

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN DURANTE LA COVID-19
EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ADULTO
MAYOR, CHOTA 2022**

**TESIS PARA OPTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

ALTAMIRANO FERNÁNDEZ, MARYCARMEN

OBLITAS CAMPOS, NAIDA

ASESOR

Mg. JOSÉ UBERLÍ HERRERA ORTIZ

CHOTA – PERÚ

2023

COMITÉ CIENTÍFICO



Mg. José Uberlí Herrera Ortiz
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 70953

Mg. José Uberlí Herrera Ortiz

Asesor



Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga
CEP N° 10025

Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga

Presidente del Comité Científico



Mg. NOÉ CIEZA OBLITAS
DNI N° 43611064

Mg. Noé Cieza Oblitas

Miembro del Comité Científico



Mg. Jorge Román Tenorio Carranza
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 57721

Mg. Jorge Román Tenorio Carranza

Miembro del Comité Científico

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la universidad por darnos la oportunidad de cumplir nuestros sueños y formar parte de ella, a nuestros docentes que nos brindaron sus conocimientos y apoyo constante para poder formarnos íntegramente; especialmente agradecer a nuestro Asesor José Uberli Herrera Ortiz por brindarnos su experiencia, orientación y confianza para el desarrollo de esta investigación.

A Dios por darnos la vida, fuerza, voluntad y sabiduría necesaria en todo este proceso para culminar con éxitos nuestros estudios. A nuestras familias por el apoyo incondicional moral y económico, por los valores inculcados siendo ellos nuestro ejemplo a seguir pues han creído en nosotras desde el inicio siempre dándonos ejemplo de superación y humildad.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedente del estudio	14
2.2. Bases conceptuales	15
2.3. Definición de términos básicos	27
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	29
3.1. Ámbito de estudio	29
3.2. Diseño de investigación	29
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	30
3.4. Operacionalización de variables	31
3.5. Descripción de la metodología	32
3.6. Procesamiento y análisis de datos	35
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1. Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022	36
4.2. Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022	38
4.3. Relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022	40
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.	36
Tabla 2. Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.	38
Tabla 3. Relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.	40

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

OMS	: Organización Mundial de la Salud
DC	: Deterioro cognitivo
DCL	: Deterioro Cognitivo Leve
DCM	: Deterioro Cognitivo moderado
DCS	: Deterioro Cognitivo severo
INSM	: Instituto Nacional de Salud Mental
MINSA	: Ministerio de Salud
CIAM	: Centro Integral de Atención al Adulto Mayor
CIE-10	: Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades
SARS-CoV-2	: Síndrome Agudo Respiratorio Severo por Coronavirus 19.
PAM	: Persona Adulta Mayor
EDG	: Escala de Depresión Geriátrica

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022; estudio de abordaje cuantitativo, nivel relacional, con diseño observacional y transversal; desarrollado con 100 adultos mayores, utilizando como técnica una encuesta y como instrumentos el Cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) en su versión española corta para identificar deterioro cognitivo y la Escala de Depresión Geriátrica – versión corta para identificar la depresión en los adultos mayores. Resultados: 23% evidenciaron depresión, 11% deterioro cognitivo leve y 3% deterioro cognitivo moderado, 21% de los adultos mayores que no presentaron deterioro cognitivo tuvieron depresión. Conclusión: No se encontró relación significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores del Centro de Atención.

Palabras claves: Deterioro cognitivo, depresión, COVID-19, adulto mayor, salud mental.

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between cognitive impairment and depression during COVID-19 in older adults from the Comprehensive Center for Senior Citizen Care, Chota 2022; quantitative approach study, relational level, with observational and cross-sectional design; developed with 100 older adults, using a survey as a technique and as instruments the Pfeiffer Questionnaire (SPMSQ) in its short Spanish version to identify cognitive impairment and the Geriatric Depression Scale - short version to identify depression in older adults. Results: 23% showed depression, 11% mild cognitive impairment and 3% moderate cognitive impairment, 21% of older adults who did not present cognitive impairment had depression. Conclusion: There is no relationship between cognitive impairment and depression in the elderly at the Care Center.

Keywords: Cognitive impairment, depression, COVID-19, older adults, mental health.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema científico

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que entre los años del 2022 y 2030, la población adulta mayor va a representar el 34% de la población mundial, de ellos el 65% vivirán en países subdesarrollados, constituyendo retos importantes en los países para poder garantizar un sistema de salud que pueda responder a las necesidades de la transición demográfica [1, 2].

El deterioro cognitivo (DC) es un síndrome caracterizado por alteración de las funciones cognitivas, el cual puede ser precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación [3]; por lo tanto, el aumento de la expectativa de vida en gran parte determina un aumento significativo en la cantidad de casos de DC, siendo la edad uno de los factores de riesgo más importantes de esta patología, por lo que, el 25% al 30% de las personas mayores en el mundo tienen cierto grado de DC, y en África, su prevalencia está entre el 6,3 % y 25 % [4].

Los casos graves de la COVID-19 aumentan el DC en las personas mayores, debido a que la respuesta inflamatoria sistémica incrementa el deterioro cognitivo al futuro, como la alteración en la memoria, atención, en el procesamiento y funcionamiento de la corteza cerebral [5].

En España, el DC en los adultos mayores es frecuente en el primer nivel de atención, tal es así que afecta al 18,5%, siendo mayor en las mujeres, además de aumentar de forma exponencial en dicho grupo etario [6]. En México, la prevalencia de deterioro cognitivo es de 58% [7]; incrementándose este porcentaje debido a la gravedad de la COVID-19, al tiempo de persistencia de la clínica, a la prolongación de la estancia

hospitalaria y a la edad; puesto que estos son componentes que aumentan el DC en la etapa post-COVID [8]. En Argentina, el 16,9% a 18,3% de los adultos mayores presentan DC [9]. Siendo más revelador durante la COVID-19, deteriorando la atención y memoria en todas las edades, sobre todo en el adulto mayor [10].

En Perú, el 6,7% de las personas mayores presentan deterioro cognoscitivo por el declive de la capacidad cognoscitiva; agravándose más durante la pandemia por la COVID-19 [11]. En Cajamarca, afecta al 46,6% de las personas, y está relacionado con la pérdida de la memoria en la vejez [12]; y en Chota no existe estadísticas respecto a la problemática de estudio. Por eso, el deterioro en las funciones cognitivas durante la pandemia puede generar mayor grado de depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta al 5,7% de los adultos mayores en el mundo, lo que representa 280 millones, y es recurrente y de intensidad moderada a grave [13]; situación que se agrava debido a la COVID-19, tal es así que en general, las personas mayores de 65 años pueden presentar depresión en el 27,5%, sobre todo durante la COVID-19 [14].

La depresión es un trastorno caracterizado por alteración del estado de ánimo y de las emociones, en la que hay disminución del neurotransmisor serotonina, y produce alteraciones como la tristeza y la falta de voluntad [15]. En Cuba, investigaciones indican que el 50% de las personas mayores presentan depresión; este incremento significativo estaría asociada al incremento de los casos de la COVID-19, el crecimiento de casos confirmados, a las defunciones y el distanciamiento físico, quien constituye un problema mental de este grupo etario [16].

En España, el 30,5%, de los adultos mayores tienen depresión, siendo más frecuente en las personas mayores que viven solos (26,6%), frente a los que

viven con el los integrantes de la familia (16,1%) [17]; en Suecia, el 16,4% de los adultos mayores tienen depresión [18].

Según las Naciones Unidas, la tasa de depresión se ha disparado en todo el continente, tal es así, en Estados Unidos, la tasa de depresión alcanzó hasta el 30%, a finales de 2020, frente al 6,5% en 2019 [19], quien estaría asociado a los efectos de la pandemia. Ante la Covid-19 los adultos mayores en Ecuador han experimentado estados emocionales negativos por los casos y defunciones de la COVID-19; repercutiendo en su salud psicológicos como la depresión (32,1%), afectando sus actividades cotidianas, generando problemas emocionales, fisiológicos y el sedentarismo, los cuales alternan su calidad de vida [20].

En Lima, el 65,3% de los adultos mayores tuvieron depresión durante los tiempos de pandemia [21]. En Cajamarca un estudio sobre adulto mayor muestra un predominio de la depresión moderada con 60,7% [22]. Mientras que, en Chota según una investigación, el 83,7% de las personas mayores actual [23].

Frente a la situación problemática antes mencionada, el Ministerio de Salud (MINSA) implementó el Plan de Salud Mental Perú, 2020 – 2021, para mejorar el bienestar de la población, a través del cuidado de la salud mental en tiempos de la COVID-19, mediante el acompañamiento psicosocial, el cuidado mutuo, el equipo de primera línea, recursos individuales y la resiliencia para reducir su impacto en el grupo etario más vulnerables, como es los adultos mayores [24].

