

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

CONTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN AL DETERIORO COGNITIVO Y LA
DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL 7C DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS - HNERM EN EL PERIODO DE 2021-2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA
PRESENTADO POR
MILAGROS NUÑEZ HUANCA

ASESORA
SARITA BOCANEGRA GONZALES

LIMA - PERÚ
2023



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**CONTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN AL DETERIORO COGNITIVO Y LA
DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL 7C DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS - HNERM EN EL PERIODO DE 2021-2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

PRESENTADO POR

MILAGROS NUÑEZ HUANCA

ASESORA

DRA. SARITA BOCANEGRA GONZALES

LIMA-PERU

2023

ÍNDICE

Portada
Índice

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.4.1. Importancia	5
1.4.2. Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	12

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación	13
3.2 Variables y su definición operacional	14

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico	14
4.2 Diseño muestral	14
4.3 Técnicas de recolección de datos	15
4.4 Procesamiento y análisis de datos	16
4.5 Aspectos éticos	

CRONOGRAMA	16
PRESUPUESTO	17
FUENTES DE INFORMACIÓN	17
ANEXOS	19
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado (opcional)	
4. Asentimiento informado (opcional)	

NOMBRE DEL TRABAJO

**CONTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN AL D
ETERIORO COGNITIVO Y LA DEMENCIA
EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZAD
OS**

AUTOR

MILAGROS NUÑEZ HUANCA

RECuento de palabras

5543 Words

RECuento de caracteres

29493 Characters

RECuento de páginas

23 Pages

Tamaño del archivo

557.3KB

Fecha de entrega

Sep 15, 2023 9:06 AM GMT-5

Fecha del informe

Sep 15, 2023 9:07 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 14% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad tenemos que tener en cuenta que las personas están viviendo más tiempo que antes, se ha visto que la mayoría de personas cuenta con una expectativa de vida mayor a los 60 años, es por este motivo que se tiene en claro que para el año 2050 este grupo de habitantes se va a duplicar o hasta triplicar su cantidad a la actualidad, es por ello que debemos saber manejar las comorbilidades en esta etapa de vida ⁽¹⁾. Dentro de nuestra población peruana se ha visto que ha ido en aumento de 5.7% en el año 1950 a 13% en el año 2021, en estos datos ofrecidos se adopta el rango de adulto mayor a la población mayor a 60 años, la cual tiene concordancia con el criterio adaptado por las Naciones Unidas ⁽²⁾. Dentro del área de ESSALUD se observa que la población de 60 años a más, esto mismo se correlaciona con datos del 2021 que se llega a 1 millón 962 mil 2015 asegurados, de cual se concluye que sería un total de 15% de la población total asegura esto quiere decir que por cada 100 asegurados 16 serán adultos mayores. Es por ello que tenemos que tener en cuenta la importancia de las enfermedades en esta etapa de vida de lo cual las comorbilidades más frecuente en el adulto mayor se encuentra la demencia y la depresión y en algunos casos se ha evidenciado su relación ya que la depresión puede ser una característica de demencia naciente.

En algunos estudios se observa que el 7% de los adultos mayores adolece de depresión, por lo que la falta de terapéutica acelera el daño cognitivo, funcional y social. Dentro de nuestro territorio peruano se encuentra algunos reportes con el 15.97% de depresión en la comunidad hospitalizada y 9.8% dentro de la comunidad ⁽³⁾. Estos estudios peruanos indican que el deterioro cognitivo en los pacientes geriátricos abarca casi un 70% en su totalidad los cuales lo pueden presentar de diversos grados ⁽⁴⁾. Los reportes de demencia en Perú no existen oficialmente, se tiene como referencia que en el Latinoamérica su prevalencia oscila entre 7.1% en Lima urbana 9.3% u el cercado de lima 8.65% ⁽⁵⁾.

