

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO
EN ADULTOS MAYORES”**

SEMINARIO DE GRADUACION

ASESORA:

DRA. CECILIA CASTRO

PRESENTADO POR

CLAUDIA ROSEMARIE ACEVEDO LOPEZ

JENNIFER BEATRIZ ALVARADO ARTIGA

LUIS ENRIQUE FUNES ALVARENGA

13 NOVIEMBRE 2020

“UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO
EN ADULTOS MAYORES”**

SEMINARIO DE GRADUACION

ASESORA:

DRA. CECILIA CASTRO

PRESENTADO POR

CLAUDIA ROSEMARIE ACEVEDO LOPEZ

JENNIFER BEATRIZ ALVARADO ARTIGA

LUIS ENRIQUE FUNES ALVARENGA

13 NOVIEMBRE 2020

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	IV
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	11
RESULTADOS.....	12
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFIA.....	22

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, nuestro creador, por habernos dado la vida y el honor de tener la vocación de ser estudiantes y profesionales de la salud.

También un agradecimiento especial a nuestros padres por haber sido un ejemplo de emulo para nosotros y por habernos dado la oportunidad de poder concluir nuestra carrera y asimismo sembrar en nosotros la semilla de superación personal.

Agradecemos a la facultad, docentes y asesores por el apoyo incondicional en este proyecto de sumo interés para nuestra formación, el cual ha sido arduo y difícil, pero igualmente satisfactorio, y que además nos prepara para el porvenir, el cual, sin duda, estará lleno de más retos y desafíos.

Un agradecimiento especial a nuestra asesora Dra. Cecilia Castro, quien nos orientó brindándonos su inmensurable apoyo en este proyecto, con tantos invaluable conocimientos despejó todas y cada una de nuestras dudas, corrigió nuestros errores con la paciencia de una maestra ejemplar, y nos impulsó siempre, a seguir hasta el final, pudiendo así, culminar con nuestro proyecto.

Gracias a todos.

RESUMEN

La depresión y el deterioro cognitivo se encuentran muy relacionados con los adultos mayores ocasionando sufrimiento y problemas en su vida cotidiana, llevando a la marginación y aislamiento de este grupo de personas, por lo cual es primordial encontrar recomendaciones eficientes. **Objetivo:** Determinar la relación que tiene la depresión geriátrica sobre el deterioro cognitivo del grupo etario. **Método:** Consiste en la revisión bibliográfica, en el cual se utilizó el método de tipo integrador por haber sido realizada de forma sistemática, se utilizaron diferentes bases de datos empezando por Google Scholar de documentos y artículos de revistas publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en diferentes países, obteniendo la literatura gris mediante una rúbrica que excluyó ciertas literaturas. **Resultados:** 56.0% de la población (adultos mayores) no presenta síntomas de depresión, un 33.5% solo presenta depresión leve, un 9.1% una depresión moderada y solo el 1.4% una depresión leve. Cimadevila et al., afirman que un 15.2% presenta deterioro cognitivo bajo y un 2,8% que presenta puntuación de deterioro grave, el perfil predominante de los sujetos con deterioro cognitivo y depresión, sería, mujer, mayor de 75 años, nivel de estudios bajo y urbana. **Conclusiones:** Se identificó que el nivel de depresión más frecuente en los adultos mayores es de tipo leve, mayormente afectado el sexo femenino y el deterioro cognitivo más frecuente es de tipo leve, el cual aumenta con la edad. Se encontró relación entre el nivel de depresión y el grado de deterioro cognitivo.

Palabras claves: *deterioro cognitivo, depresión geriátrica, adulto mayor, relación.*

INTRODUCCIÓN

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030.

Según la Organización Panamericana de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada. Esta población es de importancia en la actualidad debido a su incremento. Esto se debe a factores como disminución de la tasa de natalidad año tras año (datos del 2019 por Knoema revelan 18.1 nacidos vivos por cada 1000 habitantes) y al aumento de la esperanza de vida en El Salvador (datos 2019 por Knoema revelan 73.7 años). Se estiman que para el año 2050, la población mundial mayor de 60 años se duplicara del 12% al 22%. En números reales, se calcula actualmente una población de 900 millones que para dicho año llegara a los 2000 millones de personas.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo y mitad de personas que padecen depresión en su vida ha sido después de los 60 años.

El adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la efectuación de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional. En relación a lo anterior, esta funcionabilidad del

adulto mayor disminuye por el deterioro en múltiples y diferentes áreas de la función cognitiva tales como: la conciencia, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria, la organización, las emociones o el lenguaje.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas.¹ Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria². La clasificación de la depresión varía según la CIE-10 y el DSM IV (Ver tabla 1)

Tabla 1

Clasificación de trastornos depresivos CIE-10 Y DSM IV

CIE-10	DSM IV
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo mayor • Episodio único • Recurrente • Trastorno distímico • Otros trastornos depresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo • Trastorno depresivo recurrente • Trastorno persistente del animo • Otros trastornos depresivos

Fuente: Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría. MINSAL 2017

La depresión, deterioro cognitivo y demencia son enfermedades frecuentes en el anciano y estas pueden aparecer de manera independiente o tener una etiología igual con diferentes grados de intensidad. El problema está cuando los síntomas depresivos son clínicamente significativos y aparecen a la vez que los primeros síntomas de deterioro cognitivo y de hecho es complicado distinguir si los síntomas depresivos son secundarios o si son síntomas afectivos primarios acompañados de quejas en las funciones cognitivas, para Yesavage, un 25% de pacientes con demencia son inicialmente diagnosticados erróneamente como trastorno afectivo y

un 30% de los casos de depresión son diagnosticados como demencia. identificar y diagnosticar nuevos casos, investigar de qué manera impactan dichas patologías en el bienestar, estilo de vida y en la salud del paciente.

Se estima que aproximadamente un 15% de los adultos mayores presentan síntomas depresivos, atribuyéndose principalmente a situaciones de viudedad, padecimientos de enfermedades crónicas. Se estima que estos síntomas son muy diferentes a otros trastornos depresivos que se puedan presentar en otros momentos de la vida.

La demencia es un deterioro generalmente progresivo e irreversible del intelecto, cuya prevalencia aumenta con la edad, de los cuales sus principales factores de riesgos son la edad, los antecedentes familiares y el sexo femenino y en este caso las funciones mentales adquiridas con anterioridad se van perdiendo gradualmente; todo esto genera una afección en la cognición, la memoria, el lenguaje y las funciones visoespaciales.

Es necesario considerar que el deterioro cognitivo se refiere a un estadio intermedio entre normalidad y demencia, principalmente Enfermedad de Alzheimer (EA). Se han propuesto tres tipos: deterioro cognitivo leve (DCL), amnésico, difuso, focal no amnésico; deterioro cognitivo moderado (DCM), deterioro cognitivo severo (DCS). Las clasificaciones de las demencias varían según el CIE-10 y el DSM-IV, siendo de cada una la siguiente: (Ver tabla 2)

Tabla 2.

Clasificación de demencias CIE-10 Y DSM IV

CIE-10	DSM IV
<ul style="list-style-type: none"> • Demencia tipo Alzheimer de inicio temprano <ol style="list-style-type: none"> 1. No complicada 2. Con ideas delirantes 3. Con estado de ánimo depresivo • Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío 	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia en enfermedad de Alzheimer <ol style="list-style-type: none"> 1. De inicio temprano 2. De inicio tardío 3. Mixta o atípica 4. Inespecífica • Demencia vascular

<ul style="list-style-type: none"> 1. No complicada 2. Con ideas delirantes 3. Con estado de ánimo depresivo • Demencia vascular <ul style="list-style-type: none"> 1. No complicada 2. Con ideas delirantes 3. Con estado de ánimo depresivo • Demencia debida a enfermedad por VIH • Demencia debida a traumatismo craneal • Demencia debida a enfermedad de Parkinson • Demencia debida a la enfermedad de Huntington • Demencia debida a enfermedad de Pick • Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt- Jacob • Demencia debida a múltiples etiologías • Demencia persistente inducida por sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> 1. De inicio agudo 2. Multi infarto 3. Vascular subcortical 4. Mixta: subcortical y cortical 5. Otras demencias vasculares 6. Inespecífica • Demencia propia de otras enfermedades <ul style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad de Pick 2. Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob 3. Enfermedad de Huntington 4. Enfermedad de Parkinson 5. Asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana 6. Asociada a otras enfermedades • Demencia no especificada
--	---

Fuente: Rossor, MN.: "Management of neurological disorders: dementia". J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2017; 57: 1451-1456.

En salud mental, la OMS define la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.³

En el campo de salud mental es de vital importancia la existencia de depresión ya que esta puede estar relacionada a deterioro cognitivo el cual es considerado un

importante problema de salud a nivel mundial, por lo que se ha convertido en una de las principales demandas de atención médica en los adultos mayores.⁴

La depresión es una enfermedad común y presente en todas las edades, se está expandiendo de mayor forma y los adultos mayores se encuentran más vulnerables a dicho problema de salud mental y en los que sus efectos suelen ser mayores que incluso termina relacionándose con su deterioro cognitivo, por lo que se busca responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación existente entre la depresión geriátrica y el deterioro cognitivo?

En esta revisión bibliográfica se tiene como objetivo general : Determinar la relación que tiene la depresión geriátrica sobre el deterioro cognitivo del grupo etario.

Y como específicos los siguientes:

1. Identificar el nivel de depresión geriátrica más frecuente en los adultos mayores.
2. Describir el nivel de deterioro cognitivo más frecuente en los adultos mayores
3. Analizar la relación del nivel de depresión geriátrica y deterioro cognitivo en los adultos mayores que padecen de depresión.