En nuestro medio, específicamente en el Centro Integral de Atención al adulto mayor de Chota, se ha podido constatar que muchos de los adultos mayores muestran una decadencia sobre todo en su salud mental durante la COVID-19, por el distanciamiento social, la defunción de un familiar y/o amigo y el miedo al contagio por el virus. Por lo que, se necesita establecer un plan de acción con el involucramiento de las familias de los pacientes y

los profesionales de la salud para disminuir el impacto del aislamiento social en la salud de los adultos mayores, toda vez que son un grupo vulnerable.

El estudio planteó la interrogante ¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022?, proponiendo como hipótesis: existe relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.

El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022; en tanto, los objetivos específicos: identificar el deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022, e identificar la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.

La investigación desde la perspectiva teórica es importante, dado que los adultos mayores son un grupo vulnerable a la infección por la COVID-19 y a las alteraciones cognitivas y psicológicas; en tal sentido, el estudio aporta información a la línea de investigación patologías no transmisibles, y ayuda a conocer respecto a deterioro cognitivo y depresión en personas mayores, y efectuar estrategias enfocadas a mantener la capacidad mental y cognitiva de esta población.

Encontrándose que 23% de personas mayores evidenciaron depresión, 11% deterioro cognitivo leve y 3% deterioro moderado; por otro lado, 21% de las personas mayores que no tuvieron deterioro cognitivo tuvieron depresión. Además, no se encontró diferencias estadísticas significativas entre deterioro cognitivo y depresión en las personas mayores.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente del estudio

Camacho JA y Galán JM. (España, 2021) estudiaron “Relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores en residencias españolas, cuyo objetivo fue “describir la relación entre el trastorno depresivo y el deterioro cognitivo en los adultos mayores”, investigación de tipo descriptivo y relacional, con una muestra de 70 personas mayores. Se encontró que la depresión se relaciona con el nivel cognitivo en las personas mayores ($r=0,471$, $p=0,004$); sin embargo, la edad de los participantes no se asocia con el CAMCOG ($r=-0,352$, $p=0,038$) [25].

Chávez LA, et al. (México, 2021) estudiaron sobre “Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores”, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social en adultos mayores”, investigación de tipo descriptiva y transaccional, con 286 adultos mayores. La edad promedio fue de 70,6 años y 54,2% mujeres. El 73,4% no se relacionó con los amigos y el 51,1% tuvo depresión. Al relacionar sus variables (aislamiento social y su relación con ansiedad y depresión); se encontró relación significativa [26].

Júdex JE, et al. (Colombia, 2020) estudiaron sobre “correlacional entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores pertenecientes a un programa público de vejez en la ciudad de Girardot – Cundinamarca”, tuvo como objetivo “describir la relación de la depresión y el deterioro cognitivo de los adultos mayores”, estudio no experimental, de nivel descriptivo-correlacional, cuya muestra fue de 62 personas mayores. Concluyen que existe relación entre el deterioro cognitivo y la depresión a través de la prueba estadística, cuyo $P= 0,429$ [27].

Arroyo DY. (Perú, 2021) investigó sobre “Nivel de depresión frente a la pandemia Covid-19 en adultos mayores de la asociación buen progreso en Puente Piedra, 2021”, cuyo objetivo fue “determinar el nivel de depresión frente a la pandemia COVID-19 en adultos mayores”, estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra de 101 adultos mayores. El 65,3% fueron mujeres y 34,7% varones. El 65,3% presentó depresión leve y 18,8% depresión establecida (18,8%) y normal 15,8%. Concluye que predominó el nivel de depresión leve [28].

Oblitas A, et al. (Perú, 2021) investigaron sobre “deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota Perú”, tuvo como objetivo “determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores”, estudio observacional, tipo descriptivo y transversal, realizado en 92 adultos mayores. El 18,5% tuvo deterioro cognitivo leve, 10,9% moderado y 4,3% severo. Concluyen que el deterioro cognitivo se incrementa con la edad, el bajo grado de estudios, entre los casados y viudos, y en las mujeres [29].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

El estudio estuvo teóricamente sustentado en dos planteamientos, por un lado, la Teoría de los radicales libres del envejecimiento de Harman, la cual nos permitirá sustentar que el deterioro cognitivo es un proceso de envejecimiento orgánico; y otro, el Modelo del Síndrome de Adaptación General de Seyle, que nos permitirá considerar que las manifestaciones somáticas y psíquicas presentes en la depresión durante la vejez, son producto de un inadecuado mecanismo adaptativo del adulto mayor a su nueva condición (envejecimiento + depresión) [30].

A. Teoría de los radicales libres del envejecimiento de Harman

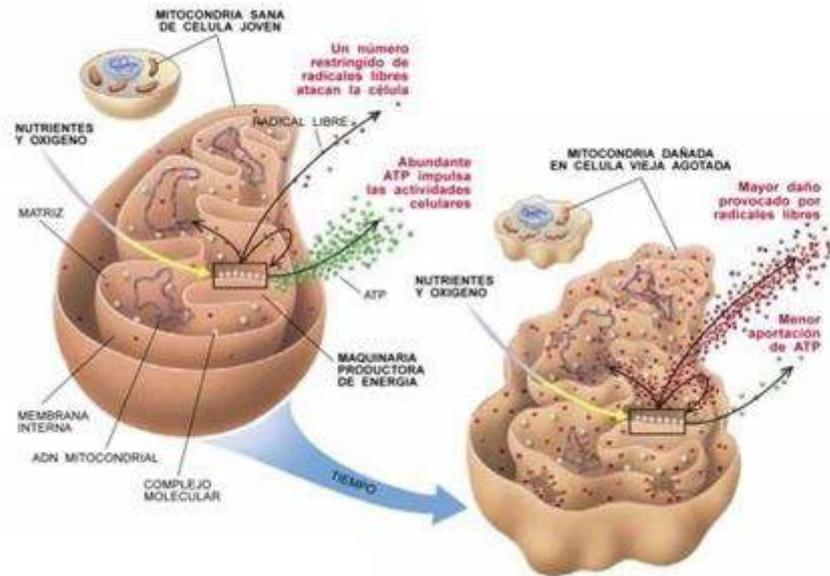
La teoría más aceptada para explicar el proceso de envejecimiento hoy en día es la teoría de los “Radicales libres” planteada por Harman D en 1956 y 1972 [30, 31], y modificada hacia 1992 (Harman D, 1992) [32].

Este postulado teórico plantea que el proceso de envejecer es producto de los efectos lesivos que sufren los tejidos corporales del individuo frente a las reacciones perjudiciales de los radicales libres (RL) – biomoléculas producidas en las mitocondrias –. Los RL dañan probablemente de forma irreversible el ADN de las mitocondrias, sus partes, otras formas celulares y moléculas como los lípidos; impidiendo de esta manera su reconstrucción [32].

Harman, afirma que con el paso del tiempo el daño y la privación de energía (ATP) ocasiona disfuncionalidad celular, a causa del daño producido por los RL. Este efecto mantenido en el tiempo genera un daño acumulativo no solo a nivel celular sino también tisular, acelerando su destrucción. Posteriormente los daños en células y tejidos se manifiestan en la presencia de los cambios propios del envejecimiento, los cuales están relacionados con el entorno, la morbilidad y la biología del individuo [32].

En definitiva, los daños ocasionados por los RL ayudan en la aparición de alteraciones observadas en el proceso de envejecimiento [33], tales como, deterioro cognitivo, demencia senil, Alzheimer, problemas autoinmunes, etc.

Figura 1. Mecanismo de acción de los radicales libres en el envejecimiento



Fuente: Adaptado de Harman D. Teoría de los radicales libres del envejecimiento (1956) [32].

B. Modelo del Síndrome General de Adaptación de Selye (1956)

Este modelo postula que un ser viviente permanentemente está expuesto a diferentes estresores, que a la larga perjudican su bienestar somático, psíquico, conductual y social. Estresores que alteran su funcionalidad individual y colectiva. En este escenario “estresor” la persona requiere de mecanismos adecuados de adaptación ante esta nueva situación [34].

Durante este proceso adaptativo la persona buscará y pondrá en práctica múltiples mecanismos (biológicos, sociales, conductuales, espirituales); que le ayudarán a sortear de manera apropiada los retos que se le presenta. El modelo de Selye considera que el éxito o fracaso en el proceso de adaptación cursa por tres etapas, y que cada una de ellas es más perjudicial que la

otra si no se resuelve de manera satisfactoria en favor del individuo [34].