Debido a que en los diferentes reportes de la OMS se observa que la población adulta mayor incrementara con los años, también se tiene en cuenta que al adicionar años la sintomatología es atípica y teniendo en cuenta que la depresión , el deterioro cognitivo y la demencia en esta etapa es frecuente y más aún que dentro Perú no contamos con datos actualizados sobre la prevalencia de estas enfermedades y en estos tiempos de pandemia los problemas neuropsicológicos están en aumento especialmente en esta población que es la más vulnerable, por todo ello se llevara a cabo esta investigación para asociar la contribución de la depresión a estas dos enfermedades en mención.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Como contribuye la depresión al deterioro cognitivo y a la demencia en los adultos mayores hospitalizados en el 7c de Medicina Interna del HNERM en el periodo de 2021-2022?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si la depresión contribuye al deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados en el HNERM en el periodo de 2021-2023.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación de la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia en adulto mayores con comorbilidades previas en adultos mayores hospitalizados
- Relacionar el género, los rangos de edades y el nivel educativo con la asociación de la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados

- Determinar la relación entre el nivel de depresión y la asociación con demencia y deterioro cognitivo en adultos mayores hospitalizados.
- Identificar la relación entre la depresión y el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores hospitalizados.

4. Justificación

En primeras estancias se ha observado que la población adulto mayor va en aumento conforme pasen los años, así mismo la depresión en esta población es más difícil de diagnosticar también dicha enfermedad en el último año ha ido creciendo dada las circunstancias que nos ha tocado enfrentar en estos años lo cual ha sido el enfrentamiento de la pandemia por el COVID 19, esto ha hecho que la depresión se vuelva más prevalente en especial en los adultos mayores que han tenido mayores pérdidas y han sufrido más con el confinamiento establecido. Ya que en muchos estudios se observa la conexión entre la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia, dicho estudio ayudara a validar esta relación ya que por la pandemia no se tiene data actualizada sobre la depresión especialmente en esta etapa de vida ni su relación con el deterioro cognitivo y la demencia, esto puede ser de gran índole para tener una intervención precoz desde el diagnóstico oportuno de dicha enfermedad para un abordaje multidisciplinario y así poder disminuir el deterioro cognitivo o demencia en nuestra población adulta mayor y poder prever el deterioro cognitivo y funcional que estas dos enfermedades pueden conllevar.

1.4.1. Importancia

Este trabajo tiene la importancia de dar a conocer si la depresión contribuye tanto al deterioro cognitivo y a la demencia en nuestros pacientes geriátricos para poder realizar un trabajo oportuno y así disminuir la incapacidad funcional y riesgo de mortalidad en dicha población.

1.4.2. Viabilidad y factibilidad

Al momento todavía no se cuenta con el permiso del HNERM, posteriormente se regulariza con los papeles para la autorización.

El trabajo de investigación cuenta con los recursos humanos precisos para su ejecución, recursos financieros los materiales adecuados para su desarrollo

1.5 Limitaciones

Al momento no se cuentan con limitaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Podemos comenzar a citar la investigación de Javier Santabárbara ⁽⁶⁾ , quien realizo su trabajo en Madrid 2020, identificando los casos de asociación de depresión para mayor peligro de padecer demencia, este metaanálisis contemporáneo de diversos estudios prospectivos se evalúa tanto la depresión, ausencia de demencia y el deterioro cognitivo, para ello se obtuvo un total de 1521 referencias bibliográficas , de los cuales progresivamente se fueron excluyendo 33 artículos, dentro de esta investigación se vieron resultados que se tiene un riesgo de 63% mayor de riesgo de demencias en paciente geriátrico que sufren depresión en comparación a la población sana.

Por otro lado también tenemos la investigación de Ly ⁽⁷⁾, quien en su trabajo que llevo a cabo en Estados Unidos en el 2021 , se quiso determinar si la depresión en la vejez condicionaba a un deterioro cognitivo más rápido en comparación a su grupo de control que nunca se deprimió , por ello se hizo un seguimiento por 5 años entre sus participantes de los cuales los pacientes con depresión fueron seleccionados por pacientes diagnosticados con depresión por la Universidad de Pittsburg con 185 personas y el grupo de que nunca se deprimió se eligió de la comunidad de Pittsburg con 114 personas , de este estudio se concluyó que los pacientes con depresión en comparación con los pacientes que no se han deprimido se da un significativo deterioro inicial, pero no disminuyó más rápidamente. Los pacientes con inicio de depresión se vieron significativamente afectados en la atención/velocidad de procesamiento y la función cognitiva global al inicio, pero no observo una disminución más rápida en comparación con el grupo control. Aquellos con otro tipo de inicio de depresión en comparación con el grupo control y los de inicio temprano se observó un peor en todos los dominios al inicio del estudio y experimentó deterioro más rápido por la disminución de las habilidades verbales y retraso en la capacidad de memoria.