Entre los trastornos mentales que más frecuentemente se encuentran en el adulto mayor es la depresión y la disfunción cognitiva, las cuales a su vez son subdiagnosticadas debido a que los adultos mayores no suelen consultar espontáneamente por síntomas depresivos o sino lo suelen atribuir a la edad, por lo que a nivel de salud pública se considera que una de las mejores técnicas para contribuir a este problema era promover instrumentos de tamizaje para depresión y deterioro cognitivo en la atención del paciente mayor, siendo las más relevantes: La

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 1) y el minimal de Folstein (Anexo 2) para facilitar la determinación del deterioro cognitivo del paciente y poder hacer una detección temprana de estas patologías.

Este estudio es de gran importancia debido a que la detección correcta y precoz es primordial para detectar posibles etiologías reversibles o tratables y para la administración adecuada de fármacos que pudieran ayudar a enlentecer el proceso; además de proporcionar más información a la población y poder introducirlos en programas terapéuticos que les ayude con un mejor afrontamiento de la enfermedad del paciente y su familia para el mejor cuidado del mismo.

MÉTODOS

La revisión realizada en esta investigación es de tipo integradora en la cual se realizará un revisión sistemática y exhaustiva de diferentes artículos y publicaciones.

Estrategia de búsqueda: Se utilizaron diferentes bases de datos empezando por Google Scholar de documentos y artículos de revistas publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en diferentes países (Estados Unidos, México, Perú, España, Cuba). Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés con las palabras claves (Anexo 3)

Se indago bibliografía física como libros (Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría) y se realizó una búsqueda de estudios originales donde se consultaron las bases de datos Medline, HINARI, Scielo, para obtener fuentes confiables relacionadas con la depresión geriátrica y su relación con el deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión y exclusión: (Ver tabla 3)

Tabla 3.

Criterios de exclusión e inclusión de revisión bibliográfica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Idioma inglés o español• Fecha de publicación menor de 10 años (2,010 en adelante)• Población: Adultos mayores (mayor de 60 años)• Fuentes confiables (artículos de revista)• Utilizar buscadores académicos• Uso de escalas aprobadas para medir depresión y deterioro cognitivo en los estudios• Fuente gris de la revisión bibliográfica• Relacionado con objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Fecha de publicación mayor a 10 años• Estudio en niños• Estudio en adultos menores de 60 años• Fuentes no confiables• Uso de escalas desconocidas en el estudio• Congresos• Población menor a 100 personas en estudio• Artículos comentados

Extracción de datos: se revisaron un total de 28 documentos bibliográficos, aunque se excluyeron 16 que no fueron considerados relevantes para el objetivo de esta revisión. Se seleccionaron 9 revisiones sistemáticas que cumplieron con el nivel de evidencia y calidad científica del tema de estudio para su análisis. (Anexo 4)

RESULTADOS

Nivel de depresión

Cimadevila et al. en –Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años- cuya muestra está compuesta de 927 sujetos mayores de 65 años y naturales de la comunidad gallega. El 44,8% de la muestra corresponde a los varones y el 55,2% a las mujeres, con una edad

media el total de la muestra de 72,95 años, la media de edad de los varones de la muestra es de 73,10 años, que va desde los 65 años el más joven a los 89 años el mayor, respecto a las mujeres la más joven tiene 65 años y la mayor tanto de la mujeres como del total de la muestra tiene 93 años, con una media de edad de 72,82 años y utilizo como método estadístico la escala de Beck y el Mini Mental de Folstein, arrojó que según los resultados del inventario de depresión de Beck y los criterios de puntuación en el índice de fiabilidad Alfa en Beck, el 56.0% de la población no presenta síntomas de depresión, un 33.5% solo presenta depresión leve, un 9.1% una depresión moderada y solo el 1.4% una depresión leve.

En el grupo de edad entre 65-69 años, la mayoría no presenta signos de depresión, al igual que el grupo de 70-74 años, aproximadamente el 93%; en los menores de 75 años la depresión moderada y grave representa el 6,2%, mientras que en los mayores de 75 se muestra hasta en 14,0% de la población. En el grupo de mayores de 80 años se encuentra el porcentaje mayor de sujetos deprimidos, sobre todo depresión moderada con un 18,6% y con depresión grave hasta un 6%. El sexo predominante es el femenino con un 37,5% en depresión leve, 12,5% depresión moderada y un 2% con depresión grave. En contraste con los hombres con porcentajes del 28,7%, 4,8% y 0.7% respectivamente. Se observa mayor riesgo de depresión en adultos mayores no casados y en aquellos sin estudios que no saben leer correspondiendo al 74,5% en total, que desglosado en el nivel de depresión los resultados fueron 51,1% depresión leve, 17% moderada y 6,4% grave. También se encuentra más frecuente en aquellos de clase social baja. ²⁰

Nivel de deterioro cognitivo

Según Silva et al., en su estudio -Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría- cuya muestra fue de 156 adultos mayores, con predominio del sexo femenino; aquellos con 80 años y más de edad, los casados y que tenían entre 1 a 6 años de estudio utilizando como método estadístico el Mini Examen del Estado Mental, arrojó que la presencia de déficit cognitivo en la persona mayor de 65 años está aumentando en diferentes

regiones del mundo. Estimativas indican que en la actualidad 35,6 millones de adultos mayores viven con esta alteración. Los datos recolectados muestran una prevalencia del déficit cognitivo del 21.3% a 44.4%.

