2017)

4.2.3.2. Factores genéticos. El gen de la apolipoproteína E (APOE), es el único gen de susceptibilidad establecido para EA. Sin embargo, en un estudio no se ha encontrado ninguna asociación en el caso del DCL, sobre todo en pacientes mayores de 65 años. En otro estudio encontraron que la frecuencia de APOE4 era 10 veces mayor en pacientes comparados con controles, aunque la frecuencia absoluta era solo del 20 %. (Manchola, 2017).

4.2.3.3. Factores cardiovasculares. Una importante cantidad de datos a nivel clínico, patológico y epidemiológico apoyan la asociación entre factores de riesgo cardiovascular y deterioro cognitivo. Algunos de estos factores pueden tener una relación no monotónica y, además, la mayoría de ellos pueden ser modificables. Diabetes mellitus, altos niveles de glucemia y deficiencia o resistencia a la insulina se han asociado a un incremento en el riesgo. Diversos estudios han mostrado que tanto un peso corporal elevado como disminuido suponen un riesgo para deterioro cognitivo, sugiriendo que la relación entre funcionamiento cognitivo y peso corporal es una curva tipo U. No obstante, parece que la pérdida de peso es causada por deterioro cognitivo en las fases prodrómicas de la enfermedad. Tampoco se ha establecido cómo la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso disminuye la frecuencia de deterioro cognitivo. (Manchola, 2017).

4.2.3.4. Factores sensoriales. Los mecanismos que relacionan los déficits sensoriales con la función cognitiva no están claramente establecidos. Todos ellos pueden impactar en la relación de la persona con su entorno. El déficit auditivo se ha relacionado con la fragilidad física y cognitiva. La asociación entre deterioro de la función olfatoria y deterioro cognitivo puede reflejar la vulnerabilidad del bulbo para el asentamiento de lesiones específicas, e incluso su relación con la mortalidad. (Manchola, 2017).

4.2.3.5. Estilos de vida. Metaanálisis de estudios prospectivos han mostrado que la actividad física, sobre todo la de intensidad moderada, se asocia a un riesgo bajo de declinar en la función cognitiva. La relación entre la actividad física y la incidencia de DCL sigue siendo equívoca y controvertida. Los estudios que analizan el impacto del consumo tabaco en la función cognitiva sugieren la asociación entre esas situaciones. Algunos estudios han investigado la relación entre la ingesta de alcohol y el riesgo de deterioro cognitivo. Algunos datos apoyan una relación tipo U, es decir, un riesgo ligero de los consumidores leves versus los grandes consumidores. Otros no confirman la acción preventiva. La concentración, el tipo y la frecuencia de la ingesta varían entre los estudios, lo que dificulta la obtención de

conclusiones. Un bajo nivel educativo se ha asociado a un mayor riesgo de DCL. La actividad intelectual puede alterar los sustratos neurobiológicos al incrementar el volumen de la sustancia gris y una activación de sistemas de neurotransmisión. Otro elemento a considerar son los contactos/actividad social; es posible que la calidad y el grado de satisfacción sea más importante que el número de contactos en su capacidad de prevenir el deterioro cognitivo. (Manchola, 2017).

4.2.4. Diagnóstico del Deterioro Cognitivo. No existe una prueba específica para confirmar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL). Su médico decidirá si el DCL es la causa más probable de tus síntomas según la información que proporciones y los resultados de varias pruebas que pueden ayudar a aclarar el diagnóstico. (De la Vega, 2018). Muchos médicos diagnostican DCL según los siguientes criterios desarrollados por un panel de expertos internacionales:

- *Tienes problemas con la memoria u otra función mental.* Puedes tener problemas de memoria, planificación, para seguir instrucciones o tomar decisiones. Tus propias impresiones deben ser confirmadas por alguien cercano a ti.

- *Tu estado ha declinado con el tiempo.* Una historia clínica cuidadosa revela que tu capacidad ha disminuido desde un nivel más alto. Este cambio idealmente es confirmado por un miembro de la familia o un amigo cercano.

- *Tu función mental general y tus actividades diarias no se ven afectadas.* Tu historia clínica muestra que tus habilidades generales y tus actividades diarias en general no están dañadas, aunque los síntomas específicos pueden causar preocupación y molestias.

- *Los análisis de estado mental muestran un nivel leve de deterioro para tu edad y nivel de educación.* Los médicos a menudo evalúan el desempeño mental con una prueba breve como el Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Algunos análisis neuropsicológicos más detallados pueden ayudar a determinar el grado de deterioro de la memoria, qué tipos de memoria son los más afectados y si otras habilidades mentales también están afectadas. (De la Vega, 2018).

4.2.4.1 Cribados Diagnósticos. Son instrumentos estandarizados de valoración neuropsicológica pueden dividirse según el nivel de complejidad de la prueba, los cuales van a tener una gran ventaja de precisar un corto espacio de tiempo un DC o una posible demencia, ya que su utilización es muy común en el ámbito médico. (Carrasco, 2017)

La descripción de las pruebas de cribado más utilizadas, suelen tener un tiempo de aplicación corto que no excede los 20 minutos y son muy confiables en sus resultados. (Ríos & Rocha, 2018)

4.2.4.1.1. Cribados de evaluación cognitiva.

- *Escalas breves de rastreo cognitivo.* Son test fáciles y breves de aplicar (entre 5 y 30 minutos), que constan de varias preguntas relacionadas con las diferentes funciones intelectuales. La puntuación global obtenida sirve para discernir entre normal y patológico, y para destacar los sujetos que precisen una evaluación neuropsicológica más detallada. Se han mostrado útiles para detectar un deterioro cognitivo general, con una alta sensibilidad, pero con un índice de especificidad pequeño, lo que deriva en falsos positivos y falsos negativos. (Blázquez, González, & Lapedriza, 2017, pág. 43)

- *Mini Mental State Examination. (MMSE).* Contamos con un valioso test como es el Mini Mental State Examination-MMSE, cuando se tiene la sospecha que el paciente presenta este tipo de demencia, se lo debe realizar una evaluación de actividades y la vida diaria, siempre tomando en consideración que el MMSE es un método de diagnóstico presuntivo que se complementa con otros métodos de diagnóstico para llegar a la conclusión final de la patología. (Michelli, 2019)

- *Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).* Es un test de tamizaje que ha sido concebido para valorar la integridad cognitiva de personas. Con el fin de poder evaluar tanto a personas con baja o nula escolaridad. Se presentan los resultados de una investigación conjunta entre los estados de Montreal en Canadá y Monterrey en México en las cuales se pudo validar este famoso instrumentó en población latina. (García, Cisneros, Beauséjour, & McKerral, 2018)

- *Test del Reloj.* Es una prueba rápida de evaluación, la cual consistirá en hacer un dibujo en que se les colocará los números correspondientes a las horas y luego poner las agujas de la hora determinada.

4.2.4.1.2. Baterías Generales de Evaluación

- *Batería neuropsicológica de Halstead-Reitan.* Consiste en nueve test independientes de aplicación individual en sujetos a partir de 15 años. Entre las escalas que incluye se encuentran: 1. Escala Wechsler de inteligencia. 2. test de categorías. 3. test de la frecuencia crítica de fusión. 4. test de la actuación táctil/ test del tablero de formas de Seguin-Goddard (colocación de formas-bloques). 5. test del ritmo. Subtest Seashore del talento musical

(discriminación de sonidos). 6. test de percepción de sonidos del habla (test de agudeza auditiva). 7. test de oscilación de los dedos/test de golpeteo. 8. test del sentido del tiempo (capacidad para calcular el tiempo). 9. test del trazo: A y B. 10. Finalmente, añade un conjunto de test independientes para ser administrados en caso de considerarse necesario, entre los que se incluyen: escala de memoria de Wechsler, test para la afasia, test de Wepman adaptado e inventario multifásico de personalidad de Minnesota. (Blázquez, González, & Lapedriza, 2017, pág. 43)

- *Batería neuropsicológica Luria-Nebraska*. Está diseñada para evaluar un extenso rango de funciones neuropsicológicas, de aplicación individual para sujetos a partir de 15 años. El tiempo de aplicación puede oscilar entre una hora y media y dos horas. Se basa en las técnicas de diagnóstico clínico de A.R. Luria. Está formada por 269 ítems, agrupados en 14 escalas a partir de las cuales se obtiene un perfil neuropsicológico (motora, rítmica, táctil, visual, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, escritura, lectura, aritmética, memoria, intelectual, patognomónica, hemisferio izquierdo y hemisferio derecho). (Blázquez, González, & Lapedriza, 2017, pág. 43)

- *Addenbrooke's Cognitive Examination*. Matias et al., (2018) afirma “Es un test de cribado para el diagnóstico de demencia” (p.1). La utilización de test de cribado supone el primer eslabón de la evaluación neuropsicológica, permitiendo identificar a los participantes que podrían presentar una posible demencia. Se podría pensar en la utilización del Mini Mental State Examination (MMSE), pero se ha demostrado que posee varias limitaciones. Por lo que se han desarrollado otros test para el cribado diagnóstico de la enfermedad. Uno de los que ha alcanzado mayor difusión ha sido el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), inicialmente desarrollado como una modificación del MMSE y que ha demostrado su utilidad en el diagnóstico y seguimiento de diferentes tipos de deterioro cognitivo (Matias et al., 2018)

