

Tamizaje de Nivel de deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores en un centro del Adulto Mayor

Boris K. Mendoza M¹; Chardwin A. Tantaleán V¹; Víctor A. Soto Cáceres¹; Cristian Díaz V¹

Resumen

Determinar el nivel de deterioro cognitivo y estado de depresión en el adulto mayor en el CAM – La Victoria, así como sus aspectos sociodemográficos, durante el mes de febrero – 2016. Material y métodos: Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestreo no probabilístico. Muestra: 192 pacientes. Se tomaron datos sociodemográficos y se evaluó nivel de deterioro cognitivo con el Mini Mental State Exam y nivel de depresión con el Test de Yesavage. Para el análisis se usó estadística descriptiva con medición de frecuencias para variables categóricas; y medición de medias y desviación estándar para variables cuantitativas; estadística inferencial: chi-cuadrado para variables cualitativas utilizando el programa estadístico SPSS v.22.0, con una precisión de 5% y un nivel de confianza del 95%. Resultados: El nivel de deterioro cognitivo leve fue de 25%, y nivel de deterioro cognitivo severo de 12%. El nivel de depresión leve fue de 28,6%, y de depresión severa fue de 3,6%. Encontrándose asociación entre deterioro cognitivo con: edad, grado de instrucción, ocupación previa. Y depresión con: sexo, estado civil, ocupación previa. Y no se encontró relación entre deterioro cognitivo y depresión. Conclusión: Un tercio de los pacientes adultos mayores en el CAM – La Victoria presentan deterioro cognitivo a predominio leve e igualmente un tercio presentan depresión a predominio leve. El deterioro del nivel cognitivo y la depresión están asociados a varios factores sociodemográficos pero no se encontró relación entre ambos.

Palabras clave: Anciano. Depresión, Deterioro Cognitivo leve (Fuente: DeCS Bireme).

Evaluation Model for the Financial Management of Local Governments

Abstract

The objective of the study is to determine the level of cognitive impairment and depression status in the elderly in the CAM - Victoria, as well as socio-demographic aspects during February - 2016. Method: Non-experimental, quantitative, descriptive and cross-sectional study. Non-probability sampling. Sample: 192 patients. Sociodemographic data was obtained and level of cognitive impairment was assessed with the Mini Mental State Exam and level of depression with Yesavage Test. For analysis, descriptive statistics were used to measure frequencies for categorical variables; and measurement of mean and standard deviation for quantitative variables; inferential statistics: chi-square test for qualitative variables using SPSS v.22.0, with a precision of 5% and a level of confidence of 95%. Results: The level of mild cognitive impairment was 25%, and severe cognitive impairment level of 12%. Mild depression level was 28,6%, and severe depression was 3,6%. Finding association between cognitive declines with age, level of education, previous occupation. Moreover, depression: sex, marital status, previous occupation. And no relationship between cognitive impairment and depression was found. Conclusions: A third of them patients adults older in the CAM The Victory presented deterioration cognitive to predominance mild and also a third presented depression to predominance mild. The deteriorating of the level cognitive and the depression are associated to several factors demographic but not is found relationship between both.

Keywords: (Source: MeSH): Aged. Depression. Mild cognitive impairment.

¹Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú vsotocaceres@yahoo.es

Recibido : 1 noviembre 2016 Aceptado : 15 diciembre 2016

Introducción

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula que entre 2015 y 2050 habrá un aumento previsto de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años(1). Según datos estimados del MINSA y del INEI la población mayor de 60 años en Lambayeque para el año 2015 es de 133 315, que constituyen el 10,58% de un total de 1 260 650 pobladores(2,3).

El deterioro cognoscitivo se caracteriza por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad(4).

Un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, toma de fármacos) pueden alterar la función cognitiva de forma parcial o global; asimismo las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson, también pueden alterarla(A.Alcantar.,2011).

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como "una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda

y la disminución de su interés para casi todas las actividades". Son varios los factores que se asocian, tales como: factores genéticos, factores somáticos, factores psíquicos, factores biológicos, y factores socioculturales(Aguilar,2007). Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión (Dechent,2008), los cuáles incluso pueden pasar desapercibidos(Casanova,2009).

Varela y colaboradores, en el año 2004, utilizando de base la información del estudio «Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)», que incluyó 312 pacientes de 60 años o más; encontraron una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, privación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional (Varela,2009).