Por otro lado, citaremos a la investigación de Malvin Rodríguez ⁽⁸⁾ Cuba 2021, se quiso determinar el funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión, se realizó un estudio descriptivo transversal, con un total de 50 adultos mayores, en donde utilizó la escala del mini mental , el tes del reloj y el test de MoCa, de este estudio se evidencio las diferencias significativas entre los grupos en el mini-examen del estado mental y en el Montreal Cognitive Assessment. Los integrantes con depresión obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en los dominios cognitivos del Montreal Cognitive Assessment., por ende, se pudo concluir que la depresión influye negativamente en el funcionamiento cognitivo .

Desde otro punto de vista, José Antonio Camacho ⁽⁹⁾ en su trabajo que realizo en España en el año 2021, sobre la conexión entre depresión y deterioro cognitivo en adulto mayores, se utilizó la muestra con 70 personas en los cuales se utilizó las escalas como el geriatric depression scales y la subescala CAMCOG del CAMDEX ambas para detectar depresión y deterioro cognitivo, la recolección de estos datos fue de manera transversal en dos residencias geriátricas en España , dentro de los resultados no se encontró conexión entre la edad y la puntuación con la escala GDS , pero si se encontró la relación que a mayor edad menor número en la escala CAMCOG lo cual significaría que se encontró un mayor incremento que a mayor edad mayor deterioro cognitivo, otro hallazgo que se obtuvo es que el 27.27% de su población tenía depresión y deterioro cognitivo, en este estudio si bien no tuvo tanta población de estudio se pudo determinar que si el adulto mayor ingresaba a la residencia con depresión podría con llevar una mayor tendencia de mayor desarrollo deterioro cognitivo.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Dentro de los antecedentes nacionales encontramos el estudio de Jennifer Vílchez ⁽⁵⁾ en su trabajo realizado en Perú en el año 2017, en donde quiere precisar la interaccion entre la presencia de trastorno depresivo y trastornos neurocognitivos dentro de las ciudades de Ucayali, Ica y Lima. Para este estudio

encostaron a 276 adultos mayores a los cuales le realizaron las escalas de Yesavage , Pfeiffer y para hallar el deterioro cognitivo se realizó a través del test Short Portable Mental Status Questionnaire, de los resultados . El 36,3% con deterioro cognitivo y el 64% depresión moderada o severa. Además, se encontró un enlace entre la edad y depresión ($p < 0,05$), y una filiación entre el deterioro cognitivo y depresión severa, de acuerdo al estudio se determina que los índices de depresión aumentan conforme aumentaba la edad en los pacientes y si se dedujo que tener depresión severa conlleva a tener más probabilidad.

En la investigación que llevo a cabo Coco Contreras ⁽⁴⁾, concretado en la región de Huancayo-Perú , en el año 2017, el cual determino la prevalencia de demencia y la funcionalidad en la población mayor, este estudio fue de tipo observacional y transversal, con 382 pacientes , de lo cual tuvo una prevalencia de demencia de un 9.9%, deterioro cognitivo leve 11% , deterioro cognitivo moderado y grave 6%, y el resto (75.7%) no mostro deterioro cognitivo, para poder realizar estas conclusiones necesitaron la ayuda de un geriatra el cual lo diagnostico mediante las diferentes escalas como Pfeiffer, índice Katz, Lawton y Brody.

Se encontró en la investigación ejecutada por Ybeth Luna ⁽¹⁰⁾ , realizada dentro de Lima metropolitana y Callao , en el año 2018, donde se identifica los factores asociados tanto para deterioro cognitivo y funcional los cuales se relacionan con la demencia , este estudio fue de tipo transversal analítico con un muestreo probabilístico de 1290 adultos mayores, dando como resultados que dentro de su población de muestra el 17% presento deterioro cognoscitivo este porcentaje se obtuvo mediante la realización de la escala de MMSE, por otro lado se combinó esta escala junto con el cuestionario Pfeiffer donde se redujo el porcentaje al 6.7% con deterioro y sospecha de demencia, como factores se encontraron mayor asociación en mayores de 75 años ($OR=10,52$), encontrarse desocupado ($OR=18,45$), un grado de instrucción menor a 8 años ($OR=4,25$), por otra parte se determina que un estado de depresión leve conlleva a menor deterioro cognitivo y funcional.