Cimadevila et al.²⁰, afirman que un 15.2% presenta deterioro cognitivo con puntuaciones igual o mayor que 4 (deterioro bajo), y solamente un 2,8% que presenta puntuación de deterioro grave. Por sexo vemos que las puntuaciones mayores a 4 son las más frecuentes, con un 15,6% en las mujeres frente a al 14,9% de los hombres.

El total de los sujetos deteriorados a través del MMSE (Mini Mental de Folstein) con un punto de corte 23/24 es del 29,8%, mientras que con el Blessed y tomando el punto de corte ≥ 4 es del 21,3%.

En el siguiente cuadro que fue realizado por el equipo de trabajo se comparan los niveles de deterioro cognitivo, en el adulto mayor, obtenidos en las dos bibliografías anteriormente citadas (Ver Tabla 4).

Titulo	Autor	Población	Muestra	Metodología	Resultado
Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años	Cimadevila et al.	Población gallega mayor de 65 años.	927 sujetos mayores de 65 años	Estudio observacional, transversal	Afirma que el 29.8% del total de la población estudiada posee un deterioro cognitivo leve a moderado, según el MMSE.
Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría	Silva et al.	Adultos mayores atendidos en el Hospital de Día de Geriatría.	156 adultos mayores en Lima, Perú.	Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal	Prevalencia de déficit cognitivo según el MMSE (sin especificar el nivel del mismo) del 21.3 a 44.4% del total de la población estudiada.

Depresión geriátrica y deterioro cognitivo

Según Cimadevila et al., muestra en la tabla 8 (Anexo 5) el porcentaje de sujetos que presenta deterioro cognitivo y depresión entre el Blessed y el Inventario de depresión de Beck corresponde a un 7,9%, mientras que con el MMSE el porcentaje es ligeramente superior 12,5%. Por lo tanto, el perfil de los sujetos con deterioro cognitivo y depresión, sería, mujer, mayor de 75 años, nivel de estudios bajo y urbana

La correlación encontrada entre la depresión (IDBeck) y el deterioro cognitivo (Blessed y MMSE) en el estudio realizado por Cimadevila et al. vemos al aumentar el deterioro cognitivo, aumenta igualmente la depresión, como se muestra a continuación en la tabla 9 (Anexo 6).

En México, un estudio -Asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor- de metodología transversal, proyectivo, analítico en la UMF 61 Veracruz en consulta externa, de 334 pacientes el muestreo fue no aleatorizado, tamaño de muestra basado en proporción para estudios descriptivos y formula para muestras infinitas, con nivel de confianza de 95% y error máximo del 5%. Se midió depresión con el test de Yesavage, con confiabilidad de Alpha 0.91, se aplicó el test Minimental que midió deterioro cognitivo con confiabilidad Alpha de 0.87. en donde emplearon el test de Yesavage y el mini mental de Folstein a los adultos mayores de 60 años que eran residentes del área de influencia del Centro Comunitario, y quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión o deterioro cognitivo en el área urbana marginal donde el 40.1% no presentó depresión, el 34.9% depresión leve y el 25% depresión establecida. en cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra. En este grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva pero la asociación entre ambas variables fue escasa, muy diferente en relación a los otros estudios realizados.

Otro estudio realizado en Guanajuato, México -Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer- con una muestra de

437 adultos mayores, de estos 239 mujeres y 198 varones, con una edad media de 87 años, los cuales fueron divididos homogéneamente en dos grupos: un grupo experimental y un grupo de control. Para lograr evaluar el nivel de depresión, se utilizó el inventario de Beck y el minimal de Folstein. (Anexo 7) Se concluyó que afirmativamente la enfermedad de Alzheimer afecta tanto a la personalidad como a la cognición, debido a que existen fuertes relaciones entre cognición y depresión, así como entre cognición y personalidad y el nivel de los procesos cognitivos y el nivel de depresión también encuentran relacionados ya que, a mayor deterioro cognitivo, mayores niveles de depresión.

En Chile, se realizó un estudio -Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión- a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia con 206 adultos mayores chilenos con edad promedio de 69 años, en el cual 77% de la población eran mujeres, 80% jubilados y con ingreso promedio mensual de \$239.21, los criterios de exclusión fueron presentar uno o más de los siguientes antecedentes: Lesión cerebral durante los últimos 5 años, diagnóstico de trastorno depresivo mayor o síndrome confusional en los últimos 6 meses. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la escala de reserva cognitiva. Se evidenció un efecto directo de la reserva cognitiva en el funcionamiento cognitivo, lo cual corrobora los beneficios cognitivos y funcionales que la reserva cognitiva tiene en el rendimiento de los adultos mayores. Puesto que, al controlar por depresión, edad y renta, este efecto directo en el desempeño cognitivo de los sujetos se mantiene inalterable. Con respecto al rol de la depresión, se evidenció que la presencia de depresión en el adulto mayor es un factor de riesgo independiente para el eventual desarrollo de deterioro cognitivo.