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental realizado en Lima y Callao en el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8%, superior a la población joven 8,6% y adulta 6,6%. Este estudio también encontró que

la depresión en mujeres adultas mayores alcanzó el 12,3%, cifra superior al de los hombres adultos mayores que registraron 7,0%. Asimismo, la depresión es alta en adultos mayores de 75 años. En el mismo estudio se encontró que el 10,5% de las personas adultas mayores presentaron una función cognitiva anormal, mientras que los mayores de 75 años la prevalencia alcanzó el 30.2%(10,11).

Un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en el Centro Geriátrico Naval, Callao, Perú en una población de 711 pacientes de 60 años o más, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011 en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo(12).

Un trabajo realizado en el Centro del Adulto Mayor (CAM) Chiclayo entre los años 2012 y 2014, en el cual se incluyeron 84 pacientes de 60 años o más, encontrándose que la frecuencia de depresión fue 42,9% (36/84): 46,1 % (30/65) mujeres y 31,5 % (6/19) hombres ($p=0,43$). La frecuencia de deterioro cognitivo fue 13,1%: 13,8% (9/65) mujeres y 10,2% (2/19) hombres ($p=1,00$) (13).

Según un estudio realizado en Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el periodo abril - septiembre 2011, con una muestra de 244 pacientes mayores

de 60 años con enfermedad cardiovascular, se obtuvo como resultado que la frecuencia de deterioro cognitivo leve fue 39,75%, de los cuales el 31,96% corresponde al género masculino y 68,04% al género femenino, fue más frecuente en mayores de 80 años (54,67%) y con menor grado de instrucción (primaria: 74,23%)(14).

La justificación del presente trabajo, se sustenta en que la depresión y el deterioro cognitivo son problemas frecuentes en los adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial(15). Mientras que los problemas de memoria afectan al 50% de las personas mayores de 65 años. La incidencia de demencias en menores de 65 años es de 1% anual, mientras que en mayores de 65 años es de 5% al 10% y en mayores de 80 años es de 20 – 40 %(16).

Planteándonos el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo y estado de depresión en adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor (CAM) La Victoria Essalud, en el mes de febrero del 2016?

Se plantearon los objetivos siguientes: Escribir los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores, durante el mes de febrero – 2016 en el CAM La Victoria

Essalud.

Identificar el nivel de deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Identificar el estado de depresión en el adulto mayor.

Explorar la existencia de asociación del nivel de deterioro mental y depresión y algunos aspectos sociodemográficos en adultos mayores y entre deterioro mental y depresión.

Metodología

Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal en el Centro Adulto Mayor (CAM) del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguire Essalud Distrito La Victoria.

Los pacientes pertenecientes al CAM del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguire – La Victoria que son 389 adultos mayores constituyeron la población de estudio.

En el cálculo del tamaño de muestra se usó Epidat versión 3.1, en base a una población de 389 adultos mayores, con nivel de confianza de 95%, frecuencia esperada de deterioro cognitivo de 39,75% (14) y precisión de 5%; dándonos un tamaño muestral de 192 adultos mayores.

Se utilizó un tipo de muestro no probabilístico.

Criterios de inclusión: Paciente adulto mayor del CAM del policlinico Carlos Castañeda.

Criterios de exclusión: personas que no firman aprobación del consentimiento

informado, o que se negaron a participar en el estudio.

Instrumentos utilizados Mini Examen del Estado Mental (MMSE). En el Perú se modificó y validó la aplicación del MMSE en 1999 para la encuesta de la OPS “Salud, Bienestar y Envejecimiento”(23) obteniendo un alfa de Cronbach de 0.81(14). Se usó los siguientes rangos y puntajes de corte: 24 - 30 ausencia de déficit cognoscitivos; 18 - 23 déficit cognoscitivo leve; 0 - 17 déficit cognoscitivo severo(17), para el Tamizaje de Estado Cognitivo.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage ha sido validada la versión de 15 ítems en idioma castellano en diversos estudios españoles y latinoamericanos(28–30). Así también en un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia(31) se usó la versión de 15 ítems, en la cual se aceptan los siguientes puntos de corte: Normal: 0-5 puntos; Depresión leve: 6-9 puntos; Depresión severa: 10-15 puntos(18), para Tamizaje de Depresión.

Los pacientes fueron captados durante la asistencia a su cita programada

en el Establecimiento de Salud. Se le explicó a cada paciente en qué consistiría la entrevista, pidiéndole su aprobación mediante el consentimiento informado, luego se procedió a la entrevista mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos que incluyó datos sociodemográficos así como dos test: el Mini Mental State Exam (MMSE) para tamizaje de deterioro cognitivo, y la Escala de Yesavage para tamizaje de Depresión Geriátrica. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente 10 a 15 minutos.