En otra investigación realizada por Anibal Oblitas ⁽¹¹⁾ , en el región de Chota-Perú en el año 2021, este estudio fue de tipo observacional, descriptivo de corte

transversal, realizado con una muestra de 92 adultos mayores, a los cuales se le realizó el Test Mini Mental Cognitivo, se obtuvo que el 31.3% con deterioro leve y tenían entre 85 y 89 años; mientras que el deterioro severo alcanzó 37.5% hacia los 90 años, en este estudio también se observa que el género femenino, el estar viudo y el no tener un grado de instrucción aumenta a la capacidad de presentar un deterioro cognitivo de moderado a severo.

No se encuentra con mucha información sobre el tema de investigación a nivel nacional.

2.2 BASES TEÓRICAS

Sabemos que la depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes y más desapercibido en la población geriátrica, por ende, tiende a declinar la calidad de vida y puede condicionar una discapacidad. Por todo esto en mención es muy importante hacer un diagnóstico precoz ⁽¹²⁾. Tenemos que tener en cuenta que la depresión es un trastorno mental, el cual puede afectar tanto el pensamiento, comportamiento y las relaciones interpersonales de las personas que nos rodean, esta enfermedad se puede clasificar de leve hasta grave y ello va a condicionar con el desempeño para que el adulto mayor pueda realizar sus actividades diarias ⁽¹⁵⁾.

EPIDEMIOLOGÍA:

Mediante la Organización de la Salud se ha podido estimar que aproximadamente cerca al año 2050, la población adulta mayor va a ir en aumento casi el doble de lo que ya lleva hasta ahora, y por lo que se ha visto alrededor del 20% de adultos mayores padece tanto de trastornos mentales y neurológicos, muy aparte también se observa que el 17.5% de esta población vive con algún tipo de discapacidad ⁽¹³⁾.

Se ha observado una prevalencia del 14.2% de depresión en los adultos mayores, de los cuales se ha visto que con mayor frecuencia se observa en el sexo femenino (67.6%), además se estableció que a más edad más desarrollo de la depresión es por eso que en mayores de 75 años la prevalencia es de

40.5%, otro punto es que los adultos mayores sin grado de instrucción tienen una prevalencia del 37.4% para el desarrollo de esta enfermedad, esto puede significar que el adulto mayor es más vulnerable a desarrollar la depresión debido a que puede pasar algunos tipos de maltrato como: físico, sexual, psicológico, económico o material, y por otro lado se observa aumento de abandono, falta de atención y respeto, todo esto puede acondicionar al desarrollo de las enfermedades mentales ⁽¹⁴⁾.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgos como predisposición las mujeres, por otro lado, la población geriátrica que viven en zonas urbanas cuenta con un factor de protección a diferencia de los que viven en zona rural, la persona de la tercera edad que se encuentra viuda tiene mayor predisponibilidad para desarrollar depresión. Otros factores de riesgo como: la desnutrición, el maltrato económico y el riesgo de maltrato hacia el adulto mayor ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado tenemos al deterioro cognitivo se considera como una fase de transición entre la cognición normal y la demencia, para el desarrollo de estas enfermedades se encontraron números factores asociados dentro de ellos tener depresión hace referencia como pródromo de una demencia y deterioro cognitivo, ya que estas tienen factores de riesgos comunes en adultos mayores, es por eso que aumenta su prevalencia de ambos en esta población, otro punto que tenemos que tener en claro que la depresión daña las neuronas y por ello se observa su relación entre estas enfermedades ⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾.

MECANISMO DE ACCIÓN

Existe un hipótesis entre la relación de depresión y demencia que es la teoría vascular, ya que se asocia a la depresión con la enfermedad cerebrovascular, ya que las lesiones isquémicas subcorticales son más frecuentes entre los adultos mayores con depresión, también se observa asociación entre mayor intensidad en las sustancia blanca con la deficiencia en la memoria y a la realización de las funciones ejecutivas los cuales se encontraron en adultos mayores con depresión, por otro lado hay que tener en cuenta que algunos factores de riesgos de enfermedad cerebrovascular también se asocian a la

producción de depresión dentro de las , cardiopatías, bajos niveles de HDL y diabetes mellitus.