En Cuba se realizó un estudio -Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores- cuya metodología fue descriptiva transversal, con una muestra de 48 adultos mayores institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley", muestra representada por 20 adultos parcialmente institucionalizados atendidos en la consulta

de psicogeriatría en la casa de abuelos, a través de visitas semanales en el periodo comprendido del primero de Enero hasta el 31 de marzo de 2016, seleccionado al azar y como único criterio de participación voluntaria en la investigación y en quienes se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage y el mini mental de Folstein. Se evidencio que el 60 % de los pacientes presentaron depresión y una prevalencia del 35% en deterioro cognitivo. La prevalencia de depresión en el adulto mayor de la comunidad es de 17,6 % lo cual permite identificar un grupo de riesgo, que requerirá especial atención. Los resultados de este estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores parcialmente institucionalizados que provienen de la comunidad.

Estudio analítico realizado en Perú -Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú - de tipo transversal, donde se realizó un reclutamiento de los participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, y se estimó una muestra inicial de 249 adultos mayores, se realizó un aumento del 20% ante eventuales rechazos, y se obtuvo un total de 300 participantes, correspondiéndole a cada departamento un total de 100 adultos mayores donde se aplicó la escala de Yesavage. se obtuvo una mayor asociación entre la edad y la depresión en ancianos, existiendo una mayor incidencia de depresión en aquellos entre los 80 a 84 años, seguido de quienes tenían entre 85 a 89 años presentando ocho de cada diez de los participantes sintomatología depresiva. Con respecto al análisis bivariado, se encontró que aquellos tenían depresión severa se asociaba 2,10 veces a padecer deterioro cognitivo y tener entre 80 a 89 años aumentó en un 91% a diferencia de quienes eran menores de 70 años asoció en un 67% (Anexo 8).

A continuación, se presenta la comparación de los resultados finales, en cuanto a la relación entre las variables depresión y deterioro cognitivo, que se encontró en los pacientes estudiados en las bibliografías anteriormente mencionadas (Ver Tabla 5).

TABLA 5. COMPARACION DE RESULTADOS SOBRE LA RELACION DE DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESION ENCONTRADOS EN SEIS INVESTIGACIONES

Titulo	Autor	Población	Muestra	Metodología	Resultado
Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años	Cimadevila et al.	Población gallega mayor de 65 años.	927 sujetos mayores de 65 años	Estudio observacional, transversal	Observó que al aumentar el deterioro cognitivo aumenta igualmente la depresión, en el total de la población estudiada.
Asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor	Guillen et al.	Población que acudía a la consulta externa de la UMF 61 de Veracruz	334 pacientes.	Estudio transversal, proyectivo y analítico	En el total de la población estudiada el 49.9% tenían depresión leve y establecida, asimismo el 41.7% de la misma población presentaba algún deterioro cognitivo, sin embargo, afirman que la relación que existe entre estas dos variables es sumamente escasa.
Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer	Da Silva et al.	Residentes de Guanajuato, México.	437 residentes de Guanajuato, México.	Estudio tipo transversal, analítico.	Afirma que, a mayores niveles de depresión, mayor deterioro cognitivo, es decir que la depresión fue directamente proporcional al nivel de deterioro cognitivo encontrado en la población estudiada.

Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión	Cancino et al.	Población Chilena	206 adultos mayores chilenos.	Estudio empírico, transversal.	Evidencia que la presencia de depresión en el adulto mayor es un factor de riesgo independiente para el eventual desarrollo de deterioro cognitivo. Es decir que ambas variables estuvieron directamente relacionadas en la población.
Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores	Valdés et al.	48 adultos mayores parcialmente institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley"	20 adultos mayores parcialmente institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley"	Estudio descriptivo, transversal.	El 60% del total de los pacientes estudiados presentaron algún tipo de depresión, en contraste con el 35% de los pacientes, que presentaron deterioro cognitivo. Aunque el estudio por sí solo no determina la relación, se deduce la escasa relación entre ambas variables.
Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú	Vilchez et al.	Adultos mayores de 60 años, provenientes de las ciudades de Ucayali, Ica y Lima; Perú.	300 adultos mayores de 60 años, provenientes de las ciudades de Ucayali, Ica y Lima; Perú.	Estudio analítico, transversal.	Encontró que aquellos pacientes con depresión severa se asociaban 2,10 veces más a padecer deterioro cognitivo.

CONCLUSIONES

Se identificó que el nivel de depresión más frecuente en los adultos mayores es de tipo leve, estando relacionada con el sexo y la edad, siendo mayormente afectado el sexo femenino y con un aumento a partir de los 75 años.

En relación con el deterioro cognitivo el más frecuente es de tipo leve, el grado de deterioro cognitivo aumenta con la edad, ya que a mayor edad se registra un mayor deterioro cognitivo.