En la nuestra práctica, ante quejas de problemas de memoria es necesario el uso de un test de screening breve y sensible que permita definir el grado de deterioro y una posible demencia en el paciente. Por lo que él (ACE) es un screening efectivo de bajo costo y breve, que es aceptado en la población hispanohablante. (Muñoz, Fernando, & Ihnen, 2018)

- *Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROSIP)*. Es un instrumento breve, confiable y objetivo que permite evaluar un amplio espectro de funciones cognitivas en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Incluye protocolos y Perfiles de calificación para la evaluación cognitiva de población con nula escolaridad y para individuos con baja y alta escolaridad. (Ostrosky, Ardila, & Rosselli, 2018, pág. 1)

En Latinoamérica, es necesario contar con pruebas neuropsicológicas que incluyan criterios de ejecución de la población normal hispanohablante por lo que la evaluación Neuropsicológica Breve en Español es un método de detección temprana de demencia en este tipo de población. (Ostrosky, Ardila, & Rosselli, 2018)

Querejeta et al., (2019) afirma:

El Test Neuropsi es un instrumento de evaluación neuropsicológica breve que permite valorar los procesos cognitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. El instrumento permite valorar funciones cognitivas en población hispano hablante, y de esta manera hacer un diagnóstico temprano o predictivo de alteraciones cognitivas. Consta de diversas pruebas neuropsicológicas distribuidas en 8 escalas que evalúan: Orientación: preguntas que permiten establecer la orientación respecto a tiempo, lugar y persona. - Atención y activación: dígitos en regresión, detección visual, resta mental. - Memoria-codificación: curva de memoria verbal espontánea. - Funciones de evocación: evocación de información verbal, evocación espontánea, por claves, por reconocimiento; evocación de la figura semicompleja de Rey. - Lenguaje (oral y escrito): prueba de denominación, repetición, comprensión, fluidez semántica y fonológica, lectura y escritura. - Función ejecutiva: conceptual y motora. Conceptual: incluye semejanzas, cálculo, y secuenciación. Motora: conformada por cambios de posición de la mano, movimientos alternos de las dos manos y reacciones opuestas. El puntaje total del test es de 130 puntos y las categorías cualitativas de valoración final son: normal, alteración leve, moderada, grave.

Hay que tener en cuenta que el objetivo de la prueba de lectura del Neuropsi no es valorar el nivel de comprensión de la población, sino detectar problemas severos de comprensión que pudieran estar relacionados con demencia o trastornos neurológicos. (Anónimo, 2019)

4.2.5.Tratamiento del Deterioro Cognitivo. Actualmente, no existen medicamentos u otros tratamientos aprobados específicamente para el deterioro cognitivo leve por la administración de medicamentos y alimentos (FDA). Sin embargo, el deterioro cognitivo leve es un área activa de investigación. Actualmente se llevan a cabo estudios clínicos para comprender mejor el trastorno y encontrar tratamientos que puedan mejorar los síntomas o prevenir o retrasar el avance de la demencia. (Peña, 2018).

4.2.5.1.Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer. A veces los médicos recetan inhibidores de colinesterasa, un tipo de medicamento aprobado para la enfermedad de Alzheimer, a las personas con deterioro cognitivo leve cuyo principal síntoma es la pérdida de memoria. Sin embargo, los inhibidores de colinesterasa no están recomendados para el tratamiento de rutina del deterioro cognitivo leve. (Peña, 2018).

4.2.5.2.Tratar otras afecciones puede afectar tus funciones mentales. Otras afecciones frecuentes además del deterioro cognitivo leve pueden hacerte sentir que tienes falta de memoria o menos agudeza mental que la habitual. Tratar estas afecciones que pueden mejorar tu memoria y tus funciones mentales en general. (Mayo, 2020).

Las afecciones que pueden afectar la memoria incluyen:

4.2.5.2.1. Presión arterial alta. Las personas con deterioro cognitivo leve tienden a tener problemas con los vasos sanguíneos en el interior del cerebro. La presión arterial alta puede empeorar estos problemas y causar dificultades en la memoria.

4.2.5.2.2. Depresión. Cuando estás deprimido, frecuentemente te sientes olvidadizo y mentalmente confundido. La depresión es frecuente en personas con deterioro cognitivo leve. Tratar la depresión puede ayudarte a mejorar la memoria y también a enfrentarte con los cambios en tu vida.

4.2.5.2.3. Apnea del sueño. Con esta afección, tu respiración se interrumpe y reinicia repetidas veces mientras estás dormido, lo que dificulta tener un buen descanso por la noche. La apnea del sueño puede hacerte sentir extremadamente cansado durante el día, olvidadizo e incapaz de concentrarte. El tratamiento puede mejorar estos síntomas y restablecer el estado de alerta. (Mayo, 2020).

4.3.Relación entre la depresión y el deterioro cognitivo

La depresión en pacientes con deterioro cognitivo predice la progresión de la enfermedad de Alzheimer (EA), según un nuevo estudio prospectivo publicado en la revista *Neurology*. Sin embargo, el tratamiento con fármacos para la enfermedad de Alzheimer, como el donepezil, pueden retardar la progresión de la demencia en pacientes que presentan síntomas

de depresión y deterioro cognitivo. En este trabajo se estudiaron 208 pacientes con depresión y 548 pacientes sin síntomas depresivos durante 3 años. Al comienzo del estudio todos los pacientes fueron evaluados utilizando el Inventario de depresión de Beck (BDI). Los resultados indican que cada punto de aumento en el BDI se asocia con un aumento del 3% en el riesgo de progresión a la enfermedad de Alzheimer. En el estudio también se comparó el tratamiento con donepezil (10 mg), con un placebo o con vitamina E (2000 UI). Los resultados revelaron que el donepezil aumentó significativamente la probabilidad de retrasar la demencia en las personas con síntomas DCL y depresión, pero mostraba poco efecto en pacientes con deterioro cognitivo sin depresión. (Petersen, 2019).

La depresión y el deterioro cognitivo leve son condiciones comunes en la adultez mayor. Ambos son factores que reducen la independencia del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria. Estas condiciones son también factores de riesgo para el desarrollo de demencias, en especial la demencia de tipo Alzheimer. Además, aumentan el riesgo de mortalidad cuando se presentan con otras enfermedades crónicas. La depresión y el deterioro cognitivo leve son condiciones comunes en la adultez mayor. Ambos son factores que reducen la independencia del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria. Estas condiciones son también factores de riesgo para el desarrollo de demencias, en especial la demencia de tipo Alzheimer. Además, aumentan el riesgo de mortalidad cuando se presentan con otras enfermedades crónicas. La depresión y el deterioro cognitivo leve son condiciones comunes en la adultez mayor. Ambos son factores que reducen la independencia del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria. Estas condiciones son también factores de riesgo para el desarrollo de demencias, en especial la demencia de tipo Alzheimer. Además, aumentan el riesgo de mortalidad cuando se presentan con otras enfermedades crónicas. La depresión y el deterioro cognitivo leve son condiciones comunes en la adultez mayor. Ambos son factores que reducen la independencia del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria. Estas condiciones son también factores de riesgo para el desarrollo de demencias, en especial la demencia de tipo Alzheimer. Además, aumentan el riesgo de mortalidad cuando se presentan con otras enfermedades crónicas. (Perez A. R., 2018).

5. Metodología

5.1. Enfoque

Cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño utilizado

Descriptivo, longitudinal.

5.3. Unidad de estudio

El estudio se realizó en el centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba; ubicado en las calles: 10 de agosto y Avenida del Colegio.

5.3.1. Centro gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de zumba.

El centro gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de zumba es un centro de acogida para adultos mayores de 65 años, El Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Chinchipe, en cooperación Interinstitucional con el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Zamora Chinchipe, pretenden mejorar la atención integral del adulto mayor que por múltiples situaciones, que no pueden estar bajo el cuidado de sus familiares y también adultos mayores solos y desprotegidos, a través de la atención en las diferentes áreas como es: nutrición, salud, involucramiento y coordinación de actividades con instituciones benefactoras, planificación y ejecuciones de un programa de atención al adulto mayor, sensibilización de familiares del adulto mayor con la finalidad de concienciar la importancia del afecto e interés. Este centro de atención integral al adulto mayor funciona en un horario de 7 de la mañana a 6 de la tarde, en donde los adultos mayores que acceden, son beneficiados de las 3 comidas diarias, pero se retiran a su domicilio a descansar, el objetivo general de este centro gerontológico es la de brindar una atención integral a las personas adultas mayores que se encuentren en situación de vulnerabilidad, a través de la implementación y prestación de servicios de atención integral y cuidado gerontológico enfocados a mantener y promover la recuperación funcional, la autonomía e independencia de este grupo prioritario, en todas las esferas de su desarrollo.

5.4. Universo

Constituido por todos los adultos mayores pertenecientes al Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba, los cuales fueron 53, en el período en que se desarrolló el estudio octubre 2020 - agosto 2021.

5.5. Muestra

53 adultos mayores que acudieron al Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo es por conveniencia de tipo no probabilístico.

Criterios de inclusión

- Los adultos mayores del Centro que autorizaron la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Los adultos mayores entre 65 y 85 años.
- Los adultos mayores que asistieron el día de la formulación de los test (Yesavage, Neuropsi) a evaluarse.