Otro mecanismo de acción que se ha venido proponiendo es la disfunción de eje hipotálamo pituitario adrenal, ya que por ello se produce aumento de los glucocorticoides los cuales van a producir una inflamación crónica y ello conduce directamente al desarrollo de la demencia ya que conduce a una atrofia en el hipocampo por ende disminuyen la reserva cerebral ⁽¹⁶⁾.

DIAGNÓSTICO

Se tiene que tener en cuenta que la depresión en el adulto mayor tiene una gran presentación inespecífica y atípica ya que al tener muchas patologías puede vincularse dentro de una de ellas. Algunos de estos síntomas se encuentran la fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones entre otras, pero tenemos que saber que en el adulto mayor tenemos que ser más cautelosos ya que se es escasa la tristeza o inutilidad, también hay muchos fármacos que pueden predisponer a la depresión como la digoxina, tiazidas, propranolol, levodopa, haloperidol, benzodiazepinas, fenitoína, metoclopramida, ranitidina, antineoplásicos, entre otros, así como hay enfermedades que se asocian a la depresión como la deshidratación, los trastornos hidroelectrolíticos, diabetes mellitus, tumores, infecciones, problemas cardiacos, artritis, incontinencia urinaria⁽¹⁵⁾.

Es por todo ello que al adulto mayor se tiene que examinar de manera global y por ello existen múltiples escalas para la valoración de los síntomas depresivos, dentro de ellas la mas usadas son la escala de Yessavage. La cual se puede usar para el diagnóstico de signos o síntomas depresivos, una vez que esta escala no sale positiva podemos corroborar con los criterios de depresión por la DSMV dentro de ello se observa como positivo cinco o más síntomas durante un periodo de 2 semanas, así como recalcar que estos síntomas tienen alta significancia clínica y deterioro social, ocupacional u otro tipo ⁽¹⁷⁾.

TRATAMIENTO

Para adulto mayor tenemos que tener en cuenta sus pluripatologías para así poder seleccionar su medicamento adecuado, por lo tanto, el fármaco más eficaz son los inhibidores de la recaptación de serotonina ya que tienen menor cardiotoxicidad, mayor seguridad en la sobredosis y menor toxicidad cognitiva. Por otro lado, se encontró que tomar antidepresivos no reduce el riesgo de depresión asociada a demencia, pero si podría retrasarla. Al momento no se encuentra con una terapia específica para las demencias ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁸⁾.

Pero si se observa en algunas revisiones que se podría intervenir la depresión desde una manera psicoterapéutica con terapias cognitivo-conductual, terapia de resolución de problemas, terapia de psicodinámica, en el reentrenamiento de habilidades sociales, observándose un beneficio especial de la psicoterapia, de las cuales la mas frecuente es la de tipo cognitivo-conductual donde se va a reenfocar las habilidades del paciente, otro tipo de terapia es el mindfulness la cual mostro que ayuda a que el paciente disminuye el riesgo de recaídas, por lo tanto es bueno que lleve este tipo de terapia junto con psicofármacos para aumentar la mejoría de la sintomatología depresiva, teniendo esto evitaremos su progresión y la condición de demencia o deterioro cognitivo ⁽¹⁹⁾.

Otro punto muy importante para los adultos mayores con depresión y que comienzan a presentar un tipo de deterioro cognitivo es el apoyo de la familia, ya que así podemos proteger al adulto mayor de situaciones o escenarios estresantes dentro de las circunstancias que pueda pasar en sus actividades cotidianas, debido a que es importante que el adulto mayor se integre en las distintas redes sociales y de apoyo a la comunidad. ⁽²⁰⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Depresión: Estado afectivo depresivo o a una pérdida de interés o placer por lo menos 14 días , puede ir acompañado de diversos síntomas como pérdida de peso, problemas de peso, sensación de culpa, falta de energía, ideas de muerte, entre otros ⁽²¹⁾.

Deterioro Cognitivo: Es una etapa de transición previa a la demencia, con actividades de la vida diaria conservadas, se puede catalogar en leve, moderado y severo ⁽²¹⁾

Demencia: Es un síndrome, el cual va a declinar las funciones superiores dentro de ellas la memoria, también se le puede adicionar afecciones psicológicas y del comportamiento ⁽²¹⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

HIPÓTESIS

La depresión si contribuye al deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados en el 7c medicina interna.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El factor de riesgo no modificable más vinculado para al desarrollo de depresión, deterioro cognitivo y demencia: el género femenino, el bajo nivel educativo.
- El factor de riesgo modificable más vinculado para al desarrollo de depresión, deterioro cognitivo y demencia: las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus.

