



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

ESTILO DE VIDA, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS DEL
CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN VILLA EL SALVADOR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTOR

JORGE LUIS ESPILLCO CUTIPA
ORCID: 0000-0001-7430-0768

ASESOR

DR. WALTER CAPA LUQUE
ORCID: 0000-0003-4342-9264

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

BIENESTAR PSICOLOGICO

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2022



CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Referencia bibliográfica

Espillco Cutipa, J. L. (2022). *Estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Jorge Luis Espillco Cutipa
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	47090403
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7430-0768
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Walter Capa Luque.
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09813379
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4342-9264
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Silvana Graciela Varela Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	47283514
Secretario del jurado	
Nombres y apellidos	Diego Ismael Valencia Pecho
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46196305
Vocal del jurado	
Nombres y apellidos	Max Hamilton Chauca Calvo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08035455
Datos de la investigación	
Título de la investigación	Estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador
Línea de investigación Institucional	Persona, Sociedad, Empresa y Estado
Línea de investigación del Programa	Bienestar Psicológico

URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00
--------------------------------	---

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el Jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Dra. Silvana Graciela Varela Guevara como presidenta, Mag. Diego Ismael Valencia Pecho como secretario, y el Mag. Max Hamilton Chauca Calvo como vocal, reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

ESTILO DE VIDA, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN VILLA EL SALVADOR

Presentado por el Bachiller:

ESPILCO CUTIPA, JORGE LUIS

Para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADO POR MAYORIA

En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a trece días del mes de diciembre de 2022.



Dra. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Presidenta



Mag. Diego Ismael Valencia Pecho
C. Ps. P. 24039
Secretario



Mag. Max Hamilton Chauca Calvo
C. Ps. P. 40500
Vocal

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo el Dr. Walter Capa Luque docente de la Facultad de Ciencias Humanas y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesor de la tesis titulada "ESTILO DE VIDA, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN VILLA EL SALVADOR" del estudiante Jorge Luis Espilloco Cutipa, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin que se adjunta.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 13 de noviembre del 2022



Dr. Walter Capa Luque
DNI 09813379

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a mis padres, Jorge Espillco Rodas y Margarita Cutipa Coaguila, por su apoyo y motivación constante para seguir adelante en cada momento que lo he necesitado.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Walter Cappa Luque por guiarme en el proceso de mi investigación, y dedicar su tiempo y esfuerzo en mejorar la presente tesis.

A la Lic. María Lucrecia Cruzate, por la oportunidad y confianza brindada, lo cual facilito la realización de la presente investigación en el Centro Integral del Adulto Mayor.

A mi novia, Noelia Stephanie Meza Ramirez, por su compañía en cada madrugada y palabras de aliento para continuar y no rendirme.

A todas aquellas personas que en el camino me apoyaron para lograr en concluir dicho trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I : PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática.....	12
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	18
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos.....	19
1.4. Limitaciones de la investigación.....	19
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios	22
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado.....	27
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada.....	62
CAPÍTULO III : MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	65
3.2. Población y muestra	65
3.3. Hipótesis	66
3.4. Variables – Operacionalización.....	67
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	70
3.6. Procesamiento de los datos	74
CAPÍTULO IV : ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.1. Análisis de fiabilidad de las variables	77
4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable	85
4.3. Contrastación de hipótesis.....	87
CAPÍTULO V : DISCUSIONES, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	
5.1 Discusiones.....	94
5.2 Conclusiones.....	98
5.3 Recomendaciones	99
REFERENCIAS	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de la variable Estilo de Vida
Tabla 2	Operacionalización de la variable Depresión
Tabla 3	Operacionalización de la variable Deterioro Cognitivo
Tabla 4	Análisis de normalidad para las variables de estudio
Tabla 5	Matriz de estructura factorial de estilo de vida
Tabla 6	Confiabilidad por consistencia interna
Tabla 7	Matriz de estructura factorial depresión
Tabla 8	Estadístico de confiabilidad de depresión
Tabla 9	Puntaje de las normas percentilares de depresión
Tabla 10	Matriz de estructura factorial de deterioro cognitivo
Tabla 11	Confiabilidad por consistencia interna
Tabla 12	Niveles de estilo de vida en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor según edad
Tabla 13	Niveles de depresión en usuarios del centro Integral del adulto mayor según estado civil
Tabla 14	Niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro Integral del adulto mayor según grado de instrucción
Tabla 15	Análisis de regresión lineal múltiple
Tabla 16	Análisis de correlación entre estilo de vida y depresión según a edad, estado civil y grado de instrucción
Tabla 17	Análisis de correlación entre depresión y deterioro cognitivo según a edad, estado civil y grado de instrucción

ESTILO DE VIDA, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN VILLA EL SALVADOR

JORGE LUIS ESPILLCO CUTIPA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre estilo de vida, depresión y el deterioro cognitivo en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador. La muestra está constituida por 140 usuarios mayores de 60 años de ambos sexos. Se utilizó el test FANTASTICO, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y el Mini examen cognoscitivo en la versión de Lobo. Los resultados demostraron que existe relación entre las variables estudiadas ($R^2=.39$, $p<.001$). Por otro lado, más de la mitad del grupo evaluado presenta un nivel de estilo de vida algo bajo o en zona de peligro (65.7%). Con respecto al rango de edad, se evidencia que el grupo etario de 75>, presenta un mayor nivel de riesgo (23,1%). Además, se halló que 9 de cada 10 personas tiene algún nivel de depresión (leve, moderado y grave). También, se encontró que 2 de cada 5 usuarios sufren deterioro cognitivo; y de acuerdo al grado de instrucción, el 70.5% de personas analfabetas tiene deterioro cognitivo a nivel leve, moderado o grave. Finalmente, el modelo de regresión lineal, indica que la variable estilo de vida y depresión en conjunto explican o predicen el 39.4 % del deterioro cognitivo, evidenciando su relación.

Palabras clave: estilo de vida, depresión, deterioro cognitivo.

**LIFESTYLE, DEPRESSION AND COGNITIVE DETERIORATION IN USERS OF THE
VILLA EL SALVADOR INTEGRAL CENTER FOR THE ELDERLY ADULT**

JORGE LUIS ESPILLCO CUTIPA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between lifestyle, depression and cognitive impairment in users of the Comprehensive Center for the Elderly in Villa El Salvador. The sample consists of 140 users over 60 years of both sexes. The FANTASTICO test, the Yesavage Geriatric Depression Scale and the Mini cognitive test in the Lobo version were used. The results showed that there is a relationship between the variables studied ($R^2=.39$, $p<.001$). On the other hand, more than half of the evaluated group has a somewhat low level of lifestyle or is in a danger zone (65.7%). Regarding the age range, it is evident that the age group of 75>, presents a higher level of risk (23.1%). In addition, it was found that 9 out of 10 people have some level of depression (mild, moderate and severe). Also, it was found that 2 out of 5 users suffer from cognitive impairment; and according to the level of instruction, 70.5% of illiterate people have mild, moderate or severe cognitive impairment. Finally, the linear regression model indicates that the lifestyle and depression variables together explain or predict 39.4% of cognitive impairment, evidencing their relationship.

Keywords: lifestyle, depression, cognitive impairment.

ESTILO DE VIDA, DEPRESSÃO E DETERIORAÇÃO COGNITIVA EM USUÁRIOS DO CENTRO INTEGRAL DE ADULTO MAYOR DE VILLA EL SALVADOR

JORGE LUIS ESPILLCO CUTIPA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi determinar a relação entre estilo de vida, depressão e déficit cognitivo em usuários do Centro Integral para Idosos de Villa El Salvador. A amostra é composta por 140 usuários com mais de 60 anos de ambos os sexos. Foram utilizados o teste FANTASTICO, a Escala de Depressão Geriátrica Yesavage e o Mini teste cognitivo na versão Lobo. Os resultados mostraram que existe uma relação entre as variáveis estudadas ($R^2=0,39$, $p<0,001$). Por outro lado, mais da metade do grupo avaliado tem um nível de vida um tanto baixo ou está em zona de perigo (65,7%). Em relação à faixa etária, evidencia-se que a faixa etária de 75>, apresenta maior nível de risco (23,1%). Além disso, verificou-se que 9 em cada 10 pessoas apresentam algum nível de depressão (leve, moderada e grave). Além disso, verificou-se que 2 em cada 5 usuários sofrem de deficiência cognitiva; e de acordo com o nível de instrução, 70,5% dos analfabetos apresentam déficit cognitivo leve, moderado ou grave. Por fim, o modelo de regressão linear indica que as variáveis estilo de vida e depressão juntas explicam ou predizem 39,4% do comprometimento cognitivo, evidenciando sua relação.

Palavras-chave: estilo de vida, depressão, déficit cognitivo.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población adulta mayor enfrenta un crecimiento acelerado y cada año esta acrecentado en cantidad como proporción, en donde por primera vez, el índice de envejecimiento iguala o supera a la tasa de natalidad a nivel mundial, siendo esta situación más notoria en países desarrollados. Sin embargo, se ven más afectados los países de medio y bajo desarrollo, por lo que resulta alarmante dado que no se brinda la atención, cuidado, respeto e interés requerida en esta etapa de vida.

Asimismo, en el Perú la tasa anual de crecimiento del adulto mayor se eleva cada año. Esto conlleva, a una preocupación en nuestra sociedad por investigar el envejecimiento y sus procesos naturales, tanto como los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas relacionadas a este grupo etario.

Por lo anteriormente expuesto, se estudia el estilo de vida, la depresión y el deterioro cognitivo en el adulto mayor, y cómo se presenta en la vida del Adulto Mayor. Además, tiene como objetivo dar a conocer y generar conciencia de la problemática que existe; asimismo, busca brindar mejores estrategias para una buena calidad de vida en la vejez.

Por ello, la presente investigación se enfoca en identificar en qué medida el estilo de vida, la depresión predice o explica el deterioro cognitivo; y a su vez los factores riesgo asociados a la prevalencia, tales como: la edad avanzada, vivir sin pareja, carencia de educación. Por consiguiente, la investigación se encuentra comprendida de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se describió la importancia de comprender la realidad problemática del presente estudio y con ello, la formulación de problema, los objetivos generales y específicos que abrirán paso al desarrollo del estudio. Seguido, de la justificación y sus limitaciones presentadas.

En el segundo capítulo, se detallaron los antecedentes nacionales e internacionales que sirvieron de apoyo para conocer los distintos hallazgos de estudios precedentes al de la investigación. En consecutivo, se hallará las bases teóricas donde encontrarán aspectos más generales del tema que sirvieron de soporte. Además, de una relación de definiciones más utilizadas y remarcas en el estudio.

El tercer capítulo, abarcó la metodología utilizada, donde se detalla el tipo de investigación y diseño empleado. Asimismo, la formuló la hipótesis general y específica, para contrastar más adelante los resultados mediante la discusión. Por otro lado, se describió la población, muestra y muestreo con la que se trabajó, como la descripción de los tres instrumentos que se usó en la investigación.

En el capítulo cuarto, se presentaron los resultados hallados, donde se analizó y estableció la relación entre las variables estudiadas con la intención de dar a conocer nuevos datos descubiertos en el estudio; en el cual se hizo uso de la prueba de normalidad, con la intención de comprobar las hipótesis planteadas. Finalmente se discuten los alcances de la tesis.

En el capítulo cinco, comprende las conclusiones y recomendaciones en relación a los hallazgos obtenidos, con el objetivo de contribuir al bienestar y calidad de vida en el adulto mayor.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad, el mundo presencia un aumento acelerado en la esperanza de vida, siendo el origen principal la disminución de índice de fecundidad (HelpAge Internacional, 2015). Y el aumento acelerado de las personas de la tercera edad, como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señalando que para el 2050 pasaremos de un 12 % al 22% de adultos mayores en el mundo. Sumando a ello, las enfermedades que trae consigo el envejecimiento.

La OMS (2022) da a conocer que el 74% de muerte de cada año son a consecuencia por las enfermedades no transmisibles (ENT) y el 86% de muertes prematuras antes de los 70 años son debido a esta causa, siendo los mayores casos en los países bajos y de medianos ingresos, en cuanto a las principales ENT, son: enfermedades cardiovasculares (17.9 millones cada año), diabetes (2.0 millones), enfermedades respiratorias crónicas (4.1 millones), cáncer (9,3 millones) entre otras; puesto que requieren medicamentos y tratamiento costoso a largo plazo. Esto se debe por el inadecuado modo de vivir, la falta de actividad física y dieta poco saludable (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). Siendo la obesidad y sobrepeso, que han alcanzado cifras epidémicas, ocasionando que la prevalencia de obesidad se ha casi triplicado en número a nivel mundial (OMS, 2021a). Además, que la región de las Américas tiene el mayor número de incidencia, con 62.5% de obesidad o sobrepeso, siendo un dato alarmante (OPS, 2014). Conjuntamente a ello, se prevé que para el 2050 se eleve los casos osteoporosis en las personas de 60 años debido al estilo de vida inadecuado como el sedentarismo, consumo excesivo de tabaco, alcohol y café entre otros (Francis et al., 2011).

Avanzando en el tema, OPS y OMS (2014) indica que Argentina es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con más población de la tercera edad, por lo que informo que una de las causas por las que padecen enfermedades o fallecen es debido a su estilo de vida, pudiendo ser evitable si se mejorará sus hábitos y decisiones.

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) a través de la encuesta, encontró que las personas de la tercera edad tienen mayor posibilidad de presentar enfermedades crónicas y degenerativas, donde el 78.3% padece de hipertensión arterial y 21.7% no recibe algún tratamiento, el grupo de edad de 65 a 69 años presento el mayor porcentaje de diabetes con un 10.7%, seguido por los de 70 a 74 años con un 10.2%. En cuanto a la población adulta mayor, el 21.6% presento sobrepeso, siendo Lima Metropolitana con mayor prevalencia en un 21.9%. Por esa razón, resulta beneficioso que el adulto mayor desarrolle un conjunto de conductas y modo de vivir saludable debido a que en este ciclo de vida, se presencia un decline progresivo físico y psicológico por el proceso natural del envejecimiento (Torrejón y Reyna, 2012). Sin embargo, esto puede verse susceptible en su salud, si su estado nutricional no ha sido el apropiado (Pardo y Rodríguez, 2014). De modo que, mantener en esta etapa de senectud un estilo de vida activo será sustancial para la preservación de la capacidad funcional (Sławińska, et al., 2013). Además, de ser factor determinante para la conservación de la salud o factor de riesgo a padecer futuras enfermedades (Ventura y Zevallos, 2019). Por ello, una dieta saludable disminuirá la posibilidad desarrollar depresión (Cano-Ibáñez et al., 2022) Así como realizar actividades físicas ayudará a la reducción de los factores de riesgos físicos, psicológicos, y sociales que acompañan en la vejez (Rosales et. al, 2014).

Por otro lado, OMS (2021b) comunicó que la población adulta mayor que padece de depresión es el más del 5%. Siendo 322 millones personas que padecen este trastorno; en cuanto a regiones tenemos: Asia Sudoriental (27%), Pacífico Occidente (21%), Américas (15%), Mediterráneo Oriental (16%), Europa (12%) y África (9%) (OPS y OMS, 2017). En tanto; en Europa se evaluó a 27 países, hallando una prevalencia de un 6.4%, entre ellos: Luxemburgo (9,7%), Islandia (10.3%), Portugal (9,2%) y Alemania (9,2%); entre tanto, los países que presentaron una menor tasa fueron República Checa y Eslovaquia con un 2.6% cada uno; Sin embargo, lo que resulta sorprendente son que los países con mayor desarrollo presente mayor incidencia en contraposición con otros países con menos crecimiento; Asimismo, el grupo más afectado son los de edad más avanzada (Arias-de la Torre et al., 2021). Además, que una dependencia funcional es uno de los principales factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor (Lorenzo, 2020)

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017) dio a conocer que la depresión es una de los primordiales problemas de invalidez a nivel mundial, no solo porque genera grandes pérdidas económicas sino por el impacto dañino que causa a la persona que lo padece, siendo el suicidio el acto final. De modo que, resulta alarmante que Latinoamérica tenga mayores casos de depresión (5.8%). Además, de que el menos del 5% recibe tratamientos y el 95% no busca ayuda, esto suele ser común en países en desarrollo. En esa misma línea, Poblete-Valderrama et al. (2015) indica que la depresión es la principal causa de sufrimiento en la vida de la tercera edad, no solo por ser una enfermedad recurrente en esta etapa sino por los efectos adversos que pueda generar en la salud.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSa, 2022) señaló que los servicios de salud han atendido más de 300 mil casos de depresión durante el 2021, evidenciándose un aumento de 12% antes de la pandemia. Asimismo, se encontró una prevalencia anual de 6% y 10%, siendo los principales departamentos con mayor preponderancia entre Lima y Puerto Maldonado (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INS], 2012). Con respecto a número de suicidios en el Lima, cada 22 minutos una persona intenta quitarse la vida, siendo la depresión el causante del 80% de estos casos, por lo que resulta preocupante que, en nuestro país, 1 millón 700 mil personas sufre de depresión aproximadamente (INS, 2016). Por lo que resulta importante la información que comparte Baldeón-Martínez et al. (2019) que los factores de riesgo que exacerbaban al desarrollo de la depresión son: ser de sexo femenino, mayor de 75 años, vivir en zona rural, sin educación y de condición humilde.

Por otro parte, Licas (2015) menciona que los adultos mayores que presenten cuadros depresivos estarían predispuestos a padecer de deterioro cognitivo o lo más grave, una demencia, la cual se evidencia cuando se deja evolucionar el trastorno por lo que, constituiría como un factor de riesgo en la vida los adultos mayores y daría paso a que otras enfermedades. Otro dato importante, que indica Climent et al. (2013) es que el riesgo de padecer deterioro cognitivo se encuentra asociado con el estilo de vida, esto será prevenible siempre en cuando el individuo realice buenos hábitos y entrenamiento cognitivo, siendo este factor modificable en oposición a los factores no modificables, tales como los genéticos y ambientales. Asimismo, tenemos que los adultos mayores que reportan mayor actividad física, tienen un menor riesgo de sufrir deterioro cognitivo en contraposición con las personas inactivas (Middleton et. al, 2010).

Por otro lado, Flaherty et al. (2011) depresión se encuentra asociado con el deterioro cognitivo, lo cual puede exacerbar a desarrollar problemas de demencia y delirio. Siendo la demencia un término universal para calificar a diversas enfermedades que son en esencia crónicas y degenerativas. Por esa razón, resulta alarmante lo señalado por la OMS (2020) que más de 55 millones de individuos convive con demencia; además que, es la principal causa de dependencia en la población de la tercera edad. Teniendo un crecimiento significativo en los países de América Latina y el Caribe, estimándose que para el 2030 habrá un incremento de 7.6 millones, por lo que la Institución reconoce de gran importancia y prioridad desarrollar políticas de intervención en la salud pública (OPS y OMS, s.f). Además, el deterioro cognitivo leve guarda relación con la demencia; así mismo, comparten factores de riesgos, asociados al estilo de vida, inactividad física, alimentación poco saludable, y el consumo nocivo de alcohol y tabaco. Como también, el aislamiento social y la poca actividad cognitiva; por ello, es importante un diagnóstico adecuado que permita desacelerar o atrasar el deterioro cognitivo y la demencia (World Health Organization, 2019).

A nivel nacional, Varela et al (2004) comunica que los adultos mayores hospitalizados a nivel nacional, presentan un 22.1 % deterioro cognitivo moderado-severo. Caso similar con Livia et al. (2017) en Lima, las personas de la tercera edad han acudido a servicio de un centro de salud, presentan una prevalencia de sufrir deterioro cognitivo de un 6%. Por lo que, duplica sus posibilidades de desarrollar Alzheimer aproximadamente cada 5 años, pasando desde un 1 % a los 60 años, hasta los 16% a los 75 años de edad según informe de Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (MINSa, 2009).

Finalmente, el mismo MINSA (2015) indica que en el Perú no hay una estadística oficial que muestre la realidad de esta enfermedad. Sin embargo, existe un plan nacional y ley N° 30590 que respaldan al adulto mayor (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2020).

Por ello, la Defensoría del Pueblo (2019) menciona que el país requiere y necesita que se implemente políticas adecuadas sobre el envejecimiento y vejez, el cual oriente e informe de la mejor manera sobre la etapa adulta mayor, y no se considere a la edad como un factor predisponente o determinante para calificar como dependientes y con una salud mental deteriorada; sino que se amplíe la información de cómo se desarrollan en los diferentes ámbitos a pesar de su edad. Además, de tener encuesta sobre lo indicado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2015), da conocer que, en la ciudad de Lima, los distritos con mayores adultos mayores son: Comas, Villa El Salvador, San Juan de Lurigancho, Villa María del Triunfo y San Martín de Porres.

El estilo de vida es un factor determinante en la salud. Además, de tener en cuenta que muchas veces el adulto mayor vive en condiciones difíciles, olvidado e ignorado por la sociedad y su familia. Por lo que resulta en esta etapa de la vida que sea inevitable que la persona no presente enfermedades físicas o psicológicas, tales como el deterioro cognitivo, demencia, depresión entre otras.

Por ese motivo, la presente investigación tiene como propósito estudiar la relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en la población mayor, por ende, se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué relación existe entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

El crecimiento acelerado de la población de adulta mayor es un fenómeno que se está dando en diferentes partes del mundo; sin embargo, esto se agrava porque en nuestro país se vive en un marco de emergencia sanitaria y pobreza. Asimismo, la sociedad carece de empatía hacia el adulto mayor, los prejuicios, la discriminación, el maltrato, negligencia y el abandono, ponen en riesgo los derechos del adulto mayor. Por ello, este estudio busca generar conciencia hacia nuestro propio futuro, dando a conocer la realidad, sirviendo de apoyo para encontrar soluciones a esta problemática que se encuentra latente en la vida de las personas de la tercera edad.

En este sentido, esta investigación posee utilidad a nivel teórica, dado que su propósito es obtener información de la realidad que vive el adulto mayor en Lima Sur; así mismo, mejora e incrementar el conocimiento existente sobre la relación entre las variables: estilos de vida, depresión y deterioro cognitivo. Además, de tomarse de manera de referencia para posteriores investigaciones.

A nivel práctico, servirá para que los municipios o entidades encargadas del área de salud y social, conozcan la realidad sobre las afecciones de este grupo etario y puedan tomar medidas adecuadas, implementando programas de prevención y promoción de salud, entre ellas un adecuado modo de vivir. Además, de un oportuno servicio de diagnóstico y atención. Como, la importancia de un cuidado y respeto en esta etapa de vida para un proceso de envejecimiento activo y saludable.

Finalmente, a nivel social, nos acerca a la realidad de esta población; es por ello, que la información obtenida será presentada al municipio correspondiente, a beneficio para una buena calidad de vida en el adulto mayor.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1. General

Determinar la relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador.

1.3.2. Específicos

- 1) Identificar los niveles de estilos de vida en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad.
- 2) Identificar los niveles de depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según estado civil.
- 3) Identificar los niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto en villa el salvador según grado de instrucción.
- 4) Identificar la relación que existe entre estilos de vida y depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.
- 5) Identificar la relación que existe entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.

1.4. Limitaciones de la investigación

En una primera instancia, hubo dificultades para llegar a la población establecida debido a la pandemia COVID-19, se tuvo reconsiderar los lugares de evaluación y la cantidad. Cabe mencionar que en el Perú se declaró Estado de Emergencia a nivel Nacional, la cual dificultó llegar a la muestra estimada como se había previsto en un primer inicio. Acompañado de esto, el aislamiento obligatorio, termino por limitar la

cantidad de personas evaluadas, dado que el adulto mayor es una población vulnerable ante esta enfermedad.

Por otro lado, al momento de la recolección de datos, se encontró poca información actualizada con respecto a la variable de deterioro cognitivo en comparación de estilo de vida y depresión; asimismo, se optó por utilizar fuentes bibliográficas de libros, fuentes virtuales, base de datos y revistas electrónicas, dado que había limitaciones para conseguir recursos o materiales informativos en físico debido a la coyuntura sanitaria que atravesaba nuestro país.

Finalmente, en cuanto a los recursos económicos, no se necesitó de un financiamiento o entidad externa, sin embargo, las pruebas y la población elegida requieren de tiempo para ser evaluadas correctamente.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Internacionales

Habte y Tekle (2018) investigaron el funcionamiento cognitivo en ancianos con síntomas de depresión. El estudio contó con 116 participantes, 58.6% hombres y 41.4% mujeres, institucionalizados en el centro de atención Addis Abeba. Para la recolección de datos se utilizó el Mini-Examen de Estado Mental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). Sus resultados evidenciaron que los ancianos tenían alta tasa de depresión con un 68%, además, el 87% presentaba un decrecimiento en el funcionamiento cognitivo. Asimismo, indica que existe una relación inversamente proporcional, entre depresión y funcionamiento cognitivo ($r = -0.48, p < 0.01$). Por otro lado, las personas sin pareja presentaban índices más altos de depresión; además, concluyeron que el aumento de la edad y analfabetismo se asocia a un menor funcionamiento cognitivo y un mayor nivel de depresión.

Cancino et al. (2018) investigaron el Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de reserva cognitiva, apoyo social y depresión en Chile, con una muestra de 206, donde 77% son mujeres y 80% estaban jubilados, cuya edad promedio fue de 69 años. Se utilizó los instrumentos de Addenbrooke's Cognitive Examination revisado (ACE-R), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ENRICH Social Support Inventory (ESSI) y la Escala de Reserva Cognitiva. Los resultados evidenciaron que la RC tiene un efecto directo en la depresión ($\beta = -0.2, p = 0.0$) y el funcionamiento cognitivo ($\beta = -0.2, p = 0.0$). Así mismo la depresión tiene un efecto directo en el funcionamiento cognitivo. Finalmente, al incluir apoyo social, se percibió que tiene un rol de moderador,

demostrando así que, a mayor nivel de apoyo social percibido, mayor será el nivel de RC, por ende, menor nivel de depresión.

Segura-Cardona et al. (2018) investigaron la vulnerabilidad cognitiva y sus factores asociados en adultos mayores, en tres ciudades de Colombia. Tuvo una muestra de 1.514 adultos mayores, que superaban los 60 años: Barranquilla (513), Pasto (506) y Medellín (495). Para la medición se utilizó la Escala Mini Examen Cognoscitivo (MMSE), también se aplicó una encuesta diseñada para detectar: capacidad funcional, depresión y apoyo social. Se evidenció que predomina el deterioro cognitivo en mayores de 75 años, con un 60%; asimismo, el 52.9% solo había estudiado primaria; por lo que, el 41.2% no tuvo ningún nivel educativo, aumentando la probabilidad de tener deterioro cognitivo. Por otra parte, el 11.6% presenta un nivel de dependencia (leve, moderada o severa). Así mismo, el 7.7% de la muestra no cuenta con apoyo social y el 13% se encuentra en riesgo de depresión.

Saneei et al. (2016) examinaron los estilos de vida relacionado con la depresión y ansiedad en una población iraní. El estudio contó con 3363 adultos de mediana edad. Se utilizó el Cuestionario de Frecuencia de Alimentos, el Cuestionario de Salud General, el Cuestionario de Actividad Física de Practica General, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y otro Cuestionarios. La edad media del estudio fue 36 a 79 años. Los resultados evidenciaron que el 15% presenta ansiedad, además, el 30% presenta depresión. En comparación a las personas con un puntaje alto en estilo de vida, tenían un 95% menos de estar ansiosos; asimismo, un 96% menos probabilidades de estar deprimidos. Por otro lado, una dieta saludable significa menos probabilidad de tener depresión con un 29%.

Leiva (2016) realizó un estudio sobre los factores relacionados con el deterioro cognitivo y la pérdida de la autonomía en adultos mayores de España. El estudio contó con 200 personas mayores de 64 años, de las cuales 100 fueron institucionalizadas y 100 no institucionalizadas. Se utilizó el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg -28, el Cuestionario de Apgar familiar, el mini examen cognoscitivo, y el Índice de Barthel. Los resultados evidenciaron que el grupo institucionalizado tiene una prevalencia de deterioro cognitivo del 47 % y en el grupo no institucionalizados existe un 8 %. Asimismo, las personas institucionalizadas con DC el 70% presenta dependencia funcional en actividades de la vida cotidiana, por lado contrario, el otro grupo no institucionalizado, solo el 14 % presento dependencia funcional. Por otro lado, el sexo predominante de ambos grupos es el femenino, y el estado civil predominante es la viudedad. Finalmente se llegó a la conclusión que la población institucionalizada presenta mayor prevalencia de deterioro cognitivo.

2.1.2 Nacionales.

Acuña (2019) investigó la relación entre estilo de vida saludable y apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores participantes del Centro Integral del Adulto Mayor del distrito de Surco- Lima. Trabajo con una muestra de 80 personas entre 60 y 75 años de edad, para lo cual empleó el Test "FANTASTICO", el cuestionario de apoyo social de Moss, y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Sus resultados evidenciaron el 55% tiene un estilo de vida malo, y solo el 5 % tiene un estilo de vida bueno, por otro lado, el 61% tiene depresión algún tipo de depresión, sea moderada o severa, además el 60% de las personas tiene un apoyo social bajo. Finalmente, se

evidencio una correlación positiva y significativa entre las variables estilo de vida, y apoyo social, y de igual manera con depresión.

Dongo y Cruz (2019) realizaron un estudio sobre la depresión y su relación con la calidad de vida en adultos mayores de la provincia de Collao-Puno. Su muestra fue de 331 personas mayores beneficiarios del programa pensión 65, de ambos sexos. El instrumento utilizado fue el Inventario de Beck -II y el Test "FANTASTICO" para calidad de vida. Los resultados fueron los siguientes, el 86.4% no presentó depresión, y solo el 13.6% presentaron depresión en un nivel, leve, moderado y grave; por otro lado, respecto a calidad de vida, el 79,2% se encuentra en un nivel bajo, y solo el 16.9% se clasifica en un rango adecuado. Finalmente, en relación a las variables se encontró que el 68.7% de adultos mayores presentan depresión y a su vez tienen una calidad de vida algo bajo.

Echevarría y Solano (2019) estudiaron la relación entre el deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo. El grupo de estudio contó con 62 adultos, donde 52% son masculinos y 48% mujeres. El instrumento utilizado fue la Prueba de la Moneda Peruana. Los resultados evidenciaron que los hombres presentan mayor deterioro cognitivo; además, a mayor edad, el deterioro aumenta; por otra parte, a mayor nivel de estudios el deterioro es menor. Finalmente concluye afirmando que existen diferencias del nivel deterioro cognitivo de acuerdo las variables sociodemográficas.

Moncada y Mogollón (2018) investigaron la relación entre deterioro cognitivo y estilo de vida en el adulto mayor. La población contó con 42 participantes de ambos sexos de la ciudad de Trujillo. Se utilizó el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud y el test de evaluación cognitiva Montreal (MOCA). Los resultados reportaron que

el 36% presentaron deterioro cognitivo moderado, el 40% leve y el 24% no evidencio deterioro; por otro lado, respecto al estilo de vida, el 62% presento un estilo de vida no saludable. Por último, demostraron que aquellos que tenían un estilo de vida saludable no presentaron deterioro cognitivo, evidenciando la relación significativa entre el deterioro cognitivo y estilo de vida.

Zevallos (2018) realizó un estudio sobre la Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en adultos mayores de Lima Metropolitana. El estudio estuvo compuesto por 100 adultos mayores del distrito de Breña. Como instrumento se empleó el Mini Examen Cognoscitivo (versión de Lobo), Índice de Barthel y el Test de Yesavage. Los resultados indicaron que el 86% tiene dependencia funcional severa, el 40% deterioro cognitivo leve a moderado y el 61% con depresión establecida. Por último, se concluyó que no existe relación entre las variables estudiadas.

Vílchez-Cornejo et al. (2017) asociaron el trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. La muestra estuvo conformada por 267 adultos mayores donde el 58% fueron varones y el 42% mujeres, provenientes de Ica, Lima y Ucayali. Para la medición de dichas variables se utilizó la escala de Yesavage y el Short Portable Mental Status de Pfeiffer. Con respecto a resultados, el 64% presentó depresión moderada o severa, y el 36% deterioro cognitivo. Asimismo, se evidenció relación entre la edad y depresión ($p < 0.05$) y el deterioro cognitivo y depresión. Finalmente se concluye que la depresión incrementa según la edad, asimismo, existe la posibilidad de desarrollar un deterioro cognitivo, si presenta una depresión severa.

Quintanilla (2014) estudio la relación entre estilo de vida y depresión en ancianos en Arequipa. Contó con una población de 140 adultos mayores de ambos sexos. Se hizo

usó del Test FANTASTICO, el Cuestionario de Depresión de Yesavage (versión reducida) y el Mini-Mental. Los resultados evidenciaron que el 62% presentó un estilo de vida correcto y el 5.7% fantástico, por otro lado, el 65% posee ausencia de depresión, y el 2.4% depresión establecida. Finalmente confirmó la correlación entre variables estudiadas (0.509), indicando que, a mejor estilo de vida, menor nivel de depresión.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

En el presente apartado, se brindará información general en base a las tres variables del estudio, el cual permitirá que el lector pueda tener un panorama más amplio del desarrollo de la investigación.

2.2.1. Estilo de Vida

Definición de estilo de vida.

A continuación, se dará a conocer las distintas definiciones o puntos de vista de diversos autores acerca de la variable de estilo de vida.

OMS (1998) define el estilo de vida como un modo de vida que se basa en los modelos de comportamiento reconocibles y determinados por la interacción entre los aspectos individuales, socioeconómicos, sociales, y ambientales. En cambio, Espinoza y Rojas (2019) mencionan que este comportamiento forma parte del componente de la salud de las personas que se da a través del factor genético, social y de organización.

Por otro parte, Plaza (2017) indica que el estilo de vida es la manera en cómo la persona percibe el contexto cultural de su vida, a través de sus valores, objetivos, metas, expectativas, normas, entre otros. Es decir que para conceptualizarlo hay muchos apartados extensos y complejos que lo engloban, pero lo que más prima es la labor en el estado psicológico de la persona, sus círculos sociales, sus creencias y las condiciones

de vida que tiene. En cambio, para el Municipio de Yamaranguila Departamento de Intibucá, Honduras (2016) detalla que el estilo de vida es un sistema integrado de actividades saludables, como la comida, ejercicios físicos, fomento de actividades de recreación, espiritualidad y hábitos adecuados, si en caso contrario, la persona no cumpliera con algunos aspectos, dañaría su salud, convirtiéndose en un factor de riesgo.

Por otro lado, Carranza et al (2019) nos señala que el estilo de vida es la manera en cómo el ser humano vive, a través de sus costumbre y hábitos, las cuales se reflejan en su manera de actuar, desarrollarse e interactuar. Esta misma idea, se asemeja con Perea (2001) que indica que es una forma o hábito de vida, ya que son diversas conductas que adquieren las personas, algunas más saludables, y otras nocivas. De igual manera, Morales et al. (2018) señala que es un conjunto de actitudes que realizan las persona, los cuales a veces pueden ser saludables o dañinos para la salud, en el cual se verá repercutido en su estado físico y mental del individuo. En esa misma línea, Orejón (2019) refiere que el estilo de vida es el conjunto de conductas saludables, que un grupo de personas elige o seleccionan en base al medio que los rodea o las circunstancias en el que se desarrollan. De la misma manera, Romo (2018) menciona que el estilo de vida es la forma en cómo se vive, a través de las actividades cotidianas como los hábitos en la comida, en las horas de sueño, el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, etc.), actividades físicas y sociales.

Además, que el modo de vivir se encuentra estrechamente relacionado con la salud, este se forma desde la niñez hasta la juventud, donde tendrá un mayor impacto en salud en la adultez, por lo que resulta que importante que el individuo adopte hábitos

y estilos saludables para la prevención de desarrollo de enfermedades (Dragun et al., 2021).

Teoría de estilo de vida.

Atchley (1971) establece en su teoría, que los individuos a medida que envejecen, hacen lo posible para mantener su identidad, tanto interna como externa; por lo cual, buscan prolongar sus hábitos, gustos, estímulos personales y roles sociales, aplicando estrategias en base sus conocimientos para enfrentar el proceso de envejecimiento de una manera óptima. Años después, Atchley (1989) Hace referencia a las actividades aprendidas a una edad madura y/o la adquisición de nuevas habilidades. Y a su vez, la satisfacción de mantener sus actividades y costumbres en su situación presente. Además, la importancia de desarrollar condiciones adecuadas que fomenten la continuidad del individuo; algunos de ellos son: el nivel educativo, nivel económico, relaciones sociales. Por otro lado, sino se logran conseguir aquellos elementos que dieron consistencia a su identidad podría desencadenar una discontinuidad en su vida o una perspectiva negativo del envejecimiento

Kart (1997) como se citó en Liberalesso (2015), consideraron tres aspectos importantes en esta teoría, las cuales son:

Continuidad interna: Relacionada con lo cognitivo, memoria, el temperamento, auto integridad, autoestima, las experiencias, gustos y las habilidades adquiridas en etapas previas.

Continuidad externa: Asociado con las relaciones interpersonales, los roles sociales, la competencia, y cubrir necesidades básicas.

Continuidad individual: En este apartado se considera el impacto que tuvo la estructura interna y externa en el adulto mayor, por tanto, se clasifico en tres categorías:

Baja continuidad: La persona no tiene satisfacción con su nueva etapa de vida y no logra adaptarse, asimismo, los cambios pueden ser severos e impredecibles, tanto que sus habilidades previas o estrategias no son suficiente para lograr una adaptación.

Optima continuidad: La persona logra enfrentar y adaptarse al cambio, dado que fueron acordes a sus experiencias y conocimientos previos, asimismo, mantiene su entorno social activo contribuyendo en su identidad.

Excesiva continuidad: El adulto percibe su vida como predecible, aunque haya utilizado estrategias adecuadas, describe su rutina del día a día como monótona, carente de experiencias nuevas y enriquecedoras.

Finalmente, en la actualidad, la teoría de la continuidad se emplea para entender la problemática que puede conllevar la adaptación del envejecimiento, esto se debe a la ventajas o desventajas que han desarrollado a lo largo de sus vidas, por lo que, si tiene una perspectiva negativa del envejecimiento seria debido a un declive a nivel educativo, económico y relaciones sociales (Marín y Gómez, 2020).

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

Este modelo nace a partir del marco conceptual de la conducta para la prevención de la salud elaborado por la enfermera Nola Pender (1997) (como se cita en Aristizábal et al, 2011) quien menciona que, para estudiar la forma de vivir de las personas, son en base a las decisiones que toman para su salud y en su vida. Es por ello, que en un principio Pender fue explorando los diferentes procesos biopsicosociales e incentivan a que los seres humanos tomen decisiones importantes para su salud, es por ello que su

modelo se basó en la teoría de expectativa y valor, y la teoría cognoscitiva social, quienes enfatizaron en la forma de actuar y mantener ciertos comportamientos para su bienestar físico, las cuales pueden ser modificables por el contexto social con la que interactúa el individuo.

Es por ello, que el modelo de Pender identificó una lista de factores a nivel cognitivo y perceptivo, en la que el ser humano va tomando importancia a actividades y decisiones dentro de su salud, los cuales pueden beneficiar el estado físico de la persona, así como promover conductas saludables. Por ese motivo, Valdivia (2017) nos indica que dentro del modelo Pender, planteo como objetivo principal la promoción y participación dentro de hábitos saludables, los cuales sean alcanzados y mantenidos al máximo por el ser humano.

Por tal motivo, Pender dentro de su modelo desarrollo un perfil de estilo de vida con el propósito de poder promover una adecuada salud, la cual permitiría y daría valor a los estilos de vida, es por ello que a continuación se señalaran algunos indicadores de su modelo.

- Los seres humanos buscan generar condiciones favorables que permitan alcanzar su potencial de salud.
- El ser humano busca un crecimiento en su vida para luego poder mantener una homeostasis en ella.
- A través de la auto conciencia y los valores propios, la persona será más consciente de lo que sucede en su salud.
- El ser humana busca mantener comportamientos saludables en su vida.

- El entorno social influye en los comportamientos y decisiones que toma la persona, los cuales transforman su vida.
- Cada profesional de la salud forma parte fundamental dentro de la vida del ser humano, debido a su gran influencia en su bienestar físico como emocional.
- La existencia de pautas entorno a la manera de actuar es fundamental para modificación del comportamiento.

Dimensiones de estilo de vida.

Como se tiene conocimiento el test fantástico tiene como principal objetivo poder evaluar el estilo de vida de los adultos mayores, de forma multidimensional en las que se evalúan características tanto físicas, psicológicas y sociales.

Aburto et al. (2017) dentro de su investigación detallan el concepto de cada una de las dimensiones las cuales se detallan a continuación:

F: Familia y amigos.

Se trata de las redes más importantes que tiene el adulto mayor, las cuales juegan un rol importante entre el tipo de relación que tienen con sus pares, además del apoyo directo que reciben de su propia familia durante su etapa adulta.

A: Asociabilidad, actividad física.

Son los movimientos corporales en las que se producen una acción muscular, en el que habrá un desgaste físico o energético, las cuales varían según el tipo de ejercicio elegido en base a la edad, interés y la cultura del adulto mayor.

N: Nutrición.

Se define como la ingesta de alimentos saludables y no saludables, el régimen alimenticio elegido varía según el interés del adulto mayor, esta influye en la mejora del

estilo de vida en las que se puede prevenir enfermedades crónicas las cuales en ocasiones están relacionadas con el tipo de alimentación que se tiene.

T: Tabaco.

El tabaco es una de los principales factores de muerte prematura e incapacidad que tiene el ser humano, a través de enfermedades al pulmón o cardíacas. En ocasiones los adultos mayores lo consumen para poder relajarse, animarse y olvidar problemas en la familia.

A: Alcohol y otras drogas.

Es uno de los riesgos más frecuentes de la salud debido a que genera enfermedades como cirrosis hepática, hemorragias, intoxicación debido a la ingesta exagerada de alcohol o drogas, accidentes o trastornos mentales, entre otros. Cabe mencionar, que cuando un individuo consume hay cambios en la forma de pensar y comportarse.

S: Sueño y estrés.

Ambos conceptos son el resultado de como el individuo percibe el medio que lo rodea dado que afecta o alteran su estado físico como psicológico.

T: Trabajo y tipo de personalidad.

Son uno de los factores importantes dentro de la vida de cada adulto mayor ya que son las características que tienen, en las que se reflejan en toda su vida como las cosas que hace, dice y piensa, es por ello que se ve la gran influencia dentro del estilo de vida que tienen.

I: Introspección.

Se trata de la auto-observación que tiene el adulto mayor en base a sus pensamientos, emociones, sentimientos, motivaciones y comportamientos.

C: Control de salud y conducta sexual.

Aquí se da los controles generales dentro de la vida de un adulto mayor, en la que tiene como principal finalidad prevenir enfermedades o mantener su salud controlada.

O: Otras conductas.

Tales como, seguir las reglas, el uso del cinturón, seguir las señalizaciones como peatón, pasajero transporte público, objetivos claro de su vida.

Factores de riesgo de estilo de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define al factor de riesgo como características predisponentes que tiene la persona, la cual hace que aumente la probabilidad de sufrir alguna enfermedad, entre las cuales se encuentra el consumo de sustancias como el alcohol y tabaco, así como la falta de higiene, condiciones de vida no adecuadas y enfermedades cardiovasculares. Por ello, Senado (1999) define el factor de riesgo como aquello que inestabiliza y pone en peligro a la persona hacia una consecuencia adversa o enfermedad.

Por ese motivo, actualmente la etapa de un adulto mayor está definida por las constantes modificaciones físicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que van atravesando dentro de esta etapa, en donde van mostrando una pérdida progresiva de la capacidad que tiene su organismo para poder efectuar cambios; la cual inicia cuando ellos nacen y se va desarrollando durante todo el tiempo de su vida (López, 2016). Por ese motivo, prestar importancia de los notable cambios en esta etapa de vida, debido a

que es donde empieza el envejecimiento de forma decreciente y ya no uniforme o lineal; por lo tanto, uno de los principales factores en las cuales se ve afectado es a nivel psicosocial y no primordialmente biológicamente (Villafuerte et al., 2017). Es por ello, mencionará los principales factores en las que se manifiesta un estilo de vida inadecuado en los adultos mayores:

a) Física.

D´Hyyer y Gutiérrez (2014) el envejecimiento son un conjunto de efectos donde se ven la disminución de la aptitud y el rendimiento del estado físico de las personas de la tercera edad, debido a que se ve reflejado por el decaimiento de la actividad motora. Es por ese motivo, que se refleja un sedentarismo en ellos o la incapacidad para poder realizar y mantener alguna actividad física por más mínima que fuera. A partir de ello, se puede decir que el envejecimiento es un proceso del estado físico que está específicamente de la mano con la edad y la cronología de vida, donde se van evidenciando cambios individuales. Además, la OPS (2011) menciona que si un adulto mayor empieza a tener un estilo de vida inadecuado como la ingesta de alimentos bajos en nutrientes y proteínas puede generar en ellos una ventana para la adquisición de enfermedades tanto físicas y psicológicas.

b) Psicológica.

Villafuerte et al. (2017) refiere que en esta etapa se da el envejecimiento, la cual es reconocida como un proceso inherente de un adulto mayor, siendo esta vista como un ser biopsicosocial, ya que a través del tiempo van ocurriendo cambios en su personalidad, roles, su capacidad de poder adaptarse a los nuevos cambios y empiezan a ver de otra manera la vida y la felicidad, la cual puede estar relacionada con

acontecimientos en su vida como por ejemplo su jubilación, la muerte de su conyugue o amistades cercanas. También, Delgado (2017) menciona que el consumo de alcohol y tabaco generara en ellos la aparición y evolución de enfermedades cardio-metabólicas, además de trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, entre otros; y lo más importante que es una calidad de vida que tiene el adulto mayor.

c) Social.

La etapa de un adulto mayor está caracterizada por los diferentes cambios que suceden en su conducta, la cual está relacionada con la influencia del medio que lo rodea ya sea positiva o negativa. Puesto que cada adulto mayor es un ser humano al cual le suma cada una de sus experiencias y la transformación del mundo moderno que ejerce sobre su vida (Perea, 2001).

Por tal motivo, es de vital importancia conocer cuál es la actitud del medio que rodea a las personas de la tercera edad, dentro del cual están sus familiares, amistades y el entorno que le rodea, estas van a ir generando una gran influencia en como ellos irán conceptualizando a cada persona, en sus últimos años de vida. Por tanto, es importante comprender que la vejez debe ser entendida como un problema de carácter social y no como una problemática de salud pública (Blake, 2012).

Niveles de manifestación del estilo de vida.

Como se observa, un adulto mayor va ir experimentando diferentes cambios biopsicosociales dentro de su estilo de vida, es por eso que su entorno social y familiar se ven influenciados en el funcionamiento de las diversas áreas de su vida, donde ira afectando de manera directa el área de funcionamiento, ya que la persona ira perdiendo su autonomía y empezará a depender de otros, es por ello que se da el impacto familiar

y social. Cuando ya el organismo del adulto mayor está perdiendo poco a poco sus propias capacidades (en el área física), da pie a que se formen estereotipos respecto al envejecimiento, y es donde genera que la persona pueda experimentar temores con la llegada de esta etapa, lo que incluso puede conllevarlo a que se aislé socialmente (Villareal y Month, 2012).

Por lo tanto, Loredo et al. (2016) mencionan que es muy importante conocer la funcionabilidad de los adultos mayores ya que cada uno tiene capacidades diferentes, la cual se ve reflejada en las diferentes actividades que pueden realizar en su día a día para enfrentar las demandas del medio que los rodea y en el que se sientan independientes por un instante.

Es por ello que en la presente investigación está utilizando el cuestionario FANTASTICO, la cual en primera instancia fue diseñada por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, la cual se evalúa mediante la obtención de los puntajes de cada uno de los ítems, y éstas a su vez están organizadas en 10 dimensiones (Villar et al., 2016).

Por ende, Neyra (2019) en su investigación detalla cada uno de los niveles del estilo de vida de un adulto mayor, tanto en el grado de independencia y autonomía.

a. Estas en zona de peligro.

Este nivel indica que el adulto mayor no cuenta con un estilo de vida adecuado, ni tampoco cuenta con el apoyo y herramientas necesarios para poder salir adelante debido a los factores de riesgo que rodean su vida.

b. Algo bajo, podrías mejorar.

Si un adulto mayor se encuentra en esta categoría indica que cuenta con pocas herramientas pero que los factores de riesgo que rodean su vida impiden que pueda mejorar, dado que requiere ayuda especializada.

c. Adecuado, estas bien.

Dentro de esta categoría el adulto mayor presenta un adecuado estilo de vida, donde tiene beneficios para que su salud este estable en algunos momentos, ya que en otros se ve la influencia de los factores de riesgo.

d. Buen trabajo, estas en el camino correcto.

Se evidencia un buen estilo de vida en la que tiene influencias adecuadas para su salud tanto física como emocional.

e. Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico.

En esta categoría se evidencia que el adulto mayor cuenta con un óptimo estilo de vida, esto gracias al apoyo de su familia, sus hábitos y recursos emocionales.

Implicancias positivas o negativas del estilo de vida.

Cabe mencionar, que en la actualidad los adultos mayores se están convirtiendo en uno de los principales focos de atención, debido que en las últimas décadas ha habido un incremento de adultos mayores en cada lugar del mundo, lo cual está relacionado con el crecimiento en la expectativa de vida y un descenso en la tasa de natalidad.

Pérez (2016) nos comunica para para que exista un estilo de vida saludable y beneficioso es necesario que se ponga en práctica hábitos adecuados, la cual va a ir proporcionando una homeostasis entre su alimentación, el ejercicio físico, descansar 8 horas diarias, evitar el consumo de alcohol, tener una buena higiene y su salud mental.

Además, López (2015) menciona que la salud de los adultos mayores está empezando a tomar importancia, lo cual es favorable para poder establecer un estilo de vida adecuada, mediante las propuestas de grandes campañas o programas de salud u otras facilidades que se tiene para poder interactuar dentro del ámbito desorganizado de la salud pública como generar políticas adecuadas para una buena calidad de vida en las personas de la tercera edad.

Es por ello, que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL 2016) comenta, que se puede contribuir a darles una mejor calidad de vida mediante la práctica de rutinas físicas o deportes adaptados a la edad y género de la persona, realizando diferentes actividades lúdicas, de desarrollo cognitivo y participando en espectáculos culturales, deportivos y artísticos.

Por otro lado, Guerrero y León (2010) perciben y comprenden la relación de una vida longeva con el estilo de vida; sin embargo, este aspecto, solo será posible si adoptan nuevas formas de asumir la vida. Finalmente, Quimi (2017) mencionan que es importante comprender el tipo de estilo de vida o el modo de vivir de un adulto mayor, en las que se crean hábitos para mejorar su calidad de vida tanto como la forma de alimentarse y su actividad física, estas orientadas a la mejora de su organismo, debido a que ellos deben evitar el consumo de sustancias o alimentos que dañan su salud ya que su organismo se vuelve más vulnerable en esta etapa por el proceso natural del envejecimiento.

2.2.2. Depresión

A continuación, se detallará puntos importantes dentro de la variable depresión en el adulto mayor.

Definición de depresión.

Harvard Health Publishing (2020) menciona que a pesar que se haya considerado a la depresión como un desequilibrio químico en el cerebro, esta no es suficiente para explicar a fondo este trastorno. Así mismo, Diz et al. (2019) conceptualizan a la depresión como un problema clínico, clasificado en los manuales de diagnóstico como un trastorno del humor o afectivo.

Por lo que, Pérez (2019) nos comunica que la depresión es uno de los principales problemas de salud y bienestar en el mundo, es por ello que lo define como una enfermedad que afecta de manera directa el área afectiva y cognitiva de la persona, impidiendo que se desenvuelva en su vida.

Chávez y Tena (2018) entienden la depresión como un síndrome caracterizado por una profunda tristeza e inhibición de casi todas las funciones mentales, provocando diversos síntomas: físicos, psicológicos, conductuales y cognitivos. Es una enfermedad que se manifiesta de diversas maneras, sus síntomas son variados, asimismo, afecta profundamente a la persona.

National Institute of Mental Health (NIH, 2017) señala que la depresión es un trastorno que afecta de manera directa la vida del adulto mayor y su funcionamiento, la cual no es parte de su envejecimiento normal, por lo que es fundamental que ellos tengan ayuda profesional y un tratamiento adecuado.

Por otro parte, la OMS (2016) conceptualiza a la depresión como un trastorno mental que padece la persona, la cual está caracterizada por una tristeza profunda, pérdida de interés, baja autoestima, sentimientos de culpa y alteración del sueño y apetito.

Así mismo, Sotelo et al. (2012) indica que la depresión se manifiesta a través de la perturbación, debido a que sufren de una tristeza y melancolía profunda, en otros casos generando ideaciones suicidas, por lo que necesita la atención inmediata.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) señala que la depresión dentro del adulto mayor presenta características de persistencia, gravedad y deterioro de su funcionalidad, debido a que se empiezan a manifestar síntomas como la pérdida de interés, recurrentes pensamientos negativos, deterioro físico y conductual.

Para Zarragoitía (2011), refiere que es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por el abatimiento emocional, que afecta a todos los aspectos de vida del individuo. Es un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico.

Teoría de depresión.

Teoría de la depresión por desesperanza.

Abramson et al. (1989), replanteo la teoría de Seligman (1975) "Indefensión aprendida", enfocándose en las personas con estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) y su predisposición a desarrollar síntomas depresivos, cada vez que experimentan situaciones negativas. Por lo que Abramson, menciona que la vulnerabilidad cognitiva está constituida inferenciales adaptativos, las cuales están denominados de la siguiente manera:

1. Disposición a considerar ciertas situaciones globales o estables provoquen situaciones negativas.
2. Disposición a considerar que las situaciones adversas se repetirán en el futuro.

3. Disposición a considerar aspectos negativos sobre sí mismo, cada vez que ocurra algún evento nocivo.

Finalmente, estas tres disposiciones afectan la autoestima de la persona, cayendo en el abandono, provocando una depresión crónica.

La teoría cognitiva de Beck.

Gonzales (2014) menciona que Beck es uno de los pioneros y fundador de la teoría cognitiva, en la cual rescata que, la persona deprimida suele tener pensamientos negativos hacia sí mismo, estas pueden estar atribuidas a sucesos impactantes dentro de su vida las cuales provocan que tengan un inadecuado procesamiento de la información, generando en ellos distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

Beck (1967) como se citó en Jara (2018) menciona que la depresión es un trastorno afectivo que provoca que el ser humano presente alteraciones en su estado emocional, mental, motivacional y somático, a través de sentimientos por desesperanza hacia su persona, su futuro y las personas que lo rodean. Así mismo, Beck lo denominó pensamientos distorsionados las cuales se caracterizan por ser autodestructivas e irracionales.

Beck et al. (1979) refiere que la terapia cognitiva se basa en realizar procedimientos que mantengan activo a la persona, a su vez debe ser direccionado, estructurado en un tiempo determinado donde se trata diferentes alteraciones psicológicas.

Así mismo, esta teoría menciona que la depresión tiende a ser el resultado de una interpretación equivocada del individuo, ante situaciones que experimenta y afronta.

Asimismo, esa suposición se basa en conceptos básicos, tales como: el contenido cognitivo, los esquemas y la cognición.

El contenido se refiere a la interpretación que la persona otorga a los pensamientos e imágenes que experimenta en su mente.

Los esquemas son creencias centrales que forman los principios para que le individuo procese la información del mundo exterior.

Finalmente, la cognición hace referencia al contenido, el proceso y la percepción de los pensamientos.

Por otra parte, el modelo cognitivo resalta tres conceptos indispensables para explicar la esencia de la depresión: (1) La forma equivocada de procesar información, (2) los esquemas y (3) la tríada cognitiva.

Cabe mencionar, que Beck et al. (1979) menciona que la triada cognitiva son el conjunto de tres patrones cognitivos los cuales son:

- La visión negativa de sí mismo, es decir la manera en cómo la persona suele subestimar sus propias capacidades, donde critica sus defectos propios dado que suele pensar que no podrá lograr la felicidad.
- La visión negativa hacia el mundo, es decir cuando la propia persona piensa que el entorno que lo rodea está en contra de él, poniéndole trabas u obstáculos en su vida para impedir que logre sus metas.
- La visión negativa hacia el futuro, es cuando la persona depresiva empieza a generar pensamientos negativos como no poder continuar con sus proyectos u objetivos o que todo en su vida será un fracaso.

Factores de riesgo de depresión.

Según la OMS (2015) se considera Adultos Mayores a partir de los 60 años de edad. Además, el envejecimiento se asocia a un mayor riesgo de presentar más de una afección crónica (comorbilidades). Dado que una edad avanzada conlleva cambios biológicos considerables, como: daños moleculares y celulares; siendo estos daños que reducen las reservas fisiológicas, y generando un aumento en el riesgo de adquirir diversas enfermedades crónicas, asimismo, la depresión no distingue nivel socioeconómico.

Años después, la OMS (2017) menciona que los factores de riesgo de los trastornos mentales del adulto mayor se desarrollan a lo largo de la vida, las cuales son: factores sociales, psíquicos y biológicos, estas determinan su salud mental. Además, los adultos mayores muchas veces no pueden vivir de forma independientemente debido a dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos. Por ello, necesitan apoyo a largo plazo. Finalmente, muchas veces sufren la pérdida un ser querido, descenso en su economía, o alguna discapacidad; dichas situaciones pueden ocasionar aislamiento, soledad, angustia, etc.

Por otra parte, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021) señala que la depresión puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida, sin embargo, se considera más vulnerable a la población adulto mayor. Este padecimiento depende de factores biopsicosociales, donde se considera la predisposición genética, pérdida de algún familiar o amigo, funciones físicas y/o cognitivas, vivir en abandono y recursos económicos insuficientes. Asimismo, la depresión se caracteriza por la disminución del

estado del ánimo, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de actividades cotidianas que antes eran placenteras.

Es por ello, que en la etapa del adulto mayor se ve la manifestación de factores de riesgo en los siguientes niveles:

Biológico.

Ruiz (2021) menciona que el hipocampo es una parte importante del sistema límbico, amígdala, y región cortical que regula el estímulo, el comportamiento emocional, aprendizaje y de la memoria. Por lo que resulta, importante lo señalado por a Zhou et al (2016) que a través de estudios de neuroimagen han reportado que la depresión subumbral, se encuentra asociado con la alteración del hipocampo. En cambio, se ha hallado que existe una reducción bilateral del volumen de materia gris prefrontal en ancianos con depresión subumbral (Taki et al, 2005). Cabe indicar que las formas de depresión subumbrales son: la distimia, la depresión menor y recurrente (Vallejo, 2007).

Por otro parte, Diaz y González (2012) indican que se han descubierto varias diferencias en el tamaño de las estructuras cerebrales, entre ellos: el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. Además, se ha comprobado su participación de las monoaminas, mediante la deficiencia de neurotransmisores, tales como: serotonina, norepinefrina y en menor grado dopamina. Siendo estos neurotransmisores responsables en la regularización del estado de ánimo; de modo que, una deficiencia de serotonina se relaciona con poca tolerancia, estrés; del mismo modo la melatonina, con la conciliación del sueño y como último, la dopamina, relacionado con el placer (Álvarez, 2016).

Por otro lado, Dell'Osso (2016) evidenció que las alteraciones del metabolismo triptófano puede ser promovida por las hormonas del estrés, esto apoyaría la idea de que la depresión deba considerarse como un trastorno sistémico.

Finalmente es importante estudiar y comprender que los factores genéticos; sumado a ello, un ambiente estresor puede exacerbar al desarrollo de la depresión en el adulto mayor. Sin embargo, por el momento no existe una explicación que haya logrado unificar todos los hallazgos, indicándonos que su procedencia es el resultado de diversas alteraciones estructurales y funcionales.

Físico.

Silk (2010) menciona que la depresión en el adulto mayor tiene un impacto muy nocivo en su salud, ya que genera en ellos una alimentación desbalanceada que en ocasiones terminan generando pérdida de apetito, falta de energía, lo cual traería como consecuencia una anorexia geriátrica o caso contrario una obesidad moderada, debido al consumo excesivo de alimentos no saludables y su aislamiento. Así mismo, menciona que los adultos mayores con depresión irán experimentando índices más altos de insomnio o pérdida de la memoria.

Además, la OMS (2017) menciona que los adultos mayores que presentan enfermedades cardiacas suelen manifestar síntomas depresivos, debido a que su salud mental se ve influida por su estado físico como emocional.

Por lo que, es de suma importancia identificar de forma rápida y practica el trastorno depresivo en los adultos mayores debido a que son un grupo de riesgo, ya que si ellos presentan alguna enfermedad esto pondría en riesgo su vida, por ejemplo, en enfermedades cardiovasculares o de muerte (Allonier et al., 2004).

Del mismo modo, Fiske et al (2009) mencionan la importancia de comprender e identificar la relación entre enfermedades físicas (medicas) y la depresión. Dado que contribuye a que no se pasen por alto síndromes físicos, y así mismo contrarrestar un posible sobrediagnóstico.

Psicológico.

La OMS (2015) menciona que la depresión se va a ir manifestando a través de la disminución del estado de ánimo, la cual está caracterizada por sentimientos de culpa, tristeza, poca valorización, aislamiento, pesimismo, ansiedad, insomnio, perdida o aumento del apetito, pensamientos suicidas entre otros. Así como, Alberdi et al. (2006) nos comunica que los conceptos recogidos se pueden señalar que la depresión es un síndrome clínico que se presenta con mucha frecuencia a nivel mundial, debido a que se manifiesta con una alteración del humor (tristeza), acompañado de la ansiedad, sensación de vacío, poco interés por el cuidado, poca comunicación e interacción con personas de su entorno, falta de apetito, pocas horas de sueño, sentimientos de culpa y pensamiento irracionales.

Del mismo modo, Calderón (2018) menciona que la depresión puede conllevar a la hospitalización de un adulto mayor, debido a que el incremento de pensamientos irracionales conllevaría a un posible suicidio o la aparición de otras enfermedades nocivas para su salud. Por lo que, Beck et al. (2010) describe que las personas con distorsiones cognitivas, tienen expectativas poco realistas y a su vez, se enfocan en los aspectos negativos de su vida.

Social.

Fernández-Ballesteros (2013) mencionan que esta etapa está acompañada por acontecimientos de gran impacto como la pérdida de seres queridos, el crecimiento de sus hijos e independencia de ellos, su jubilación, el padecimiento de enfermedades crónicas, entre otras situaciones, lo cual provoca que los adultos mayores puedan sufrir de un tipo depresión.

Así mismo, la OMS (2017) señala que en la etapa adulta mayor se ve la incapacidad de que sean independientes debido a que algunos de ellos no pueden movilizarse o sufren de enfermedades, por lo que, tras un acontecimiento como la pérdida de un ser querido, la falta de economía, su jubilación o discapacidad, provocara padezcan de una depresión generada por factores sociales lo cual provocara en ellos una soledad, angustia y aislamiento muy fuerte. Finalmente, años después señalo que los adultos mayores son vulnerables a los maltratos tanto físicos, psicológicos, socioeconómico y sexuales, esto debido al abandono de sus familiares, la falta de atención y a la pérdida de respeto; resaltando que uno de cada 10 adultos mayores sufre de maltrato, no solo físico sino psicológicos la cual en ocasiones causan una depresión o ansiedad moderada.

Niveles de manifestación de la depresión.

Fontecha (2005) menciona que para poder evaluar el trastorno depresivo en las personas adultas mayores se requiere el uso correcto y adecuado de instrumentos que sean fáciles, entendibles y rápidos de aplicar, además que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas que faciliten poder tener una aproximación diagnóstica de forma especializada en cuanto a la atención primaria y asistencia integral.

Dentro de la presente investigación se está utilizando la escala de depresión de Yesavage, la cual está conformada por quince ítems con un tipo de respuesta dicotómico es decir sí o no, con un tiempo de aplicación de solo cinco minutos por persona, que tiene como objetivo principal cuales son los síntomas cognoscitivos del trastorno depresivo mayor durante los últimos quince días.

Un dato importante a resaltar por Fernández et al. (2008) quienes señalan que el envejecimiento y la depresión no están ligados de manera directa, dado que un adulto mayor puede pasar por diferentes situaciones que favorecen la aparición de los síntomas tanto físicos como psicológicos, además de la soledad que sienten por su edad, su situación económica y la aparición de enfermedades crónicas.

Según APA (2014) clasifica la depresión en tres niveles:

a) Depresión leve

En esta categoría el adulto mayor presenta pocos o ningún síntoma depresivo, los malestares suelen ser manejables, ya sea pérdida de intereses en actividades habituales, desanimo o desgano, disminución en la participación de sus grupos sociales, y preocupaciones por situaciones cotidianas.

b) Depresión moderada

Esta categoría se evidencia como tres síntomas depresivos, asimismo la intensidad de los síntomas es más significativa; tales como: sentimientos de culpa e inutilidad, perdida de energía, sentimiento de vacío, sin esperanza, disminución del interés de tus actividades cotidianas, también presenta ansiedad o irritabilidad, y en ocasiones pensamientos suicidas.

c) Depresión severa

En esta categoría, el adulto mayor cuenta con una depresión patológica, es decir que está afectado por los pensamientos e ideas delirantes; por otro lado, presenta alteraciones del sueño, disminución o aumento de apetito, abatimiento emocional y pensamiento e intentos suicidas.

En cambio, Luque (2018) dentro de su trabajo de investigación categorizo los niveles de manifestación de la depresión como:

a. Sin depresión

Indica que el adulto mayor no presenta síntomas patológicos, asimismo, experimentan una tristeza normal, lo cual no impide que siga desarrollando su vida de la mejor manera posible.

b. Depresión leve

Dentro de esta categoría se observa la presencia de algunos síntomas depresivos en el adulto mayor, tales como: poca energía, pérdida de interés de actividades que antes realizaba y eran placenteras o de goce, alteración del estado emocional y sueño, pero en la mayoría de ocasiones aún la persona puede realizar sus quehaceres o actividades cotidianas.

c. Depresión moderada

En este nivel de depresión el adulto mayor presentara síntomas más marcados como: falta de atención, falta de energía, bajo estado de ánimo. Además, aparecen pensamientos irracionales, entre otros; lo cual dificulta la realización de actividades de su día a día debido a que amanecen muy bien por la mañana, pero en el transcurso del día esta se va deteriorando.

d. Depresión severa

Dentro de este nivel de depresión se observa la presencia de síntomas como: desesperanza, culpabilidad, tristeza patológica, aislamiento, pérdida del autocuidado personal, pensamientos irracionales, ideación suicida e intento, cambios bruscos de su alimentación y sueño; provocado por circunstancias o sucesos en la vida del adulto mayor, por lo que es necesario la ayuda de un especialista para la elección de un tratamiento adecuado.