Criterios de exclusión

- Los adultos mayores que no contesten por completo los test (Yesavage, Neuropsi)

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección

5.1.1.Métodos: Para la realización del presente trabajo investigativo se utilizó el método deductivo el mismo que sigue un proceso sintético, analítico; la deducción parte de conceptos, principios, definiciones, leyes o normas generales, demostrados como conocimientos científicos en la explicación del objeto o fenómeno que se investiga, de los cuales se extraen conclusiones o consecuencias.

5.1.2.Técnicas: Para realizar la presente investigación, se utilizó la hoja de consentimiento informado, y las encuestas del test de Yesavage y el otro el Neuropsi para identificar el grado de déficit neurológico y la presencia de depresión en los adultos mayores de centro gerontológico antes mencionado.

5.1.3.Instrumentos: A continuación, se describen brevemente los instrumentos que se utilizaran para el desarrollo de esta investigación.

5.1.3.1.Consentimiento informado: El consentimiento informado el cual ha sido estructurado según lo establecido por el comité de evaluación de la ética (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual consta de una corta introducción, el propósito de la investigación, participación voluntaria y procedimiento y protocolo. (Ver Anexo 1).

5.1.3.2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión española: La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. Posteriormente propusieron una versión abreviada de la escala, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. (Ver Anexo).

Preguntas de las cuales consta:

¿En general, está satisfecho/a con su vida?	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades y pasatiempos de intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido e indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	NO
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: **Normal.**

6-9: **Depresión Leve.**

>10: **Depresión establecida.**

5.1.3.3. Evaluación Neuropsicológica Breve en español: (Neuropsi) es un test que evalúa las funciones cognitivas de personas con problemas médicos. Está establecido para personas de 16 a 85 años. (Anexo 3). El cual evaluó procesos y áreas cognitivas las cuales comprenderán:

- Orientación con un puntaje máximo de 6 puntos
- Atención y Concentración que se dividió en dígitos de regresión con puntaje máximo de 6 puntos, detección visual con puntaje tope de 16 puntos y 20-3 con puntaje de 5.
- Memoria estuvo constituida por la memoria verbal espontanea con un puntaje de 6 puntos, el proceso viso espacial con un puntaje posible de 12 puntos.
- Lenguaje la cual comprendió la denominación con un puntaje máximo de 8 puntos, la repetición con un puntaje máximo de 4 puntos, la comprensión con un puntaje de 6 puntos y por último la fluidez verbal la cual califico el número total de palabras reportadas en cada categoría semántica o fonológica.
 - Lectura con un puntaje de 3.
 - Escritura con un puntaje máximo de 2 puntos.
 - Funciones Ejecutivas: Conceptuales con puntaje de 10, motoras con un puntaje de 8
 - Funciones de Evocación: Conformado de Memoria viso espacial con un puntaje de 12, la Memoria verbal formado por la memoria espontanea con un puntaje de 6 puntos, por claves con 6 puntos y reconocimiento con 6 puntos.

Los cuales están constituidos por reactivos cortos y sencillos, para lo cual se requiere un conjunto de tarjetas y un protocolo de registro. En la cual se incluye un protocolo para la población escolarizada; la cual en población sin alteraciones cognitivos la duración aproximada para su administración fue de 20 a 25 minutos.

Este cribado diagnosticado se estratifico en 4 niveles educativos: 0 años de estudio, bajo (1-4 años de estudio), medio (5-9 años de estudio) y alto (10-24 años de escolaridad).

Escolaridad Nula

Puntaje máximo 117

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
65-85	75-84	47-34	33-20	19-6

Escolaridad 1-4 años

Puntaje máximo 124

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
65-85	89-61	60-46	45-32	31-18

Escolaridad 5-9 años

Puntaje máximo 130

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
66-85	91-78	77-72	71-56	55-39

Escolaridad 10-24 años

Puntaje máximo 130

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
66-85	91-78	77-72	71-59	58-46

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de proyecto de titulación, luego se realizó los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades del centro gerontológico de la ciudad de Zumba, dado esto se acudió a las instalaciones de dicho centro, para posteriormente a la firma del consentimiento informado se procedió a la aplicación del test de Yesavage y la evaluación psicológica breve en español (NEUROPSI), la aplicación de los test la realizaba mediante la lectura y anotación de las respuestas obtenidas de los adultos mayores, la aplicación de los dos test tardaba aproximadamente entre 45- 60 min por lo que se debió acudir varios días para terminar la aplicación a todos los adultos mayores de dicho centro, se contó con la colaboración del personal que labora en el centro gerontológico y los adultos mayores que acudieron al mismo, la aplicación de los test empleados se lo realizó individualmente a los participantes, sin presentar problemas en la recolección de los datos, obtenidos los datos se procedió a realizar el análisis valorando los parámetros para posteriormente tabular los resultados obtenidos y a la elaboración de conclusiones y recomendaciones correspondientes.

5.10. Plan de recolección de la información

Por motivo de la emergencia sanitaria que atravesó nuestro país debido a la pandemia de Covid-19, y a fin de precautelar la salud y seguridad de los investigadores y participantes, para la aplicación de test y la evaluación se tomó todas las medidas de bioseguridad e higiene como la utilización de mascarilla, desinfección y lavado de manos. Se lo realizo en varios días en los cuales se acudió al centro gerontológico a realizar de forma individual a los adultos mayores los dos test.

5.11. Plan de tabulación y análisis:

Se utilizo el programa de hojas de cálculo Microsoft Excel para la elaboración de tablas calculares y gráficos estadísticos que permitieron analizar e interpretar la información para establecer los resultados.

Para establecer la relación entre el grado de déficit neurológico y la depresión de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, perteneciente a la estadística descriptiva, la cual permite probar la asociación entre dos variables cualitativas independientes.

5.12. Plan de presentación de la información:

Una vez que se tabulo y analizo la información recolectada, se presentarán los resultados en tablas de frecuencias y porcentajes

5.13. Recursos humanos:

Tesista y director de proyecto de titulación.

5.14. Recursos materiales:

Computadora, hojas de papel bond, esferos, impresiones a blanco/negro, impresiones a colores, impresora, Tóners y servicio de internet.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo.

Definir la existencia de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

Tabla 1. Existencia de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

Presencia de depresión	Sexo					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Depresión ausente (Normal)	10	18.90	7	13.20	17	32.10
Depresión leve	10	18.90	15	28.30	25	47.20
Depresión establecida	7	13.20	4	07.50	11	20.70
TOTAL	27	51.00	26	49.00	53	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje.

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Elaboración: Jefferson Rolando Guevara Castillo.

Análisis: El 50.94% (n=27) de sexo masculino y 49.06% (n=26) de sexo femenino. 47.20% (n=25) manifestaron depresión leve; de los cuales 18.87% (n=10) fueron varones y 28.30% (n=15) mujeres. El 20.70% (n=11) presentaron depresión ya establecida, de quienes 13.20% (n=7) fueron de sexo masculino y 7.55% (n=4) de sexo femenino. El 32.10% (n=17) no presentaron depresión. Se puede evidenciar que existe mayor prevalencia de depresión leve en el sexo femenino, pero en cambio en el sexo masculino existe mayor prevalencia de la depresión establecida, este alto índice de depresión se puede deber a que la población de adultos mayores se encuentra en abandono por parte de sus hijos y familiares, viven solos y manifiestan que es muy raro recibir visitas o ayuda por lo que ellos deben trabajar para mantener su propio sustento, este es un factor muy importante para el desarrollo de depresión, en cuanto a la relación de depresión se puede observar que tenemos mayor índice de depresión leve en relación a la establecida. Respecto a los adultos mayores que no presentaron depresión tenemos que los varones tienen mayor porcentaje que las mujeres.

6.2. Resultados para el segundo objetivo.

Identificar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

Tabla 2. Grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

Grado de deterioro cognitivo	Sexo					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Normal	12	22.6	1	1.9	13	24.5
Leve	5	9.4	6	11.3	11	20.7
Moderado	2	3.8	8	15.1	10	18.9
Severo	8	15.1	11	20.8	19	35.9
TOTAL	27	50.9	26	49.1	53	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje.

Fuente: Evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

Elaboración: Jefferson Rolando Guevara Castillo.

Análisis: El 35.8% (n=19) presentaron grado de deterioro cognitivo severo, 20.76% (n=11) fueron mujeres y 15.09% (n=8) fueron varones, el 18.9% (n=10) presentaron deterioro cognitivo moderado, 15.09% (n=8) fueron de sexo femenino, y 3.77% (n=2) fueron de sexo masculino, el 20.8% (n=11) tuvieron grado de deterioro cognitivo leve, 11.32% (n=6) fueron de sexo femenino, 9.43% (n=5) fueron de sexo masculino, el 24.5% (n=13) restante no presentó un grado de deterioro cognitivo, 1.88% (n=1) fueron mujeres, 22.64% (n=12) fueron varones.

Se pudo evidenciar que las adultas mayores presentan mayor prevalencia de deterioro cognitivo tanto en el grado leve, moderado y severo en consideración al de los varones, en cambio los adultos mayores tienen un porcentaje muy elevado en cuanto a no presentar deterioro cognitivo con relación a las mujeres, esto se puede deber a que los adultos mayores tienen una escolaridad en su mayoría de 3 años lo cual aumenta el riesgo de padecer un deterioro cognitivo más severo.