3.2 VARIABLES Y SU DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Años de vida que concebidos	Cuantitativa	Tiempo en años	Ordinal	60 – 70 años 71 – 80 años Mayores 80 años	Historia Clínica
Sexo	Genero	Cualitativa	Género	Nominal	1: Femenino 0: Masculino	Historia Clínica
Nivel Socioeconómico	Ingreso económico y posición en la sociedad	Cuantitativa	Ingreso Familiar	Ordinal	1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Historia Clínica
Depresión	Trastorno del animo	Cualitativa	Escala Yessavage	Ordinal	0 – 8: no depresión 9-11: depresión leve	Historia Clínica

					Mayor igual 12: depresión grave	
Deterioro Cognitivo	Representado por la supresión del deterioro de las funciones mentales en distintos dominios .	Cualitativa	Escala Minimental	Ordinal	30-27: Normal 24-21: DCL 20-11: DCM 10-0: DCS	Historia Clínica
Demencia	Deterioro de la memoria, el comportamiento la cual va a influir en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria	Cualitativa	Escala GDS	Ordinal	GDS 1, GDS2, GDS3, GDS4, GD5,GD6, GD7	Historia Clínica
Diabetes Mellitus	Glucosa en sangre mas altos del valor normal	Cualitativa	HGT >180mg/dl	Nominal	0: Si 1: No	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Según la intervención del investigador: No experimental tipo cualitativo, debido a que estudiaremos la relación entre nuestras variables, por medio de a observación en nuestra recolección de datos.

Según el alcance: Correlacionar, debido a que relacionaremos si la depresión influye en el deterioro cognitivo y la demencia

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Casos y Controles, ya que mediremos los pacientes con depresión y sin depresión y compararemos si tienen deterioro cognitivo o demencia.

Según el momento de la recolección de datos: Prospectivo debido que será en el 2021 y 2022

4.2 Diseño muestral

Población universo:

Los pacientes adultos mayores hospitalizados en el piso 7c medicina interna del HNERM en el año 2021-2022.

Población de estudio

Los pacientes adultos mayores que fueron vistos por medio de interconsultas y los cuales se le realizó la valoración geriátrica del 7c medicina interna del HNERM..

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Pacientes adultos mayores los cuales se les realizó una valoración geriátrica integral del piso 7c medicina interna

De exclusión

Los pacientes adultos mayores de otras áreas de hospitalización.

Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_x^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_x^2 \times p \times q}$$
$$n = \frac{240 \times (1.960_x^2) \times 50\% \times 50\%}{(3\%^2) \times (240 - 1) + 1.960_x^2 \times 50\% \times 50\%}$$

$$n : 196$$

$$N: 240 \quad Z: 1.960 \quad P: 50\% \quad Q: 50\% \quad e: 3\%$$

Muestreo

Se utilizará la estadística que tenemos de interconsultas mensuales para el piso de medicina interna 7c , será adultos mayores en los cuales le realizamos la valoración geriátrica integral, mediante un muestreo probabilístico de tipo muestreo aleatorio simple.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se realizó por medio de la ficha de valoración geriátrica integral, donde se recolecta los datos de las variables a estudiar, dentro de esta valoración en la esfera mental, encontramos la escala MINI MENTAL, YESAVAGGE, GDS.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Por medio de la ficha de valoración geriátrica integral . Se evalúa las diferentes esferas (clínica, mental, social y psicológico) , en cada esfera se utiliza diferente escalas y con ellas podemos concluir algunos síndromes geriátricos dentro de ello la depresión, el trastorno cognitivo y la demencia, para ello usaremos la escala de Yessavagge la cual esta validada a nivel internacional y la escala Minimental State Examination la cual también fue validada en Perú.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El control de calidad de nuestros datos se basa en la revisión de nuestra ficha de recolección de datos – la valoración geriátrica integral, el cual es supervisado por nuestros médicos asistentes de planta. Se evaluarán las variables a determinar, se utilizó la técnica estadística adecuada, y luego se constataron los resultados entre los casos y controles, por medio de la ficha de recolección de datos el cual incluía todas las variables y para los datos se hará un análisis por medio de los programas Microsoft Excel 2021 y SPSS 22 y emplearemos la

prueba estadística de Chi Cuadrado, a un nivel de significancia del 0.05 con la finalidad de que este estudio determine la relación entre nuestras variables.

