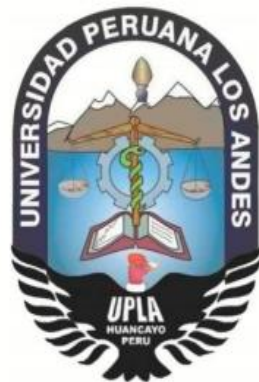


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE HUARAL, ESSALUD – 2019

Para optar : El título profesional de Psicólogo

Autores : Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos
Bach. Caterine Isabel Vizquerra Meléndez

Asesores : Mg. José Rafael Rodríguez Falla
Mg. Martha Cecilia Zegarra Garay

Línea de investigación institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación de la Investigación : Noviembre 2019 – Febrero 2020

Lima – Perú
2020

DEDICATORIA

A mi madre Betty y a mi abuelita Aurora, por haberme forjado como la persona que soy, muchos de mis logros se los debo a ellas; a mi esposo Jaime, por su comprensión y apoyo incondicional en los momentos que me mantuve dedicada en realizar mi proyecto. A mi tío Andrés, por estar presente siempre en mi vida y cuidándome ahora desde el cielo. A mi querido Amigo Luis Jara Vidalón, por darme siempre aliento para alcanzar mis objetivos.

Cynthia

Para aquellas amistades que no teniendo vínculo sanguíneo conmigo se convirtieron en familia, logrando ser un gran soporte. Un agradecimiento especial a mi mejor amigo Luis Jara Vidalón, por compartir conmigo sus conocimientos y los buenos consejos de un padre; aunque ya no estés físicamente con nosotros jamás olvidaré la gran persona que fuiste, siempre te tendré presente.

Caterine

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque a pesar de los obstáculos que se pudieron presentar siempre nos dio la entereza y nos guio para culminar nuestro proyecto.

A nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes, por habernos formado y guiado a lo largo de nuestra carrera.

A los adultos mayores por su gran disponibilidad en la participación de nuestra investigación.

Las autoras

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha generado un incremento demográfico de las personas adultas mayores, dando lugar a nuevos desafíos en las políticas públicas, las cuales buscan igualdad y un mejor desarrollo de esta población (Comisión Económica de América Latina y el Caribe, 2016). En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2018) demostró que la proporción de los adultos mayores ha incrementado de 5.7% a 10.4% con respecto al año 1950.

En esta etapa de vida, existe una disminución de la reserva funcional y vulnerabilidad del organismo, lo cual expone a estas personas a diversas enfermedades, las cuales pueden desencadenar en la muerte; adicionalmente los adultos mayores, también son propensos a presentar patologías degenerativas, las que impedirán que se puedan desarrollar en sus actividades cotidianas, perdiendo de esta manera su autonomía y generándoles un periodo de depresión (Bastidas, 2014).

Por otro lado, los adultos mayores también experimentan por lo general, trastornos depresivos, los cuales se presentan mayormente por la pérdida de interés, la tristeza, el cansancio físico y la falta de atención, en ocasiones, este puede prolongarse en el tiempo o ser recurrente, lo cual genera perjuicios sobre las actividades de estas personas, en especial en quienes laboran (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Por lo mencionado este estudio tuvo como propósito determinar la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019; para ello se empleó el método científico con enfoque cuantitativo de tipo básica de nivel correlacional de diseño no experimental transversal, por ello y para un mejor entendimiento este estudio se dividió de la siguiente manera:

El I capítulo, presenta el planteamiento del problema, descripción de la realidad problemática, delimitación del problema, formulación del problema, problema general, problemas específicos, justificación social, teórica y metodológica; el objetivo general y específicos.

El II capítulo, contiene el marco teórico, antecedentes, bases teóricas o científicas y marco conceptual.

El III capítulo, incluye la hipótesis general y las específicas, asimismo las variables de estudio.

El IV capítulo, presenta la metodología, método, tipo, nivel y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos, además de los aspectos éticos de la investigación.

El V capítulo, se realizó la descripción de los resultados, la contrastación de hipótesis; análisis y discusión de resultados.

Se finaliza el informe con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos correspondientes que sustentan la investigación.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	iv
CONTENIDO	vii
CONTENIDO DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Delimitación del problema	4
1.3 Formulación del problema.....	5
1.3.1 Problema general	5
1.3.2 Problemas específicos.....	6
1.4 Justificación.....	6
1.4.1 Social	6
1.4.2 Teórica	7
1.4.3 Metodológica	8
1.5 Objetivos	9
1.5.1 Objetivo general	9
1.5.2 Objetivos específicos.....	9
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Bases teóricas o científicas	19
2.2.1 Funcionalidad cognitiva	19
2.2.1.1 El envejecimiento y la funcionalidad cognitiva	23

2.2.1.2	Alteraciones de la funcionalidad cognitiva	27
2.2.2	Depresión.....	29
2.2.2.1	Modelo teórico.....	29
2.2.2.2	Niveles de depresión.....	32
2.2.2.3	Depresión en el adulto mayor	33
2.2.2.4	Psicología y la prevención de depresión	37
2.2.2.5	Soledad, calidad de vida, reminiscencia y depresión	37
2.2.3	Depresión y funcionalidad cognitiva.....	40
2.3	Marco conceptual	44
CAPÍTULO III_HIPÓTESIS		46
3.1	Hipótesis general	46
3.2	Hipótesis específicas	46
3.3	Variables.....	47
CAPÍTULO IV_METODOLOGÍA.....		49
4.1	Método de investigación	49
4.2	Tipo de investigación	49
4.3	Nivel de investigación	49
4.4	Diseño de la investigación.....	50
4.5	Población y Muestra	50
4.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
4.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	57
4.8	Aspectos éticos de la investigación	59
CAPÍTULO V_RESULTADOS		62
5.1	Descripción de resultados.....	62
5.2	Contrastación de hipótesis.....	65
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		72
CONCLUSIONES.....		77

RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	90
Matriz de consistencia	90
Matriz de operacionalización de las variables	91
Matriz de operacionalización del instrumento.....	92
Instrumento de investigación y constancia de su aplicación	95
Confiabilidad y validez del instrumento.....	101
Data de procesamiento de datos	149
Consentimiento informado	152
Fotos de la aplicación del instrumento	156

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores.....	52
Tabla 2. Funcionalidad Cognitiva de los adultos mayores.....	62
Tabla 3. Depresión en los adultos mayores.....	62
Tabla 4. Características sociodemográficas según funcionalidad cognitiva.....	63
Tabla 5. Características sociodemográficas según depresión.....	64
Tabla 6. Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión en adultos mayores.....	66
Tabla 7. Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad.....	67
Tabla 8. Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo.....	69
Tabla 9. Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo.	70

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como título “Funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”, se planteó como problema general, ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019? El objetivo, fue determinar la relación entre funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019. Para lo cual se empleó el método científico con enfoque cuantitativo de tipo básica de nivel correlacional con diseño no experimental transversal. Se incluyeron a 60 adultos mayores con edades entre 60 a 90 años, de ambos sexos, quienes respondieron el Examen MiniMental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se utilizó la prueba el coeficiente de correlación de Spearman con nivel de significancia del 5%. No se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.133$; $r=-0.196$) entre la funcionalidad cognitiva y la depresión; independiente de la edad, sexo y nivel educativo. Se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad cognitiva y la variable depresión. Se recomienda socializar los resultados con los responsables de la entidad para implementar programas preventivos-promocionales.

Palabras clave: Funcionalidad cognitiva, depresión, adulto mayor.

ABSTRACT

The present research work is entitled "Cognitive Functionality and Depression in Older Adults, users of the Center for the Elderly of Huaral, EsSalud 2019", it was raised as a general problem, What is the relationship between cognitive functionality and depression in older people who are users of the Huaral Senior Adult Center, EsSalud 2019? The objective was to determine the relationship between cognitive functionality and depression in elderly users of the Centro del Adult Mayor de Huaral, EsSalud 2019. For which the scientific method was used with a quantitative approach of a basic type of correlational level with a non-experimental cross-sectional design. Sixty older adults aged 60 to 90 years, of both sexes, were included, who answered the MiniMental Exam (MMSE) and the Yesavage Geriatric Depression Scale. The Spearman correlation coefficient test was used with a significance level of 5%. No statistically significant relationship was found ($p = 0.133$; $r = -0.196$) between cognitive functionality and depression; independent of age, sex and educational level. It is concluded that there is no statistically significant relationship between the cognitive functionality variable and the depression variable. It is recommended to share the results with those responsible for the entity to implement preventive-promotional programs.

Keywords: Cognitive functionality, depression, elderly.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (2017) a nivel biológico, producto de una gran variedad molecular y celular dañados en el transcurso del tiempo se genera el envejecimiento ocasionando una disminución gradual sobre capacidades físicas y mentales, incrementa el riesgo de padecer enfermedades para culminar con la muerte.

Aproximadamente 652 millones de habitantes corresponden a América Latina y el Caribe, dentro de ellos, tienen menos de 15 años el 25% de la población y el 12% del total de la población son representados por personas mayores. Se ha generado un incremento demográfico en las últimas décadas, específicamente desde la década del sesenta. Estos cambios demográficos dan lugar a nuevas oportunidades y desafíos específicos para las políticas que buscan igualdad y un mejor desarrollo sobre las personas. (Comisión Económica de América Latina y el Caribe, 2016).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2019) realizó un informe técnico a cerca de la situación del adulto mayor, que permitió describir rasgos importantes de la población mayor de 60 años. En el 2018 la proporción de la población de adultos mayores se ha incrementado de 5.7% a 10.4% con respecto al año 1950, ya que en los años 50 la población estaba compuesta sobre todo por

niños, según las cifras del INEI por cada 100 adultos 42 tenían menos de 15 años, para el 2018 la cifra ha cambiado a 27 por cada 100 habitantes.

Conociendo el proceso del ser humano cuando envejece, sabemos que, en esta etapa de la vida, las características son paulatinas en cuanto al estado de disminución de la reserva funcional y una vulnerabilidad del organismo exponiéndolo a enfermedades concluyendo en la muerte. (Osorio, 2017). Por otro lado, en las personas adultas mayores existen casos que se presentan enfermedades degenerativas las cuales, no le permitirán desarrollarse en las actividades cotidianas, necesitando de ayuda de otras personas para su desenvolvimiento, perdiendo así autonomía generándole un estado de depresión. (Bastidas, 2014)

La funcionalidad cognitiva es de gran interés ya que en la actualidad se ha incrementado la población de adultos mayores, quienes son los que usualmente experimentan este problema. Esta es una necesidad durante el proceso del envejecimiento, que amerita ser de preocupación sobre los profesionales, entre los cuáles se puede encontrar pérdida de memoria, funcionamiento y velocidad de procesamiento lo que genera que el adulto mayor se considere útil para la sociedad y su entorno (Echevarría, 2017).

Por su parte la depresión y los trastornos depresivos se manifiestan por baja autoestima, pérdida de interés, desánimo, tristeza, insomnio, inapetencia, cansancio físico y falta de atención. En ocasiones se puede prolongar en el tiempo y ser recurrentes lo que genera perjuicios sobre la persona que desempeña actividades laborales, durante la escuela o en la vida diaria. En condiciones severas la

depresión desencadena hechos como el suicidio. (Organización Mundial de la Salud, 2017). Es más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico medio o bajo y en personas que padecen discapacidad o alguna morbilidad. La prevalencia en países como Japón, Reino Unido y Estados Unidos es de 33.5%, 17.6% y 17.2% respectivamente (Vílchez et al., 2017), mientras que, en Perú, fue de 14%, según un estudio basado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015 y los factores que se asociaron a esta condición fueron el sexo femenino, edad mayor de 75 años, falta de educación escolar, ausencia de la pareja, pertenecer a una zona rural, pobreza y discapacidad física. (Martina et al., 2017)

Un estudio realizado en Ucayali, Ica y Lima halló una asociación entre los trastornos neurocognitivos y la depresión. Se estudió a 267 adultos mayores, el 36.3% con deterioro cognitivo y el 64% depresión moderada o severa; evidenciaron una relación significativa entre la edad y la depresión $p < 0.05$ además que aquellos pacientes con depresión severa tenían 2.10 veces mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, sobre todo en los pacientes entre 80 y 89 años el riesgo se incrementaba en 91% en comparación con los menores de 70 años (Vilchez et al., 2017). Existen estudios en otros contextos que han relacionado variables como funcionalidad cognitiva y depresión; sin embargo, en el caso de nuestro país la investigación es incipiente, habiendo estudios aislados de dichas variables. En ese sentido, es sustancial generar mayor investigación desde la mirada de la psicología, para facilitar tratamiento específico desde esta rama.

Además la población de personas adultas mayores que existe con depresión y deterioro de la funcionalidad cognitiva; en el presente estudio fue escasa en ambas variables. Sin embargo, el resultado de la investigación nos permite dejar fundado

mediante esta información para posteriores intervenciones que opten los profesionales de la salud, como también las familias de los adultos mayores, detectando de manera oportuna signos de depresión y deterioro cognitivo.

1.2 Delimitación del problema

La investigación se desarrolló en el Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud; al contar con un reducido número de adultos mayores, los resultados no condicionan conclusiones extrapolables a gran escala, sin embargo, enriquece la documentación y dota a la institución con información para personalizar las atenciones de los usuarios.

1.2.1 Delimitación espacial

El ámbito de la investigación fue en el Centro del Adulto Mayor de Huaral – EsSalud, ubicado en Calle Derecha N° 400, provincia de Huaral, Departamento de Lima.

1.2.2 Delimitación temporal

El presente estudio de investigación comprendió 4 meses iniciándose en Noviembre del 2019 hasta el mes de Febrero del 2020.

1.2.3 Delimitación social

La población objetivo que se consideró fue de 60 adultos mayores entre hombres y mujeres, comprendidas en un rango de edad entre 60 a 90 años, quienes cuentan con seguro social de salud (EsSalud), en algunos casos cuentan con una pensión que asciende aproximadamente a 600 soles. La población adulta mayor

asegurada del distrito de Huaral dentro de la estructura socioeconómica se encuentra en el nivel C, en este segmento se incluyen a las personas con un ingreso familiar promedio de S/. 3,585 (APEIM, 2015).

1.2.4 Delimitación temática

El presente estudio abordó las temáticas: funcionalidad cognitiva y depresión en personas adultas mayores. La primera variable funcionalidad cognitiva es un constructo de origen clínico – psiquiátrico, que desde el enfoque de Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, se define como funcionamiento cognitivo que incluye orientación temporal, orientación espacial, memoria (inmediata y retardada), atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975 citado por Castro y Salazar, 2014)

La segunda variable, depresión, toma en consideración los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el cual se enmarca dentro de la teoría de Kraepelin sobre depresión (Blanco y Salazar, 2014). Yesavage define esta variable como toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros (Yesavage et al., 1982 citado por Blanco y Salazar, 2014).

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo a edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?

- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo a sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?

- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo al nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?

1.4 Justificación

1.4.1 Social

De acuerdo a los estudios, las personas adultas mayores se caracterizan porque presentan diversos factores psicológicos y sociales que condicionan su calidad de vida; dentro de los factores psicológicos, destaca la necesidad de ser escuchados y la pérdida de roles sociales; y dentro de los factores sociales, destaca la necesidad de comunicación, además, la investigación señala que la psicología social y del desarrollo se encuentran contextuadas socioculturalmente e históricamente, en donde el proceso del transcurso de la vida conlleva cambios contextuales e individuales interrelacionados, siendo la edad por sí sola irrelevante. Asimismo, se señala que la condición sanitaria y sociodemográfica per se, no se

constituyen en factores que impactan grandemente en la satisfacción vital de las personas adultas mayores, como sí lo es la personalidad, las relaciones sociales, el apoyo emocional, afectivo, las relaciones amicales, el tamaño y dinámica de la red familiar (Durmitrache, 2014). En ese sentido, la presente investigación realizada en el contexto de un Centro del Adulto Mayor, donde la labor es predominantemente psicosocial, brindará aportes sustanciales a la problemática del deterioro cognitivo y la aparición de depresión.

La información obtenida será entregada, a las autoridades pertinentes, para dar luces a nuevas formas de abordaje del envejecimiento desde dicho espacio. Se debe tener en consideración que alteraciones en la funcionalidad cognitiva y la presencia de depresión conllevan a la dependencia funcional y por ende son situaciones desafiantes para el profesional en psicología, los cuales buscan mejorar la salud mental, de tal manera que los adultos mayores participen activamente de una sociedad. Por ello, el establecer una relación entre la funcionalidad cognitiva y depresión en este grupo de población es importante, ya que, el psicólogo, como profesional de salud, tiene la posibilidad de establecer medidas de prevención y diagnóstico temprano que permitan la orientación de sus estrategias de intervención en este tipo de pacientes.

1.4.2 Teórica

La presente investigación es importante ya que buscó ampliar la información acerca de la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en adultos mayores y así poder corroborar lo informado en investigaciones que también evalúan estas variables, además permite llenar el vacío de conocimientos y

comprender el funcionamiento cognitivo de los ancianos que presentaron depresión en Huaral. Asimismo, aporta antecedentes actuales para investigaciones futuras y de mayor complejidad metodológica.

1.4.3 Metodológica

Los instrumentos empleados muestran adecuadas propiedades psicométricas y valoran con precisión las variables del estudio, de tal manera, que los resultados obtenidos son válidos y confiables; en ese sentido, pueden ser utilizados por otras investigaciones que tengan como propósito establecer la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión y otras similares.

Estos instrumentos utilizados son formatos breves y de fácil aplicación, características que son importantes al evaluar a una población de adultos mayores. Particularmente, el Test MMSE es sensible para identificar problemas de disfunción cognitiva y diferenciar una función cognitiva conservada, por ende, es ideal en este tipo de estudios. De la misma forma, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, está diseñada para cuantificar síntomas depresivos en adultos mayores, por consiguiente, su aplicación resulta propicia para el estudio.

La metodología que se empleó también pretendió contribuir con criterios que permitan delimitar mejor los estudios que se vienen realizando sobre los modelos teóricos de los test en mención, otorgando a los investigadores resultados que pueden ser comparados y citados posteriormente.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

- Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

- Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo al nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Guerrero et al. (2018), en Estados Unidos, publicaron una investigación denominada “*Depressive Symptoms Are Associated with Cognitive Function in the Elderly with Type 2 Diabetes*”, con el objetivo de investigar la asociación entre la depresión y la función cognitiva en adultos mayores. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 738 sujetos entre 65 a 88 años. Así también, utilizaron como instrumentos la Escala de Memoria de Wechsler-IV (WMS-IV), la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Como principales resultados encontraron que la depresión se asoció con la cognición general ($p < 0.002$), así también, con un deficiente desempeño en funciones ejecutiva ($p = 0.004$) y lenguaje ($p < 0.001$). Concluyeron que se encontró asociación entre la depresión y varios dominios cognitivos y la cognición en general, lo que sugiere que la depresión puede desempeñar un papel en la función cognitiva en este grupo poblacional.

Kim, Liu, Cheung y Ahn (2018), en Corea, publicaron una investigación denominada “*Effects of cognitive impairment and functional limitation on depressive symptoms among community-dwelling older Korean immigrants in the U.S*”, con el objetivo de examinar la relación entre la depresión y la disfunción

cognitiva. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 210 sujetos con más de 65 años. Así también, utilizaron como instrumentos la Escala de Depresión Geriátrica y el Mini examen del Estado Mental (MMSE). Como principales resultados encontraron relación entre la depresión y la función cognitiva ($r = -0.18$, $p < 0.001$). Concluyeron que la disfunción cognitiva tiene un impacto significativo en los síntomas depresivos en adultos mayores coreanos.

Cancino, Rehbein y Ortiz (2018), en Chile, publicaron una investigación denominada “*Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión*”, con el objetivo de establecer la relación entre el funcionamiento cognitivo y la depresión. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 206 sujetos que en promedio tenían 69 años. Se empleó como instrumentos la Escala **Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE-R)** y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Como principales resultados encontraron que la depresión severa se asoció con un funcionamiento cognitivo deficiente ($\beta = -0.168$, $p = 0.040$). Concluyeron que la depresión se encuentre relacionada con el funcionamiento cognitivo.