Figura 2. Síndrome General de Adaptación



Fuente: Modelo del Síndrome General de Adaptación de Selye H. (1956) [34].

- 1. Fase de reacción de alarma:** se inicia al producirse el factor estresante (amenaza o peligro); inicialmente la resistencia del organismo disminuye; sin embargo, al mismo tiempo se genera una “reacción automática” del mismo dirigida a responder al factor “agresor”. En este punto, fisiológicamente el individuo presenta pulso y respiración aumentada, la circulación sanguínea se concentra en órganos esenciales (cerebro, corazón, riñón, músculos) para su protección, y hay un aumento de la actividad sensorial. La prolongación en el tiempo o el nivel de intensidad del factor estresante llevará inminentemente al individuo a la segunda fase [34].
- 2. Fase de resistencia:** En este punto el individuo reacciona mediante cambios fisiológicos y conductuales específicos para hacer frente al agente agresor; debido a que las manifestaciones primarias ya desaparecieron. Llegando a este

punto, el cuerpo se enfrenta o busca adaptarse a la nueva situación estresora; sin embargo, cuando el individuo no es capaz de hacerlo, aparece la fase de agotamiento [34].

3. Fase de agotamiento: se presenta cuando todos los mecanismos adaptativos empleados para eliminar el agente estresante no han dado resultados; lo que ha provocado en el individuo la pérdida progresiva de su energía y la manifestación de morbilidades somáticas y mentales [34].

En este escenario, el adulto mayor del CIAM de la ciudad de Chota; y más aún en la actual emergencia sanitaria por la COVID-19, se enfrenta a permanentes cambios, que requieren de la capacidad continua de adaptarse a las nuevas exigencias impuestas por la situación. Por lo tanto, toda adaptación favorable a las exigencias y presiones propias del contexto se verá refrendada en una disminución en la aparición y los niveles de ansiedad; que a su vez reducen la liberación de radicales libres causantes de las alteraciones observadas en el envejecimiento, entre ellos el aumento del riesgo a padecer deterioro cognitivo.

2.2.2. Deterioro cognitivo

A. Definición

Es el declive de la capacidad cognitiva superior como evocación, ubicación, sensatez, lenguaje, reconocimiento visual, cálculo, comprensión, conducta y temperamento durante la COVID-19. Desde el punto de vista geriátrico, es una alteración de la memoria, que puede comprobarse mediante pruebas neuropsicológicas [35].

B. Factores de riesgo

Entre ellos tenemos a los demográficos como la edad, sexo y grado de instrucción, los genéticos como la apolipoproteína E, bioquímicos como los biomarcadores del líquido cefalorraquídeo

(LCR): proteínas Abeta-42, T-tau y P-tau. Las enfermedades que generan daño vascular como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades como depresión y Parkinson, medicamentos como los anticolinérgicos y benzodiazepinas, así como el estilo de vida (Ejercicio, horas de sueño, entrenamiento cognitivo y el poco compromiso social) [36].

C. Tipos de deterioro cognitivo

- Normal (sin deterioro): son adultos mayores que no presentan alteraciones de la función cognitiva, por lo que mantienen la concentración, la retentiva y la rapidez en procesamiento de información [37].
- Deterioro cognitivo leve: presenta alteraciones del recuerdo, superior a la esperada según edad y grado de instrucción de la persona. Estas alteraciones, se determinan mediante la exploración cognitiva [37].
- Deterioro cognitivo moderado: hay exacerbación de las dificultades que se habían detectado antes y por tanto, es dependiente y necesita del apoyo de la familia. Hay alteraciones tanto del recuerdo como del lenguaje; además, de cambios en el carácter y mayor dificultad para realizar sus actividades cotidianas [38].
- Daño cognitivo severo: hay gran compromiso de función cognitiva; además, de problemas de conducta, movilidad y comunicación [38].

D. Diagnóstico

Se basa en corroborar la existencia de alteración de la función cognitiva mediante la evaluación por el médico. No obstante, muchas de las observaciones realizadas por algún familiar son poco evidentes, por lo que el médico debe documentar de manera objetiva el deterioro de la actividad mental mediante el tamizaje y detección de los individuos a través del mini examen del estado mental (MMSE, mini-mental state examination) [39].

Existe otros exámenes como: la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA, Montreal cognitive assessment) o la prueba Neuropsi; sin embargo, estas deben ser estrictamente aplicadas por un neuropsicólogo capacitado [39].

E. Tratamiento

Actualmente no hay tratamiento específico para el deterioro cognitivo, pero existe evidencia científica que los inhibidores de la acetilcolinesterasa ayudan mucho en el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Asimismo, la motivación cognitiva, la alimentación saludable y la actividad física es fundamental para reducir el deterioro cognitivo leve [40]

F. Medidas preventivas

- Realizar y mantener las actividades sociales recreativas para estimular la mente.
- Realizar actividad física regular, mínimamente 30 minutos diarios.
- Tener una alimentación balanceada, que incluya una gran variedad de alimentos, frutas y verduras.
- Controlar los factores de riesgo vascular, como hipertensión, diabetes y el sobrepeso.
- Mantener un descanso adecuado para el mantenimiento de la función cognitiva, por lo cual respetar unas 8 horas de sueño diarios.
- Evitar estresarse, pues el estrés crónico tiene un efecto negativo sobre la actividad cerebral [40].

2.2.3. Depresión

A. Definición

Trastorno de salud mental en la que hay tristeza constante y falta de interés por las actividades que antes eran gratificantes y placenteras. También puede existir insomnio y alteraciones del apetito, cansancio habitual y falta de concentración. Puede conllevar a discapacidad y aumentar la carga de mortalidad [41].

Situación que puede afectar la salud mental del adulto mayor, caracterizado por sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros, las cuales pueden desencadenar depresión, dificultando la realización de sus actividades cotidianas [42].

B. Tipos

- **Trastorno depresivo recurrente:** Hay periódicos episodios de depresión, con bajo estado de ánimo, pérdida de voluntad y de la capacidad de disfrutar por las cosas y dificultades para realizar sus actividades cotidianas, y tiene una duración mínima de dos semanas [43].

- **Trastorno afectivo bipolar:** Hay sucesos maníacos y depresivos acompañada de intervalos de estado de ánimo normal. Cursan con irritabilidad, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y dificultades para dormir [43].

- **Depresión grave o mayor:** Hay dificultades para trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Hay tristeza constante o está ansioso, hay pérdida de interés en los pasatiempos y las actividades, se vuelve pesimista, sentimientos de culpa, baja autoestima e impotencia, fatiga o astenia, entre otras [44].

- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** el cuadro clínico de la depresión dura por mucho tiempo, mínimo unos dos años [44].
- **Depresión menor:** hay trastorno depresivo persistente y que no perduran mucho tiempo [44].

C. Factores de riesgo

- **Factores personales y sociales:** los trastornos depresivos son más frecuentes en las mujeres que en hombres, incrementándose más conforme avanza la edad. Además, está asociado a enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y al consumo de alcohol y tabaco [40].
- **Factores cognitivos:** los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales, influyen en el desarrollo y mantenimiento de la depresión en las personas mayores [40].
- **Factores familiares y genéticos:** la depresión predispone al desarrollo de enfermedades somáticas, así como para trastornos mentales [40].

D. Cuadro clínico

Los principales síntomas son los siguientes

- Alteración del apetito con incremento y disminución de peso.
- Algoritmo y falta de energía.
- Desaliento y abandono.
- Déficit de atención e hiperactividad.
- Irritabilidad e inquietud.
- No disfruta de las cosas que antes le gustaba hacer.

E. Diagnóstico

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) los trastornos depresivos frecuentes se dividen en [46]:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los tipos de depresión que se presente, deben tener una duración mínimo dos semanas y acompañando de dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión, como quebranto de disfrutar de actividades que normalmente le gustaba, dificultades para poder conciliar el sueño, agitación, pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes y disminución del interés sexual [46]. De acuerdo a Yesavage [46], la puntuación es la siguiente: Normal: 0 a 6 puntos, Depresión: 7 a 15 puntos.

F. Tratamiento

Está basado en psicoterapia y tratamiento farmacológico, como se detalla a continuación [46]:

Tratamiento farmacológico: entre ello, están los inhibidores de la aminooxidasa (MAO), antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) [46].

- **Inhibidores de la MAO:** entre ellos sentemos: fenelzina, iproniazida, tranilcipropamina, nialamida y moclobemida.

Quienes bloquean la MAO-A, al inhibirse estas enzimas aumenta la concentración de estas sustancias en la hendidura sináptica y disminuye los síntomas de la depresión [46].