4.5 Aspectos éticos

El siguiente proyecto no tiene conflicto de intereses y cuenta con el permiso respectivo de la jefa de la Unidad de Valoración del Anciano Rebagliati, mediante la ficha de valoración geriátrica integral, Se cumplirá con todos los trámites correspondientes con la finalidad que el Comité de ética del HNERM apruebe la investigación, debido a que todos los datos se sacaran de las evaluaciones de la historia clínica no requerirá consentimiento informado.

CRONOGRAMA

Fases/Meses	2021 - 2022												
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aprobación del proyecto de investigación	X	X											
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X	X	X			
Procesamiento y análisis de datos										X	X		
Elaboración del informe											X	X	X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo, será necesaria la implementación siguiente:

Concepto	Monto Estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Software	200.00
Internet	150.00
Impresiones	500.00
Logística	200.00
Traslados	500.00
Total	1750.00

FUENTES DE INFORMACION:

- 1) Who.int. [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- 2) Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 2018;29(3):182
- 3) Vílchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta médica Perú . 2018;34(4):266–72.
- 4) Contreras C, Condor I, Atencio J, Atencio M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. An Fac Med (Lima Perú: 1990). 2019;80(1):51–5.
- 5) Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac Med (Lima Perú : 1990) . 2018;78(4):393.
- 6) Santabárbara J, Villagrasa B, Gracia-García P. Does depression increase the risk of dementia? Updated meta-analysis of prospective studies. Actas Esp Psiquiatr. 2020;48(4):169–80.
- 7) Ly M, Karim HT, Becker JT, Lopez OL, Anderson SJ, Aizenstein HJ, et al. Late-life depression and increased risk of dementia: a longitudinal cohort study. Transl Psychiatry. 2021;11(1):147.
- 8) Malvin Rodríguez Vargas, Rojas Pupo Livia Leticia, Pérez Solís Dayana, Marrero Pérez Yanela. Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. Archivo médico. Camagüey-Cuba. 2021. Vol. 25, No. 5.
- 9) José Antonio Camacho Conde, José Manuel Galán López. La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. Psicología: Teoría e Pesquisa.Madrid.2021. Vol.37, e37
- 10) Ybeth Luna Solis, Horacio Vargas Murga. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Revista Neuropsiquiátrica. Perú 2018. vol.81 no.1
- 11) Aníbal Oblitas Gonzales. Deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de chota Perú. Revista Recién. Vol. 10 Núm.3. Perú 2021.
- 12) Guevara Rodríguez FE, Díaz Daza AF, Caro Reyes PA. Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Poliantea . 2020;15(26):37–43.
- 13) Manuel Antón Jiménez et Al. Depresion y Ansiedad. Tratado de Geriatria para residentes. International Marketing & Communication, S.A. Madrid 2018.
- 14) Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: Análisis de ENDES 2017. Rev Fac Med Human. 2019;19(4):47–52.
- 15) Custodio N, Herrera-Pérez E, Lira D, Montesinos R, Mar M, Guevara-Silva E, et al. Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia. Rev Neuropsiquiatr. 2014;77(4):214