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos que propone la Declaración de Helsinki y Reporte de Belmont para la investigación médica en

seres humanos. Se le explicó a cada paciente en qué consistiría la entrevista, pidiéndole su aprobación mediante el consentimiento informado.

Al culminar la aplicación de los instrumentos, se procedió a codificar la información en un sistema de base de datos en un Software estadístico. Para el análisis de datos se usó estadística descriptiva con medición de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; y medición de medias y desviación estándar para variables cuantitativas; estadística inferencial: chi-cuadrado para variables cualitativas utilizando el programa estadístico SPSS v.22.0, con una precisión de 5% y un nivel de confianza del 95%.

Metodología

Se presentan los aspectos sociodemográficos de los adultos mayores encuestados en el Centro de Adulto Mayor de La Victoria Essalud en febrero del 2016; la población fue mayormente de sexo masculino, entre 60 y 79 años. En cuanto a estado civil fueron más pacientes casados. Con grado de instrucción principalmente de primaria incompleta. Se dedicaban sobre todo a actividades domésticas, seguidos de los operadores de maquinaria y conductores de transporte. (Tabla 1).

El promedio de puntaje de MMSE fue de 23,66 +/- 4,029, rango de 10 – 30. El promedio del Test de Yesavage fue de 4,6 +/- 2,34, rango de 0 – 12.

De los adultos mayores 71 (37%) presentan deterioro cognitivo, de los cuales 48 (25%) presentan deterioro cognitivo leve, y 23 (12%) deterioro cognitivo severo.

Se determinó que 62 (32,2%) de los pacientes adultos mayores presentan depresión, de los cuales 55 (28,6%) fueron nivel leve y 7 (3,6%) nivel severo de depresión.

En la evaluación del Estado Cognitivo, observamos que el área más afectada es la Evocación 94,3% del total de adultos mayores, seguida de Atención y Cálculo: 68,2% del total (Tabla 2).

En cuanto a la relación de los aspectos sociodemográficos con el deterioro cognitivo: Se encontró asociación entre deterioro cognitivo con: edad ($\chi^2 = 25,68$; $p < 0,001$), grado de instrucción ($\chi^2 = 13,265$; $p < 0,001$), ocupación previa (trabajo físico o intelectual) ($\chi^2 = 13,692$; $p < 0,001$).

No se encontró asociación entre deterioro cognitivo con: sexo, estado civil, comorbilidades crónicas, y convivencia.

En el análisis de pruebas cruzadas entre aspectos demográficos y nivel de depresión, se obtuvo los siguientes

resultados: (Tabla 3).

Se encontró asociación entre nivel de depresión con: sexo ($\chi^2 = 4,159$; $p < 0,05$), ocupación previa (trabajador o casa) ($\chi^2 = 5,345$; $p < 0,05$).

No se encontró asociación entre nivel de depresión con: edad, convivencia, comorbilidades crónicas.

Al analizar la asociación entre las variables deterioro cognitivo con nivel de depresión, no se encontró asociación estadística ($\chi^2 = 3,77$; $p > 0,05$).

Tabla 1.

Aspectos sociodemográficos de la población del Centro del Adulto Mayor La Victoria. Febrero 2016.

Característica	Población n=192
Edad (años)	74,09 +/- 7,63
Edad (intervalos)	
60 – 79	147 (76,6)
>80	45 (23,4)
Sexo	
Masculino	104 (54,2)
Femenino	88 (45,8)
Estado Civil	
Soltero	14 (7,3)
Casado	124 (64,6)
Conviviente	5 (2,6)
Divorciado	2 (1,0)
Viudo	47 (24,5)
Grado de Instrucción	
Iltrado ⁵ (2,6)	
Primaria incompleta	60 (31,3)
Primaria completa	46 (24,0)
Secundaria incompleta	24 (12,5)
Secundaria completa	28 (14,6)
Superior	29 (15,1)
Ocupación previa	
Profesionistas y técnicos	29 (15,1)
Actividades administrativas	28 (14,6)

Comerciantes y agentes de ventas	15 (7,8)
Actividades agrícolas	12 (6,3)
Actividades artesanales	27 (14,1)
Operadores de maquinaria y conductores	30 (15,6)
Actividades elementales y apoyo del hogar	7 (3,6)
Casa	40 (20,8)

Tabla 2.