- **Antidepresivos tricíclicos:** entre ellos tenemos: amitriptilina, clopramina, doxepina, imipramina, etc. El mecanismo de acción no es bien conocido, se cree que disminuyen la recaptación de la serotonina y la adrenalina. Sin embargo, produce efectos secundarios que hacen que los pacientes abandonen el tratamiento, como xerostomía, constipación, visión borrosa, aumentos de peso, somnolencia, mareos, vértigo, disfunción sexual, dificultades al orinar [46]

G. Prevención

- Establecer relación con otra persona para expresar sus sentimientos.
- Consulte con algún profesional de la salud local o con su médico de cabecera.
- Continúe con las actividades que siempre le han gustado o busque alternativas si ya no le es posible realizarlas.
- Establecer contacto con la familia y/o amigos.
- Duerma la cantidad de horas suficientes.
- Realizar ejercicio de manera regular, aunque se trate de un pequeño paseo.
- Evitar la ingesta de alcohol y tome los medicamentos indicados por el médico [47].

2.2.4. Covid-19

A. Definición

Patología infecciosa causada por el virus del SARS-CoV-2, afecta principalmente al sistema respiratorio, se presenta con un cuadro clínico leve en el 85% de los casos y un 15% de casos moderados y graves que pueden llevar a la muerte [48].

B. Periodo de incubación

Desde el momento del contagio con el SARS-CoV-2 y la aparición de los primeros síntomas pasan en promedio entre 5 y 15 días; aunque las investigaciones manifiestan que este periodo puede presentarse en cualquiera momento de la enfermedad y dependerá de las características sociales, clínicas y epidemiológicas de los pacientes [49].

C. Transmisión

La principal vía de contagio de la COVID-19 es la respiratoria, donde las secreciones que expulsa un paciente infectado por medio de la tos, estornudo o al hablar son transmitidas a una persona susceptible que se encuentra a menos de 2 metros de distancia.

Otras formas de transmisión identificadas recientemente son el contacto con superficies infectadas (chapas de puerta, celulares, laptop, utensilios, mesas, etc.); además, de la suspensión del virus en el ambiente y que es arrastrado por el aire [50].

D. Clasificación

COVID-19 leve, con presencia de tos, odinofagia, congestión nasal o fiebre; COVID-19 moderada caracterizada por dificultad respiratoria, taquipnea, disminución de la presión arterial, neumonía, etc.; y COVID-19 grave, manifestada con deterioro de la memoria y conciencia, tiraje subcostal, etc. [51].

E. Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de la COVID-19 es inespecífico y dependerá de las características del paciente y el tipo de variante del virus con la que fue infectado; empero en general transcurre con tos, fiebre, malestar general, dolor de garganta, cefalea, congestión nasal, dolor muscular, etc. [52].

F. Factores de riesgo

Las personas más susceptibles a enfermarse de COVID-19, sobre todo de casos moderados y graves, y ser propensas a hospitalización son: los adultos mayores, las personas que padecen con diabetes, presión arterial alta, asma, neumoconiosis, obesidad, cáncer, aquellos que recibieron un trasplante de órganos y personas con malformaciones congénitas [49].

G. Prevención

Las investigaciones han demostrado que la vacunación es la principal y única medida preventiva para controlar a la COVID-19 y obtener la llamada inmunidad de rebaño. Esto debe ser complementado con las medidas de bioseguridad como distanciamiento social, lavado de manos, uso de mascarillas [53].

2.3. Definición de términos básicos

A. Deterioro Cognitivo: Las investigaciones han demostrado que la vacunación es la principal y única medida preventiva para controlar a la COVID-19 y obtener la llamada inmunidad de rebaño. Esto debe ser complementado con las medidas de bioseguridad como distanciamiento social, lavado de manos, uso de mascarillas [53].

B. Depresión: Trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, desinterés, por las actividades de la vida cotidiana, minusvalía, mal humor, aburrimiento, alteraciones de la memoria y desesperanza que presenta el adulto mayor [41].

- C. Covid-19:** Patología infecciosa causado por el virus SARS-CoV 2, que afecta principalmente al sistema respiratorio, se presenta con un cuadro clínico leve en el 85% de los casos y en un 15 % de casos es moderado y graves que puede llevar a la muerte [48].
- D. Adulto mayor:** Persona mayor de 60 años de edad en países de bajos ingresos y de 65 a más en países de medianos y altos ingresos; siendo un periodo de profundos cambios físicos, biológicos, sociales, conductuales y espirituales [54].
- E. Envejecimiento:** Fenómeno biológico que se inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte, muy notorio a partir de los 60 años, etapa de gran incertidumbre para la persona [54].

CAPITULO III MARCO

METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito de estudio**

La investigación se realizó en la región Cajamarca, provincia, distrito y ciudad de Chota.

El distrito de Chota se localiza en la zona centro de la provincia, cuya capital es la ciudad de Chota, ubicada a más de 2 mil m.s.n.m., a orillas del río chotano; distrito de clima variado, donde la mayoría de sus habitantes viven o proceden de la zona rural y se dedican a actividades como la agricultura, ganadería o artesanía. Sus límites son referenciados por los distritos de Chiguirip y Conchán hacia el Norte, Chalamarca por el Este y Lajas al Oeste; mientras que hacia el Sur limita con el distrito de Bambamarca en la provincia de Hualgayoc [55].

El ámbito de estudio fue el “Centro Integral del Adulto Mayor – CIAM” de la ciudad de Chota, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Chota y está a cargo de la municipalidad provincial de Chota; entró en funcionamiento el 26 de septiembre del 2016 en respuesta a la promulgación de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor (PAM) [56]; cabe mencionar que las intervenciones del CIAM buscan mejorar la calidad de vida y garantizar los derechos de las PAM [57].

3.2. **Diseño de investigación**

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo de nivel descriptivo y corte transversal [58].

- **Enfoque cuantitativo:** el estudio en sus dos variables, deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores, utilizó datos numéricos y herramientas estadísticas para recoger, analizar e interpretar los resultados; además de pruebas estadísticas para probar la hipótesis planteada a priori [58].

- **Nivel relacional:** con el que se determinó la relación [58] entre deterioro cognitivo y depresión en tiempos de COVID-19 en los adultos mayores del CIAM Chota.
- **Corte transversal:** por medio del cual los datos recabados fueron obtenidos en un solo momento, por única vez y en un espacio determinado [58].

El diseño fue de tipo no experimental, esto debido a que durante la investigación no se realizó manipulación deliberada de las variables; es decir la información se recogió tal como se presentó en su escenario natural [59].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

- **Población:** 100 adultos mayores registrados en el padrón nominal del CIAM Chota en el año 2022. Dado que fue una población manejable por las investigadoras no se obvió la muestra, por lo que se trabajó con toda la población.
- **Muestra:** fue del tipo N (población) = n (muestra)
- **Unidad de análisis:** estuvo constituida por cada uno de los adultos mayores registrados en el CIAM al año 2022.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 a más años de edad.
- Adultos mayores registrados en el padrón nominal del CIAM a julio de 2022.
- Adultos mayores que decidieron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado (Anexo 2) y la carta de invitación (Anexo 1).

- Adultos mayores sin problemas físicos, mentales y neurológicos que limitaran su participación en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de enfermedades mentales o trastornos de la personalidad, que se encontraron bajo tratamiento psiquiátrico, los efectos de los mismos o que culminaron el tratamiento en los últimos 3 meses.
- Adultos mayores con grado de dependencia II y III.
- Adultos mayores con problemas de lenguaje que les impidió responder de manera adecuada.

3.4. Operacionalización de variables

- **Variable 1:** Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores.
- **Variable 2:** Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores.

a) Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Valor final
Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores	Disminución progresiva de funciones mentales como la memoria, orientación, Actividades cotidianas y la capacidad de cálculo del adulto mayor [35].	Ítems: 1 – 10 - Memoria (corto y largo plazo) - Orientación - Actividades cotidianas - Capacidad de cálculo	- No deterioro cognitivo: ≤ 2 errores - Deterioro Cognitivo leve: 3 a 4 errores - Deterioro Cognitivo moderado: 5 a 7 Errores - Deterioro Cognitivo severo: 8 a 10 errores

b) Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Valor final
Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores	Trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, desintegres por las actividades de la vida cotidiana, minusvalía, mal humor, aburrimiento, alteraciones en la memoria y desesperanza que presenta el adulto mayor [41].	Ítems: 1 – 15 <ul style="list-style-type: none">- Satisfacción- Desinterés por las actividades diarias- Aburrimiento- Minusvalía- Desesperanza	<ul style="list-style-type: none">- Normal. 0 a 6 puntos- Depresión 7 a 15 puntos

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

La investigación se basó en la encuesta como **técnica de recolección de datos** [58], misma que fue aplicada a los adultos mayores que pertenecen al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de la ciudad de Chota, a fin de establecer la relación entre deterioro cognitivo y depresión en tiempos de COVID-19 en los adultos mayores.