6.3. Resultados para el tercer objetivo.

Describir la relación existente entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

Tabla 3. Relación existente entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

Presencia de depresión	Grado de deterioro cognitivo									
	Normal		Leve		Moderado		Severo		TOTAL	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Depresión ausente (Normal)	7	13.2	6	11.3	2	3.8	2	3.8	17	32.1
Depresión leve	5	9.4	5	9.4	7	13.2	8	15.1	25	47.1
Depresión establecida	1	1.9	0	0	1	1.9	9	17.0	11	20.8
TOTAL	13	24.5	11	20.8	10	18.9	19	35.8	53	100

f: Frecuencia, %: Porcentaje

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage y Evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

Elaboración: Jefferson Rolando Guevara Castillo.

Análisis: El 32.1% (n=17) no presentaron depresión, de estos el 13.21% (n=7) tampoco tuvo deterioro cognitivo, 11.32% (n=6) presentó grado de deterioro cognitivo leve, 3.77% (n=2) grado de deterioro cognitivo moderado, 3.77% (n=2) grado de deterioro cognitivo severo. El 47.1% (n=25) presentaron depresión leve, de estos el 9.43% (n=5) tampoco tuvo deterioro cognitivo, 9.43% (n=5) presentó grado de deterioro cognitivo leve, 13.21% (n=7) grado de deterioro cognitivo moderado, 15.1 % (n=8) grado de deterioro cognitivo severo. El 20.8% (n=11) presentaron depresión establecida, de estos el 1.89% (n=1) tampoco tuvo deterioro cognitivo, 1.89% (n=1) grado de deterioro cognitivo moderado, 16.98 % (n=9) grado de deterioro cognitivo severo.

Se puede observar la relación existente de los adultos mayores que presentaron una depresión establecida, también presentaron un deterioro cognitivo severo, en cuanto a la depresión leve también se relaciona con un grado de deterioro cognitivo moderado y los adultos mayores que no presentaron depresión en su mayoría no presentaron deterioro cognitivo o este fue leve.

Tabla 4

Chi cuadrado: Relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

Depresión		
	Chi-cuadrado.	18.68
Deterioro Cognitivo	Grados de libertad (gl).	6
	Significancia (p).	0,0047

*Fuente: Cuestionario COPCORD y HAQ adaptados a las necesidades del investigador.
Elaboración: Jefferson Rolando Guevara Castillo.*

Análisis: Con valor “p” de 0.0047 se puede evidenciar que existe significancia estadística. La correlación predominante es de depresión establecida con deterioro cognitivo severo, 16.98% (n=9). La depresión leve con deterioro cognitivo severo, 15.10% (n=8). Finalmente, no se encuentran casos de correlación entre depresión establecida y deterioro cognitivo leve.

7. Discusión

La depresión es una enfermedad mental, con alteración del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria, en los adultos mayores se ha convertido en un problema generalizado de tendencia creciente, pero se debe tener en cuenta que no es una etapa normal del envejecimiento, ya que con frecuencia no se la detecta ni se recibe tratamiento. El deterioro cognitivo se puede definir como el descenso o disminución de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores ya sean externos o internos. El deterioro cognitivo leve en los adultos mayores se debe considerar como una etapa entre el envejecimiento normal y la demencia ya establecida, por lo cual este trabajo de investigación está orientado a establecer la relación existente entre la presencia de depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

En el presente estudio, el 67.92 %, (n=31) del total de adultos mayores, presentó algún grado de depresión, predominando las mujeres con el 35.85 % (n=19), y 32.08 %, (n=17) varones, resultados que difieren con el estudio de López-Trejo y cols. en el año 2015 en México, en el cual participaron 217 pacientes mayores de 60 años, en donde 43.3% (n=94) representaron a hombres y 56.7% (n=123) a mujeres. La media de edad fue 69 años de los cuales se obtuvo que el 25.3% (n=55) de los pacientes participantes, presentaron algún grado de depresión. En otro estudio realizado en Perú por Vélchez-Cornejo y cols. en el año 2017, se mostraron resultados similares, participaron 267 adultos mayores, el 58,4% (n=156) de ellos eran varones, y 41.6% (n=111) mujeres, de los cuales se obtuvo que el 64% (n=171) de los pacientes participantes, presentaron algún grado de depresión. En estos estudios se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual también fue utilizada en la presente investigación.

La relación hombre/mujer también se vio evidenciada en nuestro estudio, denotando similitud en los porcentajes de los adultos mayores que presentaron depresión con 32.08% (n=17) en varones y 35.85% (n=19) en mujeres, sin embargo en el estudio de la revista de Población y Salud en Mesoamérica de la Universidad de Costa Rica en el año 2018, se realizó el cribado diagnóstico de depresión a un grupo de 5275 adultos mayores en el cual se encontró que 3920 personas entrevistadas presentaban depresión; es decir, el 74.3% de la población consultada se ha sentido deprimida, infeliz, sola, cansada, sin energía, triste, agobiada, que no disfrutaba de la vida, con sueño intranquilo, síntomas presentes durante dos o más semanas seguidas de los cuales el 32.9% (n=1737) fueron hombres, 41.4% (n=2183) eran mujeres. En

ambos estudios se puede observar mayor prevalencia de depresión en las adultas mayores teniendo en cuenta que en el segundo estudio la amplitud de relación hombre/mujer es mayor.

En cuanto al grado de deterioro cognitivo mediante la aplicación de la evaluación neuropsicológica breve en español, NEUROPSI, el 75.5% de los adultos mayores presento algún grado de deterioro cognitivo ya sea leve, moderado o severo. El 47.2% (n=25) de las mujeres presentó algún grado de deterioro cognitivo, predominando el grado severo con 20.76% (n=11) y 28.3% (n=15) de los varones, mostró grado severo con 15.09% (n=8). Esto puede deberse a que la mayoría de adultos mayores tienen escolaridad de 3 años, resultados que difieren en el estudio de Vílchez-Cornejo y cols. realizado en Perú el año 2017, participaron 267 adultos mayores de los cuales el 36.3% (n=97) contaban con deterioro cognitivo, se debe recalcar que en este estudio se utilizó el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer.

La correlación predominante es de depresión establecida con deterioro cognitivo severo, 16.98% (n=9). La depresión leve con deterioro cognitivo severo, 15.10% (n=8). Finalmente, no se encuentran casos de correlación entre depresión establecida y deterioro cognitivo leve. Mediante el χ^2 y la obtención de un valor de "p" de 0.0047 se puede evidenciar que existe significancia estadística en cuanto a la relación entre la presencia de depresión y el grado de deterioro cognitivo. En el estudio de López-Trejo y cols. en el año 2015 en México, en el cual participaron 217 pacientes mayores de 60 años, se encontró que existe depresión y deterioro cognitivo con una asociación presente entre ambas variables, presentando una probabilidad de riesgo mayor a 4 veces en los adultos mayores que poseen depresión a desarrollar deterioro cognitivo. En el estudio de Vílchez-Cornejo y cols. realizado en Perú el año 2017, participaron 267 adultos mayores, en el cual se encontró que aquellos que tenían depresión severa se asociaba 2,10 veces a padecer deterioro cognitivo. Tanto en nuestro estudio como en los dos estudios descritos se puede observar que si existe relación entre la presencia de depresión y la aparición de un grado de deterioro cognitivo severo.

8. Conclusiones

La aplicación de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage demostró que la depresión leve prevalece en el sexo femenino y la establecida en el sexo masculino; el resto de varones presentó depresión ausente y leve.

Mediante la aplicación de la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI), se demostró que las adultas mayores presentan mayor prevalencia de deterioro cognitivo tanto en el grado leve, moderado y severo. La mayoría de varones no manifestó deterioro cognitivo.

Con la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI), se encontró correlación estadísticamente significativa, predominando la depresión establecida con deterioro cognitivo severo, depresión leve con deterioro cognitivo severo.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública, fortalecer la promoción y prevención de la salud, para la capacitación del personal de los centros gerontológicos, en la implementación de actividades neurocognitivas manejando la depresión y disminuyendo el progresivo avance del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Al personal de atención del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba, emplear la utilización de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en pacientes con factores de riesgo; para poder implementar acciones evitando la progresión de la enfermedad.

A las familias de los adultos mayores, no abandonarlos, brindarles apoyo en sus hábitos de lectura, actividad física, alimentación balanceada disminuyendo los factores de riesgo predisponentes a depresión y deterioro cognitivo mayor a temprana edad.