Tamizaje de Deterioro Cognitivo según área afectada del MMSE en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor La Victoria. Febrero 2016.

Área del MMSE	N	%
Evocación	181	94,3
Atención y Cálculo	131	68,2
Orientación (Tiempo)	92	47,9
Orientación (Lugar)	53	27,6
Lenguaje	97	50,5
Repetición	20	10,4

Tabla 3.

Asociación entre aspectos sociodemográficos con el deterioro cognitivo y la depresión en la población del Centro del Adulto Mayor - La Victoria. Febrero 2016.

Característica	Deterioro Cognitivo			Depresión		
	NO	SI	p	NO	SI	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Edad (intervalos)						
60 - 79	107(72,8)	40 (27,2)	< 0,05	100(68,0)	47(32,0)	> 0,05
>80	14 (31,1)	31(68,9)	< 0,05	30 (66,7)	15(33,3)	> 0,05
Sexo						
Masculino	65 (62,5)	39(37,5)	> 0,05	77 (74,0)	27(26,0)	< 0,05
Femenino	56 (63,6)	32(36,4)	> 0,05	53 (60,2)	35(39,8)	< 0,05
Estado Civil						
Soltero	11 (78,6)	3 (21,4)	> 0,05	9 (64,3)	5 (35,7)	< 0,05
Casado	83 (66,9)	41(33,1)	> 0,05	96 (77,4)	28(22,6)	< 0,05
Conviviente	3 (60,0)	2 (40,0)	> 0,05	2 (40,0)	3 (60,0)	< 0,05
Divorciado	2 (100)	0 (0,0)	> 0,05	2 (100)	0 (0,0)	< 0,05
Viudo	22 (46,8)	25(53,2)	> 0,05	21 (44,7)	26(55,3)	< 0,05
Grado de Instrucción						
Iltrado	2 (40,0)	3 (60,0)	< 0,05	2 (40,0)	3 (60,0)	> 0,05
Primaria incompleta	25 (41,7)	35(58,3)	< 0,05	36 (60,0)	24(40,0)	> 0,05
Primaria completa	25 (54,3)	21(45,7)	< 0,05	31 (67,4)	15(32,6)	> 0,05
Secundaria incompleta	17 (70,8)	7 (29,2)	< 0,05	15 (62,5)	9 (37,5)	> 0,05
Secundaria completa	25 (89,3)	3 (10,7)	< 0,05	23 (82,1)	5 (17,9)	> 0,05
Superior	27 (93,1)	2 (6,9)	< 0,05	23 (79,3)	6 (20,7)	> 0,05

Convivencia						
Solo	9 (69,2)	4 (30,8)	> 0,05	9 (69,2)	4 (30,8)	> 0,05
Familiar	109(61,9)	667(38,1)	> 0,05	118(67,0)	58(33,0)	> 0,05
Otro	3 (100)	0 (0,0)	> 0,05	3 (100)	0 (0,0)	> 0,05
Ocupación previa						
Trabajo tipo intelectual	60 (78,9)	16 (21,1)	< 0,05	57 (75,0)	19(25,0)	> 0,05
Trabajo tipo físico	61 (52,6)	55 (47,4)	<0,05	73 (62,9)	43(37,1)	> 0,05
Actividad laboral en casa	17 (42,5)	23 (57,5)	< 0,05	21 (52,5)	19(47,5)	< 0,05
Actividad laboral fuera de casa	104(68,4)	48 (31,6)	< 0,05	109(71,7)	43(28,3)	< 0,05

p calculada con prueba chi cuadrado.

Discusión

El presente estudio realizado en la población de pacientes pertenecientes a un CAM del distrito La Victoria – Chiclayo, en el mes de febrero del 2016, reportó que la frecuencia de deterioro cognitivo encontrada de 37%, es mayor a la de un estudio realizado a nivel local(13), que encontraron un porcentaje de deterioro cognitivo de 13,1%, y a varios estudios realizados a nivel de Lima y Callao, en los cuales el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo fue de 10,5%(10), y de 34,4%(12). Esto contrasta con los resultados de un estudio local realizado en pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular(14), donde se obtuvo un porcentaje de 39,75%. Esto se podría explicar al tipo de población utilizada, ya que es conocido que la enfermedad cardiovascular es un factor de riesgo para desarrollar deterioro cognitivo, y posteriormente demencia.