La **estrategia de recolección de datos** [58], incluyó la encuesta aplicada de manera personal, presencial, sincrónica y auto administrada por el propio participante.

El **procedimiento de recolección de datos** inició con una solicitud dirigida al responsable del CIAM Chota, con el fin de solicitar acceso al padrón nominal de los adultos mayores con los que se contaba; seguidamente se realizó una depuración de la base de datos

obtenida; posteriormente se obtuvo la selección muestral, considerando para ello los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez concluida la primera fase se procedió a la aplicación de los cuestionarios directamente en el domicilio de los adultos mayores, en el turno diurno, ambientes iluminados y en espacios donde el participante indico sentirse más cómodo.

Además, durante el proceso de recolección de la información se tuvo en cuenta todos los protocolos de bioseguridad anti COVID-19 a fin de disminuir el riesgo de contagio entre los participantes.

3.5.2. Materiales

Instrumento de medición

La investigación utilizó dos instrumentos para alcanzar el objetivo propuesto:

El primero, fue el cuestionario Pfeiffer (SPMSQ), elaborado por Pfeiffer E. en 1975 [60] y adaptado a la versión española por Martínez J, et al., en el año 2001 [61] (Anexo 3), con el objetivo de determinar el estado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Chota, 2022.

La versión española del Pfeiffer está constituida por 10 ítems que incluyen aspectos generales y personales del participante, permitiendo identificar el deterioro cognitivo, tras la evaluación de componentes como la memoria de corto y largo plazo, orientación, actividades cotidianas y la capacidad de cálculo [61]. Puede ser utilizado en pacientes hospitalizados, así como en cualquier adulto mayor de 65 años.

Su aplicación es sencilla, registrándose solo las respuestas incorrectas; asimismo, en algunos ítems se considera respuesta correcta solamente cuando el adulto mayor ha respondido la totalidad

de los aspectos que evalúa el ítem. Para su valoración se debe incluir las siguientes puntuaciones:

Cuestionario Pfeiffer	Errores
No deterioro cognitive	≤ 2 errores
Deterioro Cognitivo leve	3 a 4 errores
Deterioro Cognitivo moderado	5 a 7 errores
Deterioro Cognitivo severo	8 a 10 errores

Las propiedades psicométricas del cuestionario fueron obtenidas de 255 participantes e incluyeron: confiabilidad general de 0,925; consistencia interna de 0,82; validez convergente respecto al MEC (minimal cognitive) de 0,74; validez discriminante respecto a la “Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage” 0,23; además, la adaptación transcultural del cuestionario fue satisfactoria respecto a la escala original [61].

El segundo, fue la Geriatric Depression Scale de Yesavage JA [62] de 1982, adaptada a su versión española “Escala de Depresión Geriátrica (EDG-VE)” por Martínez de la Iglesia J, et al. [63], en el 2002 (Anexo 4); esto con el objetivo de determinar la posible presencia de depresión en la los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Chota, 2022.

La versión española de la “Escala de Depresión Geriátrica”, está conformada por 15 ítems que valora la presencia de depresión del adulto mayor a través de su estado de ánimo y siendo útil en adultos mayores de 60 años.

La escala asigna una puntuación de cero (0) a cada respuesta correcta y uno (1) por cada respuesta incorrecta, considerando la presencia o ausencia del estado de ánimo que el adulto mayor ha percibido en las dos últimas semanas. La puntuación general se obtiene tras la suma de los puntajes alcanzados en cada uno de los 15 ítems, así:

Escala	Puntajes
Normal	0 – 6 puntos
Depresión	7 a 15 puntos

Las propiedades psicométricas de la escala en su versión española incluyeron la evaluación de 249 adultos mayores de 65 años, encontrando: consistencia interna de 0,99; sensibilidad del 81%, especificidad del 77%; además la adecuación intercultural fue apropiada y dirigida por el autor principal de la versión original de la escala - Yesavage JA-. Indicando claramente que la validez y confiabilidad de la escala en su versión española es aceptable y equivalente a la versión original.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recogidos fueron ingresados directamente en el software estadístico SPSS v. 26.0., esto previo al control de calidad de las encuestas. El análisis de datos incluyó la utilización de estadísticas: 1) descriptivas, donde se identificó el deterioro cognitivo y depresión de los adultos mayores participantes, por medio de la utilización de descriptivos de frecuencias; la interpretación y análisis se hizo considerando los porcentajes sobresalientes. 2) inferencial, la cual ayudó a determinar la relación entre deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del CIAM Chota en el año 2022. La relación se determinó por medio de Rho Spearman, con un nivel de confianza de 95% y un p-valor <0,05.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022

Tabla 1. Deterioro cognitivo durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022

Deterioro cognitivo del adulto Mayor	N	%
No deterioro	86	86,0
Deterioro leve	11	11,0
Deterioro moderado	3	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para deterioro cognitivo, 2022.

En la tabla 1 se muestra que, 11,0% de los adultos mayores tienen deterioro cognitivo leve y el 3,0% deterioro cognitivo moderado.

Resultados similares a los de Merino [64], quien encontró que el 75,8% de adultos mayores tenían un nivel cognitivo normal, el 20,9% tiene demencia incipiente y 3,3% deterioro de la función cognitiva de forma moderado. Sin embargo, son diferentes a los de Oblitas. et al [29], quienes realizaron un estudio con 92 adultos mayores; donde el 18,5% tuvo deterioro cognitivo leve, 10,9% deterioro cognitivo moderado, y 4,3% deterioro cognitivo severo; y a los de Russo. et al [65], donde el 34,5% de adultos mayores tenían demencia leve, 32% moderada y 33% severa.

El deterioro cognitivo es el declive de la capacidad cognitiva superior como memoria, orientación, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, cálculo, comprensión, conducta y personalidad durante la COVID-19 [35]; el cual está asociado a factores de riesgo como demográficos, genéticos, bioquímicos, vasculares, enfermedades, medicamentos y a los estilos de vida [36].

En el deterioro cognitivo leve: existe alteraciones de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del adulto mayor [37]; en el deterioro cognitivo moderado: existe alteraciones tanto de la memoria como en el lenguaje; además, de cambios en el carácter y mayor dificultad para realizar las actividades de la vida diaria[38]; mientras que, en el deterioro cognitivo severo: hay gran compromiso de la alteración de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas de comunicación [38].

El predominio del no deterioro cognitivo en el adulto mayor, estaría asociado a las estrategias para el cuidado de sí mismo y para el afrontamiento de problemas que ha generado la COVID-19. Además, de las recomendaciones brindadas por el personal de salud responsable del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor, el de mantenerse conectados con otras personas y físicamente activos, el limitado acceso a los medios de comunicaciones, realizar prácticas de manejo de actividades recreativas y la respiración profunda [66].

Sin embargo, también se observa que cierta parte de la población adulta mayor presenta deterioro cognitivo leve y moderado, los cuales estarían relacionado con la teoría de los radicales libres, en la que los radicales libres dañan de forma irreversible el ADN de las mitocondrias, sus partes, otras formas celulares y moléculas como los lípidos; impidiendo de esta manera su reconstrucción, este efecto mantenido en el tiempo genera un daño acumulativo no solo a nivel celular sino también tisular, acelerando su destrucción [32]. Estos daños en las células y tejidos se manifiestan en la presencia de los cambios propios del envejecimiento, los cuales están relacionados con el declive de las capacidades funcionales superiores, como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de información en el adulto mayor.

Por lo tanto, los daños ocasionados por los RL ayudan en la aparición de alteraciones observadas en el proceso de envejecimiento [33], tales como, deterioro cognitivo, demencia senil, Alzheimer, entre otras.

4.2. Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022

Tabla 2. Depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022.

Depresión del adulto mayor	N	%
Normal	77	77,0
Depresión	23	23,0
Total	100	100,0

Fuente: Escala de depresión geriátrica: Versión española (EDG-VE), 2022.

En la tabla 2 se observa que, 77,0% de las personas mayores no tienen depresión; mientras que el 23,0% tienen depresión.

Resultados parecidos a los de Russo. Et al [65], donde el 29% de adultos mayores tuvo depresión, y a los de Merino [64], quien encontró que el 42,9% de adulto mayores tenían depresión; pero son diferentes a los estudios de Chávez. et al [26], quienes encontraron que el 51,1% de las personas mayores presentó depresión, y a los de Arroyo [28], quien encontró que el 65,3% de adultos mayores tuvo depresión leve, 18,8% depresión establecida y el 15,8% normal.