10. Bibliografía

- Anónimo. (18 de Mayo de 2019). *La prueba compresión del test Neurosip*. Obtenido de <https://clbe.wordpress.com/2016/05/18/la-prueba-compresion-del-test-neuropsi/>
- Blázquez, A. J., González, R. B., & Lapedriza, N. P. (2017). *Evaluación neuropsicológica*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/270822855_Evaluacion_Neuropsicologica
- Calderon, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista médica herediana*.
- Calderón, D. (Julio de 2018). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
- Carrasco, M. M. (2017). *Sociedad Española de Psicogeritría*. Obtenido de Consenso Español sobre Demencias: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Consenso%20espa%C3%B1ol%20sobre%20demencias.pdf>
- Clinic, M. (2021). *Depresión*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>
- Custodio, N. (2016). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*.
- De la Vega, R. y. (2018). *Deterioro cognitivo leve*. Obtenido de <https://www.hipocampo.org/mci.asp>.
- Dohme, M. S. (2019). *MSD Salud* . Obtenido de <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/manejo-depresion.html>
- Ecuador, A. (2017). Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo . *ELSEVIER*.
- Esparza, R. P. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones .
- Esteban, S. (2017). *Evidencia* .
- FDA. (2017). *Administración de medicamentos y alimentos* . Obtenido de <https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/medicamentos-aprobados-por-la-fda-pueden-ayudar-con-la-depresion>
- García, G. C., Cisneros, E., Beauséjour, V., & McKerral, M. (Octubre de 2018). *EL TEST MOCA-BÁSICO*. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/309456559_EL_TEST_MOCA-BASICO_LA_ADAPTACION_EN_ESPANOL_DEL_TEST_DE_TAMIZAJE_COGNOSCITIVO_PARA_UNA_POBLACION_DE_BAJA_ESCOLARIDAD_BIBLIOGRAFIA_Validez_Media_DS

- García, J. A. (2018). *Psicoterapeutas*. Obtenido de http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos_depresion.html
- Health, N. I. (2016). Depresión .
- Herrera, B. G. (2018). Tratamiento de depresión en atención primaria .
- Manchola, E. A. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. *Sociedad española de geriatría y gerontología* .
- Martínez, J. (2016). *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
- Mayo, C. (2020). *Deterioro cognitivo leve*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/diagnosis-treatment/drc-20354583>
- Michelli, F. (2019). *Neurología*. Buenos Aires: Panamericana.
- MSD. (2021). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/tratamiento-farmacológico-de-la-depresión>
- Muñoz, N. C., Fernando, H. C., & Ihnen, J. (2018). *Revista Médica de Chile*. Obtenido de Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000800006
- OMS. (2017). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2020). Obtenido de <https://www.who.int/>
- OMS. (2021). Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ostrosky, S. F., Ardila, A., & Rosselli, M. (23 de Septiembre de 2018). *PSICÓLOGOS ESPECIALITAS ASOCIADOS*. Obtenido de <https://www.iberlibro.com/NEUROPSI-Evaluaci%C3%B3n-neuropsicol%C3%B3gica-breve-esp%C3%B1ol-Juego/21024540025/bd>
- Peña, M. M. (2018). *Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-evaluacion-diagnostico-del-deterioro-cognitivo-S021446031200030>
- Perez, A. R. (2018). ResearchGate. *Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor*.

- Petersen, R. (2019). La depresión en pacientes deterioro cognitivo leve predice la progresión de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* .
- Queralt, M. (2016). *Salud Mapfre*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>
- Ríos, C. G., & Rocha, N. G. (2018). Enfermedad de Alzheimer y otros Demencias. *Instituto Nacional de Geriatria.*, 263.
- Rodríguez, J. G. (2017). Deterioro cognitivo leve . *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Salud, I. A. (2016). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto*.
- salud, I. A. (2020). *Guía Salud* . Obtenido de <https://portal.guiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/>
- Sancho, M. G. (2018). Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos .

11. Anexos

Anexo 1 Pertinencia del Proyecto de Titulación.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0126 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Jefferson Rolando Guevara Castillo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 03 de marzo de 2021

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de Zumba", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Fredy Loyaga, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA CABRERA
CARRERA: PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.o.- Archivo, Estudiante.

NOT

Anexo 2 Designación de director de Proyecto de Titulación.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**CARRERA DE
MEDICINA HUMANA**

MEMORÁNDUM Nro.0130 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Fredy Loyaga
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 04 de marzo de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de Zumba", autoría del Sr. Jefferson Rolando Guevara Castillo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Escaneado y certificado con el código QR
**TANIA VERÓNICA
CARRERA FALSA**

**Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.e.- Archivo, Estudiante.
NOT**

Anexo 3 Autorización para Recolección de Datos



CENTRO GERONTOLÓGICO MUNICIPAL "NUEVO AMANEGER"
Zumba – Cantón Chinchipe

Zumba, 12 de marzo del 2021
OF. Nro. 001-CGNA-GADMCCH

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE
MEDICINA
Loja -

Saludos cordiales:

Mediante el presente me permito expresar un cordial saludo y desearte éxitos en sus funciones.

Dando respuesta al MEMORANDUM Nro. 0141 DCM-FSH.UNL, en el que solicita autorización para el señor Jefferson Rolando Guevara Castillo, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para que realice el trabajo de Investigación, que consiste en la aplicación de encuestas a los Adulto Mayores; en tal sentido me permito informar que se autoriza al señor estudiante antes mencionado, para que haga su trabajo de investigación denominado: "Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico Nuevo Amanecer de la ciudad de Zumba.

Atentamente,


Lilian Aramara Jaramila
COORDINADORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO "NUEVO AMANEGER" DEL
GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN CHINCHIPE



Anexo 4 Certificado de Inglés

Loja, 22 de septiembre de 2022

Yo, Melvin Alexis Álvarez Urrego, Licenciado en Pedagogía del Idioma Inglés, registro Nro.: 1031-2021-2370644

CERTIFICO:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma inglés del resumen de la tesis titulada "DEPRESION ASOCIADA AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO NUEVO AMANECER DE LA CIUDAD DE ZUMBA" de la autoría de Jefferson Rolando Guevara Castillo, con cédula de ciudadanía 1105688723 estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente.



Melvin Alexis Álvarez Urrego

CI: 1900870609

Anexo 5 Instrumentos de Recolección de Datos



FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba a participar en el estudio denominado: “Déficit neurológico asociado a depresión en adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba”.

Investigador: Jefferson Rolando Guevara Castillo

Director/a de proyecto de titulación: Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Mg. Sc.

Introducción

Yo, Jefferson Rolando Guevara Castillo, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando una investigación titulada “Déficit neurológico asociado a depresión en adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba”, para lo cual preciso de su participación. No tiene que decidir hoy si participar o no en la investigación, puede tomarse el tiempo que requiera e igualmente puede hablar con alguien con el que se sienta cómodo de la investigación. Puede que haya palabras que no entienda. Por favor notificar para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde no dude en cuestionarme.

Propósito

La depresión es una enfermedad muy peligrosa que se la debe tratar para mejorar así la calidad de vida de las personas. Los adultos mayores son un grupo de alto riesgo en nuestra sociedad por lo que están muy expuestos a sufrir enfermedades crónicas que están asociadas a enfermedades neurológicas, en el presente estudio se trata de encontrar la relación entre la depresión y el déficit neurológico para tratar la enfermedad depresiva y así prevenir el déficit neurológico en los adultos mayores que es uno de los problemas que más aquejan a este grupo de edad.

Tipo de intervención de investigación

Esta investigación incluirá dos encuestas que se anexa a continuación.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba.

Participación voluntaria

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá responder dos encuestas que se anexa a este documento que tomará 30 minutos aproximadamente.

Confidencialidad

Así mismo, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto. Ya que sus respuestas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

A quien contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico jefferson.guevara@unl.edu.ec o al número telefónico 0968483457.



Formulario de consentimiento informado

Yo _____ portador de la C.I. _____ he sido invitado a participar en la investigación de Déficit neurológico asociado a depresión en adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba, he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____



**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YASAVAGE VERSIÓN ESPAÑOLA

La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. Posteriormente propusieron una versión abreviada de la escala, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva.

Nombre:

Fecha:

Ítem	Pregunta a realizar.	Respuestas.	
		SI	NO
1	¿En general, está satisfecho/a con su vida?		
2	¿Ha dejado abandonadas muchas actividades y pasatiempos de intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5	¿Se encuentra alegre y optimista con buen ánimo casi todo el tiempo?		
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido e indeciso?		
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?		
12	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
	TOTAL		



**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL (NEUROPSI)

La evaluación psicológica breve en español (Neuropsi) es un test que evalúa las funciones cognitivas de personas con problemas médicos. Está establecido para personas de 16 a 85 años. Este test evalúa áreas como orientación, concentración, memoria, lenguaje, habilidades viso-espaciales, funciones ejecutivas y lectura y escritura. Fue desarrollada por Ostrosky, Ardila y Rosselli en 1999, basándose en procedimientos y principios de la evaluación neuropsicológica.

DATOS GENERALES

NOMBRE:
EDAD: FECHA:
SEXO: ESCOLARIDAD:
LATERALIDAD: OCUPACIÓN:
MOTIVO DE CONSULTA:

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLOGICAS

- I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.
.....
- II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:
.....
- III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.
.....
- IV.- Antecedentes Médicos:
.....

Marque con “X” en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Tiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares |

() Disminución de agudeza visual o auditiva () Otros.....

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

I. Orientación

A.- Tiempo:

- ¿En qué día estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿En qué año estamos?

B.- Espacio:

- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿En qué lugar estamos?

C.- Persona:

0 1

TOTAL..... (6)

OJO: Contrastar con ficha médica.