A diferencia de otros estudios en el nuestro se observa que el porcentaje de varones con deterioro cognitivo es mayor que el de mujeres, aunque sin significación estadística, quizás debido a que en esos estudios la cantidad de mujeres superaba por un gran margen a la de varones, a diferencia

del nuestro en el cual el número de varones es mayor.

Al igual que otros estudios y acorde con la teoría(32–34) se encontró asociación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo. En cuanto al grado de instrucción también llegó a la misma conclusión que en otros estudios, en donde se encuentra asociación entre el grado de instrucción y el deterioro cognitivo, aclarando que para nuestro estudio se asoció los grados de instrucción básico y superior, ya que el número de personas sin instrucción era demasiado bajo.

La asociación entre tipo de ocupación previa (intelectual o física) y deterioro cognitivo es estadísticamente significativo, no pudiendo comparar dicho resultado con otros estudios ya que estos no cuentan con información de la asociación entre estas dos variables. Este hallazgo sugiere que la población con pobre estimulación intelectual, que en este caso serían las personas que han tenido ocupaciones con mayor esfuerzo físico que intelectual, poseerían una escasa reserva neurológica, por lo tanto no han tenido la

oportunidad de desarrollar algún sistema de protección. Esta reserva neurológica también permitiría una mayor resistencia para iniciar la enfermedad y controlar la progresión de la misma(Varela,2009).

Según la data recolectada la hipertensión arterial y la diabetes fueron las más prevalentes en nuestra población, lo cual se corresponde la bibliografía. Según fuentes teóricas refieren que las enfermedades vasculares, están relacionadas con el deterioro cognitivo(A.Alcantar,,2011), pero en nuestro estudio no encontramos dicha asociación, contrariamente al estudio realizado en un Hospital local(14). Esto podría deberse a que nuestra población pertenece a un programa integral de salud con lo cual están en constante control, en contraste con el otro estudio en el cual su población se encuentra hospitalizada. Otros estudios revisados no han buscado probar su asociación.

La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios cognitivos, durante el envejecimiento(34). Esto concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Esto se explicaría al elevado porcentaje de deterioro cognitivo encontrado en la población estudiada. Además muchos de los pacientes en los cuales no se encontró deterioro cognitivo, ya presentaban algún grado de alteración en esta área únicamente.

En un estudio local(13), se obtiene un porcentaje de 42,9% de pacientes con depresión, el cual es mayor al encontrado en

nuestro estudio. Quizás por la diferencia del tamaño muestral y población de diferentes distritos. Al igual que en el estudio realizado en un Centro Geriátrico de Callao, en el cual el porcentaje de pacientes con depresión fue de 62,2%, quizás debido a la condición de hospitalización de la población empleada por estos investigadores.

Nuestros resultados muestran que existe mayor porcentaje de depresión entre los pacientes que han realizado labores del hogar a diferencia de los que se dedicaron a las actividades laborales fuera de casa, siendo una probable causa el sentimiento de falta de realización por parte de las personas que no han laborado durante su vida(Aguilar,2007).

Sufrir enfermedades crónicas puede conllevar a un estado de desesperación del paciente y en muchos casos a la aparición de depresión, pero en nuestro estudio no se encontró asociación significativa. Esto probablemente se explique a que para este estudio solo se tomó en cuenta las enfermedades que ya tenían diagnóstico confirmado, por lo que estimamos que el porcentaje de dichas comorbilidades podría ser mayor, y por lo tanto la asociación con el nivel de depresión sería diferente al obtenido.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, es importante resaltar el tipo de muestreo el cual fue no probabilístico. Además la población que acude a los centros de adulto mayor son personas que en su mayoría están controladas, con evaluaciones periódicas por médico general, psicóloga y

otros profesionales de la salud, además de la realización de actividades sociales, no siendo representativos de la población general. Además las muchas de las comorbilidades encontradas tuvieron poca frecuencia en muestra población, y esto no permitió hacer una valoración adecuada de su asociación con el deterioro cognitivo y depresión.

Por lo expuesto en nuestro estudio recomendamos, que todos los pacientes adultos mayores deben ser sometidos a una valoración de tamizaje de deterioro cognitivo

y depresión con los Test MMSE y Yesavage, dada la elevada frecuencia de pacientes con resultados alterados; posteriormente ser sometidos a una evaluación neuropsicológica más profunda, tanto en la práctica habitual, consultorio, visitas domiciliarias, en programas relacionados con el adulto mayor y/o adultos mayores procedentes de la comunidad, para iniciar medidas necesarias para su prevención con participación de la comunidad; en caso sea diagnosticada iniciar tratamiento oportuno, y de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Discusión

La población encuestada fue mayormente de sexo masculino, entre 60 y 79 años, casados con primaria incompleta.