Donovan et al. (2017), en Estados Unidos, publicaron una investigación denominada “*Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults*” con el objetivo de examinar la relación entre la función cognitiva y depresión. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 8382 sujetos con más de 65 años; se empleó como instrumentos la Escala **Center for Epidemiological Studies–depression (CES–D)** y el Cuestionario **Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)**. Como

principales resultados encontraron que la depresión leve y severa se relacionaron con la disfunción cognitiva ($\beta = -1.0$; $p < 0.0001$). Concluyeron que la presencia de depresión en adultos mayores se relaciona con la cognición.

López, Orozco, Borboa y Flores (2015), en México, publicaron una investigación denominada “*Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60*”, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y la disfunción cognitiva. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 217 sujetos con más de 60 años. Así también, utilizaron como instrumentos el test de Folstein y la Escala de Yesavage. Como principales resultados encontraron que la disfunción cognitiva se asoció a depresión ($p=0.00$ y correlación de Pearson con $r= 0.683$). Además, se halló que 38,7% presentó disfunción cognitiva y 25,8% depresión, además, encontraron que se asocian entre ambas variables. Concluyeron que las variables en estudio se relacionan en este grupo poblacional.

Portillo (2015), en Venezuela publicaron una investigación titulada “*Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*” con el objetivo de analizar el deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos en Maracaibo, Venezuela. La metodología fue descriptiva, no experimental y transversal. A cada uno de los 498 pacientes incluidos en el estudio se les aplicó el examen cognitivo de Cambridge-revisado (CAMCOG-R) y el Mini Examen de Estado Mental o Minimental (MMSE), para determinar el DCL, asimismo se registró múltiples variables sociodemográficas. Como resultados más importantes se observó que los adultos mayores con edades

comprendidas entre 65-74 años reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de 75 años en adelante. No hubo diferencias importantes con el DCL en cuanto al género. El estrato con mayor presencia de DCL correspondió a los adultos mayores sin nivel de instrucción. El DCL fue menor en los adultos mayores casados. No se encontró asociación significativa entre nivel socioeconómico y DCL. Se concluyó que, en relación a las variables sociodemográficas; la edad a partir de 75 años, el vivir solo, ser viudo y la no escolaridad son factores de riesgo para el DCL.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Manrique (2019) en Arequipa, publicó una tesis de maestría denominada “*Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del adulto mayor de la municipalidad del Distrito de Mariano Melgar*”. Arequipa, con el objetivo de determinar los factores relacionados a la depresión en adultos mayores. El tipo de investigación fue analítica e incluyeron como muestra a 71 sujetos adultos con más de 60 años. Se utilizó como instrumentos el Cuestionario Abreviado de Pfeiffer, Índice de Actividades Básicas de la Vida diaria: KATZ, Valoración Socio familiar de Gijón y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage. Como principales resultados encontró que el deterioro cognitivo leve se asoció significativamente con la presencia de depresión ($X^2= 6,868$; $p=0,009$). Así también, determino que 40,85% presentaron disfunción cognitiva leve y 77,46% depresión. Concluyó que existe relación significativa entre las variables mencionadas.

Zevallos (2018) en Lima, publicó una tesis doctoral denominada “*Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima*”, con el objetivo de determinar si existe relación entre la disfunción cognitiva leve y la depresión. El tipo de investigación fue correlacional e incluyó como muestra a 100 adultos mayores del asilo Desamparados del distrito de Breña. Así también, utilizó como instrumentos el Mini examen Cognoscitivo en la versión de Lobo y el Test de Yesavage. Como principales resultados refiere que no se encontró asociación significativa entre la disfunción cognitiva y la depresión (Rho de Spearman es de $\rho = 0.147$; $p < 0,05$). Además, se mencionó que el 40% de la muestra presentó disfunción cognitiva leve y 61% depresión moderada o severa. Concluye que no existe relación significativa entre las variables mencionadas.

Odallys (2018) en Lima, presentó un trabajo de investigación denominado “*Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima – 2017*”, con el objetivo de determinar la relación existente entre la disfunción cognitiva y la depresión. El tipo de investigación fue correlacional e incluyó como muestra a 211 adultos mayores con edades entre 60 y 90 años, utilizaron como instrumentos Test de Mini Examen del Estado Mental de Folstein y la Escala de Depresión Geriátrica Test de Yesavage. Como principales resultados encontró relación significativa entre la disfunción cognitiva y la depresión ($r = -0.294$; $p < 0.01$). Sumado a ello, se menciona que 18.2% tuvieron disfunción cognitiva leve mientras que 1.6% disfunción severa. En cuanto a la depresión el 47.1% fue leve, 44.6% moderada y

8.3% severa. Concluyó que, a mayor nivel de depresión, el estado cognitivo será menor.

Vilchez, Soriano, Saldaña, Acevedo, Bendezú, Ocampo y Ciudad (2017) en Lima, publicaron una investigación denominada “*Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú*”, con el objetivo de establecer la asociación entre la depresión y disfunción cognitiva. El tipo de investigación fue transversal analítica e incluyeron como muestra a 267 adultos mayores provenientes de Lima, Ucayali e Ica. Así también, utilizaron como instrumentos la escala de Yesavage y la escala de Pfeiffer. Como principales resultados encontraron asociación entre la disfunción cognitiva y la depresión severa (RP (razón de prevalencias): 2,1; intervalo de confianza al 95% (IC95%): 1,4-3,2). Asimismo, se refiere que 36,3% de la muestra presentó disfunción cognitiva y 64% depresión moderada o severa. Concluyeron que existió una mayor probabilidad de disfunción cognitiva en aquellos adultos mayores con depresión severa.

Mendoza, Tantalean, Soto y Díaz (2016) en Lambayeque, publicaron una investigación denominada “*Tamizaje de Nivel de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores en un centro del Adulto Mayor*”, con el objetivo de determinar el nivel de disfunción cognitiva y el estado de depresión. El tipo de investigación fue correlacional e incluyeron como muestra a 192 adultos mayores del Centro Adulto Mayor (CAM) del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre. Se empleó como instrumentos el Mini examen del Estado Mental (MMSE) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Como principales resultados refieren que no

encontraron relación significativa entre la disfunción cognitiva y la depresión ($\chi^2=3,77$; $p>0,05$). Así mismo, 25% presentaron disfunción leve y 95% severa, y 28.6% tuvo depresión leve, mientras que 3,6% depresión severa. Concluyeron que un tercio de los adultos mayores presentaron disfunción cognitiva leve, de la misma forma, un tercio presentaron depresión leve.

2.1.3 Antecedentes Locales

Quinto (2018) en su tesis "*Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo*", tuvo como objetivo Definir el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina. Se contó con una muestra de 50 adultos mayores hospitalizados durante el año 2017 en el servicio de medicina interna del hospital. El estudio es de tipo descriptivo y transversal. El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Obteniendo como resultado que el 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo con mayor nivel de depresión fue de más de 80 años.

Licas (2015) en su tesis "*Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral SJM – VMT 2014*", tuvo como objetivo establecer el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue de tipo probabilístico aleatorio simple contando con 73 adultos mayores. La técnica empleada fue la entrevista y

como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage, el estudio concluye que los adultos mayores asistentes al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Jara (2019) en su tesis titulada “*Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval Cirujano Mayor-Santiago Távara*”, determinó la relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor-Santiago Távara de Lima. Estudio observacional, analítico transversal, retrospectivo. Halló en el sexo masculino mayor porcentaje de función cognitiva no deteriorada fue 42.28% con promedio de 78.42 años. La dependencia funcional leve obtuvo 46.02% y el riesgo de sufrir deterioro cognitivo fue 0.32 veces más ($p < 0.05$).

Evanan (2019) publicó una investigación denominada “*Depresión y Calidad de Vida en Pacientes Adultos Mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos, 2017*”, con el objetivo de determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos 2017. El método de investigación fue hipotético deductivo, de tipo aplicada, transversal y de diseño descriptivo correlacional. Los resultados que se obtuvieron de la prueba Rho de Spearman, evidenció una relación inversa fuerte (-0.801) con un valor de significancia (bilateral) 0,000. Rechazando así la hipótesis nula y aceptando la alterna, la cual señala que existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos 2017.

Mateo (2020) publicó una investigación denominada “*Percepción del proceso de envejecimiento y nivel de depresión en adultos mayores atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho. Noviembre-2019*”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la percepción del proceso de envejecimiento y el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho. Noviembre-2019. El método de investigación fue correlacional, transversal, nivel II, diseño no experimental, de enfoque cuantitativo; con una población de 110 adultos mayores, la recolección de datos fue a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). Al someterse a la prueba de hipótesis, se obtuvo un valor $p = 0,000$; puesto que este valor p es menor o igual que $\alpha = 0,05$ (5%), aceptando la hipótesis alternativa.

2.2 Bases teóricas o científicas

2.2.1 Funcionalidad cognitiva

Cognición

Uno de los autores más representativos de la psicología cognitiva Neisser (1967) menciona que el término cognición se refiere a todos los procesos mediante los cuales el ingreso sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recuperado o utilizado. La cognición se ocupa de estos procesos, aun cuando operen en ausencia de la estimulación relevante, como es el caso de la imaginación y las alucinaciones. Términos como sensación, percepción, imaginación, recuerdo, solución de problemas y pensamiento, entre otros, se refieren a etapas o aspectos hipotéticos de la cognición (Neisser citado en Gutiérrez, 2018).

En relación los procesos de cognición se han descrito algunos modelos teóricos entre los que resalta el *modelo simbólico clásico*, el cual se resume a continuación:

De manera tradicional, el punto de vista del procesamiento de información ha sido caracterizado de acuerdo con la hipótesis del sistema de símbolo físico propuesto por Newell y Simón (1956), el cual es el fundamento teórico del modelo simbólico clásico de la psicología cognitiva. La hipótesis señala que la cognición se basa en patrones de información representados en forma de símbolos, y estos pueden ser manipulados. Por ello, se ha considerado que la arquitectura de la mente es la arquitectura de las computadoras. Desde este punto de vista, el lenguaje vendría a ser un sistema que usa alguna señal física (un sonido, un gesto, una marca

en el papel) para expresar un significado, y que los sistemas de procesamiento de información son mecanismos que representan la información en forma simbólica, que son computacionales, es decir, esas representaciones simbólicas pueden ser manipuladas y transformadas para crear nuevas representaciones. Por ello, dentro de la concepción clásica simbólica de la arquitectura de la mente la idea central es la representación proposicional, la cual sostiene que las proposiciones son unidades completas del pensamiento que pueden ser verdaderas o falsas. De modo que cualquier unidad lingüística simple es incompleta, por citar un ejemplo, “María” no es una proposición completa, ni “ama” a es una proposición completa; en cambio, “María ama a Juan” sí es una proposición completa, porque expresa una idea completa que puede ser verdadera o falsa. Eso quiere decir que las proposiciones son unidades funcionales importantes en el procesamiento cognitivo y tienen un considerable poder para representar el mundo, lo cual está relacionado con el aspecto semántico de las oraciones representadas en la mente representacional (Newell y Simón, 1956 citado en Medina, 2008).

Funcionamiento cognitivo

Alexander Romanovich Luria conocido como el padre de la neuropsicología, estudió las funciones cerebrales en pacientes atendidos en la segunda guerra mundial y desarrolló un modelo teórico que explica la organización cerebral y su relación con las fuerzas culturales y ambientales. Con esta propuesta se supera el localizacionismo de las funciones cerebrales y se avanza a una comprensión del funcionamiento cerebral como producto de la interacción de diversas unidades funcionales, que permiten al ser humano la actividad mental y comportamental. Desde la perspectiva de este autor, el cerebro se configura en tres unidades

funcionales, donde la primera se encarga de regular el tono cortical y la vigilia; la segunda de recibir, procesar y almacenar la información; y la tercera unidad funcional, que se encarga de la planificación, ejecución y verificación de la actividad cognitiva y conductual (Ramos et al., 2017).

Para definir los componentes de cada actividad cognitiva Luria propuso el concepto de “factor”, que permite relacionar el nivel psicológico de la actividad humana con sus mecanismos psicofisiológicos. Ninguna acción o actividad cognitiva puede realizarse con un solo factor, o con la activación de una sola zona cerebral. La realización de cada acción o actividad cognitiva requiere de la participación de diversos factores neuropsicológicos, es decir, de la activación de diferentes zonas cerebrales, las cuales constituyen un sistema funcional complejo (Cabral, 2015).

Finalmente, actualmente la neuroimagen, ha determinado una verdadera revolución en lo que respecta al estudio del funcionamiento cerebral del ser humano, en donde, las diferentes técnicas permiten analizar el funcionamiento neuronal del cerebro en las determinadas actividades que es capaz de realizar un ser humano. Las funciones cerebrales de interés en la neuropsicología son el lenguaje, atención, memoria, sistemas perceptivos, funciones ejecutivas y las praxias en el contexto de desarrollo normal y en el daño cerebral adquirido (Ramos et al., 2017).

Arriola et al (2017) y Claver (2008) mencionan que la función cognitiva incluye una serie de dominios o áreas; entre los que se encuentran:

La memoria, es un conjunto de procesos mentales de orden superior que incluyen la recolección, el almacenamiento y la recuperación de la información. La conceptualización de la memoria, comprende la memoria episódica y semántica. La memoria episódica está mediada por estructuras temporales mediales (hipocampo y córtex entorrinal). La memoria semántica tiene que ver con los conocimientos generales y ya desvinculados del contexto espacial y temporal del aprendizaje. Los problemas de memoria basados en la atención se ven en una amplia variedad de condiciones médicas incluido el deterioro cognitivo leve y la demencia. Por el contrario, un déficit en la retención o almacenamiento, se observa cuando el paciente mantiene intacto el recuerdo inmediato, pero deteriorado el recuerdo demorado.

La atención es la capacidad de generar, mantener y dirigir un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información. Los circuitos de la atención están en la corteza cerebral de la zona frontal, en el área llamada prefrontal, y controlan la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de las respuestas. La atención abarca un complejo conjunto de procesos cognitivos que incluyen amplitud atencional, atención sostenida, atención dividida y velocidad de procesamiento. El aspecto más básico de la atención corresponde a la amplitud de atención, que es: “la cantidad de información que un individuo puede mantener en su mente en un momento dado”.

La capacidad visoespacial es aquella necesaria para representar, analizar y manipular un objeto mentalmente. El procesamiento visual requiere un funcionamiento adecuado de la corteza frontal, occipital y, sobre todo, parietal. La

valoración visoespacial y la visoconstrucción se realizan mediante tareas sencillas como la construcción y copia en dos o tres dimensiones de un estímulo dibujado (casa, cubo, reloj, entre otros.). Un pobre rendimiento en este tipo de actividades puede ser debido a problemas perceptivos, pero también a problemas de planificación o de ejecución motriz. (Claver, 2008).

Las capacidades lingüísticas se ven afectadas en diversas enfermedades neurodegenerativas. Los principales elementos afectados en las fases iniciales son la capacidad de denominación y la fluidez verbal. Por otra parte, evaluar la comprensión verbal y los aspectos gramaticales del lenguaje escrito o los mecanismos de la escritura es importante, ya que; después de la memoria, las capacidades lingüísticas son dominios que con frecuencia se ven afectados. (Arriola et al., 2017).

2.2.1.1 El envejecimiento y la funcionalidad cognitiva

La salud física y mental óptima representa un requisito previo para una buena calidad de vida, las capacidades mentales altamente complejas como la memoria, velocidad de procesamiento, la atención, el lenguaje, el razonamiento y la resolución de problemas son vitales para el funcionamiento de las actividades de la vida diaria (Cadar, 2018).

El envejecimiento tiene un impacto significativo en las funciones cognitivas, las principales repercusiones en estas áreas son disminución en el rendimiento de las tareas cognitivas que requieren que uno procese o transforme rápidamente la

información para tomar una decisión, incluidas las medidas de velocidad de procesamiento y memoria (Murman, 2015).

Los cambios estructurales y funcionales en el cerebro se correlacionan con estos cambios cognitivos relacionados a la edad, incluidas las alteraciones en la estructura neuronal, pérdida de sinapsis y disfunción de las redes neuronales (Murman, 2015). Las enfermedades relacionadas con la edad aceleran la disfunción y pérdida neuronal, así como el deterioro cognitivo, afectando de manera definitiva su funcionalidad (Murman, 2015).

Un grave grado de deterioro cognitivo no es inevitable, pero sigue siendo una de las mayores preocupaciones en el clima actual de nuestras poblaciones en todo el mundo, dado que afecta gravemente la funcionalidad cognitiva además de representar predictores importantes del desarrollo de demencia, por ello es necesario que dentro de las normas sanitarias de las diversas entidades de salud se propongan estrategias que ayuden a reducir y prevenir dicho riesgo (King's College London; London School of Economics, 2014).

No existe un consenso claro para definir envejecimiento cognitivo saludable o exitoso, pero puede describirse como el mantenimiento de la funcionalidad cognitiva hasta la edad avanzada y una variación mínima en el espectro del deterioro cognitivo normal con el envejecimiento (Cadar, 2018). El envejecimiento afecta las funciones cognitivas, principalmente las asociadas al procesamiento ejecutivo y otras funciones del lóbulo frontal. (Murman, 2015) Los cambios en la memoria relacionados con la edad y otras habilidades ocurren a diferentes

velocidades (por ejemplo, las habilidades de razonamiento, la capacidad visoespacial y la memoria verbal disminuyen más rápidamente a lo largo de la vida, mientras que el vocabulario, la atención y el cálculo son más resistentes al pasar de los años) (Shake, Shulley, & Soto-Freita, 2016).

Aunque el deterioro cognitivo relacionado con la edad es innegable, hay dos advertencias importantes en esta afirmación. Primero, la mayoría de los déficits cognitivos que se han observado en adultos mayores sanos generalmente se limitan a ciertos tipos de tareas. En particular, se han observado deficiencias en tareas que requieren resolución de problemas, memoria o adquisición de nuevas habilidades. (Cadar, 2018).

La variabilidad en el deterioro cognitivo que ocurre con la edad ha proporcionado información sobre las áreas del cerebro que están implicadas en el envejecimiento, y esto puede ayudar a identificar posibles mediadores de la relación.

La segunda advertencia es que se ha demostrado que existe una variabilidad sustancial en la tasa de disminución con la edad y que este proceso es extremadamente heterogéneo dado que algunos adultos mayores nunca experimentaron disminución en su funcionalidad mental (Murman, 2015; Cadar, 2018). La pregunta de por qué algunas personas se ven más afectadas por el proceso de envejecimiento que otras aún no está del todo claro, pero es probable que haya ciertas variantes genéticas y condiciones clínicas que podrían aumentar el

riesgo (Mendoza-Núñez, González-Mantilla, Correa-Muñoz, & Retana-Ugalde, 2017).

Dado el aumento en el tamaño de la población de adultos mayores y las consecuencias personales y sociales del deterioro cognitivo relacionado con la edad, la investigación relacionada con el mantenimiento del funcionamiento cognitivo es cada vez más relevante (Cadar, 2018). Si bien muchos estudios han evaluado la relación entre tipos específicos de variables (por ejemplo, fisiológicas, estructurales, sociales, ambientales, psicológica y cognitiva), es importante entender a una persona por completo y cómo los diferentes dominios del individuo contribuyen al envejecimiento saludable y la preservación cognitiva (Crivelli, Bella, & Lucchini, 2016).

La ausencia de depresión o tener sentimientos de felicidad más frecuentes, es otra definición de buena salud mental. La investigación continúa proporcionando evidencia de apoyo para mayores sentimientos de felicidad vinculado a una infinidad de beneficios de salud positivos y longevidad (Crivelli, Bella, & Lucchini, 2016). Es evidente que una buena salud mental más adelante en la vida puede beneficiar a un individuo en múltiples formas; por lo tanto, es importante continuar evaluando cómo fortalecer los beneficios de una buena salud mental para aumentar su eficacia en la preservación del funcionamiento cognitivo en la vejez (Cadar, 2018).

2.2.1.2 Alteraciones de la funcionalidad cognitiva

Disfunciones cognitivas

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) -V define los trastornos cognitivos como un grupo de trastornos adquiridos con un déficit cognitivo primario que altera el nivel de funcionamiento. Estos trastornos se clasifican además en subtipos leves o mayores: los principales, pero no leves alcanzan el umbral para el diagnóstico de demencia. Sin embargo, este umbral es difícil de definir ya que ambos tipos de trastornos existen en un continuo deterioro cognitivo/funcional (Simpson, 2014).

Disfunción cognitiva leve

Según Simpson (2014), los criterios de diagnóstico DSM-V para los trastornos cognitivos leves incluyen:

1. Evidencia de moderado deterioro cognitivo de un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivo motor o cognición social) basado en: (i) Preocupación del individuo, un informante conocedor o el clínico que reconoció una disminución leve en la función cognitiva; y (ii) Un deterioro modesto en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado por pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su ausencia, otra medida clínica cuantificada para su evaluación.
2. Los déficits cognitivos no interfieren con la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (es decir, las actividades instrumentales complejas de la

vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos se preservan, pero se puede requerir un mayor esfuerzo en estrategias compensatorias o de adaptación)

Los trastornos cognitivos crean desafíos importantes para los pacientes y sus familiares, así como la atención que brindan los profesionales sanitarios. El reconocimiento temprano permite el diagnóstico y el tratamiento adecuado, la educación, el apoyo psicosocial y la participación en la toma de decisiones con respecto a la planificación de la vida, atención médica, participación en la investigación y asuntos financieros (Morley et al., 2015).

Son numerosas las causas potencialmente reversibles de estos trastornos, incluidas algunas que son claramente tratables cuando se diagnostican precozmente. Estos incluyen depresión, trastornos metabólicos tales como hipotiroidismo y la hipercalcemia, lesiones cerebrales, infecciones y apnea del sueño (Cruz-Oliver et al., 2014). Así también, los defectos en la visión y la audición pueden conducir a un bajo rendimiento cognitivo y el aislamiento sensorial prolongado a un deterioro del mismo (Morley et al., 2015).

Los pacientes con hiperintensidades de la sustancia blanca, que sugiere daño cerebral isquémico, pueden tener afecciones tratables que, cuando se controlan, podrían ralentizar aún más el daño cerebral. En estos se incluye a la hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, tabaquismo y fibrilación auricular (Overdorp , Kessels , Claassen , & Oosterman, 2014; Kloppenborg , Nederkoorn , Geerlings , & Van den Berg , 2014).

Disfunción cognitiva moderada y severa

Los términos trastornos neurocognitivos leves y mayores, vienen aclarados con una distinción entre ellos. El trastorno neurocognitivo leve está indicado por la disminución en uno o más dominios cognitivos, mientras que el individuo puede mantener su independencia. Estos dominios cognitivos incluyen pérdida de memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje y visoespacial, visoperceptual, o cognición social. El trastorno neurocognitivo mayor (más ampliamente conocido como demencia) es indicado por la disminución en dos o más dominios cognitivos, lo que impacta en la capacidad de vida independiente (Stokin, Krell-Roesch, Petersen, & Geda, 2015; Hugo & Ganguli, 2014).

La distinción clave entre un trastorno neurocognitivo leve o mayor es que las personas con este último trastorno experimentan una disminución sustancial de la función (pérdida de la independencia) como resultado de un deterioro cognitivo profundo, mientras que los sujetos con patología leve experimentan un deterioro modesto y como resultado realizan sus funciones con cierta independencia (Stokin et al., 2015).

2.2.2 Depresión

2.2.2.1 Modelo teórico

Teoría de Kraepelin

Kraepelin consideraba a los trastornos psíquicos como enfermedades basadas en un modelo médico, neurológico, con etiología y patología orgánica específica. En base a ello, delineó los fundamentos de la clasificación moderna de estas

alteraciones, una de sus categorías principales fue la locura maniaco-depresiva. Consideraba que la depresión tenía un origen psicógeno independiente del estrés, al que consideraba como un mecanismo de activación (Hoff, 2015).

En la búsqueda bibliográfica se han encontrados diversas definiciones; a continuación, se sintetizan aquellas más oportunas según el modelo mencionado:

La depresión es un trastorno que consiste en varios síntomas que tienden a ocurrir juntos, pero con diferentes orígenes. Para la American Psychological Association (2017), la depresión es un trastorno que se caracteriza por el bajo estado anímico y energético en una persona, además de una autoestima negativa y poco interés por las actividades que anteriormente una persona consideraba placentera. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM - V), se refiere que la persona con depresión experimenta 5 o más síntomas durante 2 semanas, donde uno de dichos síntomas debe de ser el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer (Truschel, 2019).

Sigmund Freud, describe la depresión como “una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto” (Freud, 1917 citado por Carrasco, 2017). Desde esta perspectiva se postula que las experiencias traumáticas en niños, principalmente las relacionadas a carencias e interferencias en la relación de apego, pueden ser factores para depresión (Carrasco, 2017). Se explica que el depresivo es aquel sujeto con fijación narcisista en el momento que se producen los primeros contactos con objetos. Posteriormente, cuando haga frente a un desengaño o lo lleve a experimentar sentimientos de amor-odio hacia el objeto, este tratará de combatirlos, siendo incapaz de exteriorizarlos de manera consciente (Viana, 2016).

Debido a mecanismos de represión esta reacción permanece inconsciente, sin embargo, la intensidad de los sentimientos hostiles genera que los positivos sean reemplazados, llevando a un sentimiento de pérdida. Así la persona depresiva direcciona toda su rabia hacia sí mismo, donde es el yo el que queda expuesto a esta ambivalencia (Viana, 2016).

El estado de ánimo depresivo o la tristeza es una de las seis emociones básicas que es parte de la naturaleza biológica humana pero también uno de dos síntomas principales que constituyen criterios de depresión clínica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales APA (2017). Este trastorno puede identificarse cuando confluyen dos síntomas; la ansiedad y la disminución de la capacidad para sentirse positivo, triste (Mann & Malhi, 2018).

Su aparición puede ser gradual, y el curso a lo largo de la vida varía considerablemente. Para la mayoría el curso es episódico y se sienten bien entre episodios depresivos agudos. Sin embargo, la naturaleza de la enfermedad es impredecible y, por lo tanto, la duración de los episodios, el número de episodios a lo largo de la vida y el patrón en el que ocurren son variables (Mann & Malhi, 2018).

Se debe saber, que ninguno de los síntomas es patognomónico de depresión, ya que también pueden aparecer en otras enfermedades psiquiátricas. (Boschloo et al., 2014). Algunos síntomas son más específicos de un trastorno depresivo como la anhedonia (disminución de la capacidad de experimentar placer); variación diurna (es decir los síntomas de depresión son peores durante ciertos periodos del día); e intensificación de la culpa, otros síntomas como los neurovegetativos, como, fatiga,

pérdida de apetito o peso e insomnio, son muy comunes en otras enfermedades médicas (Malhi et al., 2014).

Los síntomas de la depresión pueden agruparse ampliamente en síntomas emocionales, neurovegetativos y cognitivos, pero debido a que también ocurren comúnmente en otros trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas, su detección puede ser difícil. La ansiedad es común en este contexto, ya que casi dos tercios de las personas con depresión la presentan. Los síntomas generalmente aparecen 1 año a 2 años antes del inicio de la depresión mayor (Mann & Malhi, 2018).

La depresión es un problema importante de atención médica, que necesita de un manejo precoz, debido a su impacto sobre la calidad de vida, la mortalidad y morbilidades asociadas (Garrett et al., 2015).

2.2.2.2 Niveles de depresión

Depresión leve moderada

Forma de depresión, donde los pacientes que padecen síntomas depresivos, no alcanzan los criterios mínimos (en función al número, la gravedad o la duración de los síntomas) de depresión severa. Puede definirse también como un trastorno que se caracteriza por la presencia de dos o más síntomas de depresión, presentes durante la mayor parte del tiempo, con al menos dos semanas de duración, con evidente disfunción social y que acontece en individuos que no cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión severa. Se relaciona con un marcado

psicológico, disminución de la salud, problemas al ejecutar actividades de la vida diaria y una marcada reducción de la calidad de vida (Naber, 2018).

Depresión severa o grave

Trastorno del estado de ánimo que se presenta con un sentimiento persistente de tristeza o pérdida de placer. Es considerada como la forma principal de depresión y se caracteriza por episodios depresivos recurrentes. El diagnóstico puede realizarse después de un solo episodio de depresión que ha durado dos semanas o más. Si estos episodios no se resuelven y duran largos periodos de tiempo, este patrón se describe como depresión crónica. Si los síntomas están presentes (en la mayoría de los días) durante al menos 2 años sin ningún periodo de remisión que exceda a los 2 meses, la afección se denomina trastorno depresivo persistente (Fritz et al., 2017; Mann & Malhi, 2018).

2.2.2.3 Depresión en el adulto mayor

Según Papalia (1995), en la edad adulta mayor o adulta tardía puede presentarse problemas de salud mental reversibles como la depresión; en este caso se podría originar por las pérdidas ya sea del cónyuge, hijos, hermanos y/o amigos, también podría verse afectado su estado de ánimo, por los diversos medicamentos que ingiere; los signos depresivos que se presentan suelen ser: extrema tristeza, carencia de interés o disfrute de la vida, pérdida de peso, insomnio, agotamiento, sentimiento de inutilidad o inapropiada culpabilidad, y pensamientos de muerte o suicidio.

La depresión en las personas adultas mayores es frecuente e incluso más prevalente entre personas que han sido hospitalizadas debido a enfermedades físicas graves o institucionalizadas por la reducción del funcionamiento físico y/o cognitivo (Sivertsen, Bjorklof, Engedal, & Helvik, 2015). Esta enfermedad psiquiátrica, a menudo es considerada parte integrante de la vida y no se reconoce o no se diagnostica adecuadamente (Avasthi & Grover, 2018).

Se ha demostrado que esta afección en ancianos se asocia con consecuencias significativas que van desde la mala calidad de vida, dificultades en la vida diaria comorbilidades, mortalidad prematura y deterioro cognitivo. Además, se encuentra relacionada con un mayor riesgo de suicidio, hospitalización y carga familiar. Por ello, es importante su manejo precoz (Avasthi & Grover, 2018).

Los trastornos depresivos en ancianos pueden incluir un amplio espectro de trastornos. En relación al límite de edad actualmente no existe un consenso en relación a ello, algunos autores podrían considerar como, límite los 60 años mientras que otros lo definen como el primer episodio de depresión ≥ 65 años de edad. Al evaluar la depresión en este grupo poblacional, es importante recordar que, en muchos, los síntomas depresivos no cumplen con los criterios de depresión mayor. La presencia de enfermedades físicas y presentación atípica complica aún más el cuadro clínico. Por ende, se postula que, aunque la presencia de criterios diagnósticos estándar es necesaria para la depresión en ancianos, esta no es condición suficiente para el diagnóstico (Avasthi & Grover, 2018).

En consecuencia, la depresión en ellos puede clasificarse como depresión mayor, depresión menor, distimia, trastornos de adaptación y ansiedad (Avasthi &

Grover, 2018; Zis et al., 2017). En general se resalta que la prevalencia de depresión menor es superior a la mayor. Particularmente, la depresión menor está asociada a discapacidad y trastorno de ansiedad concomitante. Además, su reconocimiento es sumamente importante porque a menudo se le considera precursor de la depresión mayor entre los sujetos de edad avanzada (Avasthi & Grover, 2018; Zis et al., 2017).

La depresión menor se define como la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos que no cumplen con los criterios de duración o con el número de síntomas necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Esta se describió en el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como una condición que requiere de una mayor investigación para determinar su utilidad diagnóstica. En el DSM-V esta se puede incluir en la categoría otro trastorno depresivo especificado, episodio depresivo con síntomas insuficientes" (APA, 2017; Avasthi & Grover, 2018).

Una evolución integral en pacientes con este trastorno es de suma importancia, sobre todo para valorar los factores de riesgo, las comorbilidades, factores etiológicos, gravedad de la afección, riesgo de autolesión y el nivel de disfunción. Además, se incluye el establecimiento de un manejo adecuado y el control de la seguridad del paciente. Este es un proceso continuo y el paciente debe ser evaluado regularmente, según la necesidad (Avasthi & Grover, 2018; Zis et al., 2017).

Al evaluar a los ancianos en busca de depresión, es importante recordar que los pacientes de edad avanzada a menudo no reportan sus síntomas depresivos y es posible que no reconozcan que están tristes o deprimidos. Los síntomas depresivos más comunes (como falta de disfrute en las actividades normales, pérdida de interés en la vida, aprensión sobre el futuro, falta de sueño, pensamientos recurrentes de fallecimiento, dolor persistente inexplicable, falta de concentración o deterioro de la memoria) a menudo se atribuyen erróneamente a la vejez, demencia o pobre salud (Avasthi & Grover, 2018; Zis et al., 2017). En consecuencia, por lo general no se detecta ni se trata, por ello, muchos de los pacientes tienden a presentar más síntomas somáticos.

Al evaluar la depresión entre ancianos, es importante recordar que muchas veces su presentación es atípica. Pueden presentarse con síntomas físicos crónicos inexplicables, síntomas cognitivos, cambios en el comportamiento, ansiedad, irritabilidad y disforia. Sin embargo, una evaluación adecuada a menudo revela la presencia de síntomas depresivos en estos pacientes (Avasthi & Grover, 2018; Zis et al., 2017).

La formulación de un plan de tratamiento implica decidir sobre el entorno del mismo, los medicamentos que se recetaran y las intervenciones psicológicas que se utilizaran. Este debe ser práctico, factible y flexible para atender las necesidades de los pacientes, además, tener en cuenta la gravedad de los síntomas, las condiciones físicas y psiquiátricas, las tendencias suicidas y el apoyo disponible (Avasthi & Grover, 2018; Zis et al., 2017; Diniz, 2014). Las opciones terapéuticas disponibles

se pueden clasificar en antidepresivos, manejo somático e intervenciones psicosociales.

2.2.2.4 Psicología y la prevención de depresión

La depresión en la vejez es común y altamente incapacitante, asociada a una mayor utilización y costos en la atención médica y puede complicar las condiciones comórbidas que prevalecen en los adultos mayores. La prevención es particularmente importante, ya que la evidencia acumulada demuestra que los síntomas persistentes y la disfunción relacionada con la depresión siguen siendo frecuentes, incluso con un tratamiento antidepresivo. La prevención es diferente de la intervención y tratamiento ya que está dirigido a grupos de población general que varían en el nivel de riesgo (Cuijpers et al., 2015).

La prevención puede darse en tres categorías: primaria, prevención de enfermedades recientes; secundaria, detectando la enfermedad precozmente y evitando su progreso; y terciaria, previniendo o limitando el impacto de la enfermedad. Al respecto se ha evidenciado que el tratamiento psicológico es efectivo en la prevención de esta patología, al disminuir los síntomas de esta afección (Cuijpers et al., 2015).

2.2.2.5 Soledad, calidad de vida, reminiscencia y depresión

Rubio (2007) citado por Acosta, García, Vales, Echeverría y Rubio (2017) define soledad como un estado emocional negativo, que se genera cuando un individuo se siente rechazado e incomprendido por otro. También puede ser

causado por la carencia de compañía durante el desarrollo de las actividades cotidianas o la falta de deseo por realizarlas.

La soledad se considera como un problema de salud pública ya que está estrechamente relacionado con la salud humana y el bienestar, esta puede ser objetiva o subjetiva, la primera se manifiesta bajo la realidad de encontrarse solo y la segunda es el sentimiento de estar solo, afecta la calidad de vida, sobre todo de los adultos en las etapas finales de su vida, causado por las pérdidas que experimentan (Quintero et al., 2015).

La soledad es producto de situaciones y hechos que transcurren a lo largo de un día por medio de recuerdos pasados junto a la pareja, familia y amigos que en la mayoría de casos genera tristeza y agudizan por un momento, al menos breve, la soledad. Estos episodios son favorecidos por fechas calendario, el hogar que ha compartido con los seres amados o algún momento especial del día, ya sea la comida o el espacio ocupado en la mesa por una persona que ya no se encuentra. Otro hecho que también se genera en el individuo es la ausencia de una persona habitual de su vida. La insatisfacción que perciba el adulto mayor sobre su vida es una contribución directa al deterioro del bienestar psicológico, por ello, aparecen estados depresivos asociados a la soledad subjetiva (Baiza, 2015).

Un estudio realizado en Taiwán, a cerca de la soledad y depresión en los adultos mayores, buscó encontrar la asociación entre ambas variables durante un periodo de 14 años. Hallaron que ambas variables eran bidireccionales, es decir, la

soledad influyó sobre la depresión, así como, la depresión sobre la soledad (Hsueh et al., 2019).

Se realizó un seguimiento a hombres de edad avanzada y se identificó una asociación significativa entre la soledad y el deterioro cognitivo que, en comparación con la mujer, no se halló una asociación similar. Aunque las mujeres de edad avanzada informaron con mayor frecuencia sentimientos de soledad, el impacto de la soledad en el deterioro cognitivo fue significativo para los hombres (Zhou et al., 2019).

La calidad de vida, es definida por la Organización Mundial de la Salud como “la percepción significativa de bienestar, salud y funcionalidad del ser humano durante el desarrollo de diferentes áreas y engloba aspectos como el dominio físico, psicológico, grado de independencia, relaciones sociales relación con el entorno” (Cardona, Giraldo, & Maya, 2016). A partir del concepto planteado en calidad de vida, esta puede ser positiva si se cuenta con relaciones sociales, buena salud, adecuadas condiciones materiales, pero se puede tornar negativa si son dependientes, tienen funcionalidad limitada o sobrellevan una vida que les genera tristeza y depresión. Un estudio analizó la repercusión del grado de dependencia sobre la calidad de vida, resultando que a menor dependencia y mayor autocuidado la calidad de vida será mayor (Loredo et al., 2016).

La vejez, es un estado de maduración porcentual del ser humano, durante este se genera cambios continuos y acumulativos, inevitables y naturales que caracterizan al adulto mayor. Es por ello que para mantener activa la memoria se

debe optimizar el tiempo potenciando las capacidades del ser humano. La reminiscencia conserva la identidad de la persona por medio de la reactivación de hechos pasados personales para evocar recuerdos de la niñez y juventud que activan el funcionamiento y la memoria remota. En Malacato – Ecuador se ha puesto en marcha la terapia de reminiscencia, debido a un alto índice de demencia moderada, que tras la implementación de esta terapia ha pasado a ser demencia leve, para ello se recomienda aplicarlo en grupos y edades similares (Valerazo, Sánchez, & Vega, 2015).

Reforzar la identidad personal permite generar un vínculo entre hechos pasados con el presente, ocasiona que el adulto mayor tenga un sentido de continuidad y coherencia por medio de la percepción de la propia vida, además es de utilidad para superar y sobrellevar pérdidas dolorosas, también es una forma de generar vínculos sociales en la familia, a través de historias que facilitan la comunicación entre todos los miembros y con el entorno. Se recomienda como terapia para personas que presentan deterioros cognitivos y enfermedades neurodegenerativas (Valerazo et al., 2015).

2.2.3 Depresión y funcionalidad cognitiva

La depresión se caracteriza por un deterioro a corto y/o largo plazo del estado de ánimo, el afecto, la motivación y la cognición que afecta la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial (Zuckerman et al., 2018). Particularmente es la funcionalidad cognitiva uno de los dominios relevantes que podrían verse afectada, ya que, la disminución de la concentración y la atención se observan con frecuencia en personas deprimidas (McIntyre et al., 2015). En los criterios del Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), sobre depresión, se establece que un individuo deprimido puede tener problemas de concentración o toma de decisiones, además, se incluye agitación o enlentecimiento motor APA (2017). En consecuencia, la depresión altera fundamentalmente la percepción y la interacción con el entorno incluido el procesamiento de la información.

La cognición y la emoción son procesos interconectados que tienen origen en grandes redes interactivas de neuronas dentro del cerebro. La cognición es multidimensional y se divide convencionalmente en 4 dimensiones primordiales: la función ejecutiva, atención/concentración, aprendizaje/memoria y velocidad de procesamiento estos se encuentran interconectados, pero son dominios distintos. (Harrison et al., 2016), también es posible identificar una taxonomía clínica que plantea 2 dominios, cognición “fría” y “caliente”; esta distinción proviene de teorías cognitivas de la emoción, propuestas por Abelson y Rosenberg en 1958; Lazarus en 1982; Lazarus y Folkman en 1984 (Zeigler y Shackelford, 2017). La cognición “fría” hace mención a los procesos de información no emocional, que ocurren en ausencia de compromiso emocional y/o motivación, en otras palabras, se refiere al procesamiento de información en ausencia de cualquier influencia emocional (Zuckerman et al., 2018). Se utilizan para evaluar la función neuropsicológica en la depresión e incluyen subdominios como función ejecutiva, aprendizaje/memoria, atención/concentración, y velocidad de procesamiento. Por otro lado, la cognición caliente hace referencia a procesos cognitivos basados en emociones y se ven afectadas por el estado emocional de cada persona, y pueden incluir anhedonia. (Zuckerman et al., 2018) Cuando existe depresión hay inferencias importantes en redes neuronales que tienen consecuencias directas en el

funcionamiento cognitivo frío. Las redes neuronales que incluyen la corteza prefrontal y la circunvolución del cíngulo, las regiones subcorticales del cuerpo estriado y el tálamo, así como, las estructuras del lóbulo temporal que incluyen la amígdala y el hipocampo se encuentran funcionalmente alteradas en los estados depresivos de acuerdo a Clark, Chamberlain, Sahakian (2009) citado por Zuckerman et al., 2018.

Desde una perspectiva clínica, la funcionalidad cognitiva y la depresión se encuentran relacionados, sin embargo las investigaciones que han tenido por objetivo principal evaluar su asociación han encontrado resultados variables en adultos mayores, principalmente por la variabilidad en la población que incluyen en sus estudios, ya sea por el entorno (hospitalario, comunitario, hospicios, entre otros), sexo, nivel educativo, así como, la cantidad de muestra que emplean y los instrumentos que utilizan. Tal es el caso de Kim et al., (2018) quienes examinaron los efectos del deterioro cognitivo y las limitaciones funcionales sobre los síntomas depresivos entre inmigrantes coreanos mayores. La evidencia derivada de este estudio demostró que existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo, sin embargo, debido a que es un estudio transversal, no se puede verificar la causalidad entre las variables, por ende, es igual de posible que el deterioro cognitivo sea resultado de la depresión. Otro punto a considerar es que la muestra del estudio casi la mitad de los participantes tenía educación secundaria, por consiguiente, la muestra podría estar sesgada hacia participantes de clase económica media/alta, que cuentan con fuerte apoyo social y una mayor capacidad física.

De la misma forma, Cancino et al., (2018), evidenciaron una relación inversa entre la depresión y la funcionalidad cognitiva, a pesar de ello, se menciona que la mayor parte de la muestra (77%) la conforman mujeres, y sabiendo que existe evidencia de diferencias en el acceso a la educación y ocupación según sexo, es posible inferir que algunos componentes de la funcionalidad cognitiva son diferentes para hombres y mujeres pues esta recibe influjo tanto de la educación como de la ocupación. En síntesis, es arriesgado asumir causalidad entre la funcionalidad cognitiva y la depresión debido a la falta de evidencia científica, sin embargo, se ha podido observar un comportamiento inverso en la mayoría de estudios, esto quiere decir que, a menor depresión, mayor funcionalidad cognitiva y viceversa.

De acuerdo a Papalia (1997), la persona adulta mayor, presenta disminución de funciones orgánicas, no por ello representa inutilidad o limitación. Este es un proceso evolutivo natural en el camino del ser humano. Por lo tanto, según la teoría del envejecimiento, la persona envejece según un patrón predeterminado que determina su vida, como puede ser la deficiencia de ciertas funciones de la vida diaria. Siendo un proceso que no se detiene cada persona envejece de diferente manera. De acuerdo a la teoría del desgaste o envejecimiento secundario este sería porque a pesar de que todo el cuerpo se deteriora, existen estresores internos y externos, como son una enfermedad o abuso, los mismos que pueden agravarse y acelerar este proceso.

Según Erikson (2000), la etapa de la vejez es una de las ocho etapas dentro del ciclo de vida. En su teoría psicosocial, realiza la descripción de los conflictos de desarrollo a lo largo de la vida del ser humano. En la adultez tardía, o madurez, su

principal tarea es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero se presenta un distanciamiento social. Existe un sentido de inutilidad biológica, a causa de que el cuerpo no responde como antes; aparecen enfermedades y con ellas la preocupación de muerte. Su entorno social muere y ello contribuye a la aparición del sentimiento de desesperanza.

2.3 Marco conceptual

Funcionalidad cognitiva

Funcionamiento cognitivo se define en base al rendimiento de la persona en las siguientes áreas: orientación temporal, orientación espacial, memoria (inmediata y retardada), atención y cálculo, lenguaje, comprensión y lectoescritura. (Folstein et al., 1975 citado por Castro y Salazar, 2014)

Orientación en el Tiempo y en el espacio: la orientación es una función cognitiva compleja que implica la capacidad de prestar atención a los estímulos y procesar y retener información sobre el lugar y el momento (Velakoulis y Walterfang, 2007).

Memoria: la memoria es un término general que se define como el registro, adquisición, almacenamiento y posterior recuperación de nueva información. El deterioro de la memoria es quizás la manifestación más común de trastorno neurocognitivo (Velakoulis y Walterfang, 2007).

Atención y Cálculo: La atención no es una construcción unitaria. La atención sostenida y dirigida es la capacidad de prestar atención a un estímulo específico sin distraerse con estímulos externos internos o ambientales. Otros aspectos de la atención incluyen la capacidad de compartir la atención entre tareas simultáneas

(atención dividida), la capacidad de cambiar la atención entre tareas y la capacidad de prestar atención a los estímulos en diferentes ubicaciones espaciales (Velakoulis y Walterfang, 2007).

Lenguaje, comprensión y lectoescritura: El lenguaje es la herramienta básica de la comunicación humana y un componente básico de muchas habilidades cognitivas. Las funciones del lenguaje se atribuyen comúnmente al hemisferio dominante y, dado que el dominio cerebral del lenguaje está estrechamente relacionado con el uso de las manos, es útil estar al tanto de la destreza manual del paciente antes de evaluar la función del lenguaje (Velakoulis y Walterfang, 2007).

Depresión

Toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros (Yesavage et al., 1982 citado por Blanco y Salazar, 2014).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

HI: Existe relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019.

H0: No Existe relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019.

3.2 Hipótesis específicas

HI: Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

H0: No Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

HI: Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

H0: No Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

HI: Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

H0: No Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor De Huaral, EsSalud 2019.

3.3 Variables

Variable 1

Funcionalidad cognitiva

Definición conceptual

Funcionamiento cognitivo se define en base al rendimiento de la persona en las siguientes áreas: orientación temporal, orientación espacial, memoria (inmediata y retardada), atención y cálculo, lenguaje, comprensión y lectoescritura (Folstein et al., 1975 citado por Castro y Salazar, 2014)

Definición operacional

Medibles a través de la aplicación del instrumento MMSE en adultos mayores de 60 años, considerándose una funcionalidad cognitiva conservada cuando el puntaje varía entre 27 a 30 puntos; puntuaciones menores a 27 se consideran disfunción cognitiva. Cuyas dimensiones son: Tiempo, Orientación en el espacio, Memoria (inmediata y retardada), Atención y Cálculo, Lenguaje, comprensión y lectoescritura (Lopes, 2011)

Variable 2

Depresión

Definición conceptual

Toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros (Yesavage et al., 1982 citado por Blanco y Salazar, 2014).

Definición operacional

Medible mediante la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de 60 años, considerándose que no existe depresión cuando el puntaje varía entre 0 y 5; mientras que puntajes entre 6 y 9 se consideran depresión leve y entre 10 y 15 puntos depresión severa. Cuya dimensión es la Depresión (González y Robles, 2013)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

El presente estudio asume el método científico hipotético deductivo ya que comenzó con la teoría, y de esta derivaron expresiones lógicas denominadas “hipótesis” que se sometieron a prueba (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

4.2 Tipo de investigación

La investigación fue básica, ya que busca el progreso científico, ampliar los conocimientos teóricos, pretende la generalización de sus resultados con el criterio de desarrollar una teoría o modelo teórico científico en base a principios y leyes. Además este tipo de estudio es también conocido como investigación sustantiva ya que su finalidad es describir la realidad y ampliar los conocimientos a partir de lo encontrado, mas no resolver de manera inmediata el problema. (Sánchez y Reyes, 2017). Y finalmente tiene enfoque cuantitativo, porque se utilizaron métodos estadísticos que fueron útiles para cuantificar y obtener resultados (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

4.3 Nivel de investigación

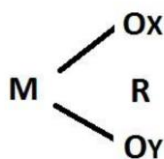
El nivel de investigación fue Correlacional, porque tuvo como interés hallar la relación entre dos o más variables, conceptos o categorías dentro de un entorno en particular (Sánchez y Reyes, 2017).

4.4 Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental transversal; según Hernández, Fernández y Baptista (2014), es no experimental ya que la investigación se realiza sin manipulación intencional de las variables, es decir se observan situaciones ya existentes, tal y como se dan en su entorno natural, para después analizarlas. Por ende, no se tiene un control directo sobre las mismas y tampoco se puede influir en ellas, debido a que ya sucedieron.

De la misma forma, es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único, por ende, solo busca interrelación en un momento dado.

El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:



Donde:

M = Es la muestra del estudio

Ox, = Variable Funcionalidad Cognitiva

Oy = Variable Depresión

r = Es la correlación que existe entre las variables

4.5 Población y Muestra

Población: 60 adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral - EsSalud 2019.

Muestra: Se considera censal ya que se seleccionó el 100% de la población adulta mayor, asistente de manera regular al Centro del Adulto Mayor de Huaral –

EsSalud. Por ello la población estudiada fue censal por ser simultáneamente universo, población y muestra.

Criterios de inclusión:

- Usuarios de 60 a 90 años de edad que desearon participar del estudio.
- Usuarios de ambos sexos.
- Usuarios que completaron los test propuestos para el estudio.
- Usuarios que acudieron al Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que presentaron dificultad para leer y comprender los test.
- Usuarios que presentaron algún problema físico que le impida desarrollar los test.
- Usuarios con problemas de salud mental.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas		
	$\bar{X} \pm DE$	
Edad en años	76.2 ± 8.3	
	N	%
Sexo		
Femenino	46	76.7
Masculino	14	23.3
Estado Civil		
Soltero	7	11.7
Casado	26	43.4
Viudo	23	38.3
Divorciado	2	3.3
Conviviente	2	3.3
Nivel educativo		
Iletrado	3	5.0
Primaria completa	11	18.3
Primaria incompleta	17	28.4
Secundaria completa	5	8.3
Secundaria incompleta	6	10.0
Superior completa	13	21.7
Superior incompleta	5	8.3
Total	60	100

\bar{X} : Promedio, DE: Desviación estándar

La tabla 1 muestra que la edad promedio de los adultos mayores fue 76.2 ± 8.3 , el 76.7% fueron mujeres, el 43.4% y 38.3% fueron casados y viudos, el 30% tenían estudios superiores y el 5% eran iletrados. En el anexo 6 se puede ver las características sociodemográficas según la funcionalidad cognitiva y el nivel de depresión de los adultos mayores.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica aplicada en el presente estudio fue la encuesta a cada usuario adulto mayor asistente al centro del adulto mayor de Huaral.

Instrumentos

Se utilizó el Test MMSE para medir la funcionalidad cognitiva, siendo pertinente señalar que este test está validado al idioma castellano, y tiene una sensibilidad del 64,1% y una especificidad de 84,1%, con valor predictivo positivo de 24,4% y valor predictivo negativo del 96,7% (Custodio et al, 2016). Su principal objetivo es identificar problemas cognitivos a través de una entrevista clínica, de la misma forma cuantifica la severidad del daño y evalúa la respuesta del paciente (Castro y Salazar, 2014). Este instrumento es de orientación psiquiátrica y se construyó en base a estrategias clínicas habituales destinadas a evaluar la cognición, tales como pruebas de memoria, orientación temporo-espacial y habilidades numéricas. Los autores agregan una corrección numérica para identificar alteraciones cognitivas. Es necesario considerar, que este test no está elaborado en base a un constructo teórico previo, y tampoco se emplearon estrategias factoriales o multivariadas en su creación. No obstante, las evidencias indican que el MMSE, es un instrumento útil para el cribaje entre personas mayores

con deterioro cognitivo y personas sin deterioro cognitivo, es decir es una prueba de tamizaje del funcionamiento cognitivo en esta población, motivo por el cual fue empelado en la presente investigación (Castro y Salazar, 2014; Fernández, 2013).

Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para medir la depresión, es pertinente señalar que esta herramienta se encuentra adaptada al español y se han reportado una sensibilidad del 84,6 % y una especificidad del 89,9 % (Rodríguez et al, 2015). Es un instrumento de autoreporte, que evalúa la presencia de sintomatología depresiva. En esta escala dicotómica las puntuaciones altas sugieren un mayor riesgo de presentar la afección (Blanco y Salazar, 2014). Se desarrolló originalmente como un instrumento de 30 ítems. Dado que esta versión demoró mucho tiempo y fue difícil de completar para algunos pacientes, se desarrolló una versión más corta 15 ítems. Estos fueron elegidos debido a su alta correlación con síntomas depresivos, donde 10 indican la presencia de depresión cuando se responden afirmativamente y 5 cuando se responden de manera negativa (Galeoto et al., 2018). Esta herramienta de cribaje que se emplea en adultos mayores con sospecha de depresión durante la evaluación clínica, además se emplea en el diagnóstico como evidencia para su valoración (Blanco y Salazar, 2014).

Minimental State Examination

Ficha Técnica

Nombre : Examen Mental (MMSE).

Nombre original : Mini Mental State Examination (MMSE).

Categoría : Prueba neuropsicológica.

Autores	: Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang (1975) como un método práctico para los clínicos, que permite medir el estado cognoscitivo de pacientes. Es el instrumento de exploración más usada a nivel mundial, solo o como parte de baterías. (Rojas-Gualdrón, Segura, Cardona, Segura, & Osley, 2017)
Objetivos	: Se diseñó con la intención de examinar el estado mental, de forma rápida y cuantificable, para la evaluación de pacientes psiquiátricos, detectando el deterioro cognitivo (Rojas-Gualdrón et al, 2017).
Aplicación	: Individual.
Edad	: Persona Adulta Mayor.
Materiales	: Cuestionario, papel y lápiz.
Dimensiones	: Orientación en el tiempo Orientación en el espacio Memoria (inmediata y retardada) Atención y Cálculo Lenguaje, comprensión y lectoescritura
Descripción	: Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones, dan un puntaje total de 30 (Rojas-Gualdrón et al, 2017).
Evalúa	: Evalúa 7 procesos cognitivos: Orientación en el tiempo, orientación en el espacio, memoria (inmediata y retardada), atención, lenguaje, comprensión y lectoescritura (construcción visual) (Folstein et al, 1975 citado por Castro y Salazar, 2014). El puntaje oscila entre 0 a 30 puntos, donde una mayor calificación indicaría un mejor estado cognitivo. (Vaca, Ancizu, Moya, Heras, &

Pascual, 2015) Se tendrá en consideración la siguiente escala de puntuación: (Jara, 2019)

Función cognitiva conservada	:	27 a 30 puntos
Disfunción cognitiva leve	:	21 a 26 puntos
Disfunción cognitiva moderada	:	11 a 20 puntos
Disfunción cognitiva severa	:	0 a 10 puntos

Validez y Confiabilidad: Esta herramienta ha sido validada al español por Lobo y colaboradores por ser fácil y de rápida administración, (Rebagliati, Runzer, Horruitiniere, Lavaggi, & Parodi, 2012) siendo confiable a nivel mundial, destacándose las versiones de China, Argentina y Chile, ya que señalan un alfa de Cronbach que varían entre 0.60 a 0.96. A nivel nacional, se ha encontrado similitud con la confiabilidad hallada. Robles, en el 2003 reporto un alfa de Cronbach de 0.81 para el diagnóstico de demencia, demostrando una confiabilidad alta (Chávez & Núñez, 2013). De la misma forma se ha reportado una sensibilidad de 79.8%, especificidad de 81.3%, valor predictivo positivo (VPP) de 86.3%, valor predictivo negativo (VPN) de 73.0% (Chávez & Núñez, 2013). En la presente investigación se evaluó la confiabilidad de este test, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.756, considerándose confiable para su aplicación.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Ficha Técnica

Instrumento	: Escala de Depresión Geriátrica
Autor	: T.L. Brink, Jerome. A. Yesavage, O. Lum
Año	: 1982
Adaptado por	: C. Aguado, J. Martínez, M.C. Onís, R.M. Dueñas, C. Albert, J. Espejo en España.
Finalidad	: Medir el grado de depresión del adulto Mayor
Administración	: Individual con una duración de 10 a 20 minutos Aproximadamente.
Ámbito de aplicación	: Adultos Mayores
Materiales	: Protocolo y hoja de calificación
Dimensión	: Depresión

Descripción e interpretación: Este instrumento fue especialmente diseñado para ser empleado en población anciana para detectar posible presencia de depresión. Está compuesto por 15 ítems con respuesta dicotómica si/no (Rodríguez et al, 2015).

La Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage, mide el nivel de depresión en los adultos mayores. El cuestionario cuenta con preguntas aleatorias para prevenir la respuesta de manera repetitiva buscando un solo sentido a dichas respuestas. Cada pregunta se valora con una puntuación de 0-1, coincidiendo esta respuesta con la depresión que pueda presentar (Rodríguez et al, 2015).

Para la versión de 15 ítems que fue actualizado y que aún se usa, se tiene los siguientes resultados (Licas, 2015):

Normal : 0 – 5 puntos.

Depresión leve : 6-9 puntos

Depresión severa : 10-15 puntos

Validez y confiabilidad : Es pertinente señalar que este test está validado al idioma castellano, y tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.7268 lo que la hace altamente confiable, (Bacca, González, & Uribe, 2005) siendo que, desde el análisis psicológico los 15 ítems son apropiados para evaluar rasgos depresivos; además se ha determinado una consistencia interna de 0.78 y de acuerdo a la prueba de esfericidad de Bartlett mostró un $\chi^2 = 390.8$; $gl = 105$; $p < 0.001$, así también, la confiabilidad del constructo fue de 0.87 considerándose una alta confiabilidad (Gómez & Campos, 2011). En la presente investigación se evaluó la confiabilidad de este test y se encontró un valor Kuder Richardson de 0.81, considerándose confiable para su aplicación.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En la investigación se siguieron los siguientes procedimientos:

- a) Elaboración de vista de variables y de datos: Se diseñó una vista de variables y una vista de datos para organizar las respuestas dadas por los informantes.

- b) Se solicitó la aprobación por el comité de ética de la Universidad y aprobación por las autoridades del Centro del Adulto Mayor de Huaral EsSalud para el desarrollo de la investigación.
- c) Se aplicó la ficha de consentimiento informado a los afiliados adultos mayores teniendo en consideración criterios de inclusión y exclusión.
- d) Se aplicó la ficha de recojo de datos sociodemográficos que permitió caracterizar a la población adulta mayor.
- e) Se procedió a aplicar a cada participante los Test de MMSE y de Yesavage para determinar la funcionalidad cognitiva y depresión.
- f) Contando con las respuestas de los adultos encuestados se realizó la categorización y análisis estadísticos correspondientes.
- g) Se diseñó y elaboró tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas, de acuerdo a las dimensiones de las variables y según nuestros objetivos de investigación.
- h) A través del uso de un programa estadístico, se procedió al análisis de datos para establecer la relación entre variables.
- i) Se procedió al análisis interpretativo de los datos a través de los valores más representativos.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó en el software estadístico SPSS en su versión número 25. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como el promedio y desviación estándar; mientras que para las variables cualitativas (sexo, estado civil, grado de instrucción) se determinaron

las frecuencias absolutas y relativas (%). Asimismo, se emplearon las herramientas gráficas del programa Excel, tales como el diagrama de barras.

Para determinar la relación entre funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Además, para establecer si existe relación entre las variables principales según edad, sexo y nivel educativo primero fue necesario dicotomizar la edad en “60 - 75 años” y “76 - 90 años” y el nivel educativo en “Sin estudios superiores” (Iletrado, Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria completa y Secundaria incompleta) y con estudios superiores” (Superior completa y Superior incompleta). El nivel de significancia en ambas pruebas fue del 5%, donde un p-valor menor a 0.05 se consideró significativo.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

Se tomó en cuenta los artículos 27 y 28 del reglamento general de investigación de la Universidad Peruana los Andes referidos a la ética de investigación que sugiere tener en cuenta estos principios:

- a) “Ejecutar investigaciones pertinentes, originales y coherentes con las líneas de investigación institucional.”
- b) “Proceder con rigor científico asegurando la validez, la fiabilidad y credibilidad de sus métodos, fuentes y datos.”
- c) “Asumir en todo momento la responsabilidad de la investigación, siendo conscientes de las consecuencias individuales, sociales y académicas que se derivan de la misma.”

d) “Garantizar la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en la investigación, excepto cuando se acuerde lo contrario.”

También se tomó en cuenta los siguientes artículos del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú:

Artículo 24: “El psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos deben necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos.”

Artículo 26: “El psicólogo que publique información proveniente de una investigación psicológica independientemente de los resultados, no deberá incurrir en la falsificación ni plagio, declarando la existencia o no de conflicto de intereses.”

Artículo 27: “El psicólogo no debe aplicar en su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o instituciones científicas reconocidas legalmente, así como test psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científicas”

Así mismo, en mérito a esta investigación se tomará los siguientes tratados del código de Nuremberg:

Artículo 1: “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.”

Artículo 7: “Deben tomarse las medidas apropiadas y se proporcionaran los dispositivos adecuados para proteger al sujeto de las posibilidades, aun de las más remotas, de lesión, incapacidad o muerte.”

Artículo 9: “En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.”

Del mismo modo se solicitó la autorización al Centro del Adulto Mayor de Huaral
– EsSalud para que los adultos mayores participen.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla 2

Funcionalidad Cognitiva de los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Funcionalidad Cognitiva	N	%
Disfunción cognitiva severa	1	1.7
Disfunción cognitiva moderada	12	20.0
Disfunción cognitiva leve	27	45.0
Función cognitiva conservada	20	33.3
Total	60	100

La Tabla 2 muestran que el 33.3% de los adultos mayores presentó función cognitiva conservada; sin embargo, el 45%, 20% y 1.7% presentaron disfunción cognitiva leve, moderada y severa, respectivamente.

Tabla 3

Depresión en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Depresión	N	%
Normal	45	75.0
Depresión leve	11	18.3
Depresión severa	4	6.7
Total	60	100

La Tabla 3 muestran que de los 60 evaluados, el 75% de los adultos mayores no presentaron depresión; sin embargo, el 18.3% y 6.7% presentaron depresión leve y severa, respectivamente.

Tabla 4*Características sociodemográficas según funcionalidad cognitiva*

Características sociodemográficas	Funcionalidad Cognitiva							
	Disfunción cognitiva severa		Disfunción Cognitiva moderada		Disfunción cognitiva leve		Función cognitiva conservada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	$\bar{x} \pm DS$		$\bar{x} \pm DS$		$\bar{x} \pm DS$		$\bar{x} \pm DS$	
Edad en años	89		76.3 \pm 8.1		76.7 \pm 9.9		74.7 \pm 5.4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Femenino	1	100.0	10	83.3	21	77.8	14	70.0
Masculino	0	0.0	2	16.7	6	22.2	6	30.0
Estado Civil								
Soltero	0	0.0	2	16.7	3	11.1	2	10.0
Casado	0	0.0	5	41.7	12	44.4	9	45.0
Viudo	1	100.0	5	41.7	11	40.7	6	30.0
Divorciado	0	0.0	0	0.0	1	3.7	1	5.0
Conviviente	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.0
Nivel educativo								
Iletrado	1	100.0	1	8.3	1	3.7	0	0.0
Primaria completa	0	0.0	1	8.3	8	29.6	2	10.0
Primaria incompleta	0	0.0	7	58.3	7	25.9	3	15.0
Secundaria completa	0	0.0	0	0.0	3	11.1	2	10.0
Secundaria incompleta	0	0.0	2	16.7	1	3.7	3	15.0
Superior completa	0	0.0	0	0.0	6	22.2	7	35.0
Superior incompleta	0	0.0	1	8.3	1	3.7	3	15.0
Total	1	100	12	100	27	100	20	100

La Tabla 4 muestra que de los 60 evaluados, la mayor parte (27) presentaron disfunción cognitiva leve, en ellos la edad promedio fue 76.7 ± 9.9 años, 77.8% de sexo femenino, 44.4% con estado civil casado y 29.6% con nivel educativo primaria completa.

Tabla 5*Características sociodemográficas según depresión*

Características sociodemográficas	Depresión					
	Normal		Depresión leve		Depresión severa	
	N	%	N	%	N	%
	$\bar{X} \pm DS$		$\bar{X} \pm DS$		$\bar{X} \pm DS$	
Edad en años	76.3 ± 7.9		75.0 ± 10.2		77.5 ± 8.4	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Femenino	35	77.8	8	72.7	3	75.0
Masculino	10	22.2	3	27.3	1	25.0
Estado Civil						
Soltero	6	13.3	1	9.1	0	0.0
Casado	21	46.7	4	36.4	1	25.0
Viudo	15	33.3	5	45.5	3	75.0
Divorciado	2	4.4	0	0.0	0	0.0
Conviviente	1	2.2	1	9.1	0	0.0
Nivel educativo						
Iltrado	1	2.2	2	18.2	0	0.0
Primaria completa	8	17.8	2	18.2	1	25.0
Primaria incompleta	12	26.7	4	36.4	1	25.0
Secundaria completa	4	8.9	0	0.0	1	25.0
Secundaria incompleta	3	6.7	2	18.2	1	25.0
Superior completa	12	26.7	1	9.1	0	0.0
Superior incompleta	5	11.1	0	0.0	0	0.0
Total	45	100	11	100	4	100

La Tabla 5 muestra que de los 60 evaluados, 11 presentaron depresión leve, en ellos la edad promedio fue 75.0 ± 10.2 años, 72.7% de sexo femenino, 45.5% con estado civil viudo y 36.4% con nivel educativo primaria incompleta.

5.2 Contrastación de hipótesis

Prueba de Hipótesis General

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

2. Nivel de significancia

La significancia será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar las variables fue el coeficiente de correlación de Spearman.

4. Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 6

Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Funcionalidad Cognitiva	Depresión						p	r*
	Normal		Depresión leve		Depresión severa			
	N	%	N	%	N	%		
Disfunción cognitiva severa	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0.133	-0.196
Disfunción cognitiva moderada	8	17.8%	3	27.2%	1	25.0%		
Disfunción cognitiva leve	20	44.4%	5	45.5%	2	50.0%		
Función cognitiva conservada	17	37.8%	2	18.2%	1	25.0%		
Total	45	100%	11	100%	4	100%		

* Coeficiente de correlación de Spearman

5. Toma de decisión

Debido a que en la Tabla 6 el $p\text{-valor}=0.133 > 0.05$ no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, según la evidencia estadística se puede afirmar que no existe relación significativa entre la variable funcionalidad cognitiva y la variable depresión en las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019. Por otro lado, de acuerdo con el valor $r = -0.196$, se puede interpretar por el signo que el comportamiento entre la funcionalidad cognitiva y depresión es inverso.

Prueba de Hipótesis Específica 1

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

2. Nivel de significancia

La significancia será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas fue el coeficiente de correlación de Spearman.

4. Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 7

Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según la edad de las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Funcionalidad Cognitiva	Edad												P r*	
	60 - 75 años						P r*	76 - 90 años						
	Depresión							Depresión						
	Normal		Depresión leve		Depresión severa			Normal		Depresión leve		Depresión severa		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Disfunción cognitiva severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	1	20.0	0	0.0	
Disfunción cognitiva moderada	4	20.0	2	33.3	0	0.0	0.520	4	16.0	1	20.0	1	50.0	0.118
Disfunción cognitiva leve	7	35.0	3	50.0	1	50.0	-0.127	13	52.0	2	40.0	1	50.0	-0.282
Función cognitiva conservada	9	45.0	1	16.7	1	50.0		8	32.0	1	20.0	0	0.0	
Total	20	100	6	100	2	100		25	100	5	100	2	100	

* Coeficiente de correlación de Spearman

5. Toma de decisión

Debido a que en la Tabla 7 el p-valor es 0.520 y 0.118 (ambos > 0.05) para ambos grupos etarios no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad cognitiva y la depresión independientemente de la edad de las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019. Por otro

lado, de acuerdo con los valores r de -0.127 y -0.282 por el signo se puede interpretar que el comportamiento entre la funcionalidad cognitiva y depresión sería inverso para ambos grupos etarios.

Prueba de Hipótesis Específica 2

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

H_1 : Existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

2. Nivel de significancia

La significancia será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas fue el coeficiente de correlación de Spearman.

4. Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 8

Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según el sexo de las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Funcionalidad Cognitiva	Sexo												p r*	
	Femenino						Masculino							
	Depresión						Depresión							
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Normal		Depresión leve		Depresión severa			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Disfunción cognitiva severa	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Disfunción cognitiva moderada	7	20.0	2	25.0	1	33.3	0.416	1	10.0	1	33.3	0	0.0	0.072
Disfunción cognitiva leve	17	48.6	3	37.5	1	33.3	-0.123	3	30.0	2	66.7	1	100.0	-0.495
Función cognitiva conservada	11	31.4	2	25.0	1	33.3		6	60.0	0	0.0	0	0.0	
Total	35	100	8	100	3	100		10	100	3	100	1	100	

* Coeficiente de correlación de Spearman

5. Toma de decisión

Debido a que en la Tabla 8 el p-valor es 0.416 y 0.072 (ambos > 0.05) para ambos sexos no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad cognitiva y la depresión independientemente del sexo de las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019. Por otro lado, de acuerdo con los valores r de -0.123 y -0.495 por el signo se puede interpretar que el comportamiento entre la funcionalidad cognitiva y depresión sería inverso para ambos sexos.

Prueba de Hipótesis Específica 3

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.

2. Nivel de significancia

La significancia será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas fue el coeficiente de correlación de Spearman.

4. Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 9

Relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según el nivel educativo de las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Funcionalidad Cognitiva	Nivel educativo												
	Sin estudios superiores						p r*	Con estudios superiores					
	Depresión							Depresión					
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Normal		Depresión leve		Depresión severa		
N	%	N	%	N	%	N	N	N	N	N	N		
Disfunción cognitiva severa	0	0.0	1	10.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	0	0.0
Disfunción cognitiva moderada	7	25.0	3	30.0	1	25.0	0.559	1	5.9	0	0.0	0	0.0
Disfunción cognitiva leve	14	50.0	4	40.0	2	50.0	-0.093	6	35.3	1	100.0	0	0.0
Función cognitiva conservada	7	25.0	2	20.0	1	25.0		10	58.8	0	0.0	0	0.0
Total	28	100	10	100	4	100		17	100	1	100	0	0

* Coeficiente de correlación de Spearman

5. Toma de decisión

Debido a que en la Tabla 9 el p-valor es 0.559 y 0.339 (ambos > 0.05) para ambos niveles educativos no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad cognitiva y la depresión independientemente del nivel educativo de las personas adultas mayores usuarios del centro del adulto mayor de Huaral, EsSalud 2019. Por otro lado, de acuerdo con los valores r de -0.093 y -0.239 por el signo se puede interpretar que el comportamiento entre la funcionalidad cognitiva y depresión sería inverso para ambos niveles educativos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En función al objetivo general, que fue relacionar la funcionalidad cognitiva con la depresión, se obtuvo un nivel de confianza del 95%, con lo cual se puede afirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad cognitiva y la variable depresión, sin embargo, esta no es significativa ($r = -0.196$; $p=0.133 > 0.05$), además, se observó una tendencia de disminución de depresión cuando la funcionalidad cognitiva es mayor. Resultados similares se hallaron en la investigación de Mendoza et al., (2016), donde se refiere que no encontraron relación significativa entre la disfunción cognitiva y la depresión ($\chi^2=3,77$; $p>0,05$). Es importante resaltar que ambas investigaciones fueron ejecutadas en Centros del Adulto Mayor; programas integrales de salud donde los ancianos están en constante control, además, es probable que en número de personas con diagnóstico de depresión y disfunción cognitiva no haya sido suficiente para establecer una relación significativa entre las variables. Mientras que en el caso de Kim et al. (2018) a pesar de que se encontró una relación negativa entre estas variables esta si fue significativa ($r = -0.18$, $p < 0.001$), se presume que una de las razones de esta diferencia radica en la cantidad de unidades de investigación evaluadas, ya que, en esta última investigación se tomó como muestra a 210 adultos mayores coreanos con y sin depresión o alteraciones cognitivas, a diferencia del presente estudio donde se incluyeron 60 sujetos mayores, así mismo, se refiere que se emplearon los mismos instrumentos, sin embargo, la variabilidad en las respuestas podría haber condicionado la significancia estadística. Por otro lado, una de las razones que podrían explicar la tendencia negativa en ambas investigaciones, es la similitud en las frecuencias tanto de depresión como de disfunción cognitiva y por las características análogas de la población que provenían de centros de atención diurna para adultos mayores y asociaciones para personas adultas

mayores. El estudio de Cancino et al. (2018), encontró resultados similares al evaluar ambas variables ($\beta = -0.168$, $p=0.040$), particularmente en esta investigación se empleó un instrumento diferente para evaluar la funcionalidad cognitiva, lo que podría explicar los hallazgos descritos, además se consideró una amplia muestra ($n=206$) que participaban en diferentes organizaciones para ancianos, los cuales eran mayoritariamente mujeres (77%) motivos que probablemente también influyeron en la asociación estadística. De la misma manera, la investigación de Odallys (2018), evidenció que a mayor nivel de depresión menor será el estado cognitivo en pacientes adultos mayores ($r= -0.294$; $p<0.01$), se debe considerar que la muestra era representativa de un entorno hospitalario, donde se podrían encontrar mayores casos de disfuncionalidad cognitiva y depresión, lo que es probable, haya influenciado sus resultados. Finalmente, en el estudio de Zevallos (2018), concluye que la relación entre el deterioro cognitivo con la depresión es muy baja o mínima (Rho de Spearman es de $r= 0.147$; $p <0.05$); este estudio fue realizado en adultos mayores institucionalizados, la relación estadística encontrada se debe a las altas frecuencias de depresión moderada o severa que presentaban (61%); asimismo se observaron altas frecuencias de disfunción cognitiva leve a moderada. Las principales diferencias que se observan con este estudio, es que su población eran 100 residentes en un asilo, los cuales presentaban dependencia funcional severa/moderada y consecuentemente mayor tendencia a la depresión. Según la evidencia de los artículos científicos, sería arriesgado proponer una relación de causalidad en una cierta dirección (funcionalidad cognitiva como variable independiente y depresión como variable dependiente); dada la falta de evidencia científica al respecto.

En relación al objetivo específico número 1, determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a edad en los adultos mayores usuarios del

Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019. Se puede observar la ausencia de relación significativa entre las variables en ambos grupos etarios ($r=-0.127$, $p\text{-valor}=0.520$ cuando edad: 60 – 75 años; $r=-0.282$, $p\text{-valor}=0.118$ cuando edad: 76 – 90 años), pero la depresión de los adultos mayores era menor mientras que la funcionalidad cognitiva era mejor, sobre todo en los que tenían entre 76 a 90 años de edad, ya que se puede observar que el 84% de los adultos de 76 a 90 años sin depresión tenían disfunción cognitiva leve o función cognitiva conservada. Al respecto estudios a nivel nacional, como es el caso del realizado por Jara (2019), demostró que el deterioro cognitivo era más frecuente en los adultos mayores que tenían 78.42 años como promedio, y la investigación efectuado por Vilchez et al. (2017) concluye que la presencia de deterioro cognitivo es más frecuente en adultos mayores con 70 a 79 años de edad. A nivel internacional, el estudio realizado por Borquez (2016), evidenció que la edad entre 60 a 79 años de edad, se asociaba con la presencia de deterioro verbal, mientras que Donovan et al. (2017), demostraron que la edad promedio 73.20 años era más frecuentes en adultos con disfunción cognitiva severa y Portillo (2015), manifestó que los adultos mayores entre 70 a 74 años mayormente eran los que presentaban deterioro cognitivo, siendo ello significativo. Respecto a la depresión, dos estudios desarrollados en Lima, Perú encontraron los siguiente: Licas (2015) observó que el nivel de depresión leve predominó en el grupo etario comprendido entre los 65-69 años y la depresión severa en el grupo de 70-74 años; coincidentemente Quinto (2018) señaló que en los pacientes con edades de 70 a 79 años, la depresión leve ocurrió en un 33%, seguido de la depresión severa en un 29%, porcentajes que fueron mayores al compararlos con grupos de edad más jóvenes.

De la misma forma, en función al objetivo específico número 2, determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a sexo en los

adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019; se halló ausencia de relación significativa entre las variables en ambos sexos ($r=-0.123$, p -valor= 0.416 cuando sexo: femenino; $r=-0.495$, p -valor= 0.072 cuando sexo: masculino), pero la depresión de los adultos mayores era menor mientras que la funcionalidad cognitiva era mejor, sobre todo en los varones, ya que se puede observar que el 90% de los varones sin depresión tenían disfunción cognitiva leve o función cognitiva conservada. El estudio realizado por Portillo (2015), encontró evidencias relativamente semejantes con la de este estudio, ya que demostró que las mujeres eran las que presentaban mayormente deterioro cognitivo en comparación con los varones, siendo ello significativo; adicionalmente los estudios de López et al. (2015) y de Cancino et al. (2018), si bien no evidenciaron algo semejante, pudieron demostrar que el deterioro cognitivo se presenta mayormente en las mujeres. Con relación a la depresión, en el estudio nacional de Mendoza et al. (2016) se encontró mayores porcentajes de depresión en mujeres (39.8%) en comparación con los varones (26%), esta diferencia resulto significativa.

Finalmente, en base al objetivo específico número 3, es determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo al nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019. No se encontró relación significativa entre las variables en ambos niveles educativos ($r=-0.093$, p -valor= 0.559 cuando nivel educativo: sin estudios superiores; $r=-0.239$, p -valor= 0.339 cuando nivel educativo: con estudios superiores), pero la depresión de los adultos mayores era menor mientras que la funcionalidad cognitiva era mejor, sobre todo en los adultos con estudios superiores, ya que se puede observar que el 94.1% de los adultos con estudios superiores sin depresión tenían disfunción cognitiva leve o función cognitiva conservada. Se han encontrado resultados totalmente diversos, habiendo muchas contradicciones, por

ejemplo en el estudio de Jara (2019) demuestra que el deterioro cognitivo es más frecuente en los adultos mayores que tienen nivel educativo superior y secundaria completa, mientras que Mendoza et al. (2016) evidenciaron todo lo contrario, ya que los adultos mayores con nivel educativo primaria incompleta fueron los que presentaron deterioro cognitivo, y ello fue significativo para su estudio. Finalmente respecto a la depresión, Quinto (2018), concluyó que la presencia de depresión leve era más frecuente en los adultos mayores con nivel de instrucción primaria y los que tenían depresión severa eran los que tenían nivel de instrucción secundaria; asimismo Licas (2015) encontró que los niveles de depresión leve y severa predominaron en adultos mayores con grado de instrucción primaria o analfabetismo.

Con respecto a la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a la edad, sexo y nivel educativo la evidencia científica no es del todo clara, por ello se requiere mayor investigación al respecto en futuros estudios.

CONCLUSIONES

- Con un nivel de confianza del 95% se puede afirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad cognitiva y la variable depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019; sin embargo, existe una tendencia decreciente de la depresión cuando la funcionalidad cognitiva es mayor.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019; pero existe una tendencia decreciente de la depresión cuando la funcionalidad cognitiva es mayor, aunque esta es independiente de la edad.
- En cuanto a la relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019, no fue estadísticamente significativa; sin embargo, existe una tendencia decreciente de la depresión cuando la funcionalidad cognitiva es mayor, la cual es más marcada en varones que en mujeres.
- Con respecto a la relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, ESSALUD 2019, no fue estadísticamente significativa; sin embargo, existe una tendencia decreciente de la depresión cuando la funcionalidad cognitiva es mayor, tanto en quienes tienen como en los que no tienen estudios superiores, aunque esta es independiente del nivel educativo; además quienes tienen estudios superiores presentan menores niveles de depresión.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados encontrados con los profesionales responsables de los Centros del Adulto Mayor donde se realizó el estudio, con el objetivo de implementar programas de promoción y prevención que sean benéficos para la salud del adulto mayor.
- Reforzar las actividades realizadas en el adulto mayor, haciendo mayor énfasis, en las actividades a nivel cognitivo y físico, con la finalidad de mejorar su salud mental y su salud física, lo cual tiene un impacto en su calidad de vida.
- Mejorar los métodos de investigación, con la finalidad de que se elaboren investigaciones de mayor rigurosidad metodológica que aumenten la evidencia disponible sobre el tema.
- Tener precaución con las consecuencias devengadas de aplicar incorrectamente los resultados obtenidos, ya que, podría obviarse información importante que conduciría a efectos indeseados que podría repercutir en la salud de los usuarios.
- Brindar capacitaciones a los adultos mayores a través de talleres de memoria, cuyo enfoque sea la prevención de la salud mental, resaltando la importancia de la funcionalidad cognitiva y la depresión.
- Se recomienda la construcción de investigaciones a futuro, que tomen como base los resultados hallados, para ser contrastados y verificados con datos en diferentes realidades a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C., García, R., Vales, J., Echeverría, S., & Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364-372.
- American Psychological Association. (2017). *Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Estados Unidos: American Psychological Association Publishing.
- Arriola, E; Carnero, C; Freire, A; López, R; López, J; Sagrario, P; Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología. Consultado en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). (2015). *Niveles Socioeconómicos 2015*. Recuperado de <http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE2015.pdf>.
- Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry*, 60(3), 341-362.
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53-63.
- Baiza, J. (2015). *Conducta de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandon* (Tesis), Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica1. *Revista de Psicología*, 32(2), 192-218.

- Blanco, M. y Salazar, M. (2017) Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. En Smith, V. (Ed.), *Compendio de Instrumentos de Medicion II-2014* (pp. 241-246). Universidad de Costa Rica.
- Borquez, P. (2016). *Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicano* (Tesis de maestría). Colegio de la Frontera Norte, México.
- Boschloo, L., Schoevers , R., Beekman , A., Smit , J., van Hemert , A., & Penninx , B. (2014). The four-year course of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination. *Psychother Psychosom*, 83(5), 279-288.
- Cabrales, A. (2015). Neuropsicología y la localización de las funciones cerebrales superiores en estudios de resonancia magnética funcional con tareas. *Acta Neurol Colomb*; 31(1):92-100
- Cadar, D. (2018). *Cognitive Ageing*. Turquía: IntechOpen.
- Cancino, M., Rehbein, L., Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Rev Med Chile*, 146, 315-322.
- Cardona, J., Giraldo, E., & Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 29(1), 17-27.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interam J Psychol*. 51(2), 181-189.
- Castro, M. y Salazar, M. (2014). Mini Mental State Examination (MMSE). En Smith, V. (Ed.), *Compendio de Instrumentos de Medicion II-2014*. Universidad de Costa Rica.

- Chávez, L., & Núñez, I. (2013). *Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo Abril-Septiembre del 2011* (Tesis de grado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.
- Claver M. (2008). Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*; 0: 9-15. Consultado en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0000/0000_09_16.pdf
- Comisión Económica de América Latina y el Caribe. (2016). *Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe*. Recuperado el 12 de Setiembre de 2019, de <https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe>
- Crivelli, L., Bella, S., & Lucchini, M. (2016). En: Handbook of Research Methods and Applications in Happiness and Quality of Life. *Happiness and health*, 372-399 .
- Cruz-Oliver, D., Malmstrom, T., Roegner, M., Tumosa, N., & Grossberg , G. (2014). Cognitive deficit reversal as shown by changes in the Veterans Affairs Saint Louis University Mental Status (SLUMS) examination scores 7.5 years later. *J Am Med Dir Assoc*, 15(9), 687-697.
- Cuijpers, P., Smit , F., Patel , V., Dias , A., Li , J., & Reynolds III, C. (2015). Prevention of depressive disorders in older adults: An overview. *PsyCh Journal*, 4, 3-10.
- Custodio, N., Alva-Díaz, C., Becerra-Becerra, Y., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., et al. (2016). Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(4), 662-669.
- Diniz, B. (2014). Major Depressive Disorder in Older Adults: Benefits and Hazards of Prolonged Treatment. *Drugs Aging*, 31(9), 661-669.

- Durmitrache, C. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociale* (tesis de maestría). Universidad de Granada, España.
- Donovan, N., Wu, Q., Rentz, D., Sperling, R., Marshall, G., y Glymour, M.(2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 32(5), 564-573.
- Echevarría, L. (2017). *Relación entre las funciones ejecutivas y cognitivas en adultos mayores de Lima Metropolitana* (Tesis magistral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo de vida completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Evanan, Y. (2019). *Depresión y Calidad de Vida en Pacientes Adultos Mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos, 2017* (Tesis). Universidad Peruana Los Andes, Lima.
- Fritz , K., Russell , A., Allwang , C., Kuiper , S., Lampe , L., & Malhi , G. (2017). Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disord*, 19(5), 396-400.
- Fernández, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2º ed). España: Ediciones Pirámide.
- Galeoto, G., Sansoni, J., Scuccimarrì, M., Bruni, V., De Santis, R., Colucci, M., et al. (2018) A Psychometric Properties Evaluation of the Italian Version of the Geriatric Depression Scale. *Depression Research and Treatment*, 1-7.
- Garrett, M., Baldrige, D., Benson, W., Crowder, J., & Aldrich, N. (2015). Mental Health Disorders Among an Invisible Minority: Depression and Dementia Among American Indian and Alaska Native Elders. *The Gerontologist*, 55(2), 227-236.

- Gómez, C., & Campos, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
- Gonzales, M., & Robles, J. (2013). Riesgo de Depresión del Adulto Mayor Test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre 2011 (Tesis). Universidad Wiener, Lima.
- Guerrero, E., Ravona, R., Schmeidler, J., Heymann, A., Soleimani, L., Sano, M., et al. (2018). Depressive Symptoms Are Associated with Cognitive Function in the Elderly with Type 2 Diabetes. *J Alzheimers Dis*, 65(2), 683-692.
- Gutiérrez, G. (2018). *Teorías en Psicología: Integración y el futuro de la disciplina*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno S.A.S. 394p. Consultado en: <https://bit.ly/3cbotg7>
- Harrison, J., Lam, R., Baune, B., & McIntyre, R. (2016). Selection of cognitive tests for trials of therapeutic agents. *Lancet Psychiatry*, 3(499).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Métodos de la investigación* (4° ed. ed.). México: McGRAW-HILL.
- Hoff, P. (2015). The Kraepelinian tradition. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(1), 31-41.
- Hsueh, Y., Chen, C., Hsiao, Y., & Lin, C. (2019). A longitudinal, cross-lagged panel analysis of loneliness and depression among community-based older adults. *Journal of elder abuse & neglect*, 28, 1-13.
- Hugo, J., & Ganguli, M. (2014). Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Geriatr Med*, 30(3), 421-442.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018). *Situación de la población adulta mayor*. Lima: INEI.

- Jara, D. (2019). *Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor-Santiago Távara" 2018* (tesis). Lima : Universidad Ricardo Palma .
- Kim, B., Liu, L., Cheung, C., y Ahn, J. (2018). Effects of cognitive impairment and functional limitation on depressive symptoms among community-dwelling older Korean immigrants in the U.S. *PLoS ONE*, 13(3).
- King's College London; London School of Economics. (2014). *Dementia UK: Second edition – Overview*. Reino Unido: Alzheimer's Society.
- Kloppenborg , R., Nederkoorn , P., Geerlings , M., & van den Berg , E. (2014). Presence and progression of white matter hyperintensities and cognition: a meta-analysis. *Neurology*, 82(23), 2127-2138.
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014* (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Lopes, C. (2011). Validez Clínica de la Escala de Valoración de Demencia-2 en una Muestra de Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer, Salamanca, 2011 (Tesis). Universidad de Salamanca, España.
- López, L., Orozco, R., Borboa, C., y Flores, L. (2015). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. *Revista Médica MD*, 6(4), 258-262.
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.
- Malhi , G., Coulston, C., Fritz , K., Lampe , L., Bargh , D., Ablett , M., et al. (2014). Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity? *Aust N Z J Psychiatry*, 48(6), 542-547.

- Mann, J., & Malhi, G. (2018). Depression. *The lancet*, 392(10161), 2299-2312.
- Manrique, V. (2019). *Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del adulto mayor de la municipalidad del Distrito de Mariano Melgar. Arequipa* (tesis de maestria). Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9412>.
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397.
- Mateo, A. (2020). Percepción del proceso de envejecimiento y nivel de depresión en adultos mayores atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho. Noviembre-2019 (Tesis). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho.
- McIntyre, R., Xiao, H., Syeda, K., Vinberg, M., Carvalho, A., Mansur, R. et al. (2015). The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. *CNS Drugs*, 29(7), 577-589.
- Medina, N. (2008). La ciencia cognitiva y el estudio de la mente. *Revista de investigación en psicología*. 11(1): 183 - 198
- Mendoza, B., Tantalean, C., Soto, V., Díaz, C. (2016). Tamizaje de Nivel de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores en un centro del Adulto Mayor. *Rev. Ciencia, Tecnología y Humanidades*, 7(2), 123-134.
- Mendoza-Núñez, V., González-Mantilla, F., Correa-Muñoz, E., & Retana-Ugalde, R. (2017). Relationship between Social Support Networks and Physical Functioning in Older Community-Dwelling Mexicans. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14(993), 1-9.

- Morley, J., Morris, J., Berg-Weger, M., Borson, S., Carpenter, B., Campo, N. (2015). Brain Health: The Importance of Recognizing Cognitive Impairment: An IAGG Consensus Conference. *J Am Med Dir Assoc*, 16(9), 731-739.
- Murman, D. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Semin Hear*, 36(3), 111-121.
- Naber, D. (2018). Should antidepressants be used in minor depression?. *Dialogues Clin Neurosci*, 20(3), 223-228.
- Odallys, E. (2018). *Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima – 2017* (Tesis). Universidad Alas Peruanas, Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression*. Health topics: Organización Mundial e la Salud. Recuperado el 13 de Setiembre de 2019, de https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
- Ortiz, C. (2014). *Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz* (tesis de maestría). Universidad Veracruzana, México.
- Osorio, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*, 13, 1-34.
- Overdorp , E., Kessels , R., Claassen , J., & Oosterman, J. (2014). Cognitive impairments associated with medial temporal atrophy and white matter hyperintensities: an MRI study in memory clinic patients. *Front Aging Neurosci*, 6(98).
- Papalia, D, (1995), Desarrollo Humano, Editorial Trillas, México
- PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997.
- Portillo, P. (2015). *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo* (Tesis doctoral). Universidad Autonoma de Madrid, España.

- Quintero, A., Henao, M., Villamil, M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35(1), 90-100.
- Quinto, J. (2018). *Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo* (Tesis). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima.
- Ramos, C; Ramos V; Jadán J; Lepe N; Paredes L; et al. (2017). Conceptos Fundamentales en la Teoría Neuropsicológica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*; 26(1):53-60
- Rebagliati, C., Runzer , F., Horruitiniere, M., Lavaggi , G., & Parodi, J. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Horizonte Médico*, 12(2), 21-27.
- Rodríguez , Z., Casado, P., Molero, M., Jiménez, D., Casado, D., & Labrada, D. (2015). Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(3).
- Rojas-Gualdrón, D., Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., & Osley, M. (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *Rev. CES Psico*, 10(2), 17-27.
- Sánchez , H., & Reyes , C. (2017). *Metodología y diseños de la investigación científica*. Lima : Business Support Aneth SRL.
- Shake, M., Shulley, L., & Soto-Freita, A. (2016). Effects of Individual Differences and Situational Features on Age Differences in Mindless Reading. *The Journals of Gerontology: Series B*, 71(5), 808–820.
- Simpson, J. (2014). DSM-5 and neurocognitive disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*, 42(2), 159-164.

- Sivertsen , H., Bjørkløf , G., Engedal , K., & Helvik , A. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40(5), 311-339.
- Stokin, G., Krell-Roesch, J., Petersen, R., & Geda, Y. (2015). Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle. *Harv Rev Psychiatry*, 23(5), 368-376.
- Truschel, J. (2019). Depression definition and DSM-5 diagnostic criteria. *PSYCOM*.
Extraído de: <https://bit.ly/2EaHLTc>
- Vaca, R., Ancizu, I., Moya, D., Heras, M., & Pascual, J. (2015). Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un analisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp.*, 31(3), 1205-1216.
- Velakoulis, D., Walterfang, M. (2007). Capítulo 1 - Evaluación clínica del estado mental. *Neurology and Clinical Neuroscience*. p. 2-21. DOI: 10.1016/B978-0-323-03354-1.50005-5.
- Valerazo, A., Sánchez, F., & Vega, Y. (2015). Influencia de la terapia de reminiscencia en la memora del adulto mayor en Malacatos, Loja. *Revista EAC*, 5, 59-67.
- Viana, E. (2016) Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na Atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2),22-44.
- Vilchez, J., Soriano, A., Saldaña, D., Acevedo, T., Bendezú, P., Ocampo, B., y Ciudad, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4),266-272.
- Zeigler, V. y Shackelford, T. (2017). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Estados Unidos: Springer.
- Zevallos, R. (2018). *Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima* (Tesis doctoral), Universidad César Vallejo, Lima.

- Zhou, Z., Mao, F., Zhang, W., Towne, S., Wang, P., & Fang, Y. (2019). The Association Between Loneliness and Cognitive Impairment among Older Men and Women in China: A Nationwide Longitudinal Study. *International Journal of environmental reserach an public health*, 16(16).
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, L., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini5, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*, 12, 709-720.
- Zuckerman, H., Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Musial, N., Shariq, A., et al. (2018). Recognition and Treatment of Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 9(655).

ANEXOS

Matriz de consistencia

Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
<p>FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE HUARAL, ESSALUD 2019</p>	<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo a edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo a sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión de acuerdo al nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo a sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>Determinar la relación existente entre funcionalidad cognitiva y depresión de acuerdo al nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación entre la funcionalidad cognitiva y depresión en las personas adultas mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según edad en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según sexo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p> <p>Existe relación entre funcionalidad cognitiva y depresión según nivel educativo en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019.</p>	<p>Variable 1: Funcionalidad cognitiva</p> <p>Variable 2: Depresión</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental transversal</p> <p>POBLACIÓN: 60 personas adultas mayores usuarias del CAM Huaral</p> <p>Técnica de muestreo: No aplica</p> <p>INSTRUMENTOS: Test MMSE Test de Yesavage</p>

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 1: Funcionalidad cognitiva	Funcionamiento cognitivo que incluye orientación temporal, orientación espacial, memoria (inmediata y retardada), atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva (Folstein et al., 1975 citado por Castro y Salazar, 2014).	Medibles a través de la aplicación del instrumento MMSE en adultos mayores de 60 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación en el tiempo - Orientación en el espacio - Memoria (inmediata y retardada) - Atención y cálculo - Lenguaje, comprensión y lectoescritura. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Función cognitiva conservada - Disfunción cognitiva leve - Disfunción cognitiva moderada - Disfunción cognitiva severa 	Ordinal
Variable 2: Depresión	Toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros (Yesavage et al., 1982 citado por Blanco y Salazar, 2014)	Medible mediante la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de 60 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción - Abandono de actividades - Aburrimiento - Vida vacía - Ánimo - Miedo - Socializar - Utilidad - Memoria 	Ordinal

Fuente: Elaboración propia.

Matriz de operacionalización del instrumento

Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Rango
MMSE	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación en el tiempo - Orientación en el espacio - Memoria (inmediata y retardada) - Atención y cálculo - Lenguaje, comprensión y lectoescritura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha - Semana - Mes - Estación del año - Año - Lugar - Dirección - Ciudad - Departamento/región - País - Registro (memoria de fijación) - Memoria de evocación - Atención y cálculo - Nominación - Repetición - Orden de tres comandos - Lectura - Escritura - Copia 	<p>Once (11) ítems</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué fecha es hoy? - ¿Qué día de la semana es hoy? - ¿En qué mes estamos? - ¿En qué estación del año estamos? - ¿En qué año estamos? - ¿Dónde estamos? - ¿En qué dirección estamos? - ¿En qué ciudad estamos? - ¿En qué departamento/región estamos? - ¿En qué país estamos? - Ejercicio de registro: Pelota - Bandera - Árbol - Ejercicio de evocación: Dígame las palabras que antes repitió - Ejercicio de atención y cálculo: Deletrear "MUNDO" al revés o bien, ¿Cuánto es 100 -7? - Ejercicios de lenguaje: Nominación; ¿Qué es esto? (mostrar un lápiz) - ¿Qué es esto? (mostrar un reloj) - Repetición; Dígame a su paciente la frase: "la mazamorra tiene duraznos y guindones" - Orden de tres comandos; dele el papel a su paciente y dígame "tome este papel" 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Función cognitiva conservada: 27 a 30 puntos - Disfunción cognitiva leve: 21 a 26 puntos - Disfunción cognitiva moderada: 11 a 20 puntos - Disfunción cognitiva severa: 0 a 10 puntos.

Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Rango
			<p>con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvalo con la mano derecha”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lectura; Muéstrole la hoja que dice: “cierre los ojos” y dígame: “haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta” - Escritura; pídale que escriba una frase - Copia; pídale que copie el dibujo. 		

Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Rango
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción - Ánimo - Abandono de actividades - Aburrimiento - Vida vacía - Miedo - Utilidad - Socializar - Memoria 	<p>Quince (15) ítems</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Está satisfecho con su vida? - ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? - ¿Está contento la mayor parte del tiempo? - ¿Piensa que es maravilloso estar vivo? - ¿Se siente lleno de energías? - ¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses? - ¿Se aburre a menudo? - ¿Siente que su vida está vacía? - ¿Siente su situación como sin esperanzas? - ¿Cree que la mayoría está mejor que usted? - ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo? - ¿Se siente muy inútil como está en este momento? - ¿Se siente a menudo desvalido? - ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas? - ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas? 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Normal (0-5) - Depresión leve (6-9) - Depresión severa (10-15)

Fuente: Elaboración propia.

Instrumento de investigación y constancia de su aplicación

1) Instrumento de investigación

Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019

Fecha: _____

Nº _____

Características sociodemográficas:

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

3. Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Viudo ()

Divorciado ()

Conviviente ()

4. Grado de instrucción:

Iletrado ()

Primaria completa ()

Primaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Superior completa ()

Superior incompleta ()

Test Mini-Mental State Examination (MMSE)

Cada respuesta correcta vale 1 punto		Puntaje	
		Actual	Ideal
Orientación en el tiempo	¿Qué fecha es hoy?		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En qué mes estamos?		1
	¿En qué estación del año estamos?		1
	¿En qué año estamos?		1
Orientación en el espacio	¿Dónde estamos?		1
	¿En qué dirección estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué departamento/región estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1
Registro (memoria de fijación) Enuncie las tres palabras claras y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego de haberlas dicho solicite a su paciente las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos.	Pelota Bandera Árbol		1 1 1
Atención y calculo (Hágale deletrear MUNDO de atrás hacia delante- ODNUM. Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien, pídale al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades comenzando desde 100, 93, 86, 79, 72,65. Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto.	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta: ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 punto por cada respuesta correcta.		5
Evocación (pregúntele al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió)	Dígame las tres palabras que antes repitió		3
Lenguaje			
Nominación (solo un intento que vale 1 punto por cada ítems)	¿Qué es esto? (mostrar un lápiz)		1
	¿Qué es esto? (mostrar un reloj)		1
Repetición (solo un intento que vale 1 punto)	Dígale a su paciente la siguiente frase: "la mazamorra tiene duraznos y guindones"		1
Orden de tres comandos (cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)	Dele el papel a su paciente y dígame "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"		3

Lectura (otorgue 1 punto solo si el paciente cierra sus ojos)	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"		1
Escritura (No dicte la oración: esta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas)	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase		1
Copia (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas dispares o no rectas. La distribución de las formas copiadas debe ser igual al original)	Dele a su paciente la hoja que dice: "copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.		1
Total MMSE			30

Funcionalidad cognitiva	Puntaje
Función cognitiva conservada	27 a 30 puntos
Disfunción cognitiva leve	21 a 26 puntos
Disfunción cognitiva moderada	11 a 20 puntos
Disfunción cognitiva severa	0 a 10 puntos

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Preguntas				Respuesta	Puntaje
1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	SI	NO		
2	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	SI	NO		
3	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	SI	NO		
4	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	SI	NO		
5	¿Se siente lleno de energías? (*)	SI	NO		
6	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
7	¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
8	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO		
9	¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
10	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO		
11	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
13	¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO		
14	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
15	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		

Consideraciones:

- Un punto cuando responde "NO" a las repuestas marcadas con asterisco
- Un punto cuando responde "SI" al resto de preguntas

Puntaje

Manifestaciones depresivas	Puntaje
Normal	0-5
Depresión leve	6-9
Depresión severa	10-15



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

La que suscribe, Profesional Responsable del Centro del Adulto Mayor de Huaral de la Red Prestacional Sabogal otorga la presente:

CONSTANCIA

A **CATERINE ISABEL VIZQUERRA MELÉNDEZ**, bachiller de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes, quien aplicó los instrumentos de investigación a los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, para desarrollar su proyecto de investigación titulado "*Funcionalidad Cognitiva y la Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019*", del 12 al 13 de Diciembre del 2019.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada.

Huaral, 13 de Diciembre del 2019

ESSALUD
Lic. GLORIA CHÁVEZ AYALA
PROFESIONAL RESPONSABLE CAM HUARAL

www.essalud.gob.pe

Calle Derecha N° 400
Huaral



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

La que suscribe, Profesional Responsable del Centro del Adulto Mayor de Huaral de la Red Prestacional Sabogal otorga la presente:

CONSTANCIA

A **CYNTHIA ELIZABETH URCIA CHIRINOS**, bachiller de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes, quien aplicó los instrumentos de investigación a los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, para desarrollar su proyecto de investigación titulado "*Funcionalidad Cognitiva y la Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019*", del 12 al 13 de Diciembre del 2019.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada.

Huaral, 13 de Diciembre del 2019



ES SALUD
LIC. GLORIA CHAVEZ AYALA
PROFESIONISTA RESPONSABLE C.A.M. HUARAL

Confiabilidad y validez del instrumento

1) Validez del instrumento

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Lima, Setiembre del 2019

Estimado (a) señor (a): Lic. Juan Gerardo Patiño Pachas...


Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación de los cuestionarios que se aplicarán para la fundamentación y desarrollo de la tesis de grado titulada: “Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”.

Acudo a usted debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarán una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

Atentamente,


Bach. Catherine Isabel Vizquerra Meléndez


Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: *Juan Gerardo Patiño Pachas*
TÍTULO PROFESIONAL : *Psicólogo*
ESPECIALIDAD : *Psicología Clínica*
AÑOS DE EXPERIENCIA : *30 años*
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA : *Esseled*
POST GRADO : *GESTION PUBLICA*
AÑO : *2019*
TRABAJOS PUBLICADOS : *Manual: Memoria Auto Evaluativa Esseled*
OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES: *NINGUNO*
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J. Gerardo Patiño Pachas
.....
FIRMA
J. Gerardo Patiño Pachas
Psicólogo
C.P. 2197

J. Gerardo Patiño Pachas
.....
J. Gerardo Patiño Pachas
Psicólogo
C.P. 2197

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Juan Guido Patino Padas Cargo: Psicólogo

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Características sociodemográficas

Nº	Ítems	Criterios	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	Observaciones y/o sugerencias
1	Edad		✓	✓	✓	✓	✓	
2	Sexo		✓	✓	✓	✓	✓	
3	Estado civil		✓	✓	✓	✓	✓	
4	Grado de instrucción / Nivel Educativa		✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 J. Georgeta Patiño Pachas
 Psicóloga
 C.P.F. 2197

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Juan Gerardo Patiño Pachas Cargo: Psicólogo

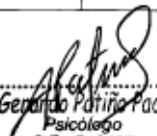
A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

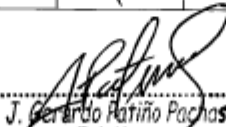
La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Test Mini Mental

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Orientación en el tiempo	1	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25/ 1 día es correcto)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej Lunes)	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿En qué mes estamos? (por ej Julio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿En qué estación del año estamos? (por ej invierno)	✓	✓	✓	✓	✓	


 J. Gerardo Patiño Pachas
 Psicólogo
 C.P.S.P. 2197

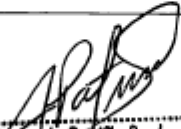
	5	¿En qué año estamos)	✓	✓	✓	✓	✓	
Orientación en el Espacio	6	¿Dónde estamos? (por ej un hospital, con nombre propio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	7	¿En qué dirección estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	8	¿En qué ciudad estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	9	¿En qué departamento/región estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	10	¿En qué país estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
Registro	11	Pelota Bandera Árbol	✓	✓	✓	✓	✓	
Atención y Cálculo	12	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta:ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 pto Por cada respuesta correcta)	✓	✓	✓	✓	✓	
Evocación	13	Dígame las tres palabras que antes repitió	✓	✓	✓	✓	✓	
Lenguaje			✓	✓	✓	✓	✓	
Nominación	14	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)	✓	✓	✓	✓	✓	
	15	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	✓	✓	✓	✓	✓	


 J. Gerardo Patiño Pachas
 Psicólogo
 G.P.S.P. 2197

A - 2 - 1 - 1

Repetición	16	Dígale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"	✓	✓	✓	✓	✓	
Orden de tres comandos	17	Dele el papel a su paciente y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"	✓	✓	✓	✓	✓	
Lectura	18	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	✓	✓	✓	✓	✓	
Escritura	19	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	✓	✓	✓	✓	✓	
Copia	20	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 J. Gerardo Patiño Pachos
 Psicólogo
 C.P.S.P. 2197

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Juan Gerardo Patiño Pachas Cargo: Psicólogo

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Dimensiones	Nº	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Los autores originales no especifican dimensiones	1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿Se aburre a menudo?	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿Siente que su vida está vacía?	✓	✓	✓	✓	✓	
	5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	6	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	✓	✓	✓	✓	✓	


 J. Gerardo Patiño Pachas
 Psicólogo
 C.Ps.P. 2197

7	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
8	¿Se siente a menudo desvalido?	✓	✓	✓	✓	✓	
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	✓	✓	✓	✓	✓	
10	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	✓	✓	✓	✓	✓	
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	✓	✓	✓	✓	✓	
13	¿Se siente lleno de energías? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
14	¿Siente su situación como sin esperanzas?	✓	✓	✓	✓	✓	
15	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 J. Gerardo Patiño Pachas
 Psicólogo
 C.Ps.P. 2197

Constancia

Juicio de Experto

Yo, Juan Gerardo Patiño Pachos, con Documento Nacional de Identidad No. 08726837 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por las bachilleres Caterine Isabel Vizquerra Meléndez y Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, en la investigación titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019"

Lima, setiembre del 2019


.....
Sello y Firma del Experto
.....
J. Gerardo Patiño Pachos
Psicólogo
C.Ps.P. 2197

aportaran una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

Atentamente,


Bach. Caterine Isabel Vizquerra Meléndez


Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: *Violeta Aurora Arizaga Ramos*
TÍTULO PROFESIONAL: *Psicología*
ESPECIALIDAD: *Equipo de Terapia Familiar Sistémica*
AÑOS DE EXPERIENCIA: *30 años*
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA: *Es. Salud*
POST GRADO: *Equipo Maestro, Docencia y Gestión Pedag.*
AÑO: *2010 - VCV*
TRABAJOS PUBLICADOS: *Manual de Prevención Maltrato Infantil*
OTROS MERITOS: *CBDO - 1994*

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


LIC. Violeta Arizaga Ramos
PSICÓLOGA
GPRM/10

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Viólita Amora Arizaga Ramos Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Características sociodemográficas

N°	Ítems	Criterios	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	Observaciones y/o sugerencias
1	Edad		✓	✓	✓	✓	✓	—
2	Sexo		✓	✓	✓	✓	✓	—
3	Estado civil		✓	✓	✓	✓	✓	—
4	Grado de instrucción / Nivel Educativa		✓	✓	✓	✓	✓	—

Observaciones y sugerencias:

Veriquina


 Lic. Violeta Arizaga Ramos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 2105

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Psicología Violeta Aurora Arizaga Ramos Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Test Mini Mental


Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Orientación en el tiempo	1	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25/ 1 día es correcto)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej Lunes)	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿En qué mes estamos? (por ej Julio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿En qué estación del año estamos? (por ej invierno)	✓	✓	✓	✓	✓	

	5	¿En qué año estamos)	✓	✓	✓	✓	✓)
Orientación en el Espacio	6	¿Dónde estamos? (por ej un hospital, con nombre propio)	✓	✓	✓	✓	✓)
	7	¿En qué dirección estamos?	✓	✓	✓	✓	✓)
	8	¿En qué ciudad estamos?	✓	✓	✓	✓	✓)
	9	¿En qué departamento/región estamos?	✓	✓	✓	✓	✓)
	10	¿En qué país estamos?	✓	✓	✓	✓	✓)
Registro	11	Petota Bandera Árbol	✓	✓	✓	✓	✓)
Atención y Cálculo	12	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta:ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 pto Por cada respuesta correcta)	✓	✓	✓	✓	✓)
Evocación	13	Dígame las tres palabras que antes repitió	✓	✓	✓	✓	✓)
Lenguaje			✓	✓	✓	✓	✓)
Nominación	14	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)	✓	✓	✓	✓	✓)
	15	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	✓	✓	✓	✓	✓)

Repetición	16	Dígale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"	✓	✓	✓	✓	✓	—
Orden de tres comandos	17	Dele el papel a su paciente y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"	✓	✓	✓	✓	✓	—
Lectura	18	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	✓	✓	✓	✓	✓	—
Escritura	19	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	✓	✓	✓	✓	✓	—
Copia	20	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.	✓	✓	✓	✓	✓	—

Observaciones y sugerencias:

Ninguna


 Lic. Violeta Arizaga Ramos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 2108

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Violita Amoa Acizaga Ramos Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

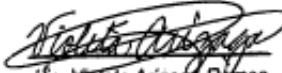
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Los autores originales no especifican dimensiones	1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	—
	2	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	✓	✓	✓	✓	✓	—
	3	¿Se aburre a menudo?	✓	✓	✓	✓	✓	—
	4	¿Siente que su vida está vacía?	✓	✓	✓	✓	✓	—
	5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	—
	6	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	✓	✓	✓	✓	✓	—

7	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	1
8	¿Se siente a menudo desvalido?	✓	✓	✓	✓	✓	1
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	✓	✓	✓	✓	✓	1
10	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	✓	✓	✓	✓	✓	1
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	1
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	✓	✓	✓	✓	✓	1
13	¿Se siente lleno de energías? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	1
14	¿Siente su situación como sin esperanzas?	✓	✓	✓	✓	✓	1
15	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	✓	✓	✓	✓	✓	1

Observaciones y sugerencias:

Ninguna


 Lic. Violeta Arizaga Ramos
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P 2108

Constancia

Juicio de Experto

Yo, Violeta Aurora Arizaga Ramos, con Documento Nacional de Identidad No. 07744037 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por las bachilleres Caterine Isabel Vizquerra Meléndez y Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, en la investigación titulada: “Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”

Lima, setiembre del 2019



Lic. Violeta Arizaga Ramos

PSICÓLOGA

C.Ps.P. 2108

Sello y Firma del Experto

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Lima, Setiembre del 2019

Estimado (a) señor (a):

.....DOA. VICTORIA LAJA ROJAS.....

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación de los cuestionarios que se aplicarán para la fundamentación y desarrollo de la tesis de grado titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019".

Acudo a usted debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarán una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

Atentamente,



Bach. Catherine Isabel Vizquerra Meléndez



Bach. Cynthia Elizabeth Úrcia Chirinos

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: Victoria Hermina LATA ROJAS.
TÍTULO PROFESIONAL : Doctor en Psicología
ESPECIALIDAD : Neuropsicología clínica
AÑOS DE EXPERIENCIA : 40 años
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA : H.N.E.R.H.
POST GRADO : Doctor en Psicología
AÑO : 2009
TRABAJOS PUBLICADOS : REGINA
OTROS MERITOS : JEFE SERVICIO DE PSICOLOGÍA

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dra. VICTORIA LLAJA ROJAS
Neuropsicóloga
V. LLAJA ROJAS
FIRMA

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Dra. Victoria Heraila Laja Rojas Cargo: Jefe Serv. Psicología HNERM

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Características sociodemográficas

N°	Ítems	Criterios	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	Observaciones y/o sugerencias
1	Edad		✓	✓	✓	✓	✓	
2	Sexo		✓	✓	✓	✓	✓	
3	Estado civil		✓	✓	✓	✓	✓	
4	Grado de instrucción / Nivel Educativa		✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 Dra. VICTORIA LLAJA ROJAS
 Neuropsicóloga
 C.Ps.P. 0776 RNE. 048
 HNERM - RAR - EsSALUD

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Dra. Victoria Herminia LLAJA ROJAS Cargo: Jefe Sección Psicología HNERH.

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Test Mini Mental

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Orientación en el tiempo	1	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25/ 1 día es correcto)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej. Lunes)	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿En qué mes estamos? (por ej. Julio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿En qué estación del año estamos? (por ej. invierno)	✓	✓	✓	✓	✓	

	5	¿En qué año estamos)	✓	✓	✓	✓	✓	
Orientación en el Espacio	6	¿Dónde estamos? (por ej un hospital, con nombre propio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	7	¿En qué dirección estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	8	¿En qué ciudad estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	9	¿En qué departamento/región estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	10	¿En qué país estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
Registro	11	Pelota Bandera Árbol	✓	✓	✓	✓	✓	
Atención y Cálculo	12	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta:ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 pto Por cada respuesta correcta)	✓	✓	✓	✓	✓	
Evocación	13	Dígame las tres palabras que antes repitió	✓	✓	✓	✓	✓	
Lenguaje			✓	✓	✓	✓	✓	
Nominación	14	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)	✓	✓	✓	✓	✓	
	15	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	✓	✓	✓	✓	✓	

Repetición	16	Dígale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"	✓	✓	✓	✓	✓	
Orden de tres comandos	17	Dele el papel a su paciente y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"	✓	✓	✓	✓	✓	
Lectura	18	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	✓	✓	✓	✓	✓	
Escritura	19	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	✓	✓	✓	✓	✓	
Copia	20	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:

Victoria Llaja Rojas
 Dra. VICTORIA LLAJA ROJAS
 Neuropsicóloga
 C.Ps.P: 0776 RNE. 048
 HNERM - RAR - EsSALUD

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Doa. Victoria Herminia LLAZA ROSAS Cargo: JEFE. SERV. Psicología HNERM

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

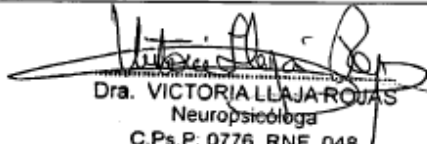
La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios				Observaciones y/o sugerencias	
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?		¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?
Los autores originales no especifican dimensiones	1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿Se aburre a menudo?	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿Siente que su vida está vacía?	✓	✓	✓	✓	✓	
	5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	6	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	✓	✓	✓	✓	✓	

7	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓
8	¿Se siente a menudo desvalido?	✓	✓	✓	✓	✓
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	✓	✓	✓	✓	✓
10	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	✓	✓	✓	✓	✓
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	✓	✓	✓	✓	✓
13	¿Se siente lleno de energías? (*)	✓	✓	✓	✓	✓
14	¿Siente su situación como sin esperanzas?	✓	✓	✓	✓	✓
15	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	✓	✓	✓	✓	✓

Observaciones y sugerencias:

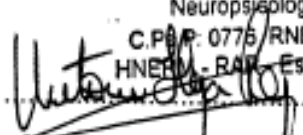

 Dra. VICTORIA LLAJA ROJAS
 Neuropsicóloga
 C.Ps. P. 0776 RNE. 048
 HNERM - RAR - EsSALUD

Constancia

Juicio de Experto

Yo, Victoria Hermita LLAJA ROJAS, con Documento Nacional de Identidad No. 25625035 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por las bachilleres Caterine Isabel Vizquerra Meléndez y Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, en la investigación titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019"

Lima, setiembre del 2019

.....
Dra. VICTORIA LLAJA ROJAS
Neuropsicóloga
C.P.P. 0775/RNE. 048
HNERM - RAR - EsSALUD

Sello y Firma del Experto

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Lima, Setiembre del 2019

Estimado (a) señor (a):

Mg. Analí Talledo Ariles.....

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación de los cuestionarios que se aplicarán para la fundamentación y desarrollo de la tesis de grado titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019".

Acudo a usted debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarán una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

Atentamente,


Bach. Catherine Isabel Vizquerra Meléndez


Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos

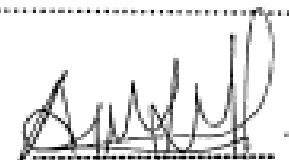
CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: Anali Ebedil Taliedo Avilés
TÍTULO PROFESIONAL: Psicóloga
ESPECIALIDAD: Excepcionalidad
AÑOS DE EXPERIENCIA: 10
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA: Essalud
POST GRADO: Educación y terapia de Aprendizaje
AÑO: 2012-2013
TRABAJOS PUBLICADOS:
OTROS MERITOS:

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


Mg. Anali Taliedo Avilés
PSICÓLOGA

FIRMA

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Anali Edadil Talledo Avilés Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Características sociodemográficas

N°	Ítems	Criterios	¿Esta pregunta permite alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	Observaciones y/o sugerencias
1	Edad		✓	✓	✓	✓	✓	
2	Sexo		✓	✓	✓	✓	✓	
3	Estado civil		✓	✓	✓	✓	✓	
4	Grado de instrucción / Nivel Educativa		✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 Mg. Anali Talledo Avilés
 PSICOLOGA

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Ana Edadil Talledo Ariles

Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Test Mini Mental

Dimensiones	Nº	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Orientación en el tiempo	1	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25/ 1 día es correcto)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej Lunes)	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿En qué mes estamos? (por ej Julio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿En qué estación del año estamos? (por ej invierno)	✓	✓	✓	✓	✓	

	5	¿En qué año estamos)	✓	✓	✓	✓	✓	
Orientación en el Espacio	6	¿Dónde estamos? (por ej un hospital, con nombre propio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	7	¿En qué dirección estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	8	¿En qué ciudad estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	9	¿En qué departamento/región estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	10	¿En qué país estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
Registro	11	Pelota Bandera Árbol	✓	✓	✓	✓	✓	
Atención y Cálculo	12	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta:ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 pto Por cada respuesta correcta)	✓	✓	✓	✓	✓	
Evocación	13	Dígame las tres palabras que antes repitió	✓	✓	✓	✓	✓	
Lenguaje			✓	✓	✓	✓	✓	
Nominación	14	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)	✓	✓	✓	✓	✓	
	15	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	✓	✓	✓	✓	✓	

Repetición	16	Dígale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"	/	✓	/	✓	✓	
Orden de tres comandos	17	Dele el papel a su paciente y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"	✓	✓	✓	✓	✓	
Lectura	18	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	/	/	/	/	/	
Escritura	19	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	✓	✓	✓	✓	✓	
Copia	20	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


Mg. Anail Talledo Avilés
PSICÓLOGA

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Anali' Edadil Tallero Avilés Cargo: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.