II.- ATENCIÓN

Y

CONCENTRACIÓN

A.-

DIGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8.....2	2-8-3.....3	8-6-3-2. 4
9-1.....2	7-1-6.....3	2-6-1-7.....4
	Respuesta	Respuesta
	6-3-5-9-1.....5	5-2-7-9-1-8.....6
	3-8-1-6-2.....5	1-4-9-3-2-7.....6
	TOTAL .....(6)	

B.- DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja 1 frente al sujeto y se le pide que marque con una “X” todas las figuras que sean iguales al modelo, (**lámina A del material anexo**), el cual se presentará durante 3 segundos, “no olvide retirar las láminas”. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES:.....

TOTAL DE ACIERTOS:.....

C.- 20-3

Pida que a 20 le reste 3 mentalmente. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5

Respuesta

TOTAL (5)

III.-CODIFICACIÓN

A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

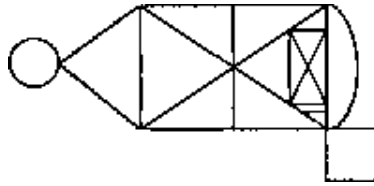
Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine. Realice lo mismo para cada uno de los 3 ensayos.

1.- CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA

	1		2		3	
Gato	Mano	.....	Codo	.....	INTRUSIONES
Pera	Vaca	.....	Fresa	.....	PERSEVERACIONES
Mano	Fresa	.....	Pera	.....	PRIMACIA
Fresa	Gato	.....	Vaca	.....	RECENCIA
Vaca	Codo	.....	Gato	.....
Codo	pera	.....	mano	.....
Total	Total Promedio .....(6)
1er ensayo			2° ensayo		3er ensayo	

B.- PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA.....

TOTAL.....(12)

IV.-LENGUAJE

A.- DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas no. 2 a la no. 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje		Respuesta		Puntaje		Respuesta
Chivo	0	1	.....	Reloj	0	1	.....
Guitarra	0	1	.....	Serpiente	0	1	.....
Trompeta	0	1	.....	Llave	0	1	.....
Dedo	0	1	.....	Bicicleta	0	1	.....
				TOTAL	.....(8)		

NOTA: Si el paciente presenta problemas de agudeza visual que le limiten realizar la actividad anterior, en si lugar, pida que denomine los siguientes estímulos preguntándole: “¿Qué es esto?”.

(Utilizando partes de su ropa y artículos del lugar)

Lápiz	Reloj	Botón	Techo	Codo	Tobillo	Zapato	Llave
1	2	3	4	5	6	7	8

TOTAL (8)

B.- REPETICIÓN

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.
 “Preste atención porque las diré sólo una vez”

	Respuesta	Puntaje
Sol.....	0 1
Ventana.....	0 1
El niño llora.....	0 1
El hombre camina lentamente por la calle.....	0 1
TOTAL.....		(4)

C.- COMPRENSIÓN

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones,***** considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo “bolita” y “cuadro”.*****

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y un cuadrado.....	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande.....	0	1
Si hay un cuadrado grande, toque el círculo pequeño.....	0	1
En lugar del círculo pequeño, toque el cuadrado grande.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1
TOTAL.....	(6)	

D.- FLUIDEZ VERBAL

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra “F” sin que sean nombres propios o palabras derivadas (Ej.: familia, familiar)

Nombre de animales		Palabras que inician con “F”	
1.....	15.....	1.....	15.....
2.....	16.....	2.....	16.....
3.....	17.....	3.....	17.....
4.....	18.....	4.....	18.....
5.....	19.....	5.....	19.....
6.....	20.....	6.....	20.....
7.....	21.....	7.....	21.....
8.....	22.....	8.....	22.....
9.....	23.....	9.....	23.....
10.....	24.....	10.....	24.....
11.....	25.....	11.....	25.....
12.....	26.....	12.....	26.....
13.....	27.....	13.....	27.....
14.....	28.....	14.....	28.....

TOTAL SEMANTICO	TOTAL FONOLOGICO
INTRUSIONES	INTRUSIONES
PERSEVERACIONES	PERSEVERACIONES

V.- LECTURA

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

*******NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD**

DE 1-4 AÑOS.*****

Respuesta

Puntaje

¿Porqué se ahogó el gusano?	.....	0	1
¿Qué pasó con el otro gusano?	.....	0	1
¿Cómo se salvó el gusano?	.....	0	1
TOTAL.....		(3)	

VI.- ESCRITURA

*******NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.*******

		Puntaje
DICTAR: El perro camina por la calle	0	1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (Presentar lámina 12)	0	1
TOTAL.....		(2)

VII.- FUNCIONES

EJECUTIVAS A.-

CONCEPTUAL

1.- SEMEJANZAS

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. “silla-mesa ... son muebles”.

	Respuesta	Puntaje
Naranja - Pera	.....	0 1 2
Perro - Caballo	.....	0 1 2
Ojo - Nariz	.....	0 1 2
	TOTAL.....	(6)

2.- CALCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuántos es 13 + 15? (28)	.....
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó? (7)	.....
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30)	.....
	TOTAL.....
	(3)

3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

*******NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD**

DE 1-4 AÑOS.*****

TOTAL (1)

B.- FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

1.- CAMBIO DE POSICIÓN LAS DOS MANOS

(Tip: Derecha: “garra”, “karateca”, “palma abajo”) (Tip: Izquierda: “palma abajo”, “karate”, “garra”)

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo 2 =

Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	Derecha	0	1	2
	Izquierda	0	1	2

TOTAL (4)

2.- MOVIMIENTO ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

(Tip: “terrome”, “palma abajo”)

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con dificultad (movimientos lentos, retrasados, desautomatizados) 2 = Lo hizo correctamente

TOTAL (2)

3.- REACCIÓN OPUESTA

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

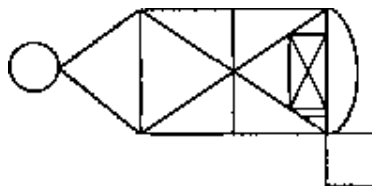
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL (2)

VIII.- FUNCIONES DE EVOCACIÓN A.-

MEMORIA VISOESPACIAL

Transcurrido 20 minutos, pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada (sin apoyo del modelo, claro está).



HORA.....
.....
.....

TOTAL(12
)

B.- MEMORIA VERBAL

1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

Gato	.....	Pera	.....	INTRUSIONES.....
..		..		
Mano	.....	Vaca	.....	PERSEVERACIONES.....
..	
Codo	.....	Fresa	.....
.		..		
				TOTAL
				(6)

2.- POR CLAVES:

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

Parte cuerpo	.....	INTRUSIONES.....
Frutas	.....	PERSEVERACIONES.....
Animales	.....	.....

TOTAL..... (6)

3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

Boca	.....	Codo*	.....	Zorro	.....	Vaca*	.....
..		
Gato*	.....	Árbol	.....	Mano*	.....	Flor	.....
..		
Cama	.....	Gallo	.....	Fresa*	.....	
..				
Pera*	.....	Lápiz	.....	Ceja	.....	
..				

INSTRUCCIONES TOTAL.....

ESTE ESPACIO PUEDE UTILIZARSE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LÁPIZ Y PAPEL QUE SE REQUIERAN.

Anexo 6 Base de Datos

Estudiante: Jefferson Rolando Guevara Castillo							Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE versión española												
Código	Edad	¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	¿ Siente que su vida está vacía?	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	¿Con frecuencia se siente desamparado/a o desprotegido/a?	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	¿En estos momentos, piensa que es estúpido o estar vivo?	¿Actualmente se siente un/a inútil?	¿ Se siente lleno/a de energía?	¿Se siente sin esperanza en este momento?	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Puntuación	Interpretación	
1	71		X	X						X						X	4	NORMAL	
2	74		X	X				X		X					X	X	6	DEPRESIÓN LEVE	
3	83	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X	X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
4	85					X				X	X			X		X	5	NORMAL	
5	85	X		X						X	X		X	X		X	6	DEPRESIÓN LEVE	
6	81		X	X	X		X	X	X		X			X		X	8	DEPRESIÓN LEVE	
7	85		X	X			X			X	X			X		X	7	DEPRESIÓN LEVE	
8	67		X							X	X		X				3	NORMAL	
9	78		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
10	75		X	X	X					X	X						5	NORMAL	
11	67		X							X	X		X				3	NORMAL	
12	65		X	X	X		X		X	X	X		X				8	DEPRESIÓN LEVE	
13	65			X	X	X	X	X		X	X			X		X	8	DEPRESIÓN LEVE	
14	79		X	X	X		X	X		X	X			X		X	9	DEPRESIÓN LEVE	
15	73		X		X					X	X		X	X		X	6	DEPRESIÓN LEVE	
16	75	X	X	X	X		X	X		X	X		X			X	11	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
17	71		X		X					X	X					X	4	NORMAL	
18	82										X						1	NORMAL	
19	78		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
20	77		X	X	X	X	X	X		X	X			X		X	9	DEPRESIÓN LEVE	
21	73		X	X	X		X	X		X	X		X	X		X	10	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
22	80		X	X	X					X	X					X	5	NORMAL	
23	80		X	X	X		X			X	X			X		X	8	DEPRESIÓN LEVE	
24	75		X	X	X					X	X			X		X	7	DEPRESIÓN LEVE	
25	67		X		X						X			X		X	4	NORMAL	
26	75		X	X	X	X	X	X		X	X			X		X	10	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
27	72		X	X	X					X	X					X	5	NORMAL	
28	73		X	X	X					X	X			X		X	7	DEPRESIÓN LEVE	
29	67		X	X	X		X			X	X			X		X	8	DEPRESIÓN LEVE	
30	65		X	X	X		X	X		X	X			X		X	9	DEPRESIÓN LEVE	
31	70		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
32	81		X	X	X					X	X					X	6	DEPRESIÓN LEVE	
33	68		X		X					X	X			X			5	NORMAL	
34	65		X		X					X	X					X	4	NORMAL	
35	68		X		X					X	X			X		X	5	NORMAL	
36	78		X	X	X		X	X		X	X			X		X	9	DEPRESIÓN LEVE	
37	75		X	X	X					X	X			X		X	8	DEPRESIÓN LEVE	
38	70		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X		X	11	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
39	85		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
40	75		X	X	X		X			X	X						7	DEPRESIÓN LEVE	
41	78		X	X	X	X		X		X	X					X	9	DEPRESIÓN LEVE	
42	79		X		X					X	X			X		X	5	NORMAL	
43	66				X					X	X			X			4	NORMAL	
44	73		X		X					X	X			X			6	DEPRESIÓN LEVE	
45	78		X	X	X					X	X					X	7	DEPRESIÓN LEVE	
46	81		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X		X	11	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
47	76			X	X					X	X			X		X	7	DEPRESIÓN LEVE	
48	75		X		X					X	X			X		X	5	NORMAL	
49	75		X		X					X	X			X		X	6	DEPRESIÓN LEVE	
50	72		X	X			X			X	X			X		X	7	DEPRESIÓN LEVE	
51	68		X							X	X		X				3	NORMAL	
52	78		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	12	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
53	69		X	X	X					X	X			X			6	DEPRESIÓN LEVE	