En la mayoría de estudios se encuentra relación entre el nivel de depresión y el grado de deterioro cognitivo, los estudios demuestran que a pesar de que la depresión se relaciona con un nivel de deterioro cognitivo leve se ve reflejado específicamente por la presencia e intensidad de síntomas depresivos asociados a un peor desempeño en la vida cotidiana. Es importante recalcar que la depresión es una enfermedad que al ser diagnosticada se puede tratar involucrando a la familia y a los profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

Se evidencia la importancia de prestar especial atención a los adultos mayores en riesgo por los profesionales de salud y la sociedad ya sea mediante la capacitación en la atención del adulto mayor, así como la prevención y atención de enfermedades crónicas que se presentan concomitantemente, creación de políticas acerca de la asistencia a largo plazo y los cuidados paliativos además de creación de servicios y entornos que puedan favorecer al adulto mayor .

Es importante considerar la promoción de hábitos activos y saludables para ayudar a mejorar la calidad de vida, creando condiciones y entornos que contribuyan al bienestar y puedan propiciar que el adulto mayor logre adoptar un estilo de vida más sano e íntegro.

Se recomienda el diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión o trastornos mentales, neurológicos y abuso de sustancias psicotrópicos que reviste una importancia decisiva ya que una buena asistencia sanitaria y social puede mejorar la

salud, prevenir enfermedades y ayudara a tratar con prontitud los padecimientos crónicos de los adultos mayores.

Para ello es imprescindible proporcionar a los adultos mayores una atención de salud mental eficaz en el nivel comunitario. La misma importancia tiene poner de relieve la asistencia prolongada de los adultos mayores aquejados de trastornos mentales, así como dar formación, capacitación y apoyo a quienes los atienden.

Es imprescindible contar con un marco legislativo apropiado, basado en las normas internacionales sobre derechos humanos, para ofrecer los servicios de la mejor calidad a las personas con enfermedades mentales y a quienes cuidan de ellas.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Estado Unidos: OMS; 2007 [actualizada el 12 de diciembre de 2017; acceso 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. Sanchez MB. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR- HSJD [Online]... 2015 [CONSULTADO 10 agosto 2020]; 5(4): p. 10. Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/20777>
3. Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Capítulo 1: Demencia un tema de salud pública Washington, DC: OPS, 2013. Pag. 6-10
4. OPS. [Online].; 2020 [cited 2020 febrero 1. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13266:el-salvador-foro-sobre-depresion-y-salud-mental&Itemid=42050&lang=es.
5. Sanchez MB. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR- HSJD. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR- HSJD. 2015; 5(IV)Velasquez ESC. Adulto Mayor. [Online].; 2014 [cited 2020 02 14. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/AdultoMayor/EstudioSAMCarlosVelasquez.pdf>.
6. Marin MA. Residencial Altavista, gestión privada de suelo urbano, para vivienda accesible de El Salvador. Estudios Centroamericanos. 2008; 67(730).
7. Perú AM. SCIELO. [Online].; 2017 [cited 2020 febrero 10. Available from: HYPERLINK <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf%20>
8. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In DSM-IV-TR. Barcelona: Ed. Masson; 2013
9. Pocock GSDE. Funciones Nerviosas Superiores. [Online].; 2017 [cited 2020 febrero 22. Available from: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=579>.
10. OMS. [Online].; 2020 [cited 2020 febrero 5. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
11. Sadock B, Sadock V, Ruíz P. Psiquiatría Geriátrica , Sinopsis de Psiquiatría (Kaplan & Sadock), Décima edición, Philadelphia, Wolters kluwer ;2010, pág, 1352-1356
12. Murphy JM OD, Monson RR SAFELA. Depresión y ansiedad en relación al estatus social. In.; 1991. p. 48: 9-13.
13. Cummings, JL. Benson, DF. Dementia: a clinical approach. Butterworths. Boston. 2014. Pp. 1-3.
14. A. Dörr MEGMLB. Procesos cognitivos. In Psicología general y evolutiva. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2008. p. pp. 36-42.