Implicancias de la depresión.

Según NIH (2017) menciona que la depresión en los adultos mayores puede diagnosticarse erróneamente dado que suelen pensar que la tristeza es un síntoma principal; sin embargo, puede haber otros indicadores menos obvios, pero de vital importancia. Por ello, es necesario conocer cómo es su estilo de vida, hablar de sus sentimientos; puesto que, es ahí donde se encuentran los principales síntomas, reconociendo las señales dentro de la rutina de vida de la persona. Por ello, se describirá como la depresión se manifiesta de manera negativa en la vida del adulto mayor.

- Impacta en la ejecución de actividades tanto familiares como sociales.
- Influye en su manera de pensar, sentir y actuar.
- Aparecerá la pérdida de interés por actividades cotidianas.
- Sentimientos de desesperanza, negatividad y culpa.
- Aparición de síntomas ansiosos.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- Manifestación de dolores musculares o síntomas de alguna enfermedad.
- Problemas para concentrarse, y tomar decisiones.

2.2.3. Deterioro Cognitivo

En los siguientes apartados se irán señalando información importante dentro de la variable de deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Definición de deterioro cognitivo.

Da Silva (2017) refiere que el deterioro cognitivo leve se caracteriza como el estado de transición entre los cambios cognoscitivos del envejecimiento normal y la demencia inicial con alteraciones en la memoria, atención y funciones ejecutivas. Esta misma idea, es similar con Carrasco y Bulbena (2007) que menciona que el deterioro cognitivo también conocido como deterioro cognitivo ligero, denominándola así para poder delimitar una etapa intermedia entre envejecimiento normal y demencia incipiente, teniendo como consecuencia la afectación múltiple en las diversas áreas del funcionamiento cognitivo, pero sin alcanzar la magnitud para desarrollar un diagnóstico de demencia. De la misma manera, Díaz y Sosa (2010) refieren que el deterioro cognitivo denominado como leve o ligero, tiene como característica una declinación cognitiva estimable, pero no suficiente para imposibilitar su operatividad en el desarrollo de funciones diarias como poca repercusión funcional.

En cambio, para Laguado et al. (2017) define al deterioro cognitivo como una de las problemáticas más frecuentes en la etapa adulta mayor, debido a que una de las causas del envejecimiento es la disminución de las capacidades de percepción, memoria, lenguaje, entre otras; en el que se dará un grado de deterioro según la capacidad cognitiva. Sin embargo, Restrepo (2019) señala que es un trastorno que debilita las esferas cognitivas, tales como: lenguaje, memoria, atención, funciones cognitivas, entre otros. Pudiendo causar una afectación en su desempeño de sus

actividades cotidianas como también su independencia, siendo esta última una situación muy grave, con lo que cargará dicha enfermedad tanto la familia, cuidadores y comunidad.

Por otra parte, Medina y Bonilla (2017) lo definen el deterioro cognitivo como la etapa de transición entre un envejecimiento normal hacia la demencia, en la que el adulto mayor va presentando problemas en las capacidades cognitivas, la cual se le denomina como deterioro cognitivo. Del mismo modo, Monchiatti et al. (2010) indica que es un estado intermedio, entre el funcionamiento normal cognitivo hasta la pérdida de las funciones cognitivas, de igual forma que ocurre en la demencia.

Por otro lado, Rodríguez-Bores et al. (2014) el deterioro cognitivo se refiere a la disminución de los dominios cognitivos, particularmente en la atención, memoria y velocidad del proceso de información. Siendo, una diversidad de signos y síntomas que demuestra la implicación total del cerebro (Alvarado et al., 2014). En cuanto a, Petersen (2004) indica que el deterioro cognitivo leve está determinado por un alejamiento de las funciones normales. Sin embargo, ello no implica que sea una persona enferma, sino genera un descenso cognitivo en el funcionamiento habitual normal.

Por su parte, Romero y Moraleda (2012) nos invita a ver desde una perspectiva clínica, indicando que el deterioro cognitivo es por la falta de la función mental en el campo neurológico, y conductual. En cambio, Benavides-Caro (2017) menciona que el área cognitiva del adulto mayor está vinculada con diferentes cambios en su vida, algunas por enfermedades, que en ocasiones debilitan o hacen que pierdan parte de la masa ósea, por lo que señala que no solo se debe estudiar desde el lado neurológico sino desde otras disciplinas.

Teorías de deterioro cognitivo

Teoría del Enlentecimiento.

Salthouse (1996) menciona que este modelo explica la velocidad en la transmisión neuronal, en el cual se evidencia el declive en el procesamiento del lenguaje en los adultos mayores, debido a que el procesamiento se hace lento a la hora de captar señales lingüísticas más conocidas como fonemas, o la comprensión del significado de cada una de las palabras dentro de una oración o frase, la cual obstaculiza el procesamiento de cada mecanismo cerebral en cuanto a tiempo y simultaneidad.

Estudios previos como el de Cerella (1985) menciona que la declinación en las funciones cognitivas provocaría un enlentecimiento en la velocidad de transmisión neuronal. Repercutiendo en su desempeño de las tareas cognitivas, el cual sería más lento; asimismo, esto se ve reflejado en el lenguaje, ya que se necesita una señal continua sin tener despliegues en el tiempo. Este fenómeno es fácil de observar cuando se compara el desempeño entre un joven y un adulto mayor.

Por otro lado, Junqué y Jodar (1990) en su investigación brindó datos empíricos en cuanto el tiempo entre la actividad motora y receptiva, en el cual el factor asociado es la edad, dado que mencionan que cuanto más edad se tiene el desempeño se verá afectado en cuanto a las actividades cognitivas.

Cabe mencionar, que Badani et al (2011) señalan que dentro de su estudio encontraron diferencias dentro del desempeño entre los jóvenes y los adultos mayores, ya que hallaron que el tiempo empleado para reconocer la estructura sintáctica dentro de las lecturas es mayor en la etapa adulta que en los jóvenes.

Teoría de Déficit de Transmisión.

La teoría de Burke et al. (2000) se basa en el modelo conexionista, que percibe el lenguaje como una red de conexiones, organizadas en dos subsistemas, una fonológica y la otra semántica. Cabe mencionar, que los cambios mentales están relacionados con el envejecimiento y el debilitamiento de las conexiones dentro de la memoria, para que se active esta transmisión es necesario de que exista una excitación eficiente o información muy importante.

Dentro de los sistemas planteados se evidencian las transmisiones y representaciones semánticas dentro de los adultos mayores se ve afectado el sistema fonológico, ya que provoca que no recuerden algunas palabras o las confundan, tal como se expresiones se ha escuchado en muchas ocasiones, como “lo tengo en la punta de la lengua”. Esta teoría de déficit está relacionada con la debilidad entre las conexiones de la memoria.

Dimensiones de deterioro cognitivo.

León y Leon (2018) menciona que el deterioro cognitivo en los adultos mayores es una problemática de salud mental muy grave a nivel mundial, el cual se ha convertido en el punto central de las demandas de atención médica en cada país.

A continuación, Martin (1990) menciona que The Mini-Mental State of Folstein et al. (1975), explora 5 dimensiones, tal cual las cuales se describirán a continuación como:

- Orientación: Dentro de esta dimensión se encuentran los indicadores de tiempo, espacio y persona, donde el adulto mayor tendrá que reconocer a través de su detección visual.

- Fijación: Se evalúa la capacidad que tiene el adulto mayor para retener a corto plazo información, también el nivel de alerta y atención.
- Concentración y Cálculo: En esta dimensión los indicadores más resaltantes son las capacidades que se tienen para realizar cálculos, semejanzas, etc., a través del uso de la atención y concentración.
- Memoria: los indicadores son la memoria visoespacial, verbal y de reconocimiento.
- Lenguaje y construcción: se encuentra los indicadores de fluidez verbal, semántica, análisis y síntesis

Factores de riesgo del deterioro cognitivo.

Para comenzar tenemos que conceptualizar al deterioro cognitivo como un síndrome que conlleva que el adulto mayor tenga gastos económicos como sociales en sus últimos años de vida (Benavides-Caro, 2017).

Romero et al. (2017) señalan que para que se considere que un adulto mayor tiene un funcionamiento intelectual adecuado, debe de estar dentro de los límites normales en cuanto a la memoria, percepción, comunicación, orientación, calculo, etc., las cuales se hacen a través de ejercicios mentales donde se estimula la función cognitiva del adulto, pero esta cambia con la edad y con los estímulos sociales que lo rodean.

Es por ello que hay que reconocer que el envejecimiento mental es un proceso mental que se ira manifestando de manera lenta y compleja en cada uno de ellos, provocando en los adultos mayores cambios en cuanto a su sistema cerebral y orgánico. La cual está muy relacionada con la edad, es decir que un adulto mayor tendrá pérdida de la memoria reciente y el proceso de captar información de manera rápida.

Cabe mencionar, que dentro del cerebro de la población adulta mayor se ira manifestando la disminución de las neuronas, la cual está relacionada con el envejecimiento ya que