Estudiante: Jefferson Rolando Guevara Castillo

NEUROPSI

codigo	Edad	Sexo	Escolaridad	Lateralidad	ORIENTACIÓN Suma	ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN SUMA A.C	MEMORIA SUMA C	Lectura	FUNCIONES EJECUTIVAS	TOTAL	DETERIORO COGNITIVO
								Escritura SUMA E	concentracion y motricidad SUMA F.E		
1	71	F	3 AÑOS	DERECHA	6	11	5	4	10	54	Deterioro Cognitivo Leve
2	74	M	3 AÑOS	DERECHA	6	18	12	1	12	66	Sin Deterioro Cognitivo
3	83	M	0 AÑOS	DERECHA	4	0	0	0	3	9	Deterioro Cognitivo Severo
4	85	F	3 AÑOS	DERECHA	3	1	0	0	6	15	Deterioro Cognitivo Severo
5	85	F	3 AÑOS	DERECHA	5	7	1	1	8	26	Deterioro Cognitivo Severo
6	81	M	3 AÑOS	DERECHA	6	16	11	3	11	61	Sin Deterioro Cognitivo
7	85	F	3 AÑOS	DERECHA	6	9	7	6	9	47	Deterioro Cognitivo Leve
8	67	F	3 AÑOS	DERECHA	6	12	13	6	11	69	Sin Deterioro Cognitivo
9	78	F	3 AÑOS	DERECHA	1	1	2	0	4	11	Deterioro Cognitivo Severo
10	75	F	3 AÑOS	DERECHA	6	9	8	3	10	46	Deterioro Cognitivo Leve
11	67	M	3 AÑOS	DERECHA	6	13	13	6	9	57	Deterioro Cognitivo Leve
12	65	F	3 AÑOS	DERECHA	6	11	12	3	6	50	Deterioro Cognitivo Leve
13	65	M	3 AÑOS	DERECHA	6	15	14	6	16	68	Sin Deterioro Cognitivo
14	79	F	3 AÑOS	DERECHA	6	10	12	0	2	36	Deterioro Cognitivo Moderado
15	73	F	3 AÑOS	DERECHA	3	4	4	2	7	25	Deterioro Cognitivo Severo
16	75	M	3 AÑOS	DERECHA	3	1	3	0	3	14	Deterioro Cognitivo Severo
17	71	M	3 AÑOS	DERECHA	6	15	11	6	13	64	Sin Deterioro Cognitivo
18	82	M	2 AÑOS	DERECHA	6	9	7	6	14	54	Deterioro Cognitivo Leve
19	78	M	3 AÑOS	DERECHA	2	4	4	2	6	22	Deterioro Cognitivo Severo
20	77	F	3 AÑOS	DERECHA	6	5	6	3	8	37	Deterioro Cognitivo Moderado
21	73	F	3 AÑOS	DERECHA	3	4	8	3	5	27	Deterioro Cognitivo Severo
22	80	M	3 AÑOS	DERECHA	6	12	12	6	14	63	Sin Deterioro Cognitivo
23	80	M	3 AÑOS	DERECHA	5	8	10	3	8	43	Deterioro Cognitivo Moderado
24	75	F	3 AÑOS	DERECHA	2	9	8	3	10	39	Deterioro Cognitivo Moderado
25	67	M	13 AÑOS	DERECHA	6	18	16	6	22	84	Sin Deterioro Cognitivo

25	67	M	13 AÑOS	DERECHA	6	18	16	6	22	84	Sin Deterioro Cognitivo
26	75	F	3 AÑOS	DERECHA	5	6	6	3	8	33	Deterioro Cognitivo Moderado
27	72	M	3 AÑOS	DERECHA	6	14	12	6	18	70	Sin Deterioro Cognitivo
28	73	M	3 AÑOS	DERECHA	6	12	10	3	11	47	Deterioro Cognitivo Leve
29	67	F	3 AÑOS	DERECHA	6	4	0	0	4	16	Deterioro Cognitivo Severo
30	65	F	2 AÑOS	DERECHA	4	3	2	0	9	23	Deterioro Cognitivo Severo
31	70	M	3 AÑOS	DERECHA	6	7	2	0	1	24	Deterioro Cognitivo Severo
32	81	M	3 AÑOS	DERECHA	6	5	4	0	8	30	Deterioro Cognitivo Severo
33	68	F	3 AÑOS	DERECHA	6	12	3	3	4	35	Deterioro Cognitivo Moderado
34	65	F	3 AÑOS	DERECHA	6	16	12	6	11	60	Deterioro Cognitivo Leve
35	68	M	3 AÑOS	DERECHA	6	16	12	6	18	75	Sin Deterioro Cognitivo
36	78	M	3 AÑOS	DERECHA	5	8	3	3	4	28	Deterioro Cognitivo Severo
37	75	M	3 AÑOS	DERECHA	6	15	11	3	5	50	Deterioro Cognitivo Leve
38	70	F	3 AÑOS	DERECHA	5	5	1	0	2	15	Deterioro Cognitivo Severo
39	85	M	3 AÑOS	DERECHA	3	4	0	0	7	14	Deterioro Cognitivo Severo
40	75	F	0 AÑOS	DERECHA	3	3	0	0	4	10	Deterioro Cognitivo Severo
41	78	F	3 AÑOS	DERECHA	6	10	3	3	8	40	Deterioro Cognitivo Moderado
42	79	M	3 AÑOS	DERECHA	6	7	7	3	9	37	Deterioro Cognitivo Moderado
43	66	M	3 AÑOS	DERECHA	6	17	12	6	18	75	Sin Deterioro Cognitivo
44	73	M	3 AÑOS	DERECHA	6	13	14	6	12	67	Sin Deterioro Cognitivo
45	78	F	3 AÑOS	DERECHA	5	9	2	3	9	35	Deterioro Cognitivo Moderado
46	81	M	3 AÑOS	DERECHA	4	7	2	0	6	19	Deterioro Cognitivo Severo
47	76	F	3 AÑOS	DERECHA	5	6	10	3	9	43	Deterioro Cognitivo Moderado
48	75	M	3 AÑOS	DERECHA	6	8	12	6	11	53	Deterioro Cognitivo Leve
49	75	F	3 AÑOS	DERECHA	6	6	10	6	17	50	Deterioro Cognitivo Leve
50	72	F	3 AÑOS	DERECHA	3	1	0	0	6	15	Deterioro Cognitivo Severo
51	68	F	3 AÑOS	DERECHA	5	7	1	1	8	26	Deterioro Cognitivo Severo
52	78	M	3 AÑOS	DERECHA	6	16	11	3	11	61	Sin Deterioro Cognitivo
53	69	M	3 AÑOS	DERECHA	6	14	12	6	18	70	Sin Deterioro Cognitivo

Anexo 7. Proyecto de Titulación



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina**

Proyecto de Titulación

Tema:

“Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba”.

Autor:

Jefferson Rolando Guevara Castillo.

Loja – Ecuador

2020

1. Tema

Depresión asociada a deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

2. Problemática

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2020).

En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE). El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. (Calderón, 2018).