La depresión es un trastorno de salud mental en la que hay tristeza constante y falta de interés por las actividades que antes eran gratificantes y placenteras. También puede existir alteración del sueño y el apetito, hay cansancio frecuente y falta de concentración. Puede conllevar a discapacidad e incidir en la carga de morbilidad [41].

En cualquiera de los tipos de depresión que se presente, deben tener una duración mínimo dos semanas y acompañando de dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión, como quebranto de disfrutar de actividades que normalmente le gustaba, dificultades para poder conciliar el sueño, agitación, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes y disminución del interés sexual [46].

El predominio del estado afectivo normal (no depresión), estaría relacionado con el conocimiento del comportamiento del virus, el poner en práctica las medidas preventivas y de control de la COVID-19 y al proceso adaptativo del adulto mayor para poner en práctica múltiples mecanismos (biológicos, sociales, conductuales, espirituales); que le ayudarán a sortear de manera apropiada las situaciones y retos que se le presenta [34]. Por lo que, las personas mayores se enfrentan a permanentes cambios, que requieren de la capacidad continua de adaptarse a las nuevas exigencias impuestas por la situación, como es la COVID-19.

Sin embargo, se puede también apreciar que casi $\frac{1}{4}$ de los adultos mayores presentaron depresión, quien estaría asociado con la no adaptación a la situación de la emergencia sanitaria; puesto que una parte de la población tiene temor de contraer el virus de la de COVID-19, sobre todo aquellos adultos mayores que presentan comorbilidades. Además, está relacionada con las desafiantes realidades de distanciamiento físico, el desempleo temporal, la educación de los hijos y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos [67], los cuales han sido fundamentales para que exista depresión.

Siendo importante, que las autoridades de salud implementen estrategias de intervenciones en salud mental, con plena participación de las familias, las autoridades comunitarias, y las instituciones educativas, con la finalidad de mejorar la salud mental del adulto mayor. Además, es un referente para que lo profesionales de enfermería pueda reorientar sus actividades preventivo-promocionales dirigidas al adulto mayor para fortalecer la salud mental de este grupo etario.

4.3. Relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022

Tabla 3. Relación entre deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención de adulto mayor, Chota 2022.

Deterioro cognitivo	Depresión				Total	
	Normal		Depresión		N	%
	N	%	N	%		
No deterioro	65	65,0	21	21,0	86	86,0
Deterioro leve	9	9,0	2	2,0	11	11,0
Deterioro moderado	3	3,0	0	0,0	3	3,0
Total	77	77,0	23	23,0	100	100,0

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba estadística	Valor	p-valor
Rho Spearman	1,138	0,049*

* La correlación no es significativa en el nivel 0,05.

En la tabla 3 se observa que, 21% de los adultos mayores que no presentaron deterioro cognitivo tuvieron depresión, al igual que, 2% de aquellos con deterioro cognitivo leve.

Además, no determinó la existencia de relación significativa entre DC y depresión en los adultos mayores participantes probablemente a que son dos trastornos independiente, donde en la primera se afecta las funciones mentales cognitivas superiores y en la segunda el estado de ánimo.

Hallazgos similares a los reportados por estudios que abordaron el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores, evidenciaron una relación

estadística significativa entre ambas variables; a saber, Júdez, et al. [27] en Colombia, en una muestra de 62 participantes identificaron que, 5% de los adultos mayores con algún grado de DC tuvieron depresión, pero no encontraron asociación entre variables; quien estarían vinculadas con la edad, pues más de 2/3 de los participantes tenían entre 60 y 69 años; al respecto, se conoce que el DC es más frecuente cuanto mayor edad tiene el individuo, lo que a su vez genera incremento de los cambios fisiológicos a nivel del sistema nervioso central, haciéndole más vulnerable a desarrollar problemas de salud mental, como la depresión.

La falta de asociación entre variables estaría vinculada a que los adultos mayores de la muestra tendrían mejores mecanismos de adaptación y afrontamiento a la nueva normalidad que está trayendo la COVID-19, pues su estado emocional tras considerarse sobrevivientes de la misma se convertiría en un factor protector para desarrollar depresión y a la vez reducir el riesgo de padecer deterioro cognitivo. Por otro lado, podría existir un número considerable de adultos mayores que acuden frecuentemente a las actividades sociales, culturales, recreativas y cognitivas que realiza el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor de Chota, lo que ayudaría a evitar situaciones que puedan comprometer el estado neuropsicológico del adulto mayor.

Sin embargo, difieren a los hallazgos sobre DC y depresión de Camacho y Galán [25] en España, quienes en una muestra de 70 adultos mayores identificaron que 10% de los que tuvieron algún grado de DC evidenciaron signos y síntomas depresivos, siendo más vulnerables a desarrollar DC los adultos mayores que presentan trastornos emocionales; en tanto, Parada, et al. [68], reportaron que, 6% de los adultos mayores con DC mostraron algún nivel de depresión, siendo esta más frecuente a medida que la edad avanza. Asimismo, Chávez, et al. [26] y Arroyo [28], también encontraron relación estadística entre DC y depresión. Los resultados significativos podrían estar vinculados con el impacto que ha tenido la COVID-19 en la salud mental de la población, sobre todo entre los adultos mayores, dado que son el grupo de mayor riesgo.

En este sentido, desde la perspectiva fisiopatológica, Parada, et al. [68], sostienen que en el DC se produce una serie de afectaciones funcionales y estructurales del sistema nervioso central (procesos inflamatorios, muerte o atrofia neural, secuelas de los procesos oxidativos), lo que a la larga altera las estructuras cerebrales (áreas temporal y frontal) relacionadas con la memoria y la atención, mismas que se encuentran en aquellas zonas donde se procesa información afectiva/emocional, que en muchos casos y, más aún, en edades avanzadas producen alteraciones afectivas.

Por otro lado, Sampath [69], identificó a las mujeres y a las personas con enfermedades crónicas como las más susceptibles a desarrollar DC y depresión. En este punto, los tamizajes para determinar DC y depresión presuntiva (al menos 1 vez por año) ayudarían a una oportuna intervención sanitaria.

El deterioro cognitivo es el declive de las funciones superiores, precedido por déficit del control emocional, conductual y socioemocional [3], y la depresión un trastorno de salud mental caracterizado por tristeza y falta de interés en actividades que previamente eran gratificantes [41]; las estrategias para su control y prevención deben estar orientadas a intervenciones donde se priorice la educación y comunicación en salud, entre ellas, las actividades sociales, culturales y recreativas, talleres de estimulación cognitiva, psicomotricidad y manualidades, pero sobre todo aquellas actividades que le permitan al adulto mayor valerse por sí mismo, es decir, ser autónomo integral el mayor tiempo posible.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Nueve de cada diez adultos mayores atendidos en el Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Chota no presentaron deterioro cognitivo; lo que significa que gran parte de las personas mayores tienen la función cognitiva superior intacta.
- Ocho de cada diez adultos mayores atendidos en el Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Chota no tuvieron depresión, lo que significa que la mayor parte de los adultos mayores tienen buena salud mental y bienestar emocional.
- No se encontró relación estadística significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores a través de la prueba estadística Rho Spearman cuyo p-valor fue 0,049.

5.2. Recomendaciones

A los directivos y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud:

- Realizar estudios de nivel aplicativo donde se valide programas educativos que incorporen la estimulación cognitiva y psicológica, en los adultos mayores.
- Impulsar investigaciones donde se aborde el deterioro cognitivo y la depresión considerando sexo, edad y enfermedades crónicas, con el fin de desarrollar prevención primaria, así como una atención más especializada y oportuna.