La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Los autores originales no especifican dimensiones	1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿Se aburre a menudo?	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿Siente que su vida está vacía?	✓	✓	✓	✓	✓	
	5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	6	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	✓	✓	✓	✓	✓	

7	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	/	/	✓	/	/	
8	¿Se siente a menudo desvalido?	/	/	✓	/	✓	
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	/	✓	✓	/	✓	
10	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	/	✓	/	/	✓	
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	✓	/	✓	✓	✓	
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	/	/	✓	/	✓	
13	¿Se siente lleno de energías? (*)	✓	/	✓	✓	✓	
14	¿Siente su situación como sin esperanzas?	/	/	✓	/	✓	
15	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	/	/	✓	/	✓	

Observaciones y sugerencias:

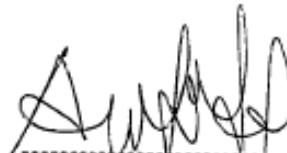

 Mg. Anali Tallado Avilés
 PSICÓLOGA

Constancia

Juicio de Experto

Yo, Anali Edadil Talledo Antaño, con Documento Nacional de Identidad No. 41199974 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por las bachilleres Catherine Isabel Vizquerra Meléndez y Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, en la investigación titulada: “Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”

Lima, setiembre del 2019



Mg. Anali Talledo Avilés
PSICÓLOGA

.....
Sello y Firma del Experto

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Lima, Setiembre del 2019

Estimado (a) señor (a): Mg. Ps. CARMEN FUENTE MAGAÑA

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación de los cuestionarios que se aplicarán para la fundamentación y desarrollo de la tesis de grado titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019".

Acudo a usted debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarán una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

Atentamente,


Bach. Catherine Isabel Vizquerra Meléndez


Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos


CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: Carmen Elvira Fuente Magán
TÍTULO PROFESIONAL : Lic. en Psicología
ESPECIALIDAD : Psicología Clínica
AÑOS DE EXPERIENCIA : 22 años
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA : Dirección Regional de Salud Tórtola
POST GRADO : Maestría Gerencia en Salud
AÑO : 2015
TRABAJOS PUBLICADOS :
OTROS MERITOS : Publicación del libro Centros del Adulto Mayor como modelo Gerontológico Social - Una experiencia de EsSalud.

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


.....
FIRMA
.....
Mg. Ps. Carmen Fuente Magán
Psicóloga y Psicoterapeuta
C.Ps.P. 3580

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Mg. Ps. Carmen Fuente Magán Cargo: Miembro del equipo Técnico de Salud mental Directa - JUNIN

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Características sociodemográficas

Nº	Ítems	Criterios	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	Observaciones y/o sugerencias
1	Edad		✓	✓	✓	✓	✓	
2	Sexo		✓	✓	✓	✓	✓	
3	Estado civil		✓	✓	✓	✓	✓	
4	Grado de instrucción / Nivel Educativa		✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 Mg. Ps. Carmen Fuente Magán
 Psicóloga y Psicoeducadora
 C.Ps.P. 3560

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Mg. Ps. Carmen Fuente Magán Cargo: Miembro del equipo Técnico de salud mental DIRESA - JUNIN

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.


Test Mini Mental

Dimensiones	N°	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Orientación en el tiempo	1	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25/ 1 día es correcto)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej Lunes)	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿En qué mes estamos? (por ej Julio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿En qué estación del año estamos? (por ej invierno)	✓	✓	✓	✓	✓	

	5	¿En qué año estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
Orientación en el Espacio	6	¿Dónde estamos? (por ej un hospital, con nombre propio)	✓	✓	✓	✓	✓	
	7	¿En qué dirección estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	8	¿En qué ciudad estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	9	¿En qué departamento/región estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
	10	¿En qué país estamos?	✓	✓	✓	✓	✓	
Registro	11	Pelota Bandera Árbol	✓	✓	✓	✓	✓	
Atención y Cálculo	12	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta:ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86) (79) (72) (65): 1 pto Por cada respuesta correcta)	✓	✓	✓	✓	✓	
Evocación	13	Dígame las tres palabras que antes repitió	✓	✓	✓	✓	✓	
Lenguaje			✓	✓	✓	✓	✓	
Nominación	14	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)	✓	✓	✓	✓	✓	
	15	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	✓	✓	✓	✓	✓	

Repetición	16	Digale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"	✓	✓	✓	✓	✓	
Orden de tres comandos	17	Dele el papel a su paciente y digale: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"	✓	✓	✓	✓	✓	
Lectura	18	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	✓	✓	✓	✓	✓	
Escritura	19	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	✓	✓	✓	✓	✓	
Copia	20	Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo.	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


Mg. Ps. Carmen Fuente Magán
Psicóloga y Psicoterapeuta
C.Ps.P. 3560

JUICIO DE EXPERTO

Experto: Mg. B. Carmen Fuente Magán

Cargo: Miembro del equipo Técnico de Salud mental Diresa - JUNIN

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en cinco criterios diferentes:

Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check (✓) si está bien formulado, o de lo contrario con una equis (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.


La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Dimensiones	Nº	Ítems	Criterios					Observaciones y/o sugerencias
			¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta está formulada en forma clara y precisa?	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado para la muestra?	
Los autores originales no especifican dimensiones	1	¿Está satisfecho con su vida? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	2	¿Ha ido abandonado muchas de sus actividades e intereses?	✓	✓	✓	✓	✓	
	3	¿Se aburre a menudo?	✓	✓	✓	✓	✓	
	4	¿Siente que su vida está vacía?	✓	✓	✓	✓	✓	
	5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
	6	¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	✓	✓	✓	✓	✓	

7	¿Está contento la mayor parte del tiempo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
8	¿Se siente a menudo desvalido?	✓	✓	✓	✓	✓	
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	✓	✓	✓	✓	✓	
10	¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	✓	✓	✓	✓	✓	
11	¿Piensa que es maravilloso estar vivo? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
12	¿Se siente muy inútil como está en este momento?	✓	✓	✓	✓	✓	
13	¿Se siente lleno de energías? (*)	✓	✓	✓	✓	✓	
14	¿Siente su situación como sin esperanzas?	✓	✓	✓	✓	✓	
15	¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	✓	✓	✓	✓	✓	

Observaciones y sugerencias:


 Mg. Pa. Carmen Fuente Magán
 Psicóloga y Psicoterapeuta
 C.Ps.P. 3560

Constancia

Juicio de Experto

Yo, Carmen Elvira Fuente Magán, con Documento Nacional de Identidad No. 19931492 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por las bachilleres Caterine Isabel Vizquerra Meléndez y Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, en la investigación titulada: "Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019"

Lima, setiembre del 2019


.....
Sello y Firma del Experto
Mg. Ps. Carmen Fuente Magán
Psicóloga y Psicoterapeuta
C.P.S.P. 3500

Dado que los 5 jueces concordaron en que las preguntas tanto de la encuesta sociodemográfico como también los test Mini Mental y Yesavage tuvieron un alto grado de concordancia fueron consideradas pertinentes los ítems actuales, el instrumento tuvo validez de contenido y quedó como tal para su aplicación.

2) Confiabilidad de los instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

ITEM	TABLA DE RESPUESTAS															TOTA
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11
2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	12
3	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	9
4	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	10
5	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6
6	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
7	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
9	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
10	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	10
Sum	7	8	10	9	9	3	3	2	2	3	5	3	3	3	5	

ítems 10

P 0.7 0.8 1.0 0.9 0.9 0.3 0.3 0.2 0.2 0.3 0.5 0.3 0.3 0.3 0.5

Q 0.3 0.2 0.0 0.1 0.1 0.7 0.7 0.8 0.8 0.7 0.5 0.7 0.7 0.7 0.5

PxQ 0.2 0.1 0.0 0.0 0.0 0.2 0.2 0.1 0.1 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2

Suma(PxQ)
) 2.63

VT 10.94

K 15.00

KR-20 0.81

Regla de decisión: Dado que el valor Kuder Richardson es 0.81 el instrumento fue considerado confiable para su aplicación.

Test Mini-Mental State Examination (MMSE)

Unidades	ITEMS																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	4	1	1	0	1	3	0	1	0	21
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	2	1	1	1	27
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	3	1	1	0	24
4	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	9
5	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	3	1	1	1	23
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	0	1	25
7	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	0	25
8	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	3	1	1	0	3	0	0	0	15
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	0	1	23
10	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	13
Varianza	0.23	0.18	0.18	0.27	0.23	0.23	0.27	0.00	0.23	0.10	0.23	0.10	0.18	4.93	1.29	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.28	0.28	36.28
Σ varianza	10.10																						

Ítems 22
 Unidades 10
 r-Alpha de Cronbach **0.756**

Regla de decisión: Como el valor de Alfa de Cronbach es 0.756 el cual es mayor a 0.7 el instrumento fue considerado confiable para su aplicación.

Pruebas de Normalidad

✓ **Planteamiento de la hipótesis estadística**

H₀: Los datos de las variables provienen de una distribución normal.

H_a: Los datos de las variables no provienen de una distribución normal.

✓ **Nivel de significancia**

$$\alpha = 0.05$$

✓ **Estadístico de prueba**

Se utilizó la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov

✓ **Regla de decisión**

Regla: Si $p < 5\%$ se rechaza H_0

Si $p \geq 5\%$ se acepta H_0

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	.164	60	.000
Funcionalidad Cognitiva	.113	60	.056

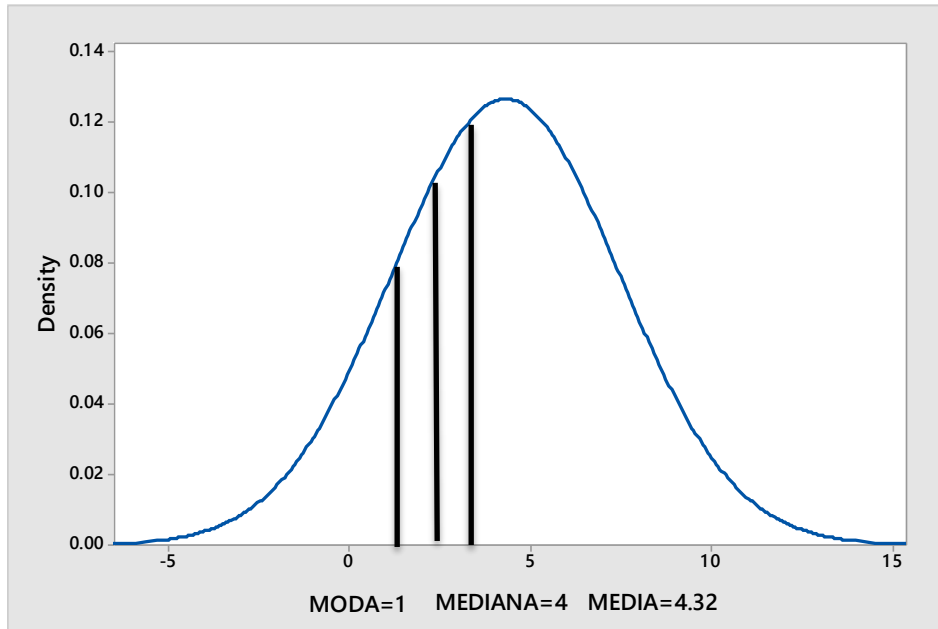
Fuente: Resultados obtenidos de la base de datos SPSS – V25

Con un error del 5% se concluye que los datos de las variables depresión y funcionalidad cognitiva tienen una distribución no normal, debido a que el p-valor es menor al valor de significancia (α) en la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

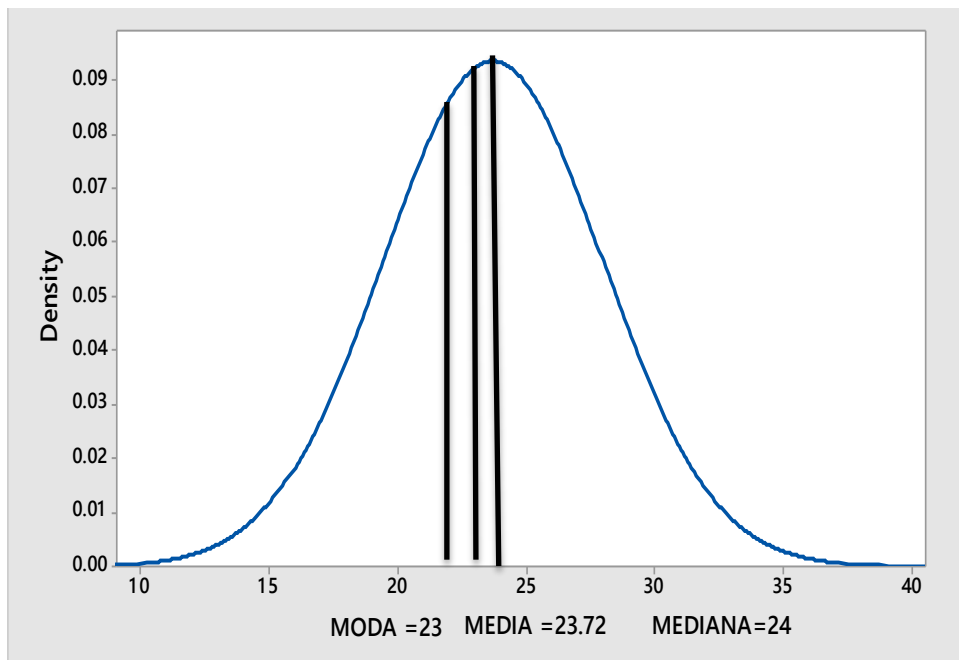
p valor (Depresión) = 0,000 < 0, 05

p valor (Kolmogorov -Sminov) = 0,056 > 0, 05

Campana De Gauss de la variable Depresión



Campana De Gauss de la variable Funcionalidad Cognitiva



Data de procesamiento de datos

ID	P1	P2	P3	P4	cat.P4	P5.1	P5.2	P6.1	P6.2	P7.1	P7.2	P8.1	P8.2	P9.1	P9.2	P10.1	P10.2	P11.1	P11.2	P12.1	P12.2	P13.1	P13.2	P14.1	P14.2	P15.1	P15.2	P16.1	P16.2	P17.1	P17.2	P18.1	P18.2	P19.1	P19.2	P20.1	P20.2	P20.3	P20.4	P20.5	P21.1	P21.2	P21.3	P21.4	P21.5	P22.1	P22.2	P22.3	P23	P24	P25	P25.2	P26	P27	P28	P29	P30			
1	61	1	2	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	0	1	1			
2	70	2	2	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	3	1	0	0	
3	73	1	1	7	2	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	3	1	0	0					
4	69	1	2	4	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	1	0	0		
5	83	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	0			
6	64	1	2	7	2	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	0	1		
7	68	1	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	0	1	1	
8	87	1	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	0	1	1
9	73	2	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	3	0	1	1		
10	77	1	3	4	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	1	1		
11	69	1	3	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	3	1	0	1			
12	69	1	1	6	2	1	0	2	1	2	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	1	1		
13	84	1	3	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	0			
14	78	2	3	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	1		
15	76	2	3	7	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	1		
16	77	2	2	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	3	1	1	1		
17	68	1	5	3	1	1	0	2	1	2	1	1	0	2	1	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	3	1	1	1		
18	75	1	2	4	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	3	0	1	1		
19	76	1	4	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	3	1	0	0			
20	76	2	2	7	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	3	1	1	1			
21	74	2	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	1	1		
22	83	2	4	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	3	0	0	0		
23	76	2	5	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	3	1	1	1		
24	72	2	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	3	0	0	1	
25	75	1	2	3	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	0	1	

26	89	2	2	5	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1			
27	91	2	2	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	0	1	1	1	2	0	0	0				
28	84	1	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1						
29	86	1	3	2	1	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	4	3	1	1	1	3	1	0	1					
30	88	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	5	0	1	1	1	3	1	0	1			
31	92	1	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	5	3	0	1	1	3	0	0	0		
32	75	1	3	4	1	1	0	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	4	2	1	1	1	3	0	1	1						
33	79	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	0	0		
34	75	1	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	0	2	1	0	0			
35	70	1	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0				
36	80	1	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	0			
37	87	2	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	3	0	1	0	3	1	1	0		
38	75	1	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	1	1		
39	80	1	1	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	3	1	0	0			
40	68	1	2	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	1	0
41	80	1	2	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	0				
42	83	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	2	1	1	1				
43	81	1	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	1	1	3	1	1	0	
44	89	1	3	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0				
45	70	1	2	6	2	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	3	1	1	1		
46	88	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	0	1			
47	65	1	3	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	0		
48	72	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	0	3	1	0	0		
49	68	2	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	0	1				
50	84	1	2	3	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	3	1	0	1				
51	78	1	1	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0							
52	79	1	3	2	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	0	0			
53	61	1	1	6	2	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1			
54	62	1	2	6	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	0	1	1	1	3	1	0	0				
55	65	1	2	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1				

56	61	1	2	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	0	1	1		
57	77	1	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0			
58	80	1	1	7	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1	3	1	0	0				
59	90	1	3	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1	1	1	0	
60	65	1	2	4	1	2	1	1	0	1	0	1	0	2	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	3	1	1	1

Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones : Universidad Peruana Los Andes
Centro del Adulto Mayor Huaral

Investigadores : Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos
Caterine Isabel Vizquerra Meléndez

Título : **FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE HUARAL, ESSALUD 2019**

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “**FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE HUARAL, ESSALUD 2019**”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Los Andes y estamos realizando este estudio para determinar la relación entre la funcionalidad cognitiva y la depresión en los adultos mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor Huaral, EsSalud 2019.

En nuestro país, el deterioro cognitivo es un problema de salud pública que genera malestar en la población adulta mayor, mermando su calidad de vida y abuso de automedicación, entre otros problemas.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio entonces:

1. Se le procederá a tomar datos en una ficha, que contienen datos de aspectos sociodemográficos.
2. Se le procederá a aplicar una Escala de Minimental para determinar la funcionalidad cognitiva y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar el grado de depresión.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar del estudio.

En cuanto a la aplicación de las encuestas no implican riesgos de ningún tipo.

Beneficios:

Usted se beneficiará porque los resultados serán enviados a la gestión de EsSalud a fin de que se desarrollen nuevos programas de intervención para la mejora de la funcionalidad cognitiva dentro de los Centros.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de esta patología que surge muy comúnmente en los adultos mayores.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación que traigan como beneficio el mejor conocimiento de este problema en los adultos mayores, se contará para ello con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Los Andes.

Derechos del paciente:

Si usted no decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a las investigadoras: Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos y/o Caterine Isabel Vizquerra Meléndez al número 990047455 - 986981294.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Los Andes.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del Participante

Nombre : _____

DNI : _____

Investigador

Cynthia Urcia Chirinos
DNI: 07530704

Investigador


Caterine Vizquerra Meléndez
DNI: 16023593



DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Caterine Isabel Vizquerra Meléndez, identificada con DNI N° 16023593, egresada de la Escuela Profesional de Psicología, vengo implementando el proyecto de tesis titulado “Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación basado en los artículos 6 y 7 del Reglamento del Comité de Ética de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.





Apellidos y Nombres: Vizquerra Meléndez.....
Caterine Isabel.....



DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos, identificada con DNI N° 07530704, egresada de la Escuela Profesional de Psicología, vengo implementando el proyecto de tesis titulado “Funcionalidad Cognitiva y Depresión en las Personas Adultas Mayores usuarios del Centro del Adulto Mayor de Huaral, EsSalud 2019”, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación basado en los artículos 6 y 7 del Reglamento del Comité de Ética de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.




Apellidos y Nombres: Urcia Chirinos
Cynthia Elizabeth

Fotos de la aplicación del instrumento



Foto N°1: Aplicación de instrumentos a usuario número 20 del Centro del Adulto Mayor de Huaral, a cargo de Bach. Caterine Isabel Vizquerra Meléndez.



Foto N°2: Aplicación de instrumentos a usuaria número 32 del Centro del Adulto Mayor de Huaral, a cargo de Bach. Caterine Isabel Vizquerra Meléndez.



Foto N°3: Aplicación de instrumentos a usuario número 41 del Centro del Adulto Mayor de Huaral, a cargo de Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos.



Foto N°4: Aplicación de instrumentos a usuario número 48 del Centro del Adulto Mayor de Huaral, a cargo de Bach. Caterine Isabel Vizquerra Meléndez.



Foto N°5: Aplicación de instrumentos a usuaria número 52 del Centro del Adulto Mayor de Huaral, a cargo de Bach. Cynthia Elizabeth Urcia Chirinos.



Foto N°6: Centro del Adulto Mayor de Huaral – EsSalud, ubicado en Calle Derecha N° 400, provincia de Huaral, Departamento de Lima.



Foto N°7: Centro del Adulto Mayor de Huaral – EsSalud, ubicado en Calle Derecha N° 400, provincia de Huaral, Departamento de Lima.