La prevalencia de Deterioro Cognitivo (DC) se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años. Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DC de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años. En términos de incidencia, las cifras publicadas varían de 5,1 a 13,7 por 1 000 personas-año. (Custodio, 2016). Los estudios de DCL en América Latina son escasos. Un estudio puerta a puerta en la ciudad argentina de Córdoba ha encontrado una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años. Otro estudio poblacional en la ciudad colombiana de Medellín halló una prevalencia de DC tipo amnésico de 9,7%. Un tercer estudio chileno comunica el seguimiento de 36 pacientes con DC, observando la evolución a demencia en 15 de ellos en un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50%(10 casos) de los pacientes que permanecían como DC estables en el tiempo progresaron a EA. (Custodio, 2016)

En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. (Calderón, 2018)

En nuestro país no se ha realizado estudios poblacionales de incidencia o prevalencia de DC. En la actualidad solo se cuenta con información acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor a partir de estudios que hallan frecuencias de deterioro cognitivo moderado y severo entre 20 y 28%, en pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios. (Custodio, 2016)

Como respuesta al aumento de la velocidad de deterioro cognitivo en los adultos mayores y la coexistencia de depresión en los últimos años, las investigaciones han aumentado significativamente sobre este tema, sin embargo, en Ecuador y particularmente en la ciudad de Zumba aún los estudios son escasos por lo que surge la siguiente interrogante: **¿Cuál es la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba en el periodo Octubre 2020-Septiembre 2021?**

3. Justificación

La depresión, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. Esta nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela ya que una persona deprimida va a tener complicaciones del comportamiento como lo son la pérdida de energía, insomnio, pérdida del apetito, mal rendimiento escolar. Puede además causarnos cambios emocionales como sentimientos de tristeza, frustración o sentimientos de ira, sentimientos de desesperanza o vacío, estado de ánimo irritable o molesto, autoestima baja, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Beers, 2021).

En la actualidad, la sociedad está llena de estímulos o acumulación de circunstancias que conducen a depresión, como resultado de la interacción entre las características humanas y las necesidades ambientales, las personas se encuentra bajo presión al enfrentarse a situaciones que involucran requisitos de comportamiento difíciles de alcanzar o satisfacer y terminan frustradas, en el caso de nuestros adultos mayores la depresión no es una parte normal del envejecimiento, y nunca debe tomarse a la ligera. Lamentablemente, la depresión a menudo no se diagnostica ni se trata en adultos mayores, quienes pueden sentir reticencia a buscar ayuda. Los síntomas de la depresión pueden ser diferentes o menos evidentes en los adultos mayores.

En países en desarrollo como en industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provoca factores psicológicos y sociales negativos, lo que produce un aislamiento social ya que estas personas no buscan ayuda y desarrollan depresión. En el marco de este contexto los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Zumba no están exentos de esta problemática por lo cual el objetivo de este proyecto se basa en determinar la relación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo, permitiendo así el reconocimiento de cambios psicológicos para mejorar su estado anímico y evitar posibles complicaciones como el desarrollo de enfermedades neurológicas.

Este proyecto de investigación se enfocará en la línea 3 de investigación que corresponde a salud y enfermedad del adulto y adulto mayor de la zona 7 o región sur del Ecuador ya que se abordará la temática en una población adulta mayor.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba en el periodo octubre 2020- agosto 2021.

4.2 Objetivos Específicos

- Definir la existencia de depresión en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

- Identificar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba según sexo.

- Describir la relación existente entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba.

5. Esquema del Marco Teórico

5.1. Depresión

5.1.1. Definición.

5.1.2. Epidemiología.

5.1.3. Factores de riesgo.

5.1.3.1. Demográficos.

5.1.3.2. Biológicos.

5.1.3.3. Sociales.

5.1.3.4. Económicos.

5.1.4. Principales tipos de depresión.

5.1.4.1. El trastorno depresivo mayor.

5.1.4.2. El trastorno depresivo persistente o distimia.

5.1.4.3. Depresión psicótica.

5.1.4.4. Trastorno afectivo emocional.

5.1.4.5. Depresión postparto.

5.1.4.6. Trastorno afectivo bipolar.

5.1.5. Diagnostico de la Depresión.

5.1.5.1. El inventario de depresión de Beck.

5.1.5.2. La escala heteroaplicada de Hamilton para depresión.

5.1.5.3. La Montgomery Asberg Depresión Rating Scale.

5.1.5.4. El Brief patient health questionnaire.

5.1.5.5. La escala de depresión geriátrica de Yesavage

5.1.6. Tratamiento de la depresión.

5.1.6.1. Tratamiento farmacológico.

5.1.6.2. Tratamiento no farmacológico.

5.2. Deterioro cognitivo

5.2.1. Definición.

5.2.2. Epidemiología.

5.2.3. Factores de riesgo.

5.2.3.1. Factores demográficos.

5.2.3.2. Factores genéticos.

5.2.3.3. Factores cardiovasculares.

5.2.3.4 Factores sensoriales.

5.2.3.5. Estilos de vida.

5.2.4. Diagnóstico del deterioro cognitivo.

5.4.4.1. Cribados Diagnósticos.

5.2.4.1.1. Cribados de evaluación cognitiva.

- *Escalas breves de rastreo cognitivo.*

- *Mini mental state examinación.*

- *Evaluación cognitiva de Montral.*

- *Test del reloj.*

5.2.4.1.2. Baterías generales de evaluación.

- *Batería neuropsicológica de Hatstead-Reitan.*

- *Batería neuropsicológica Luria-Nebraska.*

- *Addenbrooke´s cognitive examinación.*

- *Evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)*

5.2.5. Tratamiento del deterioro cognitivo.

5.2.5.1. Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer.

5.2.5.2. Tratar otras afecciones puede afectar tus funciones mentales.

5.3. Relación entre la depresión y el deterioro cognitivo

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo.

6.2 Área de estudio

El estudio se realizará en el centro gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba; ubicado en las calles: 10 de agosto y Avenida del Colegio.

6.3 Período

El período en que se desarrollará el estudio será octubre 2020 - agosto 2021.

6.4 Universo y Muestra

Todos los adultos mayores que constan en el Centro Gerontológico “Nuevo Amanecer” de la ciudad de Zumba que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

6.5 Criterios de inclusión

- Adultos mayores del Centro que autoricen la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Adultos mayores entre 65 y 85 años.
- Adultos mayores que asistan el día de la formulación de los test (Yesavage, Neuropsi) a evaluarse.

6.6 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que ya tengan diagnóstico de depresión.
- Adultos mayores que no contesten por completo los test (Yesavage, Neuropsi).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (RAE, 2019) Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y	Biológica	Género	Masculino Femenino

	<p>anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra. El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento.</p> <p>(Porporatto, 2019)</p>			
Edad	<p>Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (RAE, 2019)</p> <p>Vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (Perez & Gardey, 2019)</p>	<p>Biológico</p> <p>a</p>	<p>Años cumplidos</p>	<p>65-74</p> <p>75-85</p>
Escolaridad	<p>Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.</p> <p>(WordReference, 2020)</p>	<p>Social</p>	<p>Años de estudio</p>	<p>Se agrupara en años de estudio:</p> <p>0</p> <p>1-4</p> <p>5-9</p>

	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (RAE, 2019)</p>			10-24
Depresión	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2020)</p> <p>La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. (MedlinePlus, 2020)</p>	Social	<p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión española</p>	<p>Depresión ausente: 0-5</p> <p>Depresión leve: 6-9</p> <p>Depresión establecida: >10</p>

<p>Deterioro Cognitivo</p>	<p>Un deterioro cognitivo es una anomalía funcional de un área del cuerpo. Esta alteración funcional se debe a una disminución del funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios. (MedlinePlus, 2020)</p> <p>Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. (OMS, 2020)</p>	<p>Social</p>	<p>Evaluación neuropsicológica breve en español (Neuropsi)</p>	<p>Norma 1 Leve Moderado Severo</p>
-----------------------------------	---	---------------	--	---

7. Cronograma

TIEMPO	2020						2021					
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
ACTIVIDAD												
Revisión bibliográfica												
Elaboración del proyecto												
Proceso de aprobación del proyecto												
Recolección de datos												
Tabulación de la información												
Análisis de datos												
Redacción del informe final												
Revisión y corrección del informe final												
Presentación del informe final												

8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización (vehículo propio)	Mes	12	20,00	240,00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	resmas	5	5,00	25,00
Esferos y lápices	Unidad	5	0,50	2,50
Impresiones blanco/negro	Unidad	1000	0,05	50,00
Impresiones colores	Unidad	1000	0,10	100,00
CD en blanco	unidad	2	1,50	3,00
Internet	Mes	12	25,00	300,00
Anillados	Unidad	2	3,00	6,00
Empastados	Unidad	6	15,00	90,00
EQUIPOS				
Computador	equipo	1	900,00	900,00
Impresora	equipo	1	150,00	150,00
Tóner	frasco	2	50,00	100,00
Sub total				1966,50
(Imprevistos al 20%)				393,30
TOTAL				2359,80

Anexo 8. Certificación del tribunal de grado

Loja, 31 de octubre de 2022.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación titulado "Depresión asociada al deterioro cognitivo en adultos mayores del centro gerontológico nuevo amanecer de la ciudad de zumba" de la autoría del Sr. Jefferson Rolando Guevara Castillo, portador de cedula de ciudadanía Nro. 1105688723 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

.....
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



SANDRA
KATERINE MEJIA
MICHAY

.....
Dra. Sandra Katherine Mejía Michay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



GABRIELA DE LOS ANGELES
CHACON VALDIVIEZO

.....
Dra. Gabriela De Los Angeles Chacón Valdiviezo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL