

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO-AFECTIVO EN
ASISTENTES AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD EN
CHICLAYO DEL 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES

LUCIA ELENA BOBADILLA UBILLUS

BILLY JOEL DEL AGUILA ANGULO

ASESOR

Dr. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA

Chiclayo, 2020

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, por su amor, trabajo y sacrificio todos estos años; sobre todo a Giuliana, por creer en mí.

Lucía

A Dios por darme la vida, a mis padres por darme todo, por confiar en mí. A mi tía Isabel por apoyarme en todos los aspectos de mi vida. Que Dios nos llene de gracia, salud y felicidad.

Billy

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera. A nuestras familias y seres queridos por el apoyo y la confianza depositada. A nuestro asesor, Dr. Leguía, por compartir sus conocimientos y guiar nuestras ideas. Al profesor Alain Mera por su aporte en el área metodológica.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. Introducción	7
II. Revisión de literatura	8
III. Materiales y métodos	10
IV. Resultados	12
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	16
VII. Recomendaciones	17
VIII. Referencias bibliográficas	18
IX. Anexos	21
1.- Anexo 1: Consentimiento informado	21
2.- Anexo 2: Mini Examen del Estado Mental (MMSE)	22
3.- Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage	24
4.- Anexo 4: Lista de gráficas y tablas	25

RESUMEN

Objetivo: Describir el estado cognitivo – afectivo de la población geriátrica asistentes al centro de adulto mayor Essalud en Chiclayo del 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra la conformaron 62 asistentes mayores de 60 años que asistieron, entre los meses abril y junio, a los diferentes talleres del Centro del Adulto Mayor que firmaron el consentimiento informado. Se aplicaron dos pruebas: Mini Examen de Estado Mental (MMSE) para el estado cognitivo y la escala de Yesavage para evaluar el componente afectivo. **Resultados:** De los 62 pacientes, el 50% presentó estado cognitivo normal, el 18% tuvo una posible demencia y el 32% obtuvo un deterioro cognitivo leve-moderado, mientras que ninguno de los asistentes presentó deterioros más severos. En el estado afectivo, el 11% evidenció valores entre depresión leve y establecida. **Conclusiones:** El deterioro cognitivo estuvo presente en la mitad de los encuestados, mientras que en el estado afectivo el rango de depresión fue bajo.

Palabras clave: Adulto Mayor, deterioro cognitivo, depresión. (DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: Describe the cognitive - affective state of the geriatric population attending the Essalud senior center in Chiclayo of 2018. **Materials and Methods:** A descriptive, cross-sectional study was carried out. Non-probabilistic sampling, for convenience. The sample was made up of 62 attendees over 60 who attended, between April and June, the different workshops of the Senior Center that signed the informed consent. Two tests were applied: Mini Mental State Exam (MMSE) for cognitive status and Yesavage scale to assess the affective component. **Results:** Of the 62 patients, 50% had normal cognitive status, 18% had a possible dementia and 32% had mild-moderate cognitive impairment, while none of the attendees presented more severe impairments. In the affective state, 11% showed values between mild and established depression. **Conclusions:** Cognitive deterioration was present in half of the respondents, while in the affective state the range of depression was low.

Keywords: Aged, Cognitive Impairment, Depression. (MeSH-NLM)

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la atención, el lenguaje y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia. Se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar; el deterioro cognitivo y la depresión son dos de ellas que alteran la calidad de vida y conllevan a una dependencia funcional.^{1,2}

Frente a todo esto, durante los últimos años, muchas organizaciones han puesto en marcha proyectos dirigidos hacia la población adulta mayor, con el propósito de brindarles un espacio que promueva su desarrollo y bienestar, tanto a partir de actividades físicas y manuales, como de oportunidades para la interacción, participación y apoyo social. En este sentido, los esfuerzos por reintegrar al adulto mayor a una red social podrían traerle muchos beneficios, tanto a nivel fisiológico como a nivel psicológico.³

Por ello, la justificación del presente trabajo se sustenta en que la depresión y el deterioro cognitivo son problemas frecuentes en los adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente cinco de las diez causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, mientras que los problemas de memoria afectan al 50% de las personas mayores de 65 años.⁴⁻⁶

Los adultos mayores constituyen uno de los pilares fundamentales para la sociedad, es indispensable enriquecer el conocimiento acerca de lo que implica una vida satisfactoria en edades avanzadas⁶⁻⁷; por consiguiente, el objetivo del estudio es describir la frecuencia del deterioro cognitivo y la depresión que se presentan en los asistentes al centro del Adulto Mayor en la ciudad de Chiclayo. Se espera que los resultados que se encuentren puedan ser relevantes para futuras investigaciones, así como para los programas de los diferentes Centros del Adulto Mayor, los cuales están constantemente interesados en detectar aquellos elementos que promuevan el mayor bienestar para esta población.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Bailón y Piligüa señalan que las exploraciones expertas en síndromes geriátricos a nivel mundial radican del 10% y 15% en la ancianidad, este dato porcentual aumenta cuando no existe la clasificación de los factores de riesgo que lo causan para brindar ayuda y tratar de descartar los elementos adversos presentes en él o en su entorno, capaces de fomentar un estado ansioso. El significativo aumento en las expectativas de vida, sumado a los bajos índices de natalidad, ha llevado a que las pirámides poblacionales se conviertan, de forma tal que la senectud constituye una materia de estudio biopsicosocial, es decir, la ciencia del envejecimiento es multidisciplinaria y multifactorial.⁸

Un estudio realizado en América Latina, con relación al Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en la ciudad de Argentina Córdoba encontró una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años.⁹ En Chile investigaron a 36 personas con DCL, se observó la evolución a demencia en 15 de ellos, en un tiempo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50% (10 casos) de los participantes que permanecían con DCL estables, con el tiempo progresaron a Enfermedad de Alzheimer.¹⁰

Un trabajo realizado en el Centro del Adulto Mayor en Chiclayo entre los años 2012 y 2014, en el que se incluyó 84 pacientes de 60 años o más, se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo de 13.1%: 13,8% mujeres y 10.2% hombres ($p=1,00$) y la frecuencia de depresión fue 42,9%: 46,1% mujeres y 31,5% hombres ($p=0,43$).¹¹

Otro estudio local realizó un tamizaje de nivel de deterioro cognitivo y estado de depresión en adulto mayor en un centro de adulto mayor en La Victoria, en el mes de febrero del 2016, en el cual se incluyeron 192 pacientes de 60 años o más, se encontró un nivel de deterioro cognitivo leve de 25%, y un nivel de deterioro cognitivo severo de 12%. Y el nivel de depresión obtenido fue de 28,6%, mientras que el de depresión severa fue de 3,6%.¹²

El envejecimiento es un fenómeno natural y universal que no se puede evitar, que comprenda cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que aparecen con el transcurso de los años. Es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo.¹³

Aparte de los factores físicos, el envejecimiento depende de factores cognitivos y mentales. Se entiende por trastorno cognitivo la existencia de un déficit subjetivo y

objetivo de las funciones cognitivas definidas como el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño. En estas operaciones se incluyen procesos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia. Se presenta también en enfermedades múltiples con secuelas que desencadenan discapacidades, generando una serie de sentimientos perjudiciales que llevarán al aislamiento y posiblemente a una etapa de depresión.^{1,2}

La depresión es un problema psicológico de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor, es una enfermedad que debe ser tratada, y a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado; de lo contrario, puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio.⁴

De las pruebas de cribado más conocidos y utilizados en el medio clínico para la evaluación del estado cognoscitivo, el Mini-Mental State Examination (MMSE) es el patrón de oro; y para la evaluación del componente afectivo es la Escala de Yesavage.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo – transversal. Participaron adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de Santa Victoria – Essalud situado en la ciudad de Chiclayo entre los meses de abril a junio del 2018. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. La muestra la conformaron 62 asistentes de ambos sexos. Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 60 años que asisten al Centro Adulto Mayor de Chiclayo y quienes firmaron el consentimiento informado, se excluyó al adulto mayor con limitación funcional para el desarrollo de las escalas de medición como alteraciones en la visión o audición y el no saber leer ni escribir.

Los encuestadores fueron capacitados por un especialista (Médico Geriatra) para la aplicación del instrumento realizando el análisis para una correcta interpretación de lo que se busca evaluar al momento de realizar los ítems. Además, se realizó una prueba piloto en el Centro del Adulto Mayor para evaluar la correlación inter-observador, donde se aplicó las dos encuestas a 25 personas quienes cumplían con características similares a los criterios establecidos en la investigación resultando un índice de Kappa de 0.8.

Los adultos mayores fueron captados durante el ingreso al Centro del Adulto Mayor de Essalud en los diferentes talleres que se realizaron durante la semana. Se les explicó a los asistentes de manera verbal en qué iba a consistir la entrevista, con el fin de obtener su aprobación mediante el consentimiento informado (ver anexo 1).

Una vez que se manifestó el objetivo de la entrevista, se procedió a la aplicación de dos pruebas realizadas por los investigadores principales en un espacio privado y libre de distracciones con una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente. La primera fue la prueba: Mini Examen Del Estado Mental (MMSE) de Folstein y McHug que consta de 11 preguntas para evaluar funciones cognitivas superiores como orientación, atención, concentración y memoria, cálculo, lenguaje y percepción viso-espacial; utilizando los siguientes rangos y puntajes de corte: 27-30 normal, 25-26 posible demencia, 10-24 demencia leve a moderada, 6-9 demencia moderada a severa, 0 a 6 demencia severa. Este es un instrumento modificado y validado en población peruana en 1999 para la encuesta de la OPS “Salud, Bienestar y Envejecimiento”, presenta una sensibilidad de 79,8 % y especificidad de 81,3% (ver anexo 2). La segunda fue la prueba Yesavage en su forma abreviada de 15 ítems, que es una escala utilizada y validada para identificar depresión geriátrica con patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas

cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores que podrían limitar la validez del cuestionario. Se aceptaron los siguientes puntos de corte: normal 0-5 puntos; depresión leve 6-9 puntos, depresión severa 10-15 puntos, presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% (ver anexo 3).

Se utilizó el programa Excel 2013, elaborándose cuadros y gráficos relacionados con el perfil del participante y mediante los test se determinó el estado cognitivo y afectivo del adulto mayor. Al culminar la aplicación de los instrumentos, se procedió a codificar la información en un sistema de base de datos. Para el análisis de datos se aplicó estadística descriptiva con medición de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; medición de medias y desviación estándar para variables cuantitativas.

El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. A cada participante se le entregó un formato de consentimiento informado previa explicación respetando así, el principio de autonomía. Se aseguró la confidencialidad de los datos, garantizando de esta manera la ausencia de perjuicios a los participantes, guardando toda información para el objetivo del estudio. Se le entregó los resultados a la directora del Centro Adulto Mayor Essalud-Chiclayo una vez finalizado el estudio y se le orientó para brindar talleres que logren una mejor respuesta.

IV. RESULTADOS

En el Centro Adulto Mayor Essalud-Chiclayo, entre abril y junio del 2018, se abordaron 62 asistentes que cumplieron con los criterios de inclusión (ver anexo 4 - gráfico 1). La edad promedio fue 73 años (DE 6.8), 55 fueron mujeres y 7 hombres.

Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de asistentes fueron casados (30/62) o viudos (17/62), mientras que solo 7 de ellos fueron solteros. Según el grado de instrucción, todos los asistentes tuvieron un nivel educativo superior a primaria completa: sólo 27 tuvieron entre secundaria completa o incompleta y el resto educación superior (ver anexo 4 - tabla 1).

Con respecto al estado cognitivo, los asistentes obtuvieron un promedio de 25,8 puntos (DE +/- 2,7) en la escala del MMSE. De los 62 asistentes, la mitad presentó estado cognitivo normal, mientras que 11 de los asistentes revelaron posible demencia y 20 obtuvieron un deterioro cognitivo leve-moderado. Se observó a los asistentes < 80 años tener mayor deterioro cognitivo. Ninguno presentó deterioros más severos (ver anexo 4 - tabla 2). Al evaluar MMSE, la mayoría de asistentes tuvo dificultades para resolver correctamente los indicadores de memoria (54/62) y atención (32/62).

En relación al estado afectivo, el puntaje promedio en la prueba del Test de Yesavage fue 2,4 puntos (DE +/- 2,6). 55/62 asistentes obtuvieron un resultado normal según la puntuación establecida, mientras que 7/62 evidenció entre depresión leve y establecida. Se observó mayor depresión en los adultos mayores jóvenes (ver anexo 4 - tabla 2).

Acercas de la relación entre las variables sociodemográficas y el estado cognitivo-afectivo se encontró que 4/7 del total de asistentes que no completaron con la formación secundaria presentaron deterioro cognitivo a diferencia de los asistentes que estudiaron ciclos superiores. De igual manera, la variable convivencia, se reportó que 26/49 participantes que viven con algún familiar cercano obtuvieron puntaje para un deterioro cognitivo-afectivo a diferencia de las personas que viven solas. Por último, en relación a la variable de estado civil, los asistentes viudos obtuvieron el mayor porcentaje en esta categoría que sufren deterioro cognitivo y afectivo.

Cuando se compara el deterioro cognitivo con la depresión, observamos que 19 tenían demencia de 55 de las personas que no tenían depresión mientras de las personas que tenían depresión 1 de las 7 personas tenían alteración cognitiva leve y 3 con posible demencia. (ver anexo 4 - tabla 3).

V. DISCUSIÓN

Los adultos mayores son considerados como una población vulnerable en la sociedad, pues la declinación cognitiva y demencia tienen un elevado impacto individual y está estrechamente asociado a la edad.¹ En esta investigación se reportó que la frecuencia de deterioro cognitivo leve-moderado fue de 32%, cifra que coincide con los resultados de Mendoza¹² en el 2016 en un CAM diferente, donde se encontró un porcentaje de 37% en una población de 192 asistentes. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en los presentes resultados se añade una cifra de 18% de participantes en el MMSE que están en el rango establecido de ‘posible demencia’. Según estudios, el tener una ‘posible demencia’ y ‘deterioro cognitivo leve (DCL)’ representan notablemente mayor riesgo de empeoramiento durante los siguientes años; incluso cuando se diagnostique DCL y posteriormente revierta por mejoría en la cognición, los individuos una vez diagnosticados con esta patología tienen un mayor riesgo para la futura disminución de las funciones cognitivas en comparación con personas que tuvieron un puntaje normal.^{14,15} Así mismo, en un estudio realizado en Madrid, se obtuvo que hasta un 12% de los casos de deterioro cognitivo leve progresaron a desarrollar Enfermedad de Alzheimer después de tres años del diagnóstico, pero otros estudios refieren que no todos progresan a demencia, manteniéndose en el tiempo¹⁶. Sin embargo, es importante identificar aquellos factores o causas que pudieran ser reversibles y tratables que contribuyan a mejorar el DCL o Proceso demencial. Velásquez refiere que a los cinco años del estudio que realizó, el 50% de los asistentes con DCL habían progresado a Demencia, mientras que el grupo sin alteraciones el 22% desarrolló algún tipo de alteración cognitiva en un lapso de 8 años, que fue lo que duró el estudio. Lo cual significa que este tipo de padecimiento debe ser considerado y tratado con medidas encaminadas a la detección oportuna y prevención de factores de riesgo para evitar su aparición, o retardo de la misma sobre todo en personas que muestran una mayor susceptibilidad.¹⁷ Los individuos con ‘posible demencia’ pueden ser sensibles a eventos estresantes que pueden precipitar o agravar su déficit intelectual además de agravar su estado de salud.¹⁴

Estudios reportan que, en los adultos mayores, la atención disminuye sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente.¹ En los procesos de deterioro cognitivo, la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, esta comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida que avanza, la persona se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza.

^{1,18} La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios cognitivos durante el envejecimiento, a la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos; a diferencia de la memoria a largo plazo que parece estar bien conservada, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos.^{19,20} Esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio y también se evidencia que existe una tendencia con respecto a la frecuencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor en Chiclayo en otras investigaciones.

El 11% de asistentes presentan depresión leve y establecida, esto difiere a lo encontrado por Mendoza¹² en un estudio local en otro CAM donde el 32.2% presentó puntaje de depresión en la escala Yesavage. Del mismo modo, Gonzales¹¹ evidenció un 42.9% de depresión en adultos mayores en el año 2014. Custodio et al. menciona que los pacientes deprimidos se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos; indicando un alto riesgo de desarrollar deterioro cognitivo.²¹

Se encuentra que a menor grado de instrucción existe mayor deterioro cognitivo. Otros estudios a nivel local^{11,12} también reportaron deterioro cognitivo en adultos mayores que sólo terminaron la primaria a diferencia de los asistentes que tienen estudios superiores. Camargo y colaboradores²², en un estudio en Colombia, recalcaron que tener estudios primarios es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo. Abarca et al. resalta la importancia de la educación en el ser humano como factor protector contra el deterioro cognitivo.²³ La instrucción escolar es un factor determinante en el desarrollo cognitivo y en su posterior mantenimiento, ya que proporciona una “reserva” cognitiva indispensable para la prevención de la pérdida cognitiva.¹⁴

