

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica De Ciencias De La Salud



“El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar no. 47”

Tesis que para obtener el grado de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

RICARDO SÁNCHEZ MAYORGA

Director:

M. EN C. CLEOPATRA AVALOS DÍAZ

DR. ALEJANDRO REYES OLÁN

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024.



B. ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



2023
Francisco
VILLA

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 16:00 horas del día 21 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 47."

Presentada por el alumno (a):

Sánchez Mayorga Ricardo
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cleopatra Avalos Díaz
Dr. Alejandro Reyes Olán
Directores de tesis

Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez

Dr. Eduardo Contreras Pérez

Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Dra. Herenia del Carmen Padron Sánchez

Dr. José Manuel Wood Notario



B. OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO DE TESIS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 23 de noviembre de 2023

Of. No.0704/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Ricardo Sánchez Mayorga

Especialidad en Medicina Familiar

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO. 47" con índice de similitud 12% y registro del proyecto No. JI-PG-290; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez, Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez y el Dr. José Manuel Wood Notario. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cleopatra Avalos Díaz y el Dr. Alejandro Reyes Olán.

Atentamente

Mirian
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



**DACS
DIRECCIÓN**

C.c.p.- Dra. Cleopatra Avalos Díaz. – Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Alejandro Reyes Olán. – Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. José Manuel Wood Notario. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/DC/OGMF/lpc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

f DIFUSION DACS

ig DIFUSION DACS OFICIAL

tw @DACSDIFUSION



C. CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 29 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, **Ricardo Sánchez Mayorga**, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con sede en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de la unidad médica familiar No.47, con número de matrícula **211E70036** adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47.”**, bajo la Dirección de M.C. Cleopatra Avalos Díaz y Dr. Alejandro Reyes Olán, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: racsx81@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Ricardo Sánchez Mayorga

Nombre y Firma





D. RECONOCIMIENTO A INSTITUCIONES DE PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por la dedicación puesta en este proyecto, la disposición de sus instalaciones y asesorías de los médicos dedicados a la investigación de la unidad médica familiar no 47 y al comité de investigación en salud estatal del IMSS por la guía para la generación de nuevo conocimiento.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) y al personal del posgrado de la división académica de ciencias de la salud (DACs) quienes nos acompañaron en el proceso metodológico y la asistencia en todo momento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



E. DEDICATORIAS

A mis padres que siempre me han enseñado que la perseverancia es un fruto que se disfruta con la familia y Dios, los quiero.

A mi esposa Christian Yareli quien me ha mantenido en la cordura y en la paz antes tantos momentos, nada sería posible sin tu compañía.

A mi hijo Uriel, tan pequeño y me das la mejor lección que es aprender, asombrarme y sobre todo divertirme en el proceso. Tus ojos siempre me hicieron ver de otra perspectiva.

A mi hermano Simón por madrugar conmigo y traerme a casa siempre; a mi hermano Luis por escucharme y darme paz mental cuando no entendía al mundo, a mi hermano Braulio por siempre tener esa disposición de cuidar de los demás aun cuando no te correspondía; pero sobre todo a los 3 porque sé que nunca estaré desprotegido en esta vida.

A mis abuelos: Simón, Juana, Herman, Susana, que han tenido fe en mí. El amor de Dios siempre está en sus abrazos.



F. AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por todos los planes que has trazado para esta vida.

Al Instituto Mexicano Del Seguro Social por permitirme realizar la formación como médico y reestructurar mi visión de la medicina.

A la Dra. Cleopatra y al Dr. Alejandro por su guía y consejos para la culminación de este proyecto.

A mis compañeros y amigos: Pamela; Nayeli, Brisia y Carlos con quienes compartir aquellas turbulencias es este viaje de 3 años, gracias por esas sonrisas cálidas y los consejos.

A la directora, coordinadores médicos y coordinadores de enseñanza, al personal médico y asistentes médicos de los consultorios de la unidad médica familiar no 47 que hicieron posible el éxito de la logística.

A los pacientes que participaron en la búsqueda de una respuesta, gracias a su gentileza paciencia y amabilidad.



ÍNDICE

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	X
ABREVIATURAS.....	XII
GLOSARIO.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEORICO.....	3
EL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEPRESIÓN.....	3
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	4
EPIDEMIOLOGIA.....	6
MARCO REFERENCIAL.....	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. HIPÓTESIS.....	18
6. OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	21
PROCEDIMIENTO Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	23
RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.....	23
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
8. RESULTADOS.....	24



9. DISCUSION.....	45
10 CONCLUSIONES.....	48
11. PERSPECTIVAS.....	50
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	62

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Gráfico 1: Distribución porcentual de la variable género de los pacientes en estudio.	24
Gráfico 2.- Pirámide de población en relación año y genero	25
TABLA 1.- Frecuencia de edad (años)	25
Gráfico 3.-Distribucion porcentual del a variable escolaridad en pacientes en estudio.	26
Gráfico 4.- Distribución porcentual de la variable deterioro cognitivo en pacientes en estudio.	27
Gráfico 5.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por género.	28
Gráfico 6.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por grupo etario	28
Tabla 2.- Recuento de deterioro cognitivo por grupo etario de pacientes en estudio	29
Gráfico 7.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por escolaridad de pacientes en estudio.	30
Tabla 3.- Recuento de variable visuoespacial en deterioro cognitivo de paciente en estudio	31
Tabla 4.- Recuento de variable denominación en deterioro cognitivo del paciente en estudio	31
Tabla 5.- Recuento de variable memoria en deterioro cognitivo del paciente en estudio	32
Tabla 6.- Recuento de variable atención en deterioro cognitivo del paciente en estudio	32
Tabla 7.- Recuento de variable lenguaje en deterioro cognitivo del paciente en estudio	33
Tabla 8.- Recuento de variable abstracción en deterioro cognitivo del paciente en estudio	33



Tabla 9.- Recuento de variable recuerdo diferido en deterioro cognitivo del paciente en estudio	34
Tabla 10.- Recuento de variable orientación en deterioro cognitivo de pacientes en estudio	35
Gráfico 8.- Distribución porcentual de variable depresión de pacientes en estudio	35
Gráfico 9.- Distribución porcentual de depresión por género de pacientes en estudio	36
Gráfico 10.- Distribución porcentual en relación a depresión por edad (años)	36
Gráfico 11.- Distribución porcentual de depresión y escolaridad de paciente en estudio	37
Gráfico 12.- Distribución porcentual de deterioro cognitivo de pacientes en estudio	38
Gráfico 13.- Distribución porcentual de deterioro cognitivo y depresión de pacientes en estudio.	39
Tabla 11.- Recuento de variables de deterioro cognitivo y depresión leve	41
Tabla 12.- Recuento de variables de depresión leve por casos de deterioro cognitivo	42
Tabla 13.- Pruebas de chi-cuadrado	43
Tabla 14.- Medidas simétricas	43
Tabla 15.- Correlaciones	44



ABREVIATURAS

AM	Adulto Mayor
ACE R	Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (Examen Cognitivo De Addenbrooke Revisado)
CONAPO	Consejo Nacional De Población
DC	Deterioro Cognitivo
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico del Trastorno Mental V)
EA	Enfermedad de Alzheimer
IMSS	Instituto Mexicano Del Seguro Social
MoCA	Montreal Cognitive Assessment (Evaluación Cognitiva De Montreal)
UMF	Unidad Médica Familiar
SNC	Sistema Nervioso Central



GLOSARIO

1. **Vejez:** deterioro orgánico y mental, proceso biológico tiene consecuencias sociales y psicológicas.
2. **Envejecimiento:** proceso inherente a la vida humana, el cual constituye procesos biopsicosociales.
3. **Envejecimiento Cronológico:** marcador de una edad "objetiva".
4. **Envejecimiento Biológico:** etapas en el proceso de envejecimiento biológico, que ocurren en los diferentes niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional.
5. **Envejecimiento Psíquico:** son los cambios en el área cognoscitiva, que afecta el pensar y capacidades psico-afectiva, que incide en la personalidad y el afecto.
6. **Envejecimiento Social:** el ciclo dependencia/independencia subjetiva de la propia edad, y se manifiesta en el sentir y las interacciones con el entorno personal y familiar.
7. **Función cognitiva:** es el conjunto de operaciones mentales requeridas para interpretación perceptual de estímulos transferida que generan una respuesta o conducta de desempeño.
8. **Reserva cognitiva:** capacidad de tolerancia del cerebro antes los cambios cerebrales fisiológicos ante una patología o cambios de la edad.
9. **Deterioro amnésico:** es el compromiso de la memoria episódica y sin alteraciones en otros dominios y por supuesto, sin trastorno de la funcionalidad, se evalúan áreas mentales.
10. **Deterioro no amnésico:** Es el compromiso de alguna función diferente a la memoria y que se relaciona en ejecución, se evalúan áreas mentales.
11. **Deterioro multidominio:** Es el compromiso de al menos dos funciones cognoscitivas comprometidas, sin compromiso de la funcionalidad .
12. **Depresión:** Es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad, se clasifica para en estadios leve, moderada y severa o grave.



RESUMEN

Título: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar no 47.

Introducción: El deterioro cognitivo en el envejecimiento afecta la función mental global en las áreas de la memoria, pensamiento, atención, concentración, lenguaje, sensación y percepción y generan un grado de dependencia funcional y social con pérdida de la autonomía del adulto mayor.

Objetivo: Analizar el deterioro cognitivo como un factor predisponente para la depresión del adulto mayor de la unidad médica familiar no 47.

Material y métodos: estudio de tipo analítico correlacional de corte transversal en una población de 180 adultos mayores de 65 años de la unidad médica familiar no 47 de Villahermosa, Tabasco, México. Se realizaron encuestas de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) y Depresión Geriátrica Yesavage validados para la población mexicana.

Resultados: La presentación de deterioro cognitivo fue del 72.8% (n=131), el 71.11% (n=128) presentaron deterioro cognitivo leve con presencia de depresión leve en un 16.7% (n=30), con predominó el sexo femenino (52.2%) sobre masculino (47.7%), con una edad promedio de 69 años, la mayoría de los casos con escolaridad primaria (53.9%).

Conclusiones: El deterioro cognitivo leve y la depresión en el adulto mayor tabasqueño con mayor riesgo manifestación a partir de los 65 años con escolaridad primaria o menor, el tamizaje es de gran utilidad para la detección de estas entidades, ya que la autopercepción del adulto mayor cambia drásticamente con la edad.

Palabras Clave: Vejez, envejecimiento, función cognitiva, depresión, deterioro cognitivo, adulto mayor



ABSTRACT

Title: Cognitive impairment as a predisposing factor for depression in the elderly in family medical unit No. 47.

Introduction: Cognitive deterioration in aging affects global mental function in the areas of memory, thinking, attention, concentration, language, sensation and perception and generates a degree of functional and social dependence with loss of autonomy in the elderly.

Objective: To analyze cognitive impairment as a predisposing factor for depression in the elderly in family medical unit No. 47.

Material and methods: cross-sectional correlational analytical study in a population of 180 adults over 65 years of age from family medical unit No. 47 of Villahermosa, Tabasco, Mexico. Validated Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Yesavage Geriatric Depression surveys were conducted for the Mexican population.

Results: The presentation of cognitive impairment was 72.8% (n=131), 71.11% (n=128) presented mild cognitive impairment with the presence of mild depression in 16.7% (n=30), with female sex predominating (52.2%) over male (47.7%), with an average age of 69 years, the majority of cases with primary schooling (53.9%).

Conclusions: Mild cognitive impairment and depression in Tabasco older adults with a higher risk of manifestation starting at age 65 with primary schooling or less, screening is very useful for the detection of these entities, since the self-perception of the older adult changes drastically with age.

Keywords: Old age, aging, cognitive function, depression, cognitive impairment, older adult



1. INTRODUCCIÓN

El ser humano en su desarrollo de vida llega al envejecimiento que se manifiesta en una serie de cambios inevitables, a los cuales en la percepción de Cuéllar ÁJ, Guerra (2018) define a la vejez como: “el resultado inevitable del deterioro orgánico y mental”, el cual hace visible a mediados de la vida cuando progresa a un ritmo acelerado, un proceso biológico tiene consecuencias sociales y psicológicas en el mundo actual. ⁽¹⁾

El envejecimiento también se forma en un constructo social como lo refiere Alvarado García (2014) en su análisis como “un proceso inherente a la vida humana”, integrado en una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. ⁽²⁾

Sin embargo, el envejecimiento en la definición de Gutiérrez (1999) y se puede clasificar en:

1. *El envejecimiento cronológico*: que sirve como marcador de una edad “objetiva”. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, más no relacionados causalmente; no es la edad, sino el cómo se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso.
2. *El envejecimiento biológico*: que nos define la edad biológica, corresponde a etapas y a ritmos distintos en diferentes órganos y funciones; es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional. A nivel psíquico se manifiestan en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psico-afectiva, que incide en la personalidad y el afecto.
3. El envejecimiento social: Es un proceso fenomenológico pues la percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir, esta percepción subjetiva adquiere más valor al introducirnos al estudio de los mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso y los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral ⁽³⁾



El envejecer implica cambios fisiológicos en donde se considera a nivel del sistema nervioso central en donde la pérdida neuronal es de forma progresiva, primeramente, en la sustancia blanca en donde ocurre una atrofia cerebral por un ensanchamiento de los ventrículos con una disminución del volumen cerebral. La conexión en el hipocampo y la región temporoparietal, tienen defectos en el procesamiento de nueva información, esto por la disminución de neurotransmisores un ejemplo de ella es la acetilcolina, que participa junto con el sistema límbico, el aprendizaje del adulto mayor siendo este más lento. ⁽⁴⁾

Al iniciar el envejecimiento, la degeneración es paulatina y centra en muchas de las funciones, dentro de ellas la función cognitiva del ser humano, que se definen como el conjunto de operaciones mentales efectuadas con la interpretación perceptual de estímulos que se transfiere en una respuesta o conducta de desempeño, y que se forman por procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia. ⁽⁵⁾

Para Borboa-García y Flores-Alvarado describen a la función cognitiva como el resultado del funcionamiento global, y que al presentarse un grado de deterioro en los adultos mayores se manifiesta de forma general, evidenciándose problemas en la memoria diferida, concentración, cálculo, dibujo y lectura-escritura. ⁽⁶⁾

Estos cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, producen un daño que, al superar determinados límites, aumenta el riesgo de desarrollo de diversas enfermedades neurodegenerativas dentro de ellas problemas del estado cognitivo. ⁽⁷⁾



2. MARCO TEORICO

EL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEPRESIÓN

El deterioro cognitivo se define como: “un síndrome clínico que se caracteriza por el declive de las funciones mentales o dominios conductuales y neuropsicológicos, específicamente en la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.”⁽⁸⁾

Históricamente, el término de deterioro cognoscitivo leve (DCL) aparece en la literatura sólo hasta el año 1990, comenzando a recibir mayor atención y aceptación en la literatura especializada.⁽⁹⁾

El deterioro cognoscitivo leve es asociado con la edad y como un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad.⁽¹⁰⁾

Según la clasificación de Petersen (1990) existen tres subtipos de deterioro cognitivo leve

1. Amnésico: frecuente en pacientes con deterioro grave en la memoria pero que no cumple criterios para la demencia
2. Multidominio: se encuentra en pacientes que reflejan deterioro leve en varios dominios cognitivos
3. No amnésico: son en aquellos pacientes con un deterioro en un dominio aislado que no comprende la memoria.⁽¹¹⁾

El deterioro cognoscitivo leve de tipo *amnésico*, representa cerca de 65% del total y en esta variante existiría sólo compromiso de la memoria episódica y sin alteraciones en otros dominios y por supuesto, sin trastorno de la funcionalidad, a diferencia del tipo *no amnésico* tendrá el adulto mayor un compromiso de alguna función de ejecución, planeación o secuenciación siendo afectados un 25% de los pacientes. En cuanto al deterioro de tipo multidominio corresponde tan sólo a 10% de los pacientes y se caracteriza por tener al menos dos funciones cognoscitivas comprometidas, sin compromiso de la funcionalidad.⁽¹²⁾



Todo ello depende principalmente a que, a mayor edad, se presenta mayor deterioro cognitivo ⁽¹³⁾ algunos estudios como el de Miranda de et al (2020) mencionan que 41,7% de los adultos con edad mayor a los 60 años presentaran alguno tipo de afectación en la cognición. ⁽¹⁴⁾

En la ciudad de México, el deterioro cognitivo se presentó un 38.71% de un grupo de paciente estudiados en los se encontró una correlación entre pacientes con depresión y deterioro cognitivo, presentando una probabilidad de riesgo mayor a 4 veces a padecer esta condición. ⁽¹⁵⁾

Algo llamativo de este padecimiento que es descrito por Camacho-Conde y Galán-López (2012) es la relación de los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo es que puede ser una manifestación temprana en lugar de un factor de riesgo para la demencia y la enfermedad de Alzheimer, pero que la afección neuropatológica subyacente que causa el deterioro cognitivo o demencia también causa síntomas depresivos. ⁽¹⁶⁾

El sentimiento de tristeza no debe ser encasillado como parte natural del envejecimiento, ya que los síntomas depresivos están relacionados con una salud precaria y una incapacidad funcional. ⁽¹⁾

DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR

La depresión es denominada como un conjunto de síntomas que ocasionan la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria y se manifiesta en la desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales ⁽¹⁷⁾

Según el DSM V ⁽¹⁸⁾, el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo más de 5 síntomas:

1. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras (siendo de mayor peso la presencia de estos dos primeros)
2. Aumento o pérdida de peso, la presencia de agitación o lentitud psicomotriz
3. Fatiga o pérdida de energía



4. Sentimientos de inutilidad o culpa
5. Disminución de la capacidad para concentrarse
6. Pensamientos recurrentes de muerte.

Dentro de los síntomas más frecuentes fueron sentimientos de inutilidad (42.9%), intranquilidad (38.6%), dificultad para hacer las cosas (31.8%) y dificultad para tomar decisiones. ⁽¹⁹⁾

Cuando un adulto mayor presenta esta sintomatología, la Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica GPC IMSS-194-08 puede ser caracterizada por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad ⁽¹⁷⁾:

1. Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
2. Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave."
3. Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

El impacto de la depresión sobre la calidad de vida, las comorbilidades y la ideación suicida es evidente y se asocia más a menudo con deterioro cognitivo que la depresión temprana y es importante el conocimiento de los factores de riesgo para poder enfrentar el problema de manera más eficaz. ⁽²⁰⁾

Para los investigadores Castro y Aguilar (2006) mencionan que un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a la inactividad física, dependencia económica y género femenino o los del riesgo débil en aquellos con pluripatología, polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con armonía familiar. ⁽²¹⁾

Se estima que para el 2025, la población de adultos mayores en México se incrementa gradualmente a 18 millones y para el 2050 uno de cada cuatro habitantes será adulto



mayor. ⁽²²⁾ lo cual significa un aumento de ambas patologías a mediano plazo y una afectación para el sistema de salud pública.

A nivel global la depresión afecta a un 7% de la población de personas mayores, en México se reporta que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada. Sin embargo, con los datos de la dirección general de información en salud (México: CONAPO) en las proyecciones de la población de México 1990 – 2030, indican que la depresión, creció en el grupo etario 60 a 64 años presentan una tasa de 145.2; en tanto que entre las personas mayores de 65 años se ubica en 129.9 casos por cada 100 mil ⁽²⁴⁾

Los investigadores Llanes-Torres et al (2015) relacionaban los factores que influyen en la aparición del deterioro cognitivo y su relación con la depresión en Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, encontrando que en los grupos de edades de 75 a 79 años tienen mayor disposición a la depresión, con predominio en el sexo femenino en un 64.38 %. Dentro del estudio se relacionó el temor a la muerte en un 78.08 % colocándose como síntoma predominante y el más desencadenante de la depresión y que esta se relacionaba con la inadaptación a la jubilación en un 70.54 %, la cual se mostraba en ambos sexos. ⁽²⁵⁾.

EPIDEMIOLOGIA

La Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 estima que la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones ⁽²⁶⁾

Los trastornos neuropsiquiátricos en este grupo etario (mayor de 60 años) constituyen el 6,6 % de la discapacidad total (AVAD); los trastornos de ansiedad afectan al 3,8 % y la depresión al 7 %, representando 5,7 % de los años vividos con una discapacidad. Además, la depresión aumenta la percepción de tener mala salud y quienes la padecen tienen un desempeño más deficiente que cualquier otra enfermedad crónica ⁽²⁷⁾



En los análisis de estudios efectuados en Europa, Norte América, Asia, Australia y África se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo entre el 4.9% y el 26.4%, la cual se calcula de 17,1 a 22,3 % entre los mayores de 65 años, siendo de 25 % a 45,3 % en aquellos con 85 años o más, y su presencia incrementa hasta 6 veces el riesgo de progresión a demencia ⁽²⁸⁾

El estudio EURODEP reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania (11). En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %, en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria. ⁽²⁹⁾

En el grado de depresión, se observó al 43% sin datos de depresión, el 23% presentaron depresión ligera, 20% depresión moderada, y 14% depresión severa. Además, se identificó que el 38% de las personas con depresión fueron mujeres y el 19% fueron hombres. ⁽³⁰⁾

En México existe una población de 126,014,024 habitantes, esto acorde a los registros del instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) en su banco de indicadores del 2020 dentro esta cifra a nivel nacional cerca de 10,328,558 de personas son adultos mayores de 65 años, reflejándose en una tasa de envejecimiento nacional del 47.68 %. ⁽³¹⁾

En Tabasco según INEGI 2023, esta relación se basa en un total de población adulta mayor de 1,726,39 personas con respecto a los 2,402,598 del total de los habitantes en Tabasco; por lo que la tasa de envejecimiento reportada fue del 39.39%. En el municipio de centro existe un 48.44% de envejecimiento correspondiente a una población de personas mayores de 65 años de 51,331 de un total de 683,607 habitantes. ⁽³²⁾

En el estudio de Martínez MMC et al. (2021) Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán (2021) encontraban una prevalencia de depresión de 40.17%, en la que un 29.06% de los participantes reportaron depresión leve y 11.11%, depresión grave. ⁽³³⁾

Para Parada Muñoz et al. (2022) en su publicación Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años, describen que el



deterioro cognitivo y la depresión tienen componentes comunes que orientan sobre la etiología de ambos trastornos, lo que produce entonces que los sujetos generen depresión al notar los primeros síntomas de deterioro cognitivo y en esto intervienen de gran manera las enfermedades crónicas y patologías degenerativas. ⁽³⁴⁾

En el estudio de Jiménez et al (2015) "Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores", se observó una tendencia de padecer deterioro cognitivo conforme a mayor edad; es importante mencionar que, de igual manera, se ha reportado una alta prevalencia desde un 10% hasta 40% (depresión en la población mexicana) ⁽³⁵⁾

MARCO REFERENCIAL

El deterioro cognitivo leve y la depresión en el adulto mayor son situaciones patológicas que dan vulnerabilidad al presentarse de forma independiente, pero que al estar en conjunto dan aumento a la mortalidad y afectación en la calidad de vida.

Diferentes hipótesis se han planteado para describir la etiología de la relación entre deterioro cognitivo y depresión, una de ellas postula que los individuos con algún grado de deterioro cognitivo desarrollan depresión como reacción psicológica ante la presencia de un declive cognitivo y ante la pérdida de su independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

En Panamá, en un estudio de pacientes ambulatorios, encontró que el 18.1% de los participantes presentaban solo depresión y un 21.4% solo deterioro cognitivo, aquellos pacientes que presentaron ambos padecimientos correspondió aun un 11.2% de los participantes. ⁽³⁶⁾

Sin embargo, en la Cd de México, Villarreal, et al (2012) en su estudio poblacional del área metropolitana muestra el doble de casos correspondientes a un 52% de personas con depresión y deterioro cognitivo leve a comparación de aquellas que solo cursaban con deterioro cognitivo en un 25.0% de casos. ⁽³⁷⁾

Desde la perspectiva de Pérez et al (2018) en su estudio Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor se consideran que estos trastornos mentales tienen



complicaciones a todas las edades, y que en la edad adulta juntos como comorbilidades (depresión - deterioro cognitivo) son un causante de incapacidad a un grado mayor y que permite el desarrollo de demencias como de tipo Enfermedad de Alzheimer. ⁽³⁸⁾

Para Leite-Marinhês et al (2015) en el estudio "Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil", mencionan que la capacidad funcional y cognitiva baja puede desencadenar, un empeoramiento de la calidad de vida, relacionándose un mayor predominio casos en mujeres en un 64,9%, en una edad de 60-70 años, casadas en 46,5% y con algún grado de escolaridad en el 90,8% de los casos ⁽³⁹⁾

Para Molés J, et al (2019) en *Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana*, consideran que la alteración de la función cognitiva se convierte en un problema importante de salud, como menciona como la alteración de la salud mental, más frecuente en ancianos en los países desarrollados. Se asocia al sufrimiento y a un incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. ⁽⁴⁰⁾

Porras-Juárez et al (2010) en *Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física*, enfatiza comprender la percepción de los adultos mayores identificando los sentimientos como soledad y falta de apoyo por parte de sus seres queridos. ⁽⁴¹⁾

Por ello el adulto mayor se vuelve inexpresivo a sus emociones y preocupaciones, como menciona Gill IYS (2008) en *El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor*, estas alteraciones cognitivas, afectan la capacidad de seleccionar los estímulos más importantes del entorno; con un lenguaje limitado para la comunicación del adulto mayor con sus cuidadores y profesionales de salud; la afectación de la memoria, altera el patrón normal de comportamientos, de sus motivaciones, de sus intereses, y principalmente, de su preocupación por sí, por los otros y por su entorno. Todas estas alteraciones se amplifican por la influencia de la depresión. ⁽⁴²⁾



La Frecuencia de síntomas depresivos en los ancianos se reporta mayormente en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica ⁽⁴³⁾

La guía de práctica clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Previsión Nivel de Atención Previsión concuerda que estas dos condiciones son comunes en la adultez mayor. Ambos son factores que reducen la independencia del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria. Estas condiciones son también factores de riesgo para el desarrollo de demencias ⁽⁸⁾

La investigación de Jiménez et al. (2015) recogieron en su estudio con 399 adultos mayores mexicanos. El 23.63% presentó depresión leve y el 24.54% déficit cognoscitivo en la escala de leve a moderado, además se observó que mientras más años tenía la persona se constó que mayor era el riesgo de sufrir depresión y deterioro cognitivo. ⁽³⁵⁾

Dentro de los factores protectores para deterioro cognitivo, Sepúlveda-Loyola W. Et al. (2020) postulan en su estudio *Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa*, consideran que la participación social puede ser definida como la vinculación voluntaria u obligatoria a una organización o grupo social formal e informal y que puede ser empleado como un factor protector para la salud mental y física del adulto mayor que debería ser evaluada en la práctica clínica por medio de preguntas simples o cuestionarios, debido al gran impacto que tiene la participación social en la salud de los adultos mayores. ⁽⁴⁴⁾

En el estudio *Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados* de Guzmán-Olea, et al (2016), menciona que la valoración gerontológica integral es una acción de diagnóstico que ayuda a determinar la condición biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social y familiar del adulto mayor; por tanto, debe realizarse bajo un enfoque multidisciplinario, con herramientas validadas y confiables para la realización adecuada y eficaz de la condición de salud



de la población adulta mayor, y que además permita desarrollar programas de acción específicos para mejorar sus condiciones de salud. ⁽⁴⁵⁾

Para Márquez Cardoso et al (2005), en *Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria*, considera que la educación de la población general acerca del déficit cognitivo y el trastorno depresivo, sus manifestaciones clínicas y las posibilidades de tratamiento pueden contribuir a desestigmatizar esta enfermedad y facilitar el reconocimiento y aceptación por parte de los pacientes, familias y la comunidad en general. ⁽⁴³⁾ Ideología que comparte con Méndez Chacón (2021) en *Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES*, el uso de instrumentos de auto informe en población general, puede ayudar a la identificación o emisión de alarmas para su detección en focos poblacionales en los que se requiera realizar un seguimiento por parte de las autoridades en salud. La coexistencia de muchas escalas de medición y el hecho de que diferentes personas puedan presentar síntomas diferentes refleja la diversidad de enfoques conceptuales sobre la depresión ⁽⁴⁶⁾

El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo. De esta manera, la detección precoz de la depresión (por ejemplo, con el uso de la escala de depresión geriátrica) permitirá su diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves. El tratamiento debe ser interdisciplinario y, cuando se opta por el uso de fármacos, se deben considerar los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento para su correcta administración. ⁽⁴⁷⁾



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las relaciones entre depresión y deterioro cognitivo se han empezado a estudiar por su gran relevancia desde hace años con motivo de estudio, interés y controversia, en donde pueda existir una asociación depresión-deterioro cognitivo y la relación que ambas puedan tener con el desarrollo de demencia.

Aravena José (2017) en su estudio “Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores” refiere que el cambio negativo en la capacidad funcional puede ser un precursor de síntomas depresivos, pues su estudio de cohorte de 6 años, se observó que cambios negativos en la funcionalidad se asociaban a un incremento en los síntomas depresivos (aumento en un 61% a un 80%), ahora si este cambio se vuelve positivo se relaciona a síntomas menores de la depresión.⁽⁴⁸⁾

En la revisión de la literatura, se asocia el estado depresivo como condicionante para el deterioro de la función cognitiva y que con la edad se proyecta a mayor afectación; sin embargo, un efecto inverso ha sido poco estudiado, pues dentro de los adultos mayores quienes han tenido las afectaciones de sus procesos cognitivos de manera progresiva pueden tener una puerta de inicio para depresión es sus primeros estadios. Lo que nos plantea la siguiente pregunta para esta investigación:

¿El deterioro cognitivo es un factor predisponente para la depresión del adulto mayor de la UMF No. 47?



4. JUSTIFICACIÓN

El nivel de reserva cognitiva en el adulto mayor se ve afectada por los factores sociodemográficos en función de género y nivel educativo, que darían una pauta para sintomatología depresiva y el estado cognitivo general. En nuestro estado el deterioro cognitivo y la depresión son áreas poco estudiadas, ya que por desconocimiento o es catalogado como parte del proceso del envejecimiento, pensamiento que hace carecer de un análisis a mayor profundidad en los estados de salud del adulto mayor tabasqueño.

La alteración progresiva de la homeostasis interna en el adulto mayor se acompaña de una disminución general de sus funciones físicas, psíquica y social. Este proceso puede significarles una alta carga emocional negativa que, al ser una patología multifactorial, con una gran influencia de factores sociales y ambientales en su etiología, no puede ser manejado tan sólo con un enfoque clínico-farmacológico. ⁽⁴⁹⁾

El deterioro cognitivo, como la depresión, comparten una misma fisiopatología, ya comparten áreas neuroanatómicas similares, lo que permite su aparición en conjunto, sin que sea posible determinar la causa que precede a la otra, por lo que es entendible que los sujetos al notar los primeros síntomas de deterioro cognitivo y en esto intervienen de gran manera las enfermedades crónicas y patologías degenerativas generen sentimientos que concluyan en un estado depresivo. ⁽³⁴⁾

El deterioro cognitivo se refleja en los cambios de las habilidades mentales primarias en el envejecimiento normal hacia el envejecimiento patológico, considerando el desorden y las limitaciones asociadas a los procesos cognitivos de la atención, percepción y memoria, aspectos del lenguaje, de la velocidad de procesamiento y de las funciones ejecutivas. La depresión de forma paulatina se hace presente en el adulto mayor percibe las alteraciones de las habilidades mentales primarias asociadas a la capacidad de raciocinio, lenguaje, y orientación y comprensión espacial, y posteriormente llegar a desarrollar síntomas depresivos llegando a ser un fenómeno bilateral ⁽⁵⁰⁾



La depresión y su relación con el deterioro cognitivo en conjunto son un signo de demencia, Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo, encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia y que esta coexistencia de deterioro cognitivo dificulta el tratamiento de la depresión en estos pacientes por lo que la valoración de la cognición debe realizarse en todos los pacientes con depresión ⁽⁵¹⁾

La depresión podría ser una reacción psicológica en percibir el deterioro cognitivo inicial. Esto sería posible en estadios muy iniciales del proceso degenerativo cuando los pacientes todavía son conscientes de sus fallos en las capacidades mentales. ⁽⁵²⁾

En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados en un estudio sobre la prevalencia de deterioro cognitivo realizado en población mayor de 65 años en Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela, Puerto Rico, China e India, se encontró una prevalencia del 3.8 al 6.3% para el año 2017 ⁽²⁶⁾

En México, se registra una prevalencia de 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60% (43), a diferencia de en Michoacán la prevalencia de depresión de 40.17%, dentro de la cual se observó que 29.06% de los participantes reportaron depresión leve y 11.11%, depresión grave. (44) En un centro geriátrico en Quintana roo los resultados mostraron variantes de un 31,0% a un 19,0% ⁽⁵³⁾

En nuestra entidad un estudio sobre la depresión (Zavala-González y Domínguez-Sosa) utilizando el test de Yesavage en unidades médicas del IMSS de la zona urbana de la localidad de Cárdenas, Tabasco, México durante el período enero-junio de 2008, mostró una prevalencia de depresión del adulto mayor de 53.2% equivalente a 53 casos, de los cuales el 64% fueron leves (34% de la población total), y el 36%, moderados- graves (19% de la población total). ⁽⁵⁴⁾ Posteriormente en Laines Et al (2020) encontraron prevalencias del 23% en adulto mayores con depresión ligera, 20% con depresión de tipo moderada, y 14% con tipo severa. ⁽³⁰⁾

El adulto mayor al ser un individuo vulnerable se expone a los factores sociodemográficos en función de género y nivel educativo, que darían una pauta para sintomatología depresiva y la alteración del estado cognitivo general. En nuestro estado ambas patologías son áreas poco estudiadas, ya que por desconocimiento o



es catalogado como parte del proceso del envejecimiento, pensamiento que hace carecer de un análisis a mayor profundidad en los estados de salud del adulto mayor tabasqueño.

Los adultos mayores a los cuales se les evalúa el estado cognitivo durante el proceso de envejecimiento normal permiten detectar un probable trastorno neurológico como el Alzheimer, demencias vasculares y otros, permitiendo así poder realizar una intervención temprana ⁽⁵⁵⁾

El aumento de la mortalidad a medida que se incrementa la edad con las dificultades para determinar qué características forma parte del envejecimiento cognitivo normal o por el contrario constituyen los primeros síntomas de deterioro cognitivo, la cual se traduce en las quejas de memoria en las personas mayores por las familias que son vistas como parte del envejecimiento normal o son subdiagnósticos generados por la aparición de ansiedad y depresión en sujetos de edad muy avanzada. ⁽²⁸⁾

En un estudio efectuado por Aajami et al. (2020) con 506 adultos mayores, mostraron que el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos coexisten entre sí, lo cual enfatiza la necesidad de evaluar estas dos variables en la atención geriátrica. ⁽⁵⁶⁾

La presencia de signos de deterioro cognitivo, según Pérez et al. (2018) los sujetos generan síntomas depresivos al notar dificultad para efectuar sus tareas cotidianas, así como también al ver disminuida su autonomía. ⁽⁵⁷⁾

Esta inestabilidad en la vida diaria puede derivar en una depresión, que se define como un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por tristeza recurrente, anhedonia, inapetencia, fatiga, insomnio o hipersomnias y sentimiento de inutilidad que suele ser ignorada por quien la presenta, por su familia, hasta inclusive por el equipo de salud, dada la dificultad de diagnosticar la depresión en atención primaria de salud, ya que se asocia a problemas comunes que viven los adultos mayores, y cuando esta se evidencia, no se da un tratamiento óptimo y oportuno. ⁽⁵⁸⁾

En un estudio realizado por Valdés-King *et al.* (2017) con adultos mayores institucionalizados, se encontró que el 60 % de los participantes presentaron



depresión, caso en los cuales consideraron como una de los principales factores de riesgo al deterioro cognitivo ⁽⁵⁹⁾

Recientemente se ha propuesto que los cambios cognitivos normales relacionados con el Envejecimiento, se encuentran con los Estadios Preclínicos que anteceden al Deterioro Cognitivo y que en su evolución se desarrolle un Síndrome Demencial, así mismo, se determina una asociación con la sintomatología depresiva ⁽²⁸⁾

El deterioro cognitivo en conjunto con la depresión geriátrica, así como el crecimiento exponencial se convierte en una inversión económica y social, debe ser encaminada a la prevención y manejo de la salud pública.

De acuerdo a la organización mundial para la salud (OMS) los retos que se afrontan en la población de adultos mayores es tener un envejecimiento saludable, que permitan su funcionamiento y desarrollo, dentro de ello la salud mental se vuelve primordial, ya que, las personas con cambios de humor o de conducta comenzaran los problemas de memoria y los síntomas empeoran con el tiempo al grado de progresar con demencia , en 2023 más 55 millones de personas padecen demencia y se espera su aumento secuencial, por lo que se deben lograr mejoras en la calidad de vida del paciente geriátrico ⁽⁶⁰⁾

La depresión como trastorno mental que puede presentarse a lo largo de la vida y causar diversos problemas en lo social y a nivel personal, que llevan a incapacidad laboral o intentos suicidas. En el instituto mexicano del seguro social (IMSS) se brindan tratamientos integrales para asegurar adecuado control y tratamiento de esta enfermedad. Los síntomas característicos incluyen tristeza, llanto fácil, aumento o disminución del apetito y/o peso, alteraciones del sueño, así como problemas en lo familiar, laboral y social. Cuando el cuadro de depresión es grave, las personas pueden llegar a presentar alucinaciones, delirios o pérdida de contacto con la realidad, e incluso ideas o intentos suicidas. ⁽⁶¹⁾

El diagnóstico precoz del deterioro cognitivo leve el cual se ha propuesto como un estado previo a la demencia, pues un 50% de las personas diagnosticadas progresan a síndrome demencial ⁽⁴¹⁾ Es por eso que la aplicación del Minimental ha sido una herramienta de inestimable valor para la exploración cognitiva de los adultos mayores.



Las alternativas diagnósticas comparadas al Mini mental ofrecen mejores prestaciones, fundamentalmente en lo que respecta a la sensibilidad y especificidad diagnósticas, caso por ejemplo Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), han sido desarrolladas con el objetivo de ofrecer una valoración cognitiva global ⁽⁶²⁾.

Los síntomas en los ancianos se presentan mayormente en las mujeres, adultos jubilados o pensionados, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica. Según Moreira et al (2022) la depresión en mujeres con deterioro cognitivo es relativamente mayor en que el género masculino esto permiten establecer una relación poco clara respecto al deterioro cognitivo, pues se relacionan con los comportamientos y estados de ánimo, que suelen trascender con el paso de los años, con una pérdida de habilidades motoras y ejecutivas para la realización de tareas, que son perceptibles por el adulto mayor interfiriendo con la autonomía en la vida diaria ⁽⁶³⁾ En nuestro estado no se han encontrado reporte sobre el deterioro cognitivo y sus factores asociados o la existencia de asociación a la depresión en el adulto mayor en la población geriátrica tabasqueña que nos permita conocer la situación actual en la entidad.

El presente estudio de investigación determina como el deterioro cognitivo leve influye como un factor para la aparición de la depresión en el adulto mayor de la unidad médica familiar no 47, Villahermosa, Tabasco, que como grupo vulnerable se enfoquen estrategias preventivas de forma temprana en la población para su detección temprana y disminuir la afección en las etapas geriátricas y mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico derechohabiente.



5. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

1. El deterioro cognitivo es un factor asociado para la depresión del adulto mayor de la UMF No 47.

Hipótesis Nula:

2. El deterioro cognitivo no es un factor asociado para la depresión del adulto mayor de la UMF No 47.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar al deterioro cognitivo como un factor predisponente para la depresión del adulto mayor de la unidad médica familiar no 47.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los aspectos sociodemográficos del adulto mayor.
2. Identificar cual es el área cognitiva más afectada del adulto mayor.
3. Conocer el tipo de depresión predominante en el adulto mayor.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio de tipo no experimental, analítico, tipo transversal, correlacional y descriptivo la finalidad fue evaluar las características que exista entre las variables y la población estudiada.

El lugar de estudio fue en la ciudad de Villahermosa, Centro, Tabasco en el periodo de tiempo comprendido del 01 de agosto al 30 de septiembre del año 2023.

El universo de estudio se conformó una muestra 180 adultos mayores de 65 años de la Unidad Médica Familiar No 47 de Villahermosa, Centro, Tabasco, México.

Se tomaron los siguientes criterios para los sujetos de estudio:

A. Criterios de Inclusión

1. Adultos mayores de 65 años adscritos la UMF no 47 IMSS Tabasco.
2. Sexo Indistinto
3. Adultos mayores con deterioro cognitivo con o sin depresión

B. Criterios de exclusión

1. Adultos mayores con disminución o discapacidad visual
2. Adultos mayores con dependencia de cuidador permanente
3. Padecimientos psiquiátricos, alteraciones de la conducta, demencia o Enfermedad de Parkinson diagnosticada.
4. Tratamiento a base de narcolepticos, benzodiazepinas o fármacos que afecten el SNC.

C. Criterios de eliminación

1. Adultos mayores que no hayan concluido las encuestas
2. Adultos mayores que aun firmado consentimiento rechacen la encuesta en cualquier momento del estudio.

El universo de estudio se integró por 180 adultos mayores.



La muestra seleccionada para este estudio se calculó por la fórmula para población finita de un universo de 1950 adultos mayores.

Calculo de Muestra para Población Finita

$$n: \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

n: tamaño de muestra buscado

N: tamaño de población (1950)

Z: nivel de confianza (80%= 1.50)

e: error estimado (5%)

p: probabilidad de que ocurra el evento estudiado (50%) es de 5%= (0.05)

q: probabilidad de que no ocurra el evento estimado (50%) es de =1-p=1-0-05=0.95



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para este estudio se estudiaron las siguientes variables:

1. Depresión: Alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad
2. Orientación: Capacidad de integrar y manejar información relativa del individuo, el tiempo y el espacio físico en el que interactúa.
3. Atención: Es el proceso para dirigir los recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o la ejecución de determinadas acciones adecuadas posibles.
4. Calculo: Acción de hacer las operaciones matemáticas necesarias para averiguar el resultado, el valor o la medida de algo, en expresión numérica.
5. Lenguaje: Es una función superior que desarrolla los procesos de simbolización relativos a la codificación y decodificación para generar una comunicación
6. Memoria diferida: Es la capacidad de codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida.
7. Denominación: Nombre con el que se distinguen las personas y los conceptos.
8. Abstracción: Proceso en virtud del cual se separa o aísla alguna o algunas cualidades de un objeto o de una acción sobre el mismo
9. Visuo espacial: Son la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente
10. Deterioro cognitivo : Síndrome clínico caracterizado por la pérdida de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, lenguaje y función visuoespacial.
11. Edad: es el número de años cumplidos
12. Sexo: Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer clasificado en Masculino y Femenino
13. Escolaridad : es el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente, estos se organizan en escolaridad Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura y Maestría.



PROCEDIMIENTO Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La aplicación de los formularios a los adultos mayores aceptaron de forma voluntaria y con autorización por escrito a través del consentimiento informado en la UMF no 47 de Villahermosa, Centro, Tabasco en un periodo de 6 semanas, en horario de 8 a 14 hrs, con el personal previamente capacitado en los formularios para evaluación de la función cognitiva y para la depresión geriátrica los cuales son instrumentos validados en nuestro país para la medición del estado cognoscitivo y de la evaluación para la depresión del adulto mayor, por lo que no se requirió estudio piloto previo

Para identificar la prevalencia de depresión se aplicó el formulario de *Escala Geriátrica Depresión de 15 Reactivos*, es la escala utilizada y validada para identificar depresión en adultos mayores. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. El puntaje máximo es de 15 puntos, de donde se derivan 3 puntos de corte:

- Normal: 0 a 5 puntos
- Depresión leve: 6 a 9 puntos
- Depresión establecida: > 10 puntos

También se aplicó la *Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)*, diseñada como un instrumento de detección rápida para la disfunción cognitiva leve, pensada como una medida de la función cognitiva global a partir de la evaluación del rendimiento de los diferentes dominios que la conforman: atención, lenguaje, memoria, abstracción y orientación. Es encuesta permite discriminar el rendimiento neurocognitivo normal y patológico. Con un puntaje máximo de 30 puntos, se establece los puntos de corte en:

- Puntaje igual o > 26 se considera normal.
- Puntaje de 20 a 23: Deterioro Cognitivo Leve.
- Puntuación menor de 10: Deterioro Cognitivo.



ANALISIS ESTADISTICOS

La información obtenida de las encuestas fue recolectada en hoja electrónica de cálculo de Excel versión 2019, posteriormente se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 26, empleando frecuencias, porcentajes media, mediana, Chi Cuadrada, y Pearson para el análisis de los resultados.

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

Este estudio se contó con los investigadores y asesores metodológicos y teóricos, se capacito personal para la aplicación de encuesta, así como materiales y papelería necesarios para su ejecución, se facilitó el acceso a la infraestructura destinándose un área para aplicación de instrumentos de investigación. Este estudio no contó con financiamiento para llevar a cabo esta investigación.

ASPECTOS ÉTICOS

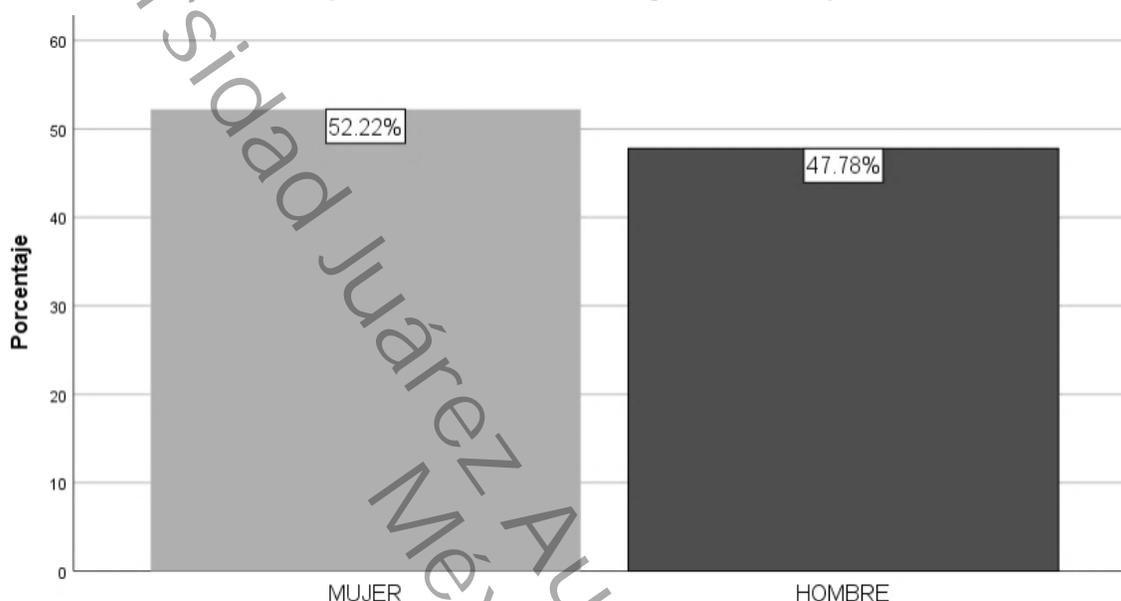
En esta investigación se basó en la declaración de Helsinki y del código de Núremberg los cuales marcan sus principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas que participaron en el estudio. La autorización se recabó por medio escrito de manera voluntaria a través de la carta de consentimiento informado, donde se les explicó el propósito del estudio y el procedimiento a realizar para la investigación, así como la decisión de retirarse de la investigación en cualquier momento respetando su decisión. Esta investigación se basó igualmente en los principios de Belmont respetando la autonomía de las personas que participaron y se preservó la beneficencia de los participantes durante el proceso de investigación, respetando los derechos y la ética médica. Se clasificó esta investigación como **Categoría del Riesgo** lo que representó el **mínimo** riesgo para los participantes, al emplear cuestionarios y escalas de evaluación cognoscitivas y psicoactivas, que no manipularon ni alteraron la conducta de participante a estudiado. Así mismo en los casos que se desistieron en continuar con el estudio por inconformidad por parte del participante, se les permitió la revocación de consentimiento del estudio.



8. RESULTADOS

La muestra se caracterizó con 180 sujetos de estudios dentro de los cuales el 52.2% (n=94) corresponde al género femenino y un 47.8% (n= 86) al género masculino.

Gráfico 1: Distribución porcentual de la variable género de los pacientes en estudio.



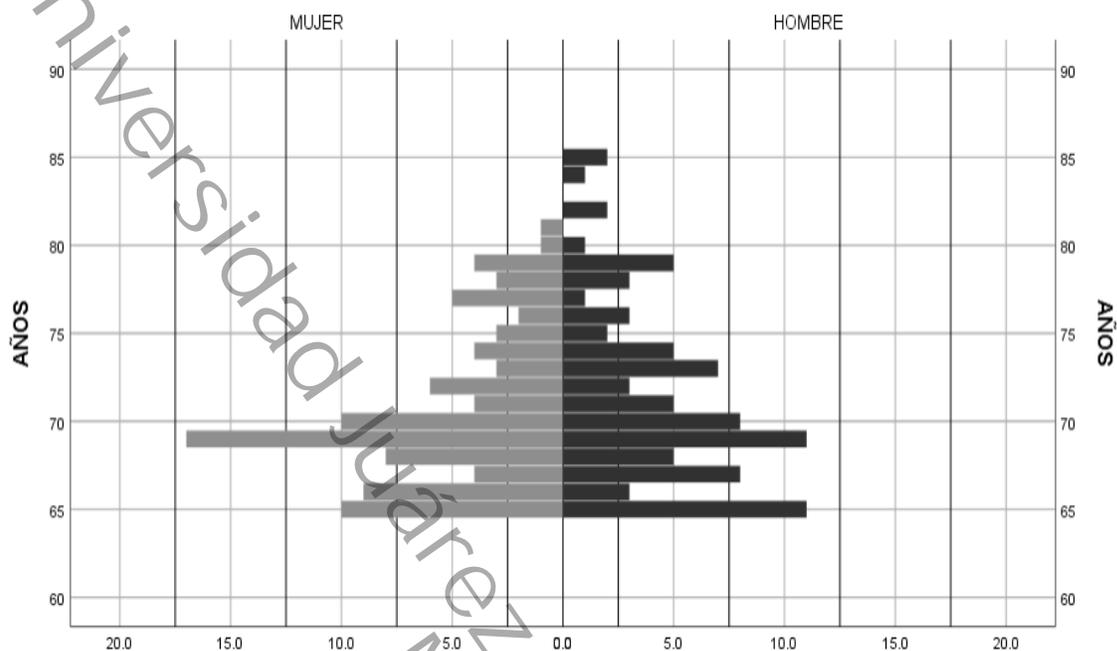
Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

La edad de los sujetos de estudio se estableció en un rango de los 65 a los 85 años de edad, con mínimo de 65 y un máximo de 85 años , siendo la moda de 69 años, se estableció una media de 70.9 y una mediana de 70.97 , con una desviación estándar de 4.716.

Por grupo etario se presenta con mayor predominio de los 65 a 69 años con un 47.9% (n= 86) , el grupo de 70 a 74 años con un equivalente al 30.6% (n=55), del grupo 75 a 79 con el 17.2% (n=31), del rango etario de 80 a 84 años representó el 3.4% (n=6) y el 1.1% (n=1) correspondiente a los 85 años.



Gráfico 2.- Pirámide de población en relación año y genero



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

TABLA 1.- frecuencia de edad (años)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
65	21	11.7	11.7	11.7
66	12	6.7	6.7	18.3
67	12	6.7	6.7	25.0
68	13	7.2	7.2	32.2
69	28	15.6	15.6	47.8
70	18	10.0	10.0	57.8
71	9	5.0	5.0	62.8
72	9	5.0	5.0	67.8
73	10	5.6	5.6	73.3
74	9	5.0	5.0	78.3
75	5	2.8	2.8	81.1
AÑOS 76	5	2.8	2.8	83.9
77	6	3.3	3.3	87.2

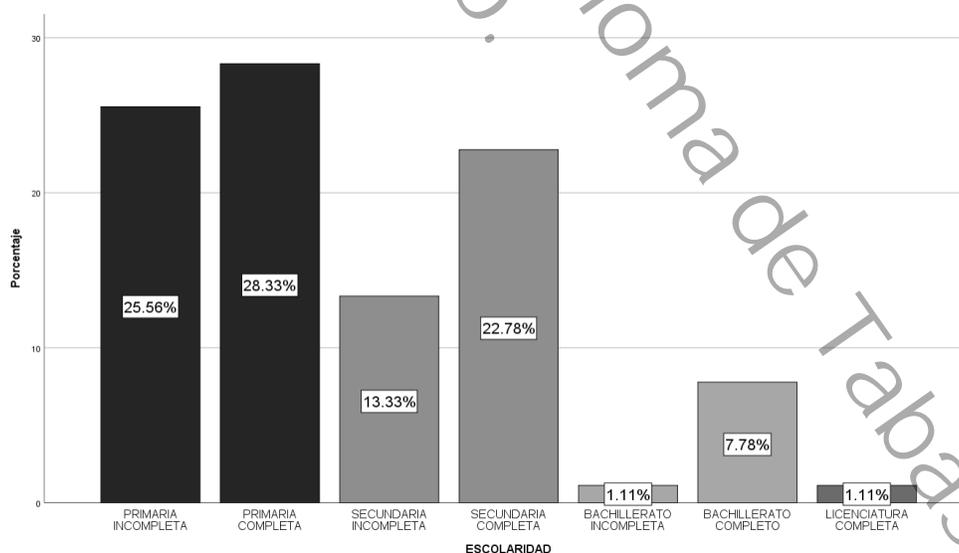


78	6	3.3	3.3	90.6
79	9	5.0	5.0	95.6
80	2	1.1	1.1	96.7
81	1	.6	.6	97.2
82	2	1.1	1.1	98.3
84	1	.6	.6	98.9
85	2	1.1	1.1	100.0
Total	180	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En cuanto a la escolaridad reportada se observó que 97 sujetos contaban con instrucción primaria (53.9%) dentro de los cuales el 25,6% (n=46) tenían primaria incompleta, el 28.3% (n=51) contaban con primaria completa, en la escolaridad secundaria se encontraron 65 en donde un 13.3% (n=24) presentó secundaria incompleta y el 22.8% (n=41) como secundaria completa, en cuanto a estudios de bachillerato o técnico un 8.9% se presentó un total de 1.1% (n=2) como incompleto y un 7.8% bachillerato completado y en estudios superior completo solo se encontró un 1.1% (n=2).

Gráfico 3.-Distribucion porcentual del a variable escolaridad en pacientes en estudio.



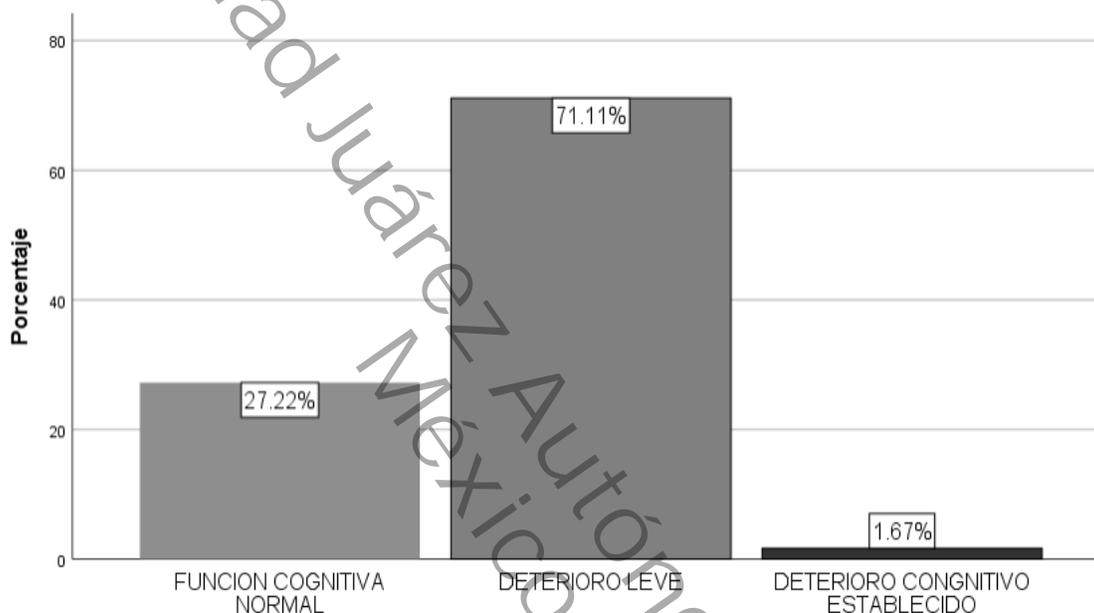
Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Deterioro cognitivo

Tras la aplicación de la encuesta cognitiva de Montreal se reportó un 72. % (n=131) de casos con deterioro cognitivo, dentro de los cuales el 71.11 % (n=128) presentaron DCL, mientras que 1.67% (n=3) presentaron DCE y un 27.22% (n=49) restante corresponde a una función cognitiva normal.

Gráfico 4.- Distribución porcentual de la variable deterioro cognitivo en pacientes en estudio.

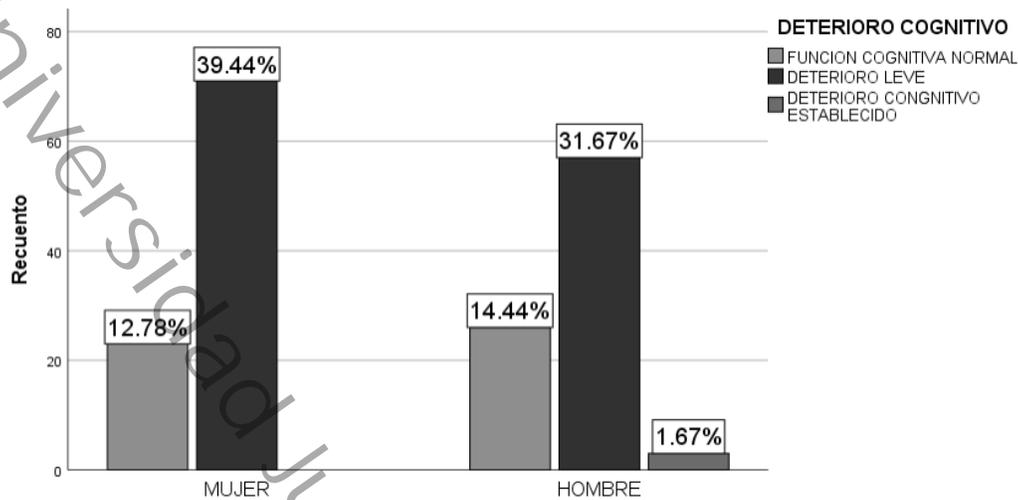


Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

Estos casos se relacionaron al género en donde el sexo femenino un 39.4% (n=71) presentó deterioro cognitivo leve y en el sexo masculino se presentó en un 33.4% (n=60), dentro de los cuales el 31.7% (n=57) presentaron deterioro cognitivo leve y solo un 1.7% (n=3) se presentó deterioro cognitivo establecido. Solo un 12.8% (n=23) en género femenino y un 14.4% (n=26) género masculino presentaron función cognitiva normal.



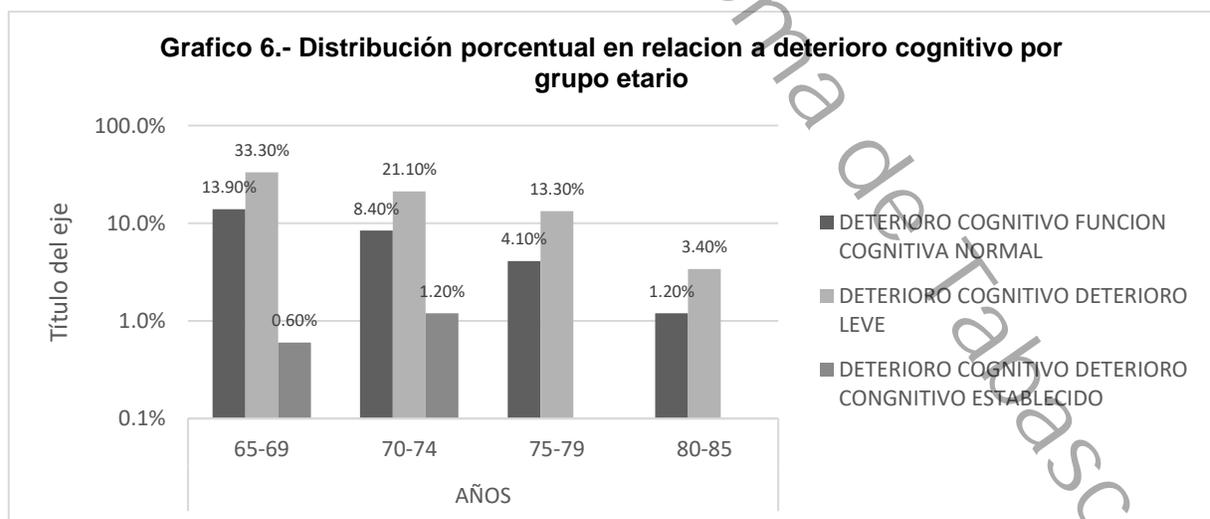
Gráfico 5.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por género.



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

La presentación del deterioro cognitivo en relación a grupo etario se reportó mayormente en un 33.90% (n=61) de los casos en edades de los 65 a los 69 años, un 22.30% (n=40) en el grupo de 70 A 74 años, un 13.30 % (n=24) en el grupo de 75 a 79 años, el 3.40 % (n=4) se reportó en el grupo de 80 a 85 años y el 1.1% (n=2) a personas de 85 años. El mayor número de casos presentados por edad correspondieron a las edades de 65 años con un 11.4%(n=15), 69 años con un 16.4% (n=21) y 70 años con un 14.30% (n=14).

Gráfico 6.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por grupo etario



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Tabla 2.- Recuento de deterioro cognitivo por grupo etario de pacientes en estudio

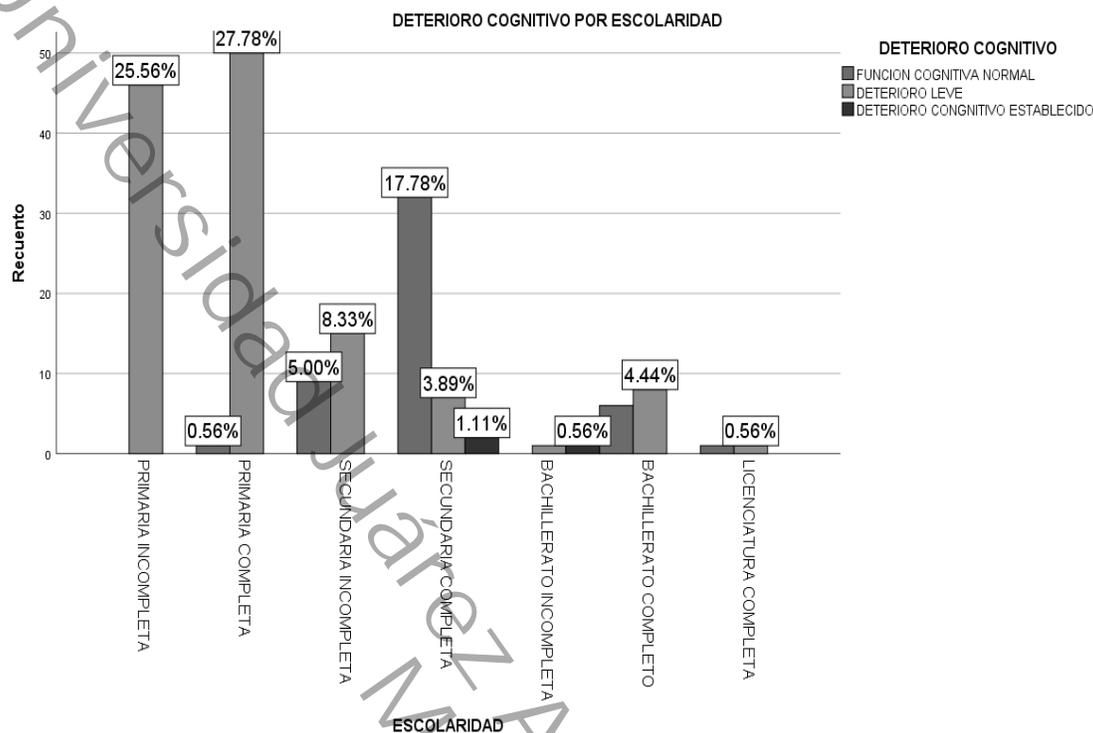
		DETERIORO COGNITIVO			Total	
		FUNCION COGNITIVA NORMAL	DETERIORO LEVE	DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO		
AÑOS	65-69	Recuento	25	60	1	86
		% del total	13.9%	33.30%	0.60%	47.90%
	70-74	Recuento	15	38	2	55
		% del total	8.4%	21.10%	1.20%	30.60%
	75-79	Recuento	7	24	0	31
		% del total	4.1%	13.30%	0.00%	17.20%
	80-85	Recuento	2	6	0	8
		% del total	1.2%	3.40%	0.00%	4.50%
Total	Recuento	49	128	3	180	
	% del total	27.20%	71.10%	1.70%	100.00%	

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En los casos del estudio realizado se presentó DCL en sujetos con escolaridad primaria incompleta 25.6% (n=46) y los que cursaron estudios primarios su presentación fue de 27.8% (n=50)% dando un total de 53.8% (n=96); respectivamente aquellos con escolaridad secundaria incompleta se encontró un 8.3%(n=15) y en secundaria completa en un 3.9%(n=7), mientras que un 5% (n=9) abarco a los individuos con bachillerato dentro los que alcanzaron un nivel medio incompleto con valor del 0.6%(n=1) con DCL, 0.6%(n=1) con DCE, mientras que quienes concluyeron este grado de escolaridad representó el 4.4%(n=8). En cuanto a quienes presentaron un nivel superior se registró un 0.6%(n=1).



Gráfico 7.- Distribución porcentual en relación a deterioro cognitivo por escolaridad de pacientes en estudio.



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

Dentro de las variables de estudio relacionadas a las áreas cognitivas en los casos con DCL, la función visuoespacial al realizar asociación y dibujo esta se vio afectada en sujetos en un 27.8% (n=50), con puntajes de 1/5, seguido de un 21.1% con puntajes de 4/5 y un 12.2 con puntaje de 3/5. Solo el 0.6% conservo puntaje de 5/5 de la evaluación.

Un 20%(n=36) de los adultos mayores con función cognitiva conservada presentaron puntajes de 5/5 puntos de la evaluación.



Tabla 3.- Recuento de variable visuoespacial en deterioro cognitivo de paciente en estudio

			FUNCION VISUOESPACIAL						
			0	1	2	3	4	5	Total
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	0	0	5	8	36	49
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	4.4%	20.0%	27.2%
DETERIORO LEVE		Recuento	3	50	14	22	38	1	128
		% del total	1.7%	27.8%	7.8%	12.2%	21.1%	0.6%	71.1%
DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO		Recuento	3	0	0	0	0	0	3
		% del total	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	6	50	14	27	46	37	180
		% del total	3.3%	27.8%	7.8%	15.0%	25.6%	20.6%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En la función de **denominación de 3** objetos se presentó mayormente un 65% (n=117) en los casos con DCL en comparación a quien pudieron denominar 2 o menos objetos en quienes se reportó un 6.1%(n=11), en DCE se mostró un 1.7% quienes conservan esta función.

En cuanto a sujetos con función cognitiva conservada representaron un 27.2%(n=49).

Tabla 4.- Recuento de variable denominación en deterioro cognitivo del paciente en estudio

			DENOMINACION		Total
			2	3	
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	49	49
		% del total	0.0%	27.2%	27.2%
DETERIORO LEVE		Recuento	11	117	128
		% del total	6.1%	65.0%	71.1%
DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO		Recuento	0	3	3
		% del total	0.0%	1.7%	1.7%
Total		Recuento	11	169	180
		% del total	6.1%	93.9%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



En el área de memoria en donde se registran los números de intentos para memorizar palabra, se obtuvo que en DCL en un 53.9% (n=97) requirieron 2 intentos en comparación de 17.2% (n= 31) que solo obtuvieron 1 intento de memorización de personas, sin embargo para sujetos con función cognitiva conservada fue de un 18.3% (n=33) que requirieron más intentos que el 8.9% (n=16).

Tabla 5.- Recuento de variable memoria en deterioro cognitivo del paciente en estudio

			MEMORIA		Total
			1	2	
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	16	33	49
		% del total	8.9%	18.3%	27.2%
DETERIORO LEVE	DETERIORO COGNITIVO ESTABLECIDO	Recuento	31	97	128
		% del total	17.2%	53.9%	71.1%
Total	Total	Recuento	48	132	180
		% del total	26.7%	73.3%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En la evaluación de la atención que evalúa el área calculo y seguimiento de ordenes se observó se afectó un 67.8% y que solo un 3,3% conservo la función en DCL mientras que el 27.2% (n=49) era conservado en sujetos con función cognitiva conservada.

Tabla 6.- Recuento de variable atención en deterioro cognitivo del paciente en estudio

			ATENCIÓN							Total
			0	1	2	3	4	5	6	
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	0	0	0	0	30	19	49
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	10.6%	27.2%
DETERIORO LEVE	DETERIORO COGNITIVO ESTABLECIDO	Recuento	1	45	27	9	14	26	6	128
		% del total	0.6%	25.0%	15.0%	5.0%	7.8%	14.4%	3.3%	71.1%
Total	Total	Recuento	2	1	0	0	0	0	0	3
		% del total	1.1%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Total	Total	Recuento	3	46	27	9	14	56	25	180
		% del total	1.7%	25.6%	15.0%	5.0%	7.8%	31.1%	13.9%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



En relación al área del lenguaje al evaluar la repetición de oraciones y fluidez verbal un 59.4% (n=107) presentaron función alterada, sin embargo, adultos mayores con la función cognitiva conservada el 27.2% presento también afectación un 60%.

Tabla 7.- Recuento de variable lenguaje en deterioro cognitivo del paciente en estudio

		LENGUAJE				Total	
		0	1	2	3		
DETERIORO COGNITIVO	FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	15	16	18	49
		% del total	0.0%	8.3%	8.9%	10.0%	27.2%
	DETERIORO LEVE	Recuento	19	28	60	21	128
		% del total	10.6%	15.6%	33.3%	11.7%	71.1%
	DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO	Recuento	0	3	0	0	3
		% del total	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	19	46	76	39	180
		% del total	10.6%	25.6%	42.2%	21.7%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

La función de abstracción en la cual se evalúa la asociación de objetos se encontró con mejor estado de conservación pues un 75% de los sujetos con DCL conservaron esta función cognitiva, así como en sujetos con cognición normal en un 100%, sin embargo, sujeto con DCE tuvieron afectación en un 80%.

Tabla 8.- Recuento de variable abstracción en deterioro cognitivo del paciente en estudio

		ABSTRACCION		Total	
		1	2		
DETERIORO COGNITIVO	FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	49	49
		% del total	0.0%	27.2%	27.2%
	DETERIORO LEVE	Recuento	24	104	128
		% del total	13.3%	57.8%	el 71.1%
	DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO	Recuento	2	1	3
		% del total	1.1%	0.6%	1.7%
Total		Recuento	26	154	180
		% del total	14.4%	85.6%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



En el área relacionada al recuerdo diferido que evalúa la memorización de palabras se observó alteraciones en un 71.1% con un total de 128 adultos mayores con problemas de memoria, así mismo de un 27.2 con función cognitiva conservada un 15.5% presentó también afecciones en este rubro evaluado. En el caso de sujetos con DCE presentaron afección de la memoria en un 100% de los casos.

Tabla 9.- Recuento de variable recuerdo diferido en deterioro cognitivo del paciente en estudio

			RECUERDO DIFERIDO						Total
			0	1	2	3	4	5	
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	2	2	8	16	21	49
		% del total	0.0%	1.1%	1.1%	4.4%	8.9%	11.7%	27.2%
DETERIORO LEVE		Recuento	30	25	60	9	4	0	128
		% del total	16.7%	13.9%	33.3%	5.0%	2.2%	0.0%	71.1%
DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO		Recuento	3	0	0	0	0	0	3
		% del total	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Total		Recuento	33	27	62	17	20	21	180
		% del total	18.3%	15.0%	34.4%	9.4%	11.1%	11.7%	100.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

El área de la orientación que evalúa el tiempo y espacio se encontró que 33.9% (n=61) mantuvieron conservada esta función en comparación del 27.2% (n=49) de los sujetos con función cognitiva normal, solo el 38.2%(n=70) presentaron orientación alterada.



Tabla 10.- Recuento de variable orientación en deterioro cognitivo de pacientes en estudio

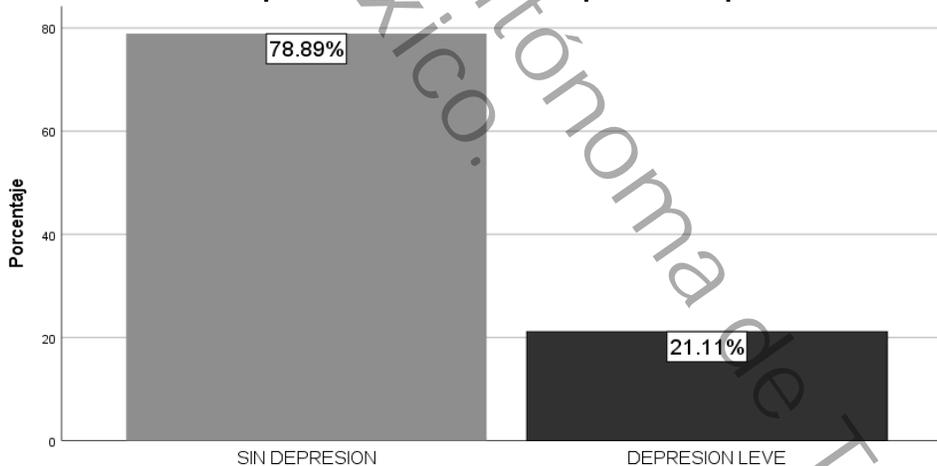
		ORIENTACION				Total
		2	4	5	6	
DETERIORO COGNITIVO	FUNCION COGNITIVA NORMAL	Recuento	0	0	0	49
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	27.2%
	DETERIORO LEVE	Recuento	0	14	53	61
		% del total	0.0%	7.8%	29.4%	33.9%
	DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO	Recuento	2	1	0	0
		% del total	1.1%	0.6%	0.0%	0.0%
Total		Recuento	2	15	53	110
		% del total	1.1%	8.3%	29.4%	61.1%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

Depresión

En relación a los casos de depresión se presentó un 21.11 % (n=38) de casos con depresión leve y un 78.89%(n=142) sin depresión.

Gráfico 8.- Distribución porcentual de variable depresión de pacientes en estudio

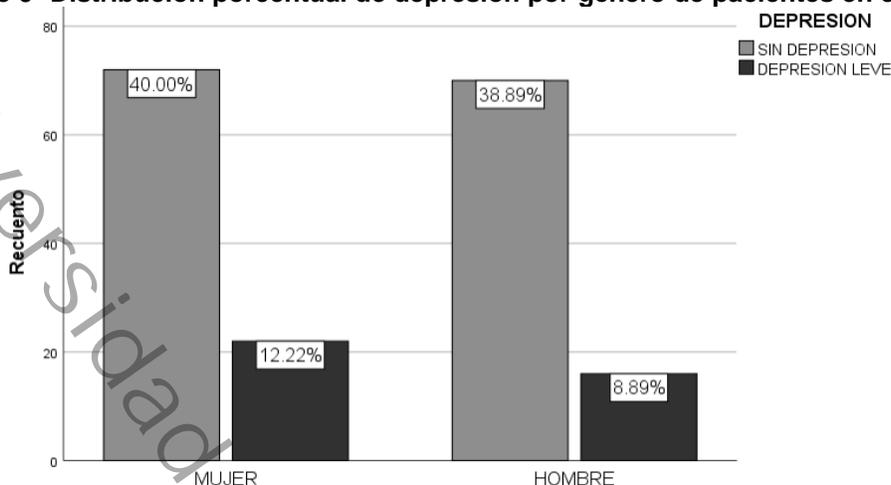


Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En relación a casos de depresión leve relacionados al género se encontró en el sexo femenino 12.2%(n=22) y sexo masculino con un 8.9%(n=16), el resto de sujetos de estudio reporto un total de 78.9%(n=142).



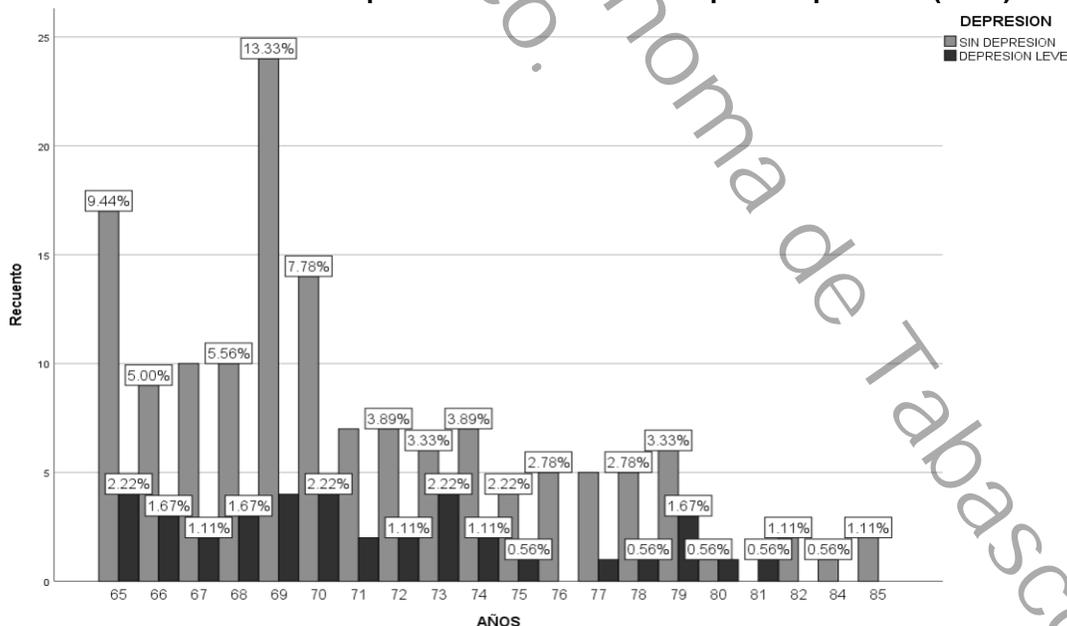
Gráfico 9- Distribución porcentual de depresión por género de pacientes en estudio



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

La presentación de casos de depresión leve relacionada a grupo etario se reportó mayormente en un 8.9% (n=16) de los casos en edades de los 65 a los 69 años, un 7.7% (n=14) en el grupo de 70 A 74 años, un 3.5% (n=6) en el grupo de 75 a 79 años, el 1.2% (n=2) se reportó en el grupo de 80 a 84 años. El mayor número de casos presentados por edad correspondieron a las edades de 65, 66,68, 69, 70 y73 años con un 13.90%%(n=29).

Grafico10.- Distribución porcentual en relación a depresión por edad (años)

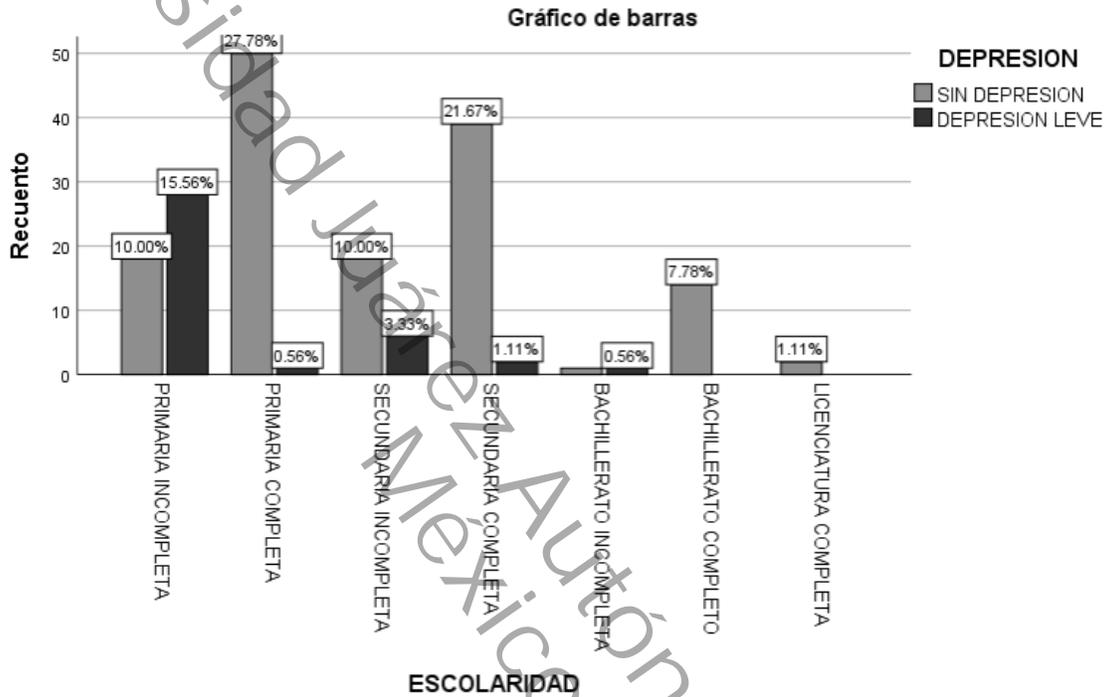


Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Se encontró que el 21.1% (n=38) de depresión en los sujetos de estudio que cursaron con educación primaria con un 16.2% (n=29), aquellos con primaria incompleta reflejaron un 15.6%, escolaridad secundaria presentó el 4.4% (n=8), bachillerato 0.6% (n=1).

Gráfico 11.- Distribución porcentual de depresión y escolaridad de paciente en estudio



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Deterioro cognitivo y depresión

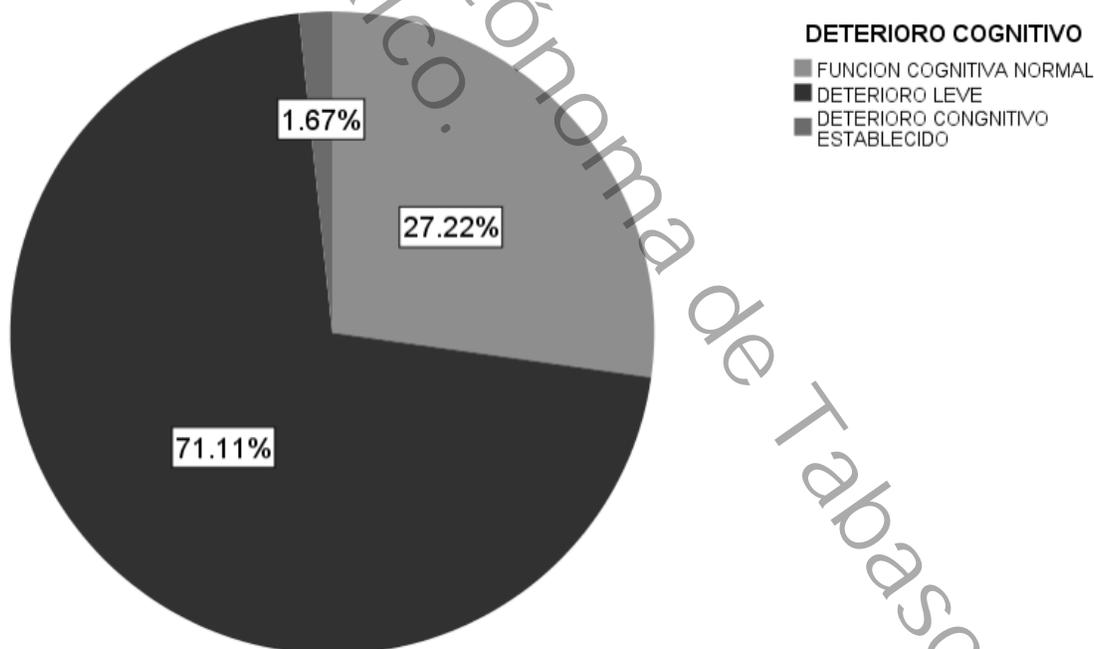
Los resultados de esta investigación corresponden las entrevistas realizadas a 180 adultos mayores a quienes se les realizó una valoración cognitiva con la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) y la valoración de depresión mediante el test de Yesavage en su versión de 15 ítems validados para la población mexicana.

Del grupo de estudio conformado por 180 sujetos de estudio se encontró que un 72.8% (n=131) con deterioro cognitivo dentro de los cuales un el 71.11% (n=128) presentaron deterioro cognitivo leve; de este grupo se observó la presencia de depresión leve en un 16.7% (n=30) y un 54.4% no presento esta patología.

En los casos con deterioro cognitivo establecido correspondiente al 1.7%, de los 3 casos reportados, 2 presentaron depresión leve y 1 sin estado depresivo.

El grupo de pacientes con función cognitiva normal fue del 27.2% dentro de los cuales se encontró una prevalencia de 3.3% (n=6) con estado depresivo leve.

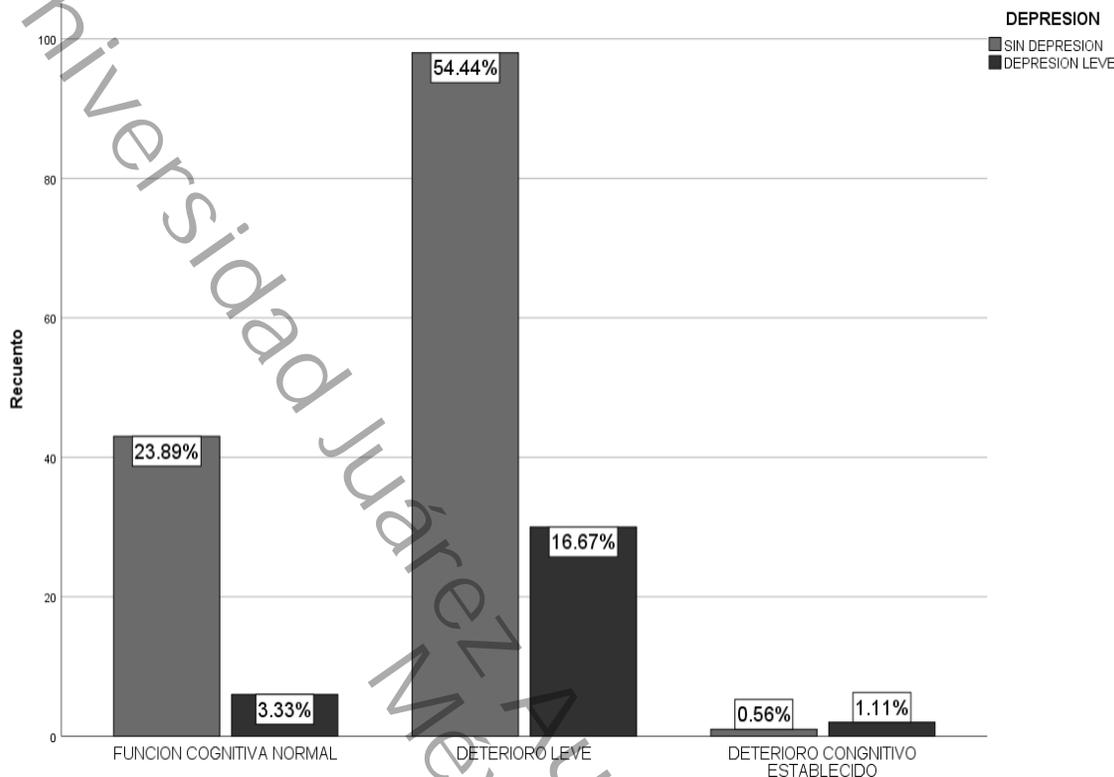
Gráfico 12.- Distribución porcentual de deterioro cognitivo de pacientes en estudio



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Gráfico 13.- Distribución porcentual de deterioro cognitivo y depresión de pacientes en estudio.



Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

En la evaluación de área cognitivas por casos con *función cognitiva normal sin depresión* presentaron en la variable que evalúa la memoria en un 76.7%(n=33) y recuerdo diferido en un 86%(n=37), mientras que otras áreas como la función visuoespacial, denominación, atención, lenguaje, abstracción y orientación se mantuvieron conservadas en un 100%.

A diferencia de aquellos sujetos con *función cognitiva normal con depresión leve* persistió afección en la variable de la función visuoespacial y la memoria diferida en los 6 casos reportados.

En los casos con *DCL sin depresión* se observó algún grado de afectación en recuerdo diferido con el 95.7%, memoria en un 89.8%, función visuoespacial en un 60%, lenguaje en un 78.7%, atención 53.9%, orientación con el 39.8%, abstracción con un 23.5% y denominación en un 10.2%.



Los casos de adultos mayores con *DCL* y *depresión leve* se mostró un variado grado de afectación las áreas de recuerdo diferido con el 100%, memoria en un 96.7%, función visuoespacial y lenguaje en un 100%, atención 100%, orientación, abstracción y denominación en un 3.3 %.

De los 3 casos en donde con un deterioro cognitivo establecido, 1 de los casos con *DCE sin depresión* presento alteraciones en 6 de 8 área cognitivas en las cuales conservo la denominación y la abstracción, sin embargo, los 2 casos con *DCE con depresión leve* mostraron afectación en todas a las áreas cognitivas.

A través de la escala depresión de 15 ítems se encontró en los casos con *función cognitiva normal con depresión leve* que el 83.3% abandono tareas habituales, sentimiento de vacío y mal estado de humor, un 67.7% refería problemas de memoria junto con una autopercepción negativa y permanencia en el hogar, 16.7% presentó aburrimiento continuo y sentimientos de inutilidad.

A comparación de quienes presentaron *DCL con depresión leve* con un 87.3% abandono tareas habituales, sentimiento de vacío en un 66.7% y mal estado de humor en un 53.3%, se mantuvo el mismo porcentaje de 67.7% de quienes manifestaron problemas de memoria, la autopercepción negativa en un 76.6% y permanencia en el hogar en un 83.3%, el sentimiento de felicidad se mantuvo en un 40%, un 23.3% de los casos presentó aburrimiento continuo y sentimientos de inutilidad 26.7%, en este grupo de presento la sensación de temor en un 20% y 13% de sentimiento de desamparo en los sujetos de estudio.

Los casos con *DCE* y *depresión leve* presentaron no manifestaron problemas de memoria, pero si autopercepción negativa, sentimientos de inutilidad, de vacío, desamparo y temor.



Tabla 11.- Recuento de variables de deterioro cognitivo y depresión leve

	FUNCION COGNITIVA NORMAL				DETERIORO LEVE				DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO				
	DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION		DEPRESION LEVE		
	SIN DEPRESION	% de N totales de columna	DEPRESION LEVE	% de N totales de columna	SIN DEPRESION	% de N totales de columna	DEPRESION LEVE	% de N totales de columna	SIN DEPRESION	% de N totales de columna	DEPRESION LEVE	% de N totales de columna	
	Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		
FUNCION VISUOESPACIAL	0	0	0.0%	0	0.0%	3	3.1%	0	0.0%	1	100.0%	2	100.0%
	1	0	0.0%	0	0.0%	23	23.5%	27	90.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0	0.0%	0	0.0%	12	12.2%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
	3	5	11.6%	0	0.0%	21	21.4%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
	4	2	4.7%	6	100.0%	38	38.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
DENOMINACION	5	36	83.7%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0	0.0%	0	0.0%	10	10.2%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
MEMORIA	3	43	100.0%	6	100.0%	88	89.8%	29	96.7%	1	100.0%	2	100.0%
	1	10	23.3%	6	100.0%	30	30.6%	1	3.3%	0	0.0%	1	50.0%
ATENCION	2	33	76.7%	0	0.0%	68	69.4%	29	96.7%	1	100.0%	1	50.0%
	0	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	1	0	0.0%	0	0.0%	18	18.4%	27	90.0%	1	100.0%	0	0.0%
	2	0	0.0%	0	0.0%	26	26.5%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
	3	0	0.0%	0	0.0%	8	8.2%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
	4	0	0.0%	0	0.0%	14	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	5	24	55.8%	6	100.0%	26	26.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LENGUAJE	6	19	44.2%	0	0.0%	5	5.1%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
	0	0	0.0%	0	0.0%	18	18.4%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
	1	15	34.9%	0	0.0%	27	27.6%	1	3.3%	1	100.0%	2	100.0%
	2	10	23.3%	6	100.0%	32	32.7%	28	93.3%	0	0.0%	0	0.0%
ABSTRACCION	3	18	41.9%	0	0.0%	21	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	1	0	0.0%	0	0.0%	23	23.5%	1	3.3%	0	0.0%	2	100.0%
RECUERDO DIFERIDO	2	43	100.0%	6	100.0%	75	76.5%	29	96.7%	1	100.0%	0	0.0%
	0	0	0.0%	0	0.0%	26	26.5%	4	13.3%	1	100.0%	2	100.0%
	1	2	4.7%	0	0.0%	25	25.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	2	4.7%	0	0.0%	34	34.7%	26	86.7%	0	0.0%	0	0.0%
	3	2	4.7%	6	100.0%	9	9.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	4	16	37.2%	0	0.0%	4	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ORIENTACION	5	21	48.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	4	0	0.0%	0	0.0%	13	13.3%	1	3.3%	1	100.0%	0	0.0%
	5	0	0.0%	0	0.0%	26	26.5%	27	90.0%	0	0.0%	0	0.0%
	6	43	100.0%	6	100.0%	59	60.2%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Tabla 12.- Recuento de variables de depresión leve por casos de deterioro cognitivo

		FUNCION COGNITIVA NORMAL				DETERIORO LEVE				DETERIORO CONGNITIVO ESTABLECIDO			
		DEPRESION		DEPRESION		DEPRESION		DEPRESION		DEPRESION		DEPRESION	
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE
		Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna
SATISFACCION DE VIDA	SI	34	79.1%	5	83.3%	78	79.6%	25	83.3%	1	100.0%	2	100.0%
	NO	9	20.9%	1	16.7%	19	19.4%	5	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
ABANDONO DE TAREAS HABITUALES Y AFICIONES	NO	31	72.1%	1	16.7%	70	71.4%	4	13.3%	0	0.0%	2	100.0%
	SI	12	27.9%	5	83.3%	28	28.6%	26	86.7%	1	100.0%	0	0.0%
SENTIMIENTO DE VACIO	NO	43	100.0%	1	16.7%	92	93.9%	10	33.3%	1	100.0%	0	0.0%
	SI	0	0.0%	5	83.3%	6	6.1%	20	66.7%	0	0.0%	2	100.0%
ABURRIMIENTO CONTINUO	NO	37	86.0%	5	83.3%	86	87.8%	23	76.7%	0	0.0%	0	0.0%
	SI	6	14.0%	1	16.7%	12	12.2%	7	23.3%	1	100.0%	2	100.0%
SENSACION DE TEMOR	NO	30	69.8%	6	100.0%	85	86.7%	24	80.0%	1	100.0%	2	100.0%
	SI	13	30.2%	0	0.0%	13	13.3%	6	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
PROBLEMAS DE MEMORIA	NO	39	90.7%	2	33.3%	78	79.6%	10	33.3%	1	100.0%	2	100.0%
	SI	4	9.3%	4	66.7%	20	20.4%	20	66.7%	0	0.0%	0	0.0%
ESTUPENDO ESTAR VIVO	SI	43	100.0%	6	100.0%	97	99.0%	29	96.7%	1	100.0%	2	100.0%
	NO	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
SENTIMIENTO DE DESESPERANZA	NO	42	97.7%	6	100.0%	94	95.9%	30	100.0%	1	100.0%	2	100.0%
	SI	1	2.3%	0	0.0%	4	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SENTIMIENTO DE ENERGIA	SI	37	86.0%	0	0.0%	80	81.6%	6	20.0%	1	100.0%	0	0.0%
	NO	6	14.0%	6	100.0%	18	18.4%	24	80.0%	0	0.0%	2	100.0%
SENTIMIENTO DE INUTILIDAD	NO	27	62.8%	5	83.3%	79	80.6%	22	73.3%	1	100.0%	0	0.0%
	SI	16	37.2%	1	16.7%	19	19.4%	8	26.7%	0	0.0%	2	100.0%
SENSACION QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJOR SITUACION	NO	33	76.7%	2	33.3%	70	71.4%	7	23.3%	0	0.0%	0	0.0%
	SI	10	23.3%	4	66.7%	28	28.6%	23	76.7%	1	100.0%	2	100.0%
QUEDARSE EN CASA	NO	20	46.5%	2	33.3%	61	62.2%	5	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
	SI	23	53.5%	4	66.7%	37	37.8%	25	83.3%	1	100.0%	2	100.0%
SENTIMIENTO DE DESAMPARO O DESPROTEGIDO	NO	42	97.7%	4	66.7%	87	88.8%	26	86.7%	1	100.0%	2	100.0%
	SI	1	2.3%	2	33.3%	11	11.2%	4	13.3%	0	0.0%	0	0.0%
SENTIMIENTO DE FELICIDAD	SI	33	76.7%	2	33.3%	85	86.7%	12	40.0%	1	100.0%	0	0.0%
	NO	10	23.3%	4	66.7%	13	13.3%	18	60.0%	0	0.0%	2	100.0%
BUEN ESTADO DE HUMOR	SI	39	90.7%	1	16.7%	91	92.9%	14	46.7%	1	100.0%	2	100.0%
	NO	4	9.3%	5	83.3%	7	7.1%	16	53.3%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Al analizar el deterioro cognitivo como un factor predisponente para la depresión del adulto mayor de la unidad médica familiar no 47, el análisis bivariado se encontró asociación por Chi Cuadrada mostró asociación entre las variables de estudio, se obtuvo por significación asintótica (bilateral) $p = .039$, con una significación exacta (bilateral) con Fisher $p = 0.39$; en medidas simétricas se mostró Phi ($p = .035$) y V de Cramer de $.035$, confirmando la hipótesis planteada sobre el deterioro cognitivo leve como factor predisponente para depresión.

Tabla 13.- Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6.467 ^a	2	.039	.035		
Razón de verosimilitud	5.906	2	.052	.044		
Prueba exacta de Fisher	6.049			.039		
Asociación lineal por lineal	4.839 ^b	1	.028	.033	.020	.013
N de casos válidos	180					

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .63.

b. El estadístico estandarizado es 2.200.

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47

Tabla 14.- Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	.190			.039	.035
	V de Cramer	.190			.039	.035
	Coeficiente de contingencia	.186			.039	.035
Intervalo por intervalo	R de Pearson	.164	.069	2.224	.027 ^c	.033
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	.158	.068	2.130	.035 ^c	.037
N de casos válidos		180				

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



Al realizar la correlación bivariado se obtuvo un Índice de Pearson es de .164, por lo cual el deterioro cognitivo leve tiene un grado ínfimo de correlación con depresión en el adulto mayor.

Tabla 15.- Correlaciones

		DETERIORO COGNITIVO	DEPRESION
DETERIORO COGNITIVO	Correlación de Pearson	1	.164*
	Sig. (bilateral)		.027
	N	180	180
DEPRESION	Correlación de Pearson	.164*	1
	Sig. (bilateral)	.027	
	N	180	180

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Base de datos: El deterioro cognitivo como factor predisponente para depresión del adulto mayor en la unidad médica familiar No 47



9. DISCUSION

Los resultados generados en esta investigación en donde se evaluó el estado cognitivo y la depresión en adultos mayores de 65 años en la UMF 47 en el periodo comprendido del 07 de agosto al 06 de octubre del 2023 en la cual se identificó la presencia de Deterioro cognitivo leve. La muestra se caracterizó por un predominó el sexo femenino (52.2%) sobre el masculino (47.7%), con una edad promedio de 69 años con una media de 70.9, la mayoría con escolaridad primaria (53.9%).

El 71.1% presentó DCL, predominante en el sexo femenino con 39.44% a diferencia de los hombres con un 31.68%, el 1.67% DCE se manifestó en varones. El 27.22% de los casos presentó una función cognitiva normal. Resultó predominante el DCL en el grupo de 65 a los 69 años (33.90%) y DCE en el grupo de los 65 a los 74 años (1.67%). La escolaridad que más presentó DCL fue primaria con el 53.3%, el DCE se manifestó en escolaridades de secundaria completa (1.1%) y bachillerato incompleto (0.56%).

A comparación del estudio de *Fonte et al (2020)* en el cual la frecuencia de DCL fue registrada en grupo s etarios mayores a los con un 57,4 % lo que representa una mayor presentación en la población mexicana a más temprana edad; se encontraron 2 similitudes en ambos estudios , una de ella corresponde al género femenino predominó en 42,6 % en relación al género masculino con un 31,9 %, esto con una variante de un 7% al 10% entre grupos de estudios; la segunda concordancia se expresó en la escolaridad primaria se reportó un 57,5 % , solo un 4% de diferencia entre los estudios. ⁽²⁸⁾

Las áreas cognitivas más afectadas en los casos con DCL sin depresión fueron en el recuerdo diferido (95.7%) y la memoria (89.8%), mientras que aquellos con DCL y depresión leve se mostró afección las áreas de recuerdo diferido con el 100%, memoria en un 96.7%, a diferencia de quienes presentaron DCE sin y DCE con depresión leve mostraron afección en todas a las áreas cognitivas.

En relación a la depresión el 21.11 % presentó depresión leve y un 78.89% sin depresión. No hubo casos con depresión moderada o grave. Los casos de depresión leve relacionados al género predominaron el sexo femenino 12.2%, mientras que en



el hombre fue el 8.9%, no se encontraron casos de depresión moderada o grave en los participantes. Esto comparado con *Molés J, et al (2019)* quien en su estudio mostró cifras del 30,5 % de los individuos presentaban síntomas depresivos, con predominio del género femenino (40,1%) frente a los hombres (19,7%), siendo el doble de cifra a la encontrado. ⁽⁴⁰⁾

Si embargo al realizar la comparación con *Moreira et al (2022)* quien reportó cifras con una prevalencia en mujeres con un 35,6 en cuanto a la presencia de depresión, y un 25,4 en deterioro cognitivo, en el género masculino 15,8 de depresión y 23,2 correspondiente al deterioro cognitivo,, nuestros resultados se mostraron que la población mexicana presenta un 14% más de riesgo para padecer DCL en mujeres y un 8,47 en hombres, a una diferencia menor del 23.38% para los casos de depresión en el género femenino y un 6.15 % en hombres.

En relación al nivel de estudios se encontró que el 25.6 % de en los sujetos de estudio con depresión estos cursaron con educación primaria con un 16.2%. Resultó predominante la depresión leve en los grupos etarios de los 65 a los 69 años (8.9%), y 70 A 74 años el 3.5% y en menor proporción el 1.2% en el grupo de 80 a 84 años, presentando una discrepancia con *Aajami et al. (2020)* en donde la escolaridad universitaria presentaba un riesgo del 85% en comparación de aquellos empleados que tenían un 56% menor riesgo de disfunción cognitiva, sin embargo una similitud se basa en la edad promedio para depresión leve es de 65 a 71 (5,97) años con un 32,8% de los casos leves y que presentaron problemas cognitivos. ⁽⁵⁵⁾

El 71.11% con DCL presentaron una prevalencia del 16.7% de depresión leve. El grupo de pacientes con función cognitiva normal fue del 27.2% dentro de los cuales se encontró una prevalencia de 3.3% con estado depresivo leve. La edad de presentación predominante fue de 69 años de edad con un 16.4% y 70 años con un 14.30% (n=14) y predominio femenino del 39.4% sobre el 31.7% en hombres.

Los casos con función cognitiva normal con depresión leve en donde el 67.7% de los sujetos de estudio refería problemas de memoria muy similar a adultos mayores con DCL y depresión leve en este grupo de presento la sensación de temor en un 20% y 13% de sentimiento de desamparo en los sujetos de estudio. En comparación con el



estudio de Moreira donde la prevalencia de depresión fue alta con un 51.4% y un 49% en deterioro cognitivo en relación a nuestro estudio con similitud de evidencia del declive en área cognitiva de la orientación y la memoria. La edad media de 71,39 años de edad, en su mayoría integrada por el género femenino con el 65,20%, algo similar con lo reportado en nuestro estudio.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10 CONCLUSIONES

En la actualidad el deterioro cognitivo es una de las entidades patológicas que de forma silente va generando cambios negativos y graduales en la vida diaria de los adultos mayores y que estos en combinación con síndromes geriátricos aumentan la mala calidad de salud.

En la población geriátrica tabasqueña estas presentaciones de deterioro cognitivo en estadios leves fueron más frecuentes con afectaciones en diversas áreas cognitivas con predominio de los casos en fallos de la memoria, lo cual lo convierte en la antesala para desarrollo de demencias a largo plazo, esto como lo expresaba Miranda de et al (2020) donde mencionaba que adultos con edad mayor a los 60 años presentarían alguno tipo de afectación en la cognición. ⁽¹⁴⁾

Tanto el deterioro cognitivo de tipo leve y la depresión geriátrica de tipo leve afecto más al género femenino con una diferencia de 5% en relación al género masculino en rangos de edad extenso desde los 65 a los 80 años, por lo que las acciones preventivas deberán enfocarse en la detección de estos cuadros e incluso realizar búsqueda dirigida a grupo de adultos previo al envejecimiento.

El deterioro cognitivo leve y la depresión en el adulto mayor tabasqueño se asocia a un mayor riesgo manifestación en los primeros 5 años de vida al inicio como adulto mayor y que estará presente en los grupos con una escolaridad primaria o menor; en cuanto a la clasificación del deterioro cognitivo leve la población de estudio presento mayormente de tipo multidominio ya que presentaron tanto afecciones en la memoria y otro componente cognitivo.

El medico de primer nivel puede emplear de manera práctica las herramientas de tamizaje para tener impacto en la detección de estas entidades, ya que la autopercepción del adulto mayor cambia drásticamente en presencia de estas patologías pues los casos estudiados no manifestaron problemas de memoria, pero si una autopercepción negativa, sentimientos de inutilidad, de vacío, desamparo y temor que surgen con la dificultad gradual para tareas habituales que afectan su autonomía.



Las acciones preventivas deberán fortalecerse para la ayudar a la prevención y disminución de daño gradual cognitivo en grupos de riesgo, con por lo que es importante la evaluación continua y detección temprana en el 1er nivel de salud , para así implementar acciones y la rehabilitación oportuna en los adultos mayores con estas patologías, así como el uso de fármacos con la dosificación terapéutica adecuada de forma personalizada, con la finalidad de retrasar la aparición de deterioro cognitivo y secundario a ello tener adultos mayores funcionales e independientes con una calidad de vida en el proceso del envejecimiento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. PERSPECTIVAS

El estudio del deterioro cognitivo debe ser una de las prioridades para la prevención de la aparición de enfermedades del estado mental, para así realizar las medidas óptimas para un adecuado envejecimiento.

Se podrán desarrollar estrategias y medidas para adultos jóvenes con la finalidad de retrasar la aparición del deterioro cognitivo, pues si bien se puede considerar un factor para depresión, el preservar las áreas de funciones cognitivas permitirá que los adultos mayores conserven su autonomía y tener un mínimo de dependencia de la familia.

El 1er nivel de atención médica tiene el compromiso de realizar acciones encaminadas a difundir, identificar y mejorar la calidad de salud mental de los adultos mayores, así como analizar cada caso y otorgar la orientación al paciente como al núcleo familiar para hacer partícipes de la prevención y mejoría de casos con deterioro cognitivo y depresión geriátrica en conjunto.

El médico familiar debe ser entrenado y capacitado en materia del envejecimiento para llevar un seguimiento óptimo de los casos, así como implementarse valoraciones por psicología y especialista geriátrico y así brindar un servicio multidisciplinario que mejore los estándares de salud.

Se recomienda para estudio posteriores:

1. Reducir el grupo de edad de mayor incidencia
2. Mejorar la cantidad de muestra o realizar grupo control para hacer comparaciones de variables
3. Estudiar variables metabólicas que influyan en los individuos
4. Identificar factores protectores que reducen la incidencia



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuéllar ÁJ, Guerra MV, Bravo AT, et al. Evaluation of the psychoemotional, functional and cognitive status of elderly people. *Rev. Cub de Med Fis y Rehab.* 2018; 10(2):1-10.
2. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Sep 30]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
3. Gutiérrez, Luis Miguel, El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población* [Internet]. 1999; 5(19):125-147. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201908>
4. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-08. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
5. Duran-Badillo, T., Benítez - Rodríguez, V.A., Martínez - Aguilar, M. De la L., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J.L. y Salazar-Barajas, M. 2021. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*. 20, 1 (ene. 2021), 267–284. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>.
6. Borboa-García y Laura Rocío Flores-Alvarado LAL-TRO-SCA. Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. *Revista Médica MD*. El 8 de enero de 2015; 6(4):258–62. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154h.pdf>



7. Borrás Blasco C, Viña Ribes J. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016; 51:3–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(16\)30136-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(16)30136-6)
8. GPC Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Prevención Nivel de Atención Prevención Prevención. ISBN 978 ISBN 978-607-8270-37-8. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
9. Samper Noa Juan A, Llibre Rodríguez Juan J, Sánchez Catases Carlos, Sosa Pérez Saily. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. Rev haban cienc méd [Internet]. 2011 Mar [citado 2022 Ene 07] ; 10(1): 27-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100006&lng=es.
10. Casanova Sotolongo Pedro, Casanova Carrillo Pedro, Casanova Carrillo Carlos. Deterioro cognitivo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2004 Dic [citado 2021 Sep 29] ; 20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es.
11. Ortega-Díaz DI, Orozco-Barajas M, Sánchez-González VJ. Entrenamiento cognitivo: efectos en la cognición, depresión y actividades de la vida diaria en sujetos institucionalizados. Sal Jal. 2020;7(1):26-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj201f.pdf>
12. Gutierrez Robledo, L., García Peña, M., Pérez Zepeda, P. Y Arango Lopera, V. (2011). Geriatria para el médico familiar. Cuauhtémoc, Mexico: Editorial El Manual Moderno. P. 390.



13. Luna-Solis Ybeth, Vargas Murga Horacio. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Sep 29] ; 81(1): 9-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100003&lng=es.
<Http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
14. Jesus, Yanet Miranda de et al. Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguillo Maxda, Estado de México. *Dilemas contemp. Educ. Política valores* [online]. 2020, vol.8, n.spe5 [citado 2021-09-30], 00003. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800003&lng=es&hnm=iso>. Epub 28-Ene-2021. ISSN 2007-7890. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2478>.
15. López-Trejo L, Orozco-Sandoval R, Borboa-García CA, Flores-Alvarado LR, Andrea L, et al. Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60 [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154h.pdf> Sánchez-García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Gallegos-Carrillo Katia, Gallo Joseph J., Wagner Fernando A., García-Peña Carmen. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2021 Sep 30]; 35(1): 71-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es.
16. Camacho-Conde, José Antonio y Galán-López, José manuelthe Relationship Between Depression and Cognitive Deterioration in Elderly Persons. *Psicología: Teoría e Investigación* [online]. 2021, v. 37 [Accedido 7 Enero 2022] , e37413.



Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>>. Epub 05 Feb 2021.

ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>.

17. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-08. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
18. American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. Ed.). Editorial Médica Panamericana.
19. Funes Á., Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
20. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 2018;29(3):182. Disponible En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
21. Castro LM, Ramírez ZS, Aguilar MLV, et al. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. 2006;39(4):132-137. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14910>
22. Hernández-Chávez L, Neftalí R, Magdalena Gutiérrez-Leyva M, Raúl Hernández- Mena J, De M, Chan-Zavala J, et al. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo Depression in a geriatric community center in Quintana Roo [Internet]. Gob.mx. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION_EN_UN_CENTRO_GERIATRICO_QUINTANA_ROO.pdf



23. Martínez MMC, Gutiérrez MA, Bonaparte CE, et al. Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán. *Aten Fam.* 2021;28(2):125-131.
24. Dirección General de Información en Salud (México: CONAPO). Proyecciones de la población de México 1990 – 2030. 2010, Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cconapo2010proy.html>. 25/8/2019.
25. Llanes-Torres H, López-Sepúlveda Y, Vázquez-Aguilar J, Hernández-Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay* [Internet]. 2015 [citado 7 Ene 2022]; 21 (1) :[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>
26. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest.* 2017;40(2):107-112. [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
27. Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Informe Anual, OMS, Ginebra.
28. Fonte Sevillano Teresa, Santos Hedman Damián Jorge. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev cubana med* [Internet]. 2020 Mar [citado 2022 Oct 21] ; 59(1) : e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. Epub 01-Mar-2020.
29. Broche-Pérez Yunier. Alternativas instrumentales para la exploración cognitiva breve del adulto mayor: más allá del Minimental Test. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Oct 21] ; 33(2) : 251-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200010&lng=es.