15. Henderson AS KAJPMA. El curso de la depresión en la vejez: estudio longitudinal basado en la comunidad.
16. JL A. La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. revista electrónica. ; 2005.
17. Burvill PW HW, Stampfer HG EJ. Pronostico de depresión en edad avanzada. In Br J Psychiatry.; 1991. p. 158: 64-71.
18. Cui X VG. Antecedentes y consecuencias de eventos negativos de la adultez. In Am I Psychiatry.; 2013. p. 156: 6-21.
19. A. R. Centro de estudio Alzheimer. [Online].; 2002 [cited 2020 febrero 6. Available from: http://www.scual.sld.cu/documentos_pdf/Criterios%20para%20MCI,%20Dem.%20y%20E.A.pdf.
20. Cimadevila C, Cuba J, Mateos R. Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años [Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2008 [citado 15 oct 2020]. Disponible en: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2511/9788498871722_content.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Silva J, Castro J, Coelho S, Fernandes A, Partezani R. Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. Nure Inv [Internet]. 2015 [citado 15 oct 2020];12(78):1-9. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/731/675>
22. De A. "ASOCIACIÓN DE LA DEPRESION CON EL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR" MEDICINA FAMILIAR PRESENTA: DRA. MIRSHA NAYDU GIL TENORIO [Internet]. Universidad Veracruzana. Región Veracruz. Facultad de Medicina; 2017 [cited 2020 Oct 18]. Available from: <http://cdigital.uv.mx/handle/1944/49604>
23. Da Silva Rodrigues CY, De la Roca Chiapas JM, Carvalho Figueiredo PA, Romero Lara E. Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. Ciencias Psicológicas [Internet]. 2018 Oct 23 [cited 2020 Oct 19];231. Available from: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1687>.
24. Cancino M, Rehbein Felmer L, Ortiz MS. Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. Vol. 146, Artículo de Investigación rev Med Chile. 2018.
25. Valdés King M, Alberto González Cáceres J, Salisu Abdulkadir M. Prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly [Internet]. Vol. 33, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017 [cited 2020 Oct 19]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
26. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña- Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo- Portocarrero B, et al. Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos peruanos de tres regiones. Acta Med Peru. 2017;34(4):26

ANEXOS.

ANEXO 1

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

Anexo 2

Test de Mini Mental State Examination de Folstein

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H^º: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Anexo 3.

Principales temas utilizados en el buscador

Español	Ingles
<ul style="list-style-type: none">- Deterioro cognitivo en adultos mayores- Depresión en adultos mayores- Relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores	<ul style="list-style-type: none">- Cognitive impairment in older children- Depression in older adults- Relationship between depression and cognitive impairment in older adults

Anexo 4. Clasificación de la calidad científica de la búsqueda bibliográfica.

Clasificación general de la documentación según relevancia y calidad científica.															
No.	Título de la Fuente Bibliográfica	Idioma	Descriptores Empleados: Términos o Palabras claves utilizadas como buscador	Estilo de Publicación o nivel de evidencia del estudio	Fuente de información	año	Buscador Bibliográfico empleado o gestor de referencia (bases de datos)	Origen	Procedencia o país	Fecha de publicación	Conclusiones acordes a los objetivos	Metodología	Cumple con la relevancia	cumple con la calidad	Resultado de la evaluación y selección de la bibliografía
1	Depresión geriátrica y trastornos cognitivos					2008									NO CUMPLE
2	Consejo español sobre demencias	español	Demencias	Consenso español sobre demencias	secundario	2005	CiteUJike	comercial	mexico	oct-05	no	no	si		NO CUMPLE
3	La depresión. Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor	español	Depresión, adulto mayor, discapacidad, escala de depresión geriátrica	artículo	secundario	2006	CiteUJike	academico	mexico	7/7/2006	no	no	si		NO CUMPLE
4	Actividades preventivas en los ancianos del PAPPS	español	ancianos	artículo	secundario	2001	CiteUJike	gubernamental	españa	nov-01	no	no	no	si	NO CUMPLE
5	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5ta Ed. (DSM-V)	español	demencias, depresion	Libro	primario	2016	CiteUJike	academico	españa	2016	no	no	si		SI CUMPLE
6	Actividad física y ejercicio en los mayores					2007									NO CUMPLE
7	Mild Cognitive Impairment, and Mild Dementia. A Clinical Perspective	ingles	cognitive	artículo	secundario	2015	CiteUJike	academico	estados unidos	1/10/2015	no	no	si	no	NO CUMPLE
8	Prevalencia De Depresión Y Factores De Riesgo Asociados A Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores.	español	deterioro cognitivo en adultos mayores; depresión; factores de	artículo de revista	primario	2017	MeSH NLM /Scielo	academico	cuba	2017	si	si	si		SI CUMPLE
9	Asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor	español	Depresión, deterioro mental, adulto mayor	tesis	primario	2017	CiteUJike	academico	mexico	2017	si	si	si		SI CUMPLE
10	Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.	español	depresion, deterioro cognitivo y adulto mayor	artículo de revista	Primario	2018	MeSH NLM /Scielo	academico	mexico	20/8/2018	si	si	si		SI CUMPLE
11	Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión	español	depresion, cognitivo, adulto mayor	artículo de revista	Primaria	2018	MeSH NLM /Scielo	academico	chile	23/3/2018	si	si	si		SI CUMPLE
12	Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años	Español	relacion, deterioro cognitivo y sintomatología depresiva	tesis	Primario	2008	google academico	academico	españa	2008	si	si	si		SI CUMPLE
13	Relación entre la sintomatología depresiva y el desempeño cognitivo en adultos mayores	ingles	Relacion, depresion y cognitivo, adultos mayores	artículo de revista	Primario	2018	Journals	academico	Colombia	12/7/2018	si	si	si		SI CUMPLE
14	Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría	español	Actividades cotidianas; Anciano; Cognición; Depresión; Enfermería geriátrica.	artículo	Primario	2015	Nure	academico	brasil	18/6/2015	si	si	si		SI CUMPLE
15	Demencia y depresión: dos entidades relevantes en el envejecimiento patológico.	español	depresión, envejecimiento, demencia, enfermedad Alzheimer	artículo	secundario	2006	google academico	academico	Colombia	6/6/2006	no	no	si	no	NO CUMPLE
16	Asociación Entre Trastorno Depresivo Y Deterioro Cognitivo En Ancianos	español	Cognitive dysfunction; Demencia; Depresion	artículo de revista	primario	2017	MeSH NLM /Scielo	academico	peru	22/11/2017	si	si	si		SI CUMPLE

Anexo 5

Tabla 8. Porcentaje de sujetos que presentan depresión y deterioro cognitivo a través del Beck (13/14) y el MMSE (23/24) y Blessed (<4).

		Inventario de depresión de Beck		
		No depresión	Depresión	Total
Blessed	no deterioro	626	170	
	deterioro	58	73	
MMSE	Caso	168	116	
	No caso	516	127	
Blessed	no deterioro	67,5	18,3	85,87
	deterioro	6,3	7,9	14,13
	Total	73,8	26,2	
MMSE	Caso	18,1	12,5	30,64
	No caso	55,7	13,7	69,36
	Total	73,8	26,2	

Anexo 6

Tabla 9. correlación entre depresión y deterioro cognitivo con el total de la muestra y las variables edad y sexo.

		Depresión I BECK	Deterioro	
			BLESSED	MMSE
	Total	I BECK	0,450	-0,344
	Hombre	I BECK	0,391	-0,225
	Mujer	I BECK	0,469	-0,367
	< 75	I BECK	0,340	-0,303
	> 75	I BECK	0,530	-0,346
< 75	Hombre	I BECK	0,324	-0,179
	Mujer	I BECK	0,347	-0,353
> 75	Hombre	I BECK	0,475	-0,270
	Mujer	I BECK	0,530	-0,298

Anexo 7

Artículo: Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con Alzheimer.

Relación de cognición y depresión (México)

Tabla 4
Análisis de los rangos en la relación de los mecanismos cognitivos y la depresión

Cognición / Depresión	Nivel depresión	N	Rango promedio
Orientación	Sin depresión	273	119.88
	Intermitente	58	93.93
	Moderado	106	90.02
	Total	437	
Atención y cálculo	Sin depresión	273	238.79
	Intermitente	58	66.00
	Moderado	106	173.10
	Total	437	
Memoria	Sin depresión	273	216.26
	Intermitente	58	90.18
	Moderado	106	194.65
	Total	437	
Lenguaje	Sin depresión	273	237.89
	Intermitente	58	62.43
	Moderado	106	174.65
	Total	437	
Capacidades Viso-constructivas	Sin depresión	273	230.13
	Intermitente	58	78.32
	Moderado	106	180.92
	Total	437	
Recuerdo diferido	Sin depresión	273	85.76
	Intermitente	58	229.29
	Moderado	106	222.85
	Total	437	

Anexo 8

Porcentaje de depresión en adultos mayores según estudio: Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú

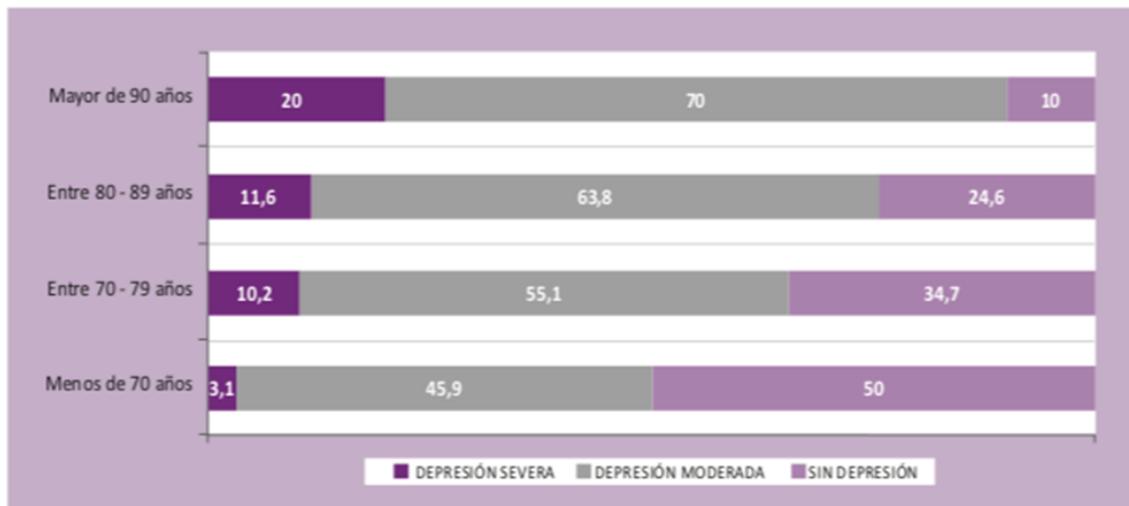


Figura 1. Porcentaje de residentes que contestaron las preguntas, por número de pregunta