A los estudiantes de Enfermería:

- Promover actividades socioculturales y recreativas con los adultos mayores manteniendo las medidas de prevención de la COVID-19, con la finalidad de incrementar sus capacidades cognitivas y afectivas que le permitan reducir el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o trastornos depresivos

A los directivos del centro de atención del adulto mayor de Chota:

- Incluir dentro de las actividades de atención el tamizaje periódico del deterioro cognitivo y trastornos de depresión, con la finalidad de poder identificar casos y poder tratarlos a tiempo.
- Realizar actividades recreativas, deportivas y de entretenimiento con la participación activa del adulto mayor para fortalecer sus capacidades cognitivas y afectivas haciendo uso de mascarilla y manteniendo el distanciamiento físico adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. El cambio demográfico presenta desafíos para el cuidado de la salud en las Américas. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2019. [consultado 29 enero del 2022]. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15469:changing-demographics-create-new-health-care-challenges-in-the-america&Itemid=1926&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2018. [consultado 29 enero del 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte.>
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra- Suiza. [citado 29 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Bartoloni LC. Deterioro cognitivo. Diagnosis. [Internet]. Buenos Aires – Argentina. [citado 29 de enero del 2022]. Disponible en: <https://revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
5. Cothran, T. P., Kellman, S., Singh, S., Beck, J. S., Powell, K. J., Bolton, C. J., & Tam, J. W. (2020). A brewing storm: The neuropsychological sequelae of hyperinflammation due to COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)31209-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.008>
6. Cotelo J. La prevalencia de prevalencia del deterioro cognitivo en mayores de 65 años. Medscape. [Internet]. España, 2018. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:

<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903268#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20en%20mayores,redes%20centinelas%20realizado%20en%20Espa%C3%B1a.>

7. Ortiz MA, Delgado U, Martínez FG, Villa A. Deterioro cognitivo asociado con el nivel educativo e IMC en adultos mayores de Ciudad de México. Rev. Fisioterapia y Tecnología Médica. [Internet]. México, 2018. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:
https://www.ecorfan.org/taiwan/research_journals/Fisioterapia/vol2num4/Revista_de_Fisioterapia_y_Tecnolog%c3%ada_M%c3%a9dica_V2_N4_4.pdf
8. Loera ME. Personas que enferman de COVID-19 grave tienen más posibilidad de desarrollar demencia. [Internet]. Guadalajara - México, 2021. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:
<https://www.udg.mx/es/noticia/personas-que-enferman-de-covid-19-grave-tienen-mas-posibilidad-de-desarrollar-demencia>
9. Bartoloni LC. Deterioro cognitivo. Diagnósis, Publicación Científica de Fundación PROSAM. [Internet]. Argentina, 2019. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:
<https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
10. Labos E, Sabala K, Renato A, Trojanowski S, Del rio M, Fustionl O. et al. Restricción cognitiva durante la cuarentena por covid-19. [Internet]. Argentina, 2021. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:
http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/destacado/original_7500.pdf
11. Instituto Nacional de Salud Mental. Adultos mayores con demencia tienen más vulnerabilidad para afrontar la nueva convivencia por el covid-19. [internet]. Lima-Perú, 2020. [citado 29 enero del 2022]. Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/033.html>

12. Rodríguez GM. Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores, Casa Hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017. [Tesis de Grado]. Universidad San Pedro. [Internet]. Cajamarca, 2019. [consultado 29 de enero del 2022]. Disponible en:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/13740/Tesis_62708.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. Ginebra- Suiza, 2021. [citado 29 de enero del 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
14. Gutiérrez L. Salud mental en adultos mayores relacionada al aislamiento por Covid-19. [Internet]. Colombia: Universidad de los Andes; 2020. [consultado 30 enero del 2022]. Disponible en:
<https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/salud-mental-en-adultos-mayores-relacionada-al-aislamiento-por-covid-19.pdf>
15. Gobierno de México. Depresión en el adulto mayor [Internet]. Ciudad de México, México: Gobierno de México; 2020. [citado 29 de enero 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
16. Naranjo-Hernández Y, Mayor-Walton S, Rivera-García O, González-Bernal R. Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. Rev. inf. cient. [Internet]. Cuba, 2021. [citado 29 de enero del 2022]; 100 (2): e3387. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200004
17. Molés MP, Esteve A, Lucas MV, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enferm. glob. vol.18 no.55. [Internet]. 2018 [citado 05 de junio 2021]. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003

18. Sigström R, Waern M, Gudmundsson, P, Skoog I, Östling S. Depressive spectrum states in a population based cohort of 70 year olds followed over 9 years. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 33(8):1009–1159. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4888>
19. Naciones Unidas. El efecto devastador del COVID-19 en la salud mental. [Internet]. Estados Unidos, 2021. [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500512>
20. Sotomayor AM, Espinoza FM, Rodríguez JDR, Campoverde MDR. Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Pol. [Internet]*. Ecuador, 2021. [citado 29 de enero del 2022]; Vol.6, No1. pp. 362-380. Disponible en: [file:///C:/Users/accer/Downloads/2148-11643-2-PB%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/accer/Downloads/2148-11643-2-PB%20(8).pdf)
21. Arroyo DA. Nivel de depresión frente a la pandemia Covid-19 en adultos mayores de la asociación buen progreso en Puente Piedra, 2021. [Tesis de Grado] [Internet]. Los Olivos - Lima, Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2021. [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/644/Arroyo_DY_articulo_bachiller_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Quiroz YA. Factores biopsicosociales y la depresión del adulto mayor. Puesto de Salud Agocucho – Cajamarca – 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3827/TESIS%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Acuña DA. Características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota– 2017. [Tesis de maestría] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018 [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3JmRjen>

24. Ministerio de Salud del Perú. Plan de Salud Mental Perú, 2020 – 2021. Lima- Perú, 2021. [citado 30 de enero del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
25. Camacho JA, Galán JM. La relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores Institucionalizadas en residencias españolas. Rev. Psicología Clínica y Cultura. [Internet] 2021, Vol. 37. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/QvHHsDcMQSKncrr6m9nWQkL/?lang=es>
26. Chávez LA, Olivares AM, Rivera JM, Pedraza AG. Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores. Rev. Peruana de investigación en Salud. [Internet]; 5(4): 273-278. Disponible en: <http://diu.unheval.edu.pe/revistas/index.php/repis/article/view/1067/1119>
27. Júdez JE, Ospina, JF, Toro CA. Correlacional entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores pertenecientes a un programa público de vejez en la ciudad de Girardot - Cundinamarca. [Tesis de Grado] [Internet]. Colombia: Universidad minuto de Dios; 2020. [Consultado 02 febrero del 2022]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11737/1/UVDT.P_JudexJayson-OspinaJulian-ToroCamila_2020.pdf
28. Arroyo DY. Nivel de depresión frente a la pandemia Covid-19 en adultos mayores de la asociación buen progreso en Puente Piedra, 2021. [Tesis de Grado] [Internet]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2021. [Consultado 02 febrero del 2022]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/644/Arroyo_DY_articulo_bachiller_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Oblitas A, Carranza WO, Herrera JU, Sánchez A. Deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de chota Perú. Revista Recien. [Internet]. 2021 [consultado 2 febrero del 2022]; 10(3). Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/107/105>

30. Harman D. Aging: a theory based of free radical and radiation chemistry. J Gerontol. 1956; 11(3): 298-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13332224/>
31. Harman, D. ¿The biologic clock: the mitochondria?. J Am Geriatr Soc. 1992;20(4):145-147. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5016631/>
32. Harman D. Free radical theory of aging. Science Direct. 1992;275(3):257-266. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/092187349290030S>
33. Nohl H. Involvement of free radicals in ageing: a consequence or cause of senescence. Br Med Bull. 1993;49(3):653-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8221030/>
34. Selye, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956. Disponible en: https://journals.lww.com/jbjsjournal/Citation/1957/39020/The_Stress_of_Life__Hans_Selye,_M_D_New_York,.34.aspx
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. [Internet]. México, 2012. [consultado 2 febrero del 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
36. Arrieta E, Climent M. Deterioro Cognitivo en Atención Primaria. [Internet]. España, 2020. [consultado 2 febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2020-06/PRESENTACION%20DEFINITIVA%20DETERIORO%20COGNITIVO.pdf>
37. Chuquipul P, Izaguirre C. Relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes 2018 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú:

Universidad Novert Wiener; 2018 [citato 2-Feb-2022]. Disponible en:
[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS
% 20Chuquipul%20Pamela%20-
%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

38. Meet WordPress. Deterioro Cognitivo Moderado [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero 2022]. Disponible en:
<http://www.centromente.com/novedades/como-ayudar-a-un-familiar-que-padece-un-deterioro-cognitivo-moderado/>
39. Choreño JA, Arredondo TDR, Guadarrama P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. Med Int Méx. [Internet]. México, 2020. [consultado 2 febrero del 2022]; 36 (6): pg 807-824. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206i.pdf>
40. Instituto de Neurología Cognitiva. Deterioro cognitivo leve (DCL). [Internet]. [consultado 3 febrero del 2022]. Disponible en:
<https://www.ineco.org.ar/patologias/deterioro-cognitivo-leve-dcl/>
41. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas; [Internet]. Ginebra – Suiza. [citado 4 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/depression#tab=tab_1
42. Ministerio de Salud del Perú. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del Covid – 19. [Internet]. Lima – Perú,2020. [citado 4 de febrero 2022]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
43. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 4 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