Existen estudios reportan que el estado civil no se considera un factor de riesgo para el deterioro cognitivo¹⁴, encontramos que los viudos presentan mayor deterioro cognitivo que los casados y divorciados. La misma tendencia fue encontrada en un estudio local realizado en un CAM diferente.¹² El aislamiento social, la soledad, la relación familiar después de la pérdida del cónyuge pueden generar estrés y daño neurológico además de depresión, provocando, por diversos mecanismos, mayor lentitud de respuesta en el cerebro; logrando un deterioro en el funcionamiento cognitivo.²⁴

En una revisión sistemática, se recalcó que aún existe controversia respecto a, si depresión es un factor de riesgo para demencia, si es un síntoma temprano de neurodegeneración, o si es una reacción a las deficiencias cognitivas tempranas, pero se presenta como un estado bidireccional.^{21,25}

VI. CONCLUSIONES

De todos los asistentes al Centro Adulto Mayor, se encontró que la mitad presenta deterioro cognitivo, mayormente en adultos mayores < 80 años y con menor nivel educativo.

El 11% de asistentes presentan depresión leve y establecida; existe mayor proporción de viudos en estado depresivo que de casados o divorciados, y los asistentes que vivían solos presentan mayor porcentaje de depresión que aquellos que vivían en familia o con pareja.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda obtener información acerca de comorbilidades que pueden presentar los adultos mayores de este centro, permitiendo obtener conocimiento si se asocia con las variables principales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez I, Pérez V. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana Med Gen Integral[Internet]. 2008[Consultado 15 sept de 2018]; 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es.
2. Durán-Badillo T, Aguilar R, Martínez M. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. México; Enfermería Universitaria. 2013; 10(2):36-42.
3. Del Risco M. Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2007.
4. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered[Internet]. 2013 [Consultado 16 sept de 2018] ; 24(1): 78-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es.
5. Organización mundial de la salud. La salud mental y los adultos mayores. WHO; 2017.
6. Montesinos S, Valdivieso E, Galán M, Díez C. Relación entre deterioro cognitivo y depresión en población mayor de 65 años. Aten Primaria. 2008;40(4):209-16.
7. Barrera U, Carolina J. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [Tesis]. Ecuador: Universidad Tecnica de Ambato; 2016.
8. Bailón M, Pilligua J. Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos [Tesis]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013.
9. Mias C, Sassi M, Masih M, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Neurol. 2007;44(1):733-8.
10. Donoso A, Behrens M, Venegas P. Deterioro cognitivo leve: seguimiento de 10 casos. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet]. 2003[Consultado el 15 de sep 2018]; 41(2): 117-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200005&lng=es.

11. Gonzales, M. Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo en un centro de adulto mayor de Lambayeque: 2012 – 2014. *An Fac med.* 2014;75(4):327-30.
12. Mendoza, B. Tantalean, CH. Tamizaje de nivel de deterioro cognitivo y estado de depresión en adulto mayor en un centro de adulto mayor (CAM) febrero del 2016. *Rev Ciencia, Tecnología y Humanidades.* 2016; 7(2): 123-34.
13. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos.* 2014; 25(2): 57-62.
14. Estévez F, Ambari C, Atiencia R, Webster F. Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador. Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013. *Revista Ecuatoriana de Neurología[Internet].* 2014[Consultado 01 de octubre del 2018]; 23(3):12-7.
15. Knopman D, Petersen R. Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Clinical Perspective. *Rev Mayo Clinic Proceedings.* 2014 [Consultado 31 oct de 2018]: 89(10); 1452-59. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(14\)00622-3/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(14)00622-3/fulltext)
16. Tallis R, Fillit H. *Geriatría.* 6 ed. Madrid: Marban; 2005. 817-818.
17. Velásquez P, Guerrero J et al. Conversión de Deterioro cognitivo Leve a Demencia. *Rev Ecuat. Neurol[Internet].* 2008[Consultado el 31 oct de 2018]; 17(1):1-3. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Conversion.pdf>
18. De Juan Y. Estimulando la Memoria. Programa Para Mejorar la Memoria de Las Personas. España: Lulu; 2011.
19. Landinez M, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2012 [Consultado el 1 de nov de 2018];38(4): 562-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es)
20. Casanova P, Casanova C, Casanova C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].* 2004 [Consultado el 1 de nov de 2018]; 20(5): 5-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es)
21. Custodio N, Herrera E, Lira D et al. Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia. *Rev de Neuro-Psiquiatría.* 2014; 77(4): 214-22.

22. Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Univ. Salud [Internet]. 2017 [Citado 1 de noviembre del 2018]; 19(2):163-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000200163&lng=en.
23. Abarca J, Chino B, Llacho M et al. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. Rev Neuropsicol Neuropsiquiatria y Neurociencias. 2008; 8(2): 1-9.
24. Rosenfeld K. Viudez y Funcionamiento Cognitivo en personas mayores. Observando su relación en Sistemas Interaccionales [Tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2012.
25. Estrada A. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. 2013 [citado 20 Agost 2018]; 12(1): 81-94.

IX. ANEXOS

1. ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
 con D.N.I domiciliado (a) en

he leído la hoja de información que me han entregado los investigadores; he podido hacer preguntas sobre el estudio las cuales han sido respondidas; comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando desee sin dar explicaciones. Por tanto, presto libremente mi conformidad para participar en éste estudio. Sé que una copia de éste consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Presto mi consentimiento para participar en éste estudio titulado “Valoración del estado Cognitivo – Afectivo en asistentes al Centro de Adulto Mayor Essalud Chiclayo del 2018”.

Firma de Participante

Firma de Encuestador

Fecha:

Investigador: Billy Joel Del Águila Angulo | bjda_medicina@hotmail.com | 947656882

Lucía Elena Bobadilla Ubillus | lucia_0130@hotmail.com | 971953191

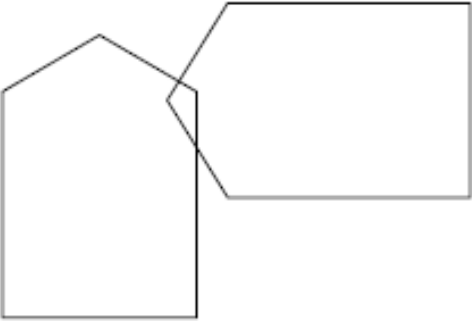
Asesor: Dr. Juan Alberto Leguía Cerna | jualece_tico@hotmail.com

2. ANEXO 2: MINI MENTAL DEL ESTADO MENTAL (MMSE)

CÓDIGO: _____ EDAD: _____ AÑOS SEXO: M - F

FECHA DE LA PRUEBA: _____ RECOLECCIÓN: TEMPRANA -
TARDIA

PUNTAJE ESPERADO	MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE)		PUNTAJE OBTENIDO
5 5	ORIENTACIÓN	Días..... Fecha..... Mes..... Año..... Estación..... Lugar..... Calle..... Piso..... Ciudad..... País.....	
3	MEMORIA (REGISTRO)	PELOTA BANDERA ARBOL (N° de intentos.....)	
5	ATENCIÓN	100..... 93..... 86..... 79..... 72..... 65..... O..... D..... N..... U..... M.....	
3	MEMORIA (RECUERDO)	[] [] []	
1 3 1 1	LENGUAJE	Repetición Comprensión Lectura Escritura	
		<i>“La mazamorra morada tiene duraznos y guindones”</i>	
		1. Tome el papel con la mano izquierda 2. Dóblelo por la mitad 3. Devuélvame lo con la mano derecha	
		“CIERRE LOS OJOS” (en hoja aparte según normas) _ _ _ _ _ _	
2	Denominación	Oración con sujeto y verbo	

		
		“Lápiz” ----- “reloj” ----- -----	
1	HABILIDADES VISUOESPACIALES	Copia de dibujo (en hoja aparte según normas) 	
30		Puntaje Total	

Butman J, Arizaga R, Harris P, Drake M, Baumann Denise, de Pascale A, Allegri R, et al. El “Mini - Mental State Examination” en español. Normas para Buenos Aires. RevNeurolArg. 2001;26:11-5.

ESTADO COGNITIVO:

27-30 = normal

25-26 = posible demencia

10-24 = demencia leve a moderada

6-9 = demencia moderada a severa

0 a 6 = demencia severa.

3. ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión Española): GDS-VE

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		

Puntuación

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

0-5: **Normal.**

6-9: **Depresión leve.**

>10: **Depresión establecida.**

J. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, M^a C. ONÍS VILCHES, R. DUEÑAS HERRERO et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Córdoba. MEDIFAM 2002; 12 (10): 620-630.