30. Laines Félix GA, González Javier F del P, Magaña Pérez R. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco: Factors associated with depression in older adults in the urban area of Tabasco. MHR [Internet]. 26 de diciembre de 2020 [citado 23 de febrero de 2023];5(1). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/4417>
31. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?Pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b
32. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/default.aspx#d123> fecha de consulta: 29/01/2023 15:41:50
33. Martínez Mendoza M del C, Gutiérrez Mendía A, Bonaparte Caballero E, Gómez Alons C, Lajud N. Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. Aten fam [Internet]. 2021;28(2):125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>
34. Parada Muñoz, Karina Raquel, Guapizaca Juca, Jorge Fabián, & Bueno Pacheco, Gladys Alexandra. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Revista Científica UISRAEL, 9(2), 77-93. Epub 10 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
35. Jiménez, A., González, B., Cadena, E., Benítez, G., Rodríguez, J., Tapia, C., Torres, R., y Mendoza, M. (2015). Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores. Rev Enferm Neurol, 14(3). <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v14i3.214>
36. Villarreal, A.E. et al. Cognitive impairment, depression, and cooccurrence of both among the elderly in panama: differential associations with multimorbidity and functional limitations. A: *biomed Research International*. 2016, Vol. 2016, p. 7 pages. DOI 10.1155/2015/718701



37. Ortiz, G.G. et al. Prevalence of cognitive impairment and depression among a population aged over 60 years in the metropolitan area of Guadalajara, Mexico. A. Current Gerontology and Geriatric Research. 2012, Vol. 2012, p. 1-7. DOI 10.1155/2012/175019.
38. Pérez, A. R., Oviedo, D. C., & Britton, G. B. (2018). Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. Invest Pens Crit, 6(2), 5-12. <https://doi.org/10.37387/ipc.v6i2.84>
39. Leite Marinês Tambara, Castioni Daniani, Kirchner Rosane Maria, Hildebrandt Leila Mariza. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enferm. Glob. [Internet]. 2015 Ene [citado 2021 Sep 30] ; 14(37): 1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001&lng=es.
40. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles María Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enferm. Glob. [Internet]. 2019 [citado 2022 Ene 07] ; 18(55): 58-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003&lng=es. Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.
41. Porras-Juárez, Concepción, Grajales-Alonso, Ignacio, Hernández-Cruz, María Concepción, Alonso-Castillo, Ma. Magdalena, Tenahua-Quitl, Inés, Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2010;48(2):127-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745507003>



42. Gili IYS, Pérez martínezi VT. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. [Http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf) [Internet]. 14 de enero de 2008; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf>
43. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria [Internet]. 2005 [cited 8 May 2021];36(6):345-346. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-el-adulto-mayor-frecuencia-13079874>
44. Sepúlveda-Loyola, Walter et al. Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2020, v. 37, n. 2 [Accedido 29 Setiembre 2021], pp. 341-349. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>.
45. Guzmán-Olea, Eduardo, Pimentel-Pérez, Bertha Maribel, Salas-Casas, Andrés, Armenta-Carrasco, Anthony Iván, Oliver-González, Leslie Betzabeth, Agis-Juárez, Raúl A., Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. Acta Universitaria [Internet]. 2016;26(6):53-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41649084007>
46. Mendez Chacón, Ericka. Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. Interdisciplinaria [online]. 2021, vol.38, n.2 [citado 2021-09-29], pp.103-115. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1668-70272021000200103&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-7027. [Http://dx.doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7](http://dx.doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7).



47. Aguilar-Navarro S, Avila-Funesa JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Med Mex. 2007;143(2):141–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=15149>
48. Aravena José M. Understanding the impact of depressive symptoms in older-adults functionality. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. [Internet]. 2017 Dec [cited 2022 Jan 07] ; 55(4): 255-265. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=en. <Http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400255>
49. E, Cristina D, Benavides-Caro A. Deterioro cognitivo en el adulto mayor . Www.medigraphic.org.mx [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
50. Da Silva Rodrigues CY, Frausto VMR, Carvalho Figueiredo PA. Depresión y habilidades mentales en adultos mayores con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de alzheimer, en el estado de guanajuato, México. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology [Internet]. 2021 [citado el 22 de octubre de 2022];15(2). Disponible en: <https://cnps.cl/index.php/cnps/article/view/461>
51. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 Jul [citado 2022 Oct 21] ; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. <Http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.



52. Izquierdo Munuera Eulàlia, Fernández Eduard, Sitjas Montse, Elias Maria, Chesa David. Depresión y riesgo de demencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2003 Sep [citado 2023 Feb 23] ; (87): 31-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300003&lng=es.
53. Hernández-Chávez L, Neftalí R, Magdalena Gutiérrez-Leyva M, Raúl Hernández- Mena J, De M, Chan-Zavala J, et al. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo Depression in a geriatric community center in Quintana Roo [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2016/sqr1635b.pdf>
54. Zavala GMA, Domínguez SG. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría. 2010;2(1):41-8. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
55. Sánchez-Nieto José Miguel, Mendoza-Núñez Víctor Manuel. Prevalencia de probable deterioro cognitivo en adultos mayores de una población mexicana utilizando el MMSE y el moca. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado 2022 Oct 22] ; 32(3): 168-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400007&lng=es. Epub 25-Oct-2021.
56. Ajami, Z., Kazazi, L., Troski, M., Bahrami, M. & Borhaninejad, V. (2020). Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. Journal of caring sciences, 9(3), 148-153 <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.022>
57. Pérez, A. R., Oviedo, D. C., & Britton, G. B. (2018). Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. Invest Pens Crit, 6(2), 5-12. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.022>



58. Luengo Martínez Carolina, Ocares Bravo Javiera, Sandoval San Martín Paula, Santana Uribe Tamara, Vásquez Carrasco Karina, Morales Ojeda Ismael. Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado 2022 Oct 22]; 32(4): 216-220. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216&lng=es. Epub 17-Ene-2022.
59. Valdes-King M, González-Cáceres J, Salisu-Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 21 Oct 2022]; 33(4) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>
60. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
61. IMSS brinda tratamiento contra la depresión para evitar incapacidad laboral e intentos suicidas [Internet]. Gob.mx. [citado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201906/176>
62. Broche-Pérez Yunier. Alternativas instrumentales para la exploración cognitiva breve del adulto mayor: más allá del Minimental Test. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Ene 07]; 33(2): 251-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200010&lng=es.
63. Moreira Gilces KL, Navarrete Delgado CP, Briones Caicedo WR. Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. JSR [Internet]. 22 de noviembre de 2022 [citado 13 de noviembre de 2023]; 7(CININGEC II):320-37. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/2837>



ANEXOS

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



CONSENTIMIENTO INFORMADO
EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO 47



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	“El Deterioro Cognitivo como Factor Predisponente para Depresión del Adulto Mayor en la Unidad Médica Familiar No 47”
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco a dé de 2023
Número de registro institucional:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en determinar si presenta deterioro cognitivo y depresión en derecho habientes adultos mayores de la UMF 47. Correlacionar el deterioro de la función cognitiva como un factor para depresión de las adultas mayores de la unidad médica familiar no 47.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le hará un cuestionario sobre algunos datos que le tomará 15 minutos de su tiempo en los cuales consisten evaluar su estado emocional por medios de formulario de escala geriátrica depresión de 15 reactivos, es la escala utilizada y validada para identificar depresión en adultos mayores; igualmente se evaluaría la función cognitiva se utilizó la versión en español de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), instrumento de 30 reactivos a partir del cual se realizan diversas preguntas e instrucciones sencillas a los participantes, con el fin de evaluar funciones cognitivas superiores como son: orientación, concentración, memoria, lenguaje, atención y cálculo.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio se obtiene información que nos orienta si presenta el participante deterioro cognitivo o depresión y canalizarlo de acuerdo a los resultados al médico familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a brindarle la información oportuno sobre cualquier procedimiento alternativo, adecuado, que pudiera ser ventajoso para mí en atención a los pacientes, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevar a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado a la investigación.
Participación o retiro:	Bajo el entendido que soy libre de decidir en participar en este estudio y podré retirarme del mismo en el momento que lo desee conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha dado la seguridad de que los datos personales serán protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o, en su caso, de estudios futuros. No se identificará en la presentación o publicación de los resultados que se deriven del presente estudio y que los datos serán manejados con confidencialidad.



Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Cleopatra Avalos Díaz, Tel. 9934535741 correo electrónico cleopatra_avalos_diaz@hotmail.com.

Colaboradores: Ricardo Sánchez Mayorga, Médico residente en Medicina Familiar, Mat.99288743 Unidad Médica Familiar No 47 Correo: racroxx81@gmail.com Cel. 9932817352

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición	Tipo de variable	Naturaleza	Indicador	Forma de calculo	Instrumento	Prueba estadística
Depresión	Es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad	Dependiente	Cualitativa	Norma 0-5			
				Leve 6 -9	> 5 puntos	Escala de depresión geriátrica Yesavage 15 ítems	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
				Grave 10-15			
Orientación	Capacidad que permite integrar y manejar información relativa del individuo, el tiempo y el espacio físico en el que interactúa.	Independiente	Cuantitativa	Día			Frecuencia
				¿Qué fecha es hoy?		Evaluación Cognitiva Montreal	Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
				Año			
Atención	Es el proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o la ejecución de determinadas acciones adecuadas posibles.	Independiente	Cualitativa	Realizar una acción	Realizar un calculo	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
Calculo	Acción de hacer las operaciones matemáticas necesarias para averiguar el resultado, el valor o la medida de algo, en expresión numérica.	Independiente	Cuantitativa	Suma	Realizar restas	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
				Resta			
Lenguaje	Es una función superior que desarrolla los procesos de simbolización relativos a la codificación y decodificación para generar una comunicación	Independiente	Cualitativa	Escritura y fluencia verbal	Repetir frases y palabras	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
Memoria diferida	Es la capacidad de codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida.	Independiente	Cualitativa	Frases	Repetir palabras u objetos	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson



Denominación	Nombre con el que se distinguen las personas y los conceptos.	Independiente	Cualitativa	Imágenes	Nombre las imágenes	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
Abstracción	Proceso en virtud del cual se separa o aísla alguna o algunas cualidades de un objeto o de una acción sobre el mismo.	Independiente	Cualitativa	Relacionar objetos	Asociar objetos	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
Visuo espacial	Son la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente	Independiente	Cualitativa	Relacionar, dibujar y conceptualizar	Dibujar una cama Dibujar un reloj	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson
Deterioro cognitivo	Síndrome clínico caracterizado por la pérdida las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos,	Dependiente	Cualitativa	> 26 normal. 20 a 23: deterioro cognitivo leve. < 10: deterioro cognitivo.	Evaluación por área cognitiva	Evaluación Cognitiva Montreal	Frecuencia Porcentajes Chi Cuadrada Pearson

Variables sociodemográficas

Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Independiente	Cualitativa	Femenino Masculino	¿es hombre o mujer?	Lista de cotejo	Frecuencia Porcentaje
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Independiente	Cualitativa	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Maestría	¿cuál es el grado estudios alcanzado?	Lista de cotejo	Frecuencia Porcentajes
Edad	Número de años cumplidos	Independiente	Cuantitativa	Años	¿cuántos años tiene?	Lista de cotejo	Frecuencia Porcentajes Media Mediana



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO 47

CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2022-2023	2022				2023										
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
ELECCION DEL TEMA	15														
ACOPIO DE INFORMACION	20														
REVISION DE LITERATURA		20													
DISEÑO DE PROTOCOLO			01												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			12												
ANTECEDENTES				02											
JUSTIFICACION					01										
ENVIO DE PROTOCOLO PARA REVISION						22									
MODIFICACION DEL PROTOCOLO							01								
APROVACION DEL PROTOCOLO								1	30						
TRABAJO DE CAMPO										1	1	30			
CAPTURA Y TABULACION DE DATOS													1		
ANALISIS DE LOS RESULTADOS													15		
AUTORIZACION														1	
ELABORACION DEL INFORME FINAL														3	
DISCUSION DE RESULTADOS														10	
REVISION FINAL														15	
PRESENTACION															29



EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO 47

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GSD -15) ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION DE 15 ITEMS

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____		FOLIO			
SEXO	M	F			
EDAD:	NSS:		FECHA:		
1	EN GENERAL, ¿ESTA SATISFECHO(A) CON SU VIDA?			SI (0)	NO (1)
2	¿HA ABANDONADO MUCHAS TAREAS HABITUALES Y AFICIONES?			SI (1)	NO (0)
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA?			SI (1)	NO (0)
4	¿SE SIENTE CON FRECUENCIA ABURRIDO(A)?			SI (1)	NO (0)
5	¿SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI (0)	NO (1)
6	¿TEME QUE ALGO MALO PUEDA OCURRIRLE?			SI (1)	NO (0)
7	¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI (0)	NO (1)
8	¿CON FRECUENCIA SE SIENTE DESAMPARADO(A), DESPROTEGIDO(A)?			SI (1)	NO (0)
9	¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA, MAS QUE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?			SI (1)	NO (0)
10	¿CREE QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE?			SI (1)	NO (0)
11	EN ESTOS MOMENTOS, ¿PIENSA QUE ES ESTUPENDO ESTAR VIVO(A)?			SI (0)	NO (1)
12	¿ACTUALMENTE SE SIENTE UN(A) INUTIL?			SI (1)	NO (0)
13	¿SE SIENTE LLENO(A) DE ENERGIA?			SI (0)	NO (1)
14	¿SE SIENTE SIN ESPERANZA EN ESTE MOMENTO?			SI (1)	NO (0)
15	¿PIENSA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE ESTA MEJOR SITUACION QUE USTED?			SI (1)	NO (0)

RESULTADO _____ /15

CLASIFICACION	
EL PUNTAJE MAXIMO ES 15 PUNTOS, SUMAR LOS PUNTOS POR CADA RESPUESTA SI O NO EN NEGRITAS	
INTERPRETACION:	
NORMAL	0-5 PUNTOS
DEPRESIÓN LEVE:	6 a 9 PUNTOS
DEPRESIÓN GRAVE O ESTABLECIDA	>10 PUNTOS

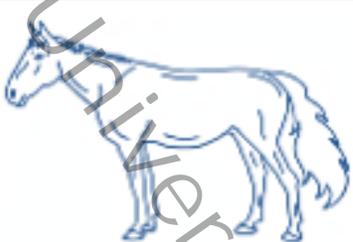
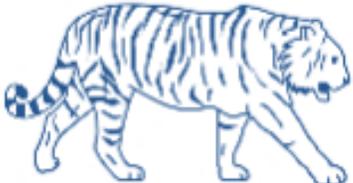


**EL DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NO 47**
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

Nombre: _____ FOLIO _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Escolaridad: _____
 Sexo: _____
 Fecha: _____

Visuoespacial /Ejecutivo		PUNTOS
<p>Début</p> <p>FINAL []</p>		
<p>COPIAR LA CAMA []</p>	<p>Dibujar un reloj (diez y cinco) Contorno [] Número [] Manecillas [] 3 puntos</p>	<p>___ / 5</p>



Denominación	
  	_ / 3

Memoria	Pierna	Algodón	Escuela	Tomate	Blanco	SIN PUNTOS
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. <i>Recuérdese las 5 minutos más tarde.</i>	1er intento					
	2do intento					

Atención								
Lea la serie de dígitos (un número/seg)	El paciente debe repetirlas en orden directo	[]	2	4	8	1	6	_ / 2
	El paciente debe repetirlas en orden inverso	[]	4	2	7			

Lea la lista de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores	[]	F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B	_ / 1			
Restar de 7 en 7 empezando desde 60.	53 []	46 []	39 []	32 []	25 []	_ / 3
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos						

Lenguaje		
Repetir la oración:	<i>El niño paseaba a su perro en el parque después de medianoche. []</i> <i>El artista terminó su pintura en el momento exacto para la exhibición. []</i>	_ / 2
Fluidez verbal. Nombre el máximo número de palabras en un minuto que comiencen con la letra B. [] (N \geq 11 palabras)		_ / 1

Abstracción	Similitud entre ej. Plátano - naranja = fruta [] MARTILLO - DESARMADOR [] CERILLOS - ENCENDEDOR								
Recuerdo Diferido	MIS	Debe recordar las palabras sin pistas	PIERNA	ALGODÓN	ESCUELA	TOMATE	BLANCO	Puntos por recuerdo sin pistas únicamente MIS: ____ / 15	_ / 5
Puntuación Índice de Memoria (MIS)	X3								
	X2		Pistas de categoría						
	X1	Pista de elección múltiple							
Orientación		[] Día	[] Mes	[] Año	[] Día de la Semana	[] Lugar	[] Ciudad		_ / 6

Interpretación	
· Puntaje igual o > 26 se considera normal.	R: TOTAL ____ / 30
· Puntaje de 20 a 23: Deterioro Cognitivo Leve.	
· Puntuación menor de 10: Deterioro Cognitivo.	
Añadir 1 punto si tiene <12 años de escolaridad	