- 16) Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014;79(2):184–90
- 17) H. Gutzmann, A Qazi. Depression associated with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie . Z Gerontol Geriatr*. 2015 Jun;48(4):305-11
- 18) Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Chile 2014.
- 19) Camacho-Conde JA, Galán-López JM. Depression and cognitive impairment in institutionalized older adults. *Dement Geriatr Cogn Disord* . 2020;49(1):107–20.
- 20) Muath Alkhunizan, Abdullah Alkhenizan, Loay Basudan . Prevalence of Mild Cognitive Impairment and Dementia in Saudi Arabia: A Community-Based Study. *Revista demencia y desordenes cognitivos geriátricos. Arabia Saudita* 2018. 20;8(1):98-103.
- 21) Pedro Gil Gregorio . Demencia. *Tratado de Geriatría para residentes*. Capítulo 17. International Marketing & Communication, S.A España. 2018.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Como contribuye la depresión al deterioro cognitivo y a la demencia en los adultos mayores hospitalizados en el 7c de Medicina Interna del HNERM en el periodo de 2021-2022?	<p>General</p> <p>Determinar si la depresión contribuye al deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados en el HNERM en el periodo de 2021-2023</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar la relación de la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia en adulto mayores con comorbilidades previas en adultos mayores hospitalizados</p> <p>Relacionar el género, los rangos de edades y el nivel educativo con la</p>	La depresión si contribuye al deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados en el 7c medicina interna del HNERM en el periodo de 2021-2022.	El proyecto de investigación es una investigación experimental tipo cualitativo, casos y controles y prospectivo.	<p>Los pacientes adultos mayores que fueron vistos por medio de interconsultas y los cuales se le realizó la valoración geriátrica del 7c medicina interna del HNERM.</p> <p>El control de calidad de nuestros datos se basa en la revisión de nuestra ficha de recolección de datos – la valoración geriátrica integral, el cual es supervisado por nuestros médicos asistentes de planta. Se evaluarán las variables a determinar, se utilizó la técnica estadística adecuada, y luego se constataron los resultados entre los casos y</p>	<p>Por medio de la ficha de valoración geriátrica integral . Se evalúa las diferentes esferas (clínica, mental, social y psicológico) , en cada esfera se utiliza diferente escalas y con ellas podemos concluir algunos síndromes geriátricos dentro de ello la depresión, el trastorno cognitivo y la demencia, para ello usaremos la escala de Yessavagge la cual esta validada a nivel internacional y la escala Minimental State Examination la</p>

	<p>asociación de la depresión con el deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores hospitalizados</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de depresión y la asociación con demencia y deterioro cognitivo en adultos mayores hospitalizados.</p> <p>Identificar la relación entre a depresión y el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores hospitalizados.</p>			<p>controles, por medio de la ficha de recolección de datos el cual incluía todas las variables y para los datos se hará un análisis por medio de los programas Microsoft Excel 2021 y SPSS 22 y emplearemos la prueba estadística de Chi Cuadrado, a un nivel de significancia del 0.05 con la finalidad de que este estudio determine la relación entre nuestras variables.</p>	<p>cual también fue validad en Perú.</p>
--	--	--	--	---	--

2. Instrumento de recolección de datos

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

FILIACIÓN:

NOMBRES Y AP		E.CIVIL	
EDAD/SEXO		PISO/ CAMA	
DNI		F.INGRESO	
G.INSTRUCCION		F.VGI	

ANAMNESIS	
ANTECEDENTES MÉDICOS / QX	
RAM	
MEDICACIÓN HABITUAL	
MEDICACIÓN ACTUAL	
DIAGNÓSTICOS ACTUALES	
EXAMENES	
STOP/START	
VALORACION DE LA COMORBILIDAD	
CHARLSON MODIFICADO	
VALORACION FUNCIONAL	
BARTHEL (ABVD) BASAL	
BARTHEL (ABVD) ACTUAL	
LAWTON BRODY (AIVD)	
VELOCIDAD DE LA MARCHA (m/s)	
GET UP AND GO	
FUERZA DE PRENSIÓN	
SPPB	
VALORACION MENTAL	

COGNITIVO	
PFEIFFER	
MMSE	
GDS	
AFECTIVO	
YESAVAGE/CORNEL	
VALORACION NUTRICIONAL	
MNA SHORT FORM	
PERDIDA DE PESO	
VALORACION SOCIAL	
GIJÓN MODIFICADO	
VALORACION DE LA FRAGILIDAD	
INDICE VIG	
E- PROGNOSIS	

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica GDS-15


Pregunta a realizar		Respuesta	
1	Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si	No
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	Si	No
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	Si	No
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	Si	No
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	Si	No
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	Si	No
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	Si	No
15	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total			

(Mitchell J, 2010)

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°: _____
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-Arbol) 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. (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 deletee la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)		ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO diferido (Máx.3)	
<i>.DENOMINACIÓN.</i> 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 <i>.REPETICIÓN.</i> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <i>.ÓRDENES.</i> 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 <i>.LECTURA.</i> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <i>.ESCRITURA.</i> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <i>.COPIA.</i> Dibuje 2 pentágonos interseccionados 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)	