4. ANEXO 4: LISTA DE GRÁFICAS Y TABLAS

Gráfico 1. Flujograma de obtención de datos en los asistentes al centro de adulto mayor Essalud Chiclayo en el mes de abril – junio del 2018.

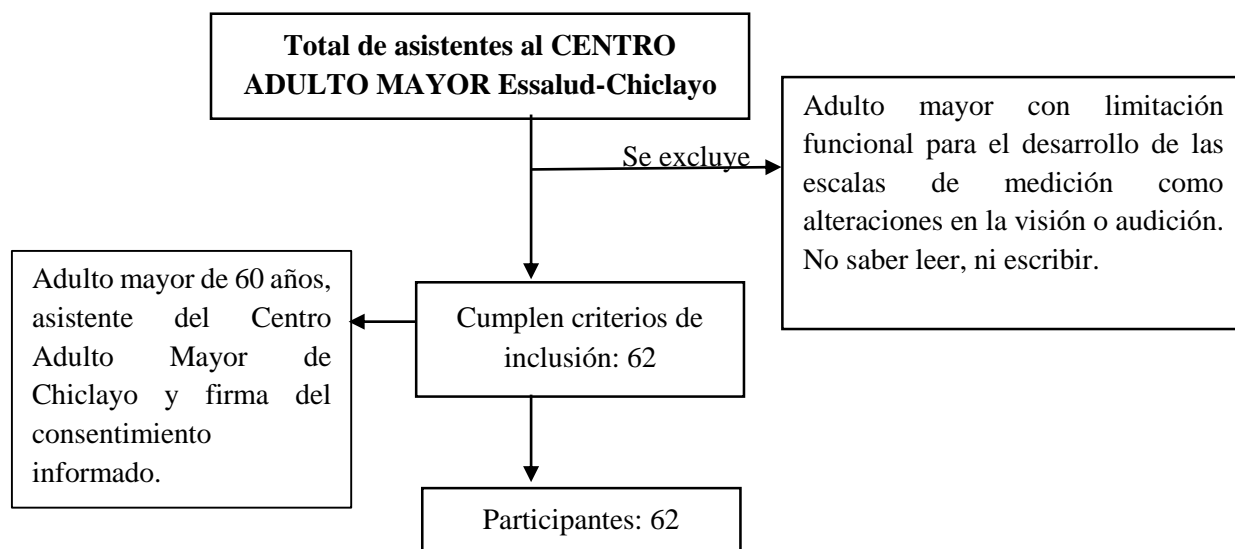


Tabla 1. Características sociodemográficas de los Asistente al centro de adulto mayor Essalud Chiclayo entre abril - junio del 2018.

VARIABLES	N	Total
<i>Edad</i>		
60 – 79	49	49/62
80 o más	13	13/62
<i>Sexo</i>		
Femenino	55	55/62
Masculino	7	11/62
<i>Grado de instrucción</i>		
Superior	35	35/62
Secundaria Completa	20	20/62
Secundaria Incompleta	7	7/62
<i>Estado civil</i>		
Casado	30	30/62
Viudo	17	17/62
Divorciado	7	7/62
Soltero	7	7/2
Conviviente	1	1/62
<i>Con quién vive</i>		
Familia	49	49/62
Solo	13	13/62

n= 62 asistentes

Tabla 2. Distribución de frecuencia según estado cognitivo – afectivo de los asistentes al Centro del Adulto Mayor Essalud, Chiclayo entre abril-junio del 2018

VARIABLES	GRUPO ETAREO (años)	
	60 - 79	≥ 80
<i>Estado Cognitivo (n)</i>		
Normal	24	7
Posible demencia	10	1
Demencia leve-moderada	16	4
<i>Estado Afectivo (n)</i>		
Normal	44	11
Depresión leve	4	1
Depresión establecida	2	0

n= 62 asistentes

Tabla3. Asociación entre el deterioro cognitivo y afectivo de los asistentes al Centro del Adulto Mayor Essalud, Chiclayo entre abril-junio del 2018

	CON DEPRESIÓN	NORMAL	Total
DEMENCIA LEVE- MODERADA	1	19	20
NORMAL	3	28	31
POSIBLE DEMENCIA	3	8	11
<i>Total general</i>	7	55	62