Un tercio de los pacientes adultos mayores en el CAM – La Victoria presentan deterioro cognitivo a predominio leve.

Un tercio de los pacientes adultos mayores en el CAM – La Victoria presentan

depresión a predominio leve.

Se encontró asociación entre deterioro cognitivo con: edad, grado de instrucción, ocupación previa (trabajo físico o intelectual). Además entre nivel de depresión con: sexo, estado civil, ocupación previa (trabajador o casa). Y no se encontró relación entre deterioro cognitivo y depresión.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar S, Ávila J.** (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx.* Vol. 143 No 2, 2007.
- Alcántar B, Arteaga R, Rosas N, Arellano L, Bañuelos Y, Méndez D, et al.** (2011) Trastornos cognitivos en personas entre los 45 - 94 años de edad, solicitantes del Seguro Popular en Tepic, Nayarit. *Rev Waxapa* Año 3, Vol 2, No 5 Jul-Dic 2011.
- Ávila M, Roca AC, Blanco K.** (2007). Manejo en la atención primaria de personas con deterioro cognitivo. *Correo Científico Médico de Holguín* 2007;11.
- Bacca A, González A, Rodríguez A.** (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico.* 2005.
- Casanova C, Delgado S, Estévez S.** (2009) El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *Rev Biom Med Fam y Com.* 2009;24-31.
- Custodio N, Lira D.** (2014). Adaptación peruana del Minimental State Examination (MMSE). *Anales de la Facultad de Medicina.* 2014.
- Chávez L, Núñez I.** (2013). Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período abril-septiembre del 2011. *Univ Católica St Toribio Mogrovejo.* 2013;
- Chong A.** (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2012;28(2):79-86.
- Dechent C.** (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2008; 19: 339 - 46.
- De la Torre J, Shimabukuro R, Varela L, Krüger H, Huayanay L, Cieza J, et al.** (2006) Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peru.* 2006 Sep;23(3):144-7.
- Gonzales G, Marianella C.** (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo en un centro de adultos mayores de Lambayeque: 2012- 2014. *Univ Católica St Toribio Mogrovejo.* 2014;
- Guapisaca D, Guerrero J, Idrovo P.** (2014). Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. *Universidad de Cuenca.* Ecuador. 2014.
- Jonis M, Llacta D.** (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Rev Medica Hered.* 2013 Mar 7;24(1):78.
- Instituto Especializado de Salud Mental Hideyo Noguchi.** (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Lima, Perú - 2002 - Volumen XVIII, Nos 1 y 2.

- Instituto Mexicano del Seguro Social** (2012). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informatica**(2012). Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total por Sexo de las Principales Ciudades, 2000-2015. Boletín Especial N° 23. Lima - Perú; 2012.
- Landínez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á.** (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cuba Salud Pública.* 2012 Dec;38(4):562-80
- Martínez J, Onís M, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R.** (2002) Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002 Dec;12(10):26-40.
- Millan Calletti J.** (2010). Gerontología y geriatría Valoración e intervención. Primera Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- Ministerio de Salud** (2006). Dirección General de Salud de las Persona. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima - Perú. 2006.
- Ministerio de Salud** (2015). Población Estimada por Edades Simples y Grupos Según Provincia y Distrito. Departamento de Lambayeque [Internet]. Perú; 2015. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?14>
- Ortega R, Salinero M, Kazemzadeh A, Vidal S, De Dios R.** (2007). Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Rev Clínica Esp.* 2007 Dec;207(11):559-62.
- OMS** (2016). La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. WHO. [cited 2016 Jan 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Tirado C, Colmenares F, Izquierdo M, Jacobs G, García J.** (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Horiz Méd.* 2012 Jun 25;12(2).
- Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F.** (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med Inter* 17(2) 2004.
- Correo electrónico autor corresponsal (Dr. Víctor Soto- Cáceres):** vsotocaceres@yahoo.es
- Los autores indican no tener conflictos de interés.**
- El presente artículo se basa en la Tesis de **BORIS K. MENDOZA M.** y **CHARDWIN A. TANTALEÁN** para obtener el Título de Médico Cirujano siendo asesores y coautores los docentes **VÍCTOR SOTO-CÁCERES**.