44. National Institute of Mental Health. Las personas mayores y la depresión. [Internet]. Naciones Unidas, 2017. [citado 29 de abril 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
45. Carretero M. Tratamiento farmacológico antidepresivo. Offarm. [Internet]. Barcelona - España, 2010. [citado 7 de febrero 2022]; Vol. 26. Núm. 8. Pg 109-111. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-mayor-13109821>
46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. [Internet]. España, 2014. [citado 6 de febrero 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
47. Organización Mundial de la Salud. Mantener una actitud positiva y prevenir la depresión durante el envejecimiento. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2020. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: <https://svmi.web.ve/wh/documentos/depresion/Dep-older-age-es.pdf>
48. Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev Med Hered. 2020;31:125-131. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000200125
49. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323(11):1061-1069. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>
50. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395:507-513. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

51. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19. Ginebra: OMS; 2020. [consultado el 26 enero 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
52. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395:1054-1062. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
53. Casas I, Mesa G. La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*. 2021;156:500–502. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.001>
54. Ministerio de Salud. Modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Lima: MINSa; 2020 [consultado el 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/414755-030-2020-minsa>
55. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2021 [Consultado 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicacion>
56. Ley de la persona adulta mayor N° 30490 [internet]. Lima: Diario Oficial el Peruano; 2018. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>
57. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013 [Consultado 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

58. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
59. Supo J. Como validar un instrumento: La guía para validar un instrumento en 10 pasos. 1ra ed. Lima, Perú, 2013. Disponible en:
<https://www.amazon.com/C%C3%B3mo-validar-instrumento-pasos-Spanish/dp/1492278904>
60. Pfeiffer E. A short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients (SPMSQ). *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-441. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1159263/>
61. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001;117(4):129-134
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11472684/>
62. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49 . disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>
63. Martínez de la Iglesia J, Vilches CO, Dueñas R, Albert C, Taberné CA, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM.* 2002; 12(10): 620-630. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003
64. Merino SL, Cisneros MA. Evaluación del estado cognitivo y afectivo de los adultos mayores de Loja a través de teleasistencia durante pandemia de Covid 19. [Tesis de Grado] [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica

- Particular de Loja. [Consultado 04 noviembre del 2022]. Disponible en: <https://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/30118>
65. Russo MJ, Cohen G, Campos J, Allegri RF. COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? *Neurología Argentina*. [Internet]. 2021. [Consultado 04 noviembre del 2022];13(3):159–69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8285268/>
66. Massachusetts General Hospital. Salud Mental General y Estrategias de Afrontamiento. [Internet]. 2020. [Consultado 04 noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.massgeneral.org/es/guia-de-recursos-de-salud-mental/salud-mental-general>
67. Organización Mundial de la Salud. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. [Internet]. Ginebra – Suiza, 2022. [Consultado 04 noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
68. Parada KR, Guapizaca JF, Bueno GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica Uisrael*. 2022;9(2):77-93. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000200077#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20y%20la,vida%20en%20la%20tercera%20edad
69. Sampath D, Sathyanesan M, Newton SS. Cognitive dysfunction in major depression and Alzheimer’s disease is associated with hippocampal-prefrontal cortex dysconnectivity. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017;13(1):1509-1519. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/NDT.S136122>

ANEXOS
Anexo 1

CARTA DE INVITACIÓN A PARTIR EN LA INVESTIGACIÓN

“Deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022”.

Chota,de.....del 2022

Estimado(a) participante, somos Naida Oblitas Campos y Marycarmen Altamirano Fernández, egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. Le invitamos a ser parte de la investigación, “Deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor de Chota, 2022”.

Indicar que su participación es netamente voluntaria, confidencial y responder a las preguntas planteadas en el cuestionario; por lo tanto, le agradeceríamos que responda con suma sinceridad, tranquilidad y se tome el tiempo que usted crea por conveniente.

La información que se obtenga será de importancia para que los responsables del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Chota, las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Chota y a quienes estén a cargo de la salud de la población, diseñen estrategias para mejorar las condiciones sociosanitarias del adulto mayor con deterioro cognitivo o depresión.

Agradecerle, por su valiosa participación Atentamente:

Oblitas Campos Naida
naidaoblitas@gmail.com

Marycarmen Altamirano Fernández
marhyaltamirano10@gmail.com

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

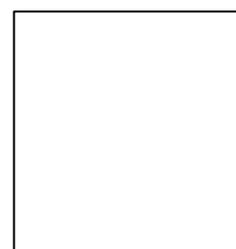
Deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022.

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del Centro Integral de Atención de Adulto Mayor, Chota 2022

Yo, identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería, Naida Oblitas Campos y Marycarmen Altamirano Fernández, acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de.....del 2022.



Huella

Firma

ANEXO 3



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico
Profesional de Enfermería**

*“Deterioro cognitivo y depresión durante la
COVID-19 en adultos mayores del Centro
Integral de Atención de Adulto Mayor,
Chota 2022”*

CUESTIONARIO PFEIFFER (SPMSQ) PARA DETERIORO COGNITIVO

(Autor: Pfeiffer E., 1975)

(Adaptado: Martínez J, et al., 2001 - Versión española)

I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes somos bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota y en esta oportunidad estamos solicitamos su participación en la investigación titulada: Deterioro cognitivo y depresión en tiempos de COVID-19 en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Chota, 2022.

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas, por lo que solo requerimos que su participación y respuestas sean sinceras. Además, indicarle que los datos personales que nos proporcione serán anónimos y confidenciales.

II. DATOS GENERALES DEL ADULTO

1. Edad:

- a) 60 a 90 años(0)
- b) 70 a 79 años(1)
- c) 80 a más(2)

2. Sexo:

- a) 60 a 90 años(0)
- b) 70 a 79 años(1)

3. Nivel educativo:

- a) Primaria(0)
- b) Secundaria(1)
- c) Técnica(2)
- d) Universitaria(3)

III. CUESTIONARIO PFEIFFER

Ítems	Calificación	
	Correcta	Error
Ítem 1: ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)		
Ítem 2: ¿Qué día de la semana es hoy?		
Ítem 3: ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)		
Ítem 4: ¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?		
Ítem 5: ¿Cuántos años tiene?		
Ítem 6: ¿Dónde nació?		
Ítem 7: ¿Dígame cuál es el nombre del presidente del Perú?		
Ítem 8: ¿Dígame cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?		
Ítem 9: Dígame el primer apellido de su madre		
Ítem 10: Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta).		

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional
de Enfermería

*"Deterioro cognitivo y depresión en
tiempos de COVID-19 en los adultos
mayores del Centro Integral de Atención
al Adulto Mayor de Chota, 2022"*

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA: VERSIÓN ESPAÑOLA (EDG-VE)

(Autor: Yesavage JA., 1982)

(Adaptado: Martínez de la Iglesia J, et al., 2002 - Versión española)

INSTRUCCIONES: A continuación, le presentamos una serie de preguntas respecto a cómo se siente o se ha sentido en las dos últimas semanas, y a las que debe responder con toda sinceridad. Además, indicarle que la información que usted nos brinde será anónima y utilizada solo para fines de la presente investigación.

Ítems	Calificación	
	Si	No
Ítem 1: ¿En general, se siente Ud. satisfecho con su vida?	1	0
Ítem 2: ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
Ítem 3: ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
Ítem 4: ¿Se siente con frecuencia aburrido?	1	0
Ítem 5: ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	1	0
Ítem 6: ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
Ítem 7: ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	0

Ítem 8: ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
Ítem 9: ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
Ítem 10: ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
Ítem 11: ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	1	0
Ítem 12: ¿Actualmente tiene sentimientos de inutilidad?	1	0
Ítem 13: ¿Se siente lleno de energía?	1	0
Ítem 14: ¿En este momento se siente sin esperanza?	1	0
Ítem 15: ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

 Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional 

CARGO

SOLICITO: Apoyo con lista de los adultos mayores por parte del área de Atención a programa social del adulto mayor

SEÑOR: ING. Werner Cabrera Campos
ALCALDE PROVINCIAL DE CHOTA

Yo, Marycarmen Altamirano Fernández identificado con DNI 74440127 ex estudiante de la ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA, de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE CHOTA. Acudo a usted para exponer lo siguiente:

Por motivos que estoy realizando mi proyecto de tesis titulado: "Deterioro cognitivo y depresión durante la COVID-19 en adultos mayores del centro integral de atención del adulto mayor, Chota, 2022", solicito a usted disponga al área correspondiente de ATENCIÓN A PROGRAMAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR me brinde la lista del padrón nominal del CIAM 2022, con los datos detallados (nombre, edad y dirección) de los adultos mayores. Ya que es de vital importancia para la recolección de mis datos y poder desarrollar el proyecto de tesis.

POR LO EXPUESTO.

A Ud, señor Coordinador le suplico acceder a mi petición por ser de justicia.

Chota, 15 de septiembre del 2022.



Marycarmen Altamirano Fernández
DNI: 74440127

ALPCH	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
	EXPEDIENTE
	E-041585-2022

10:23 a.m.
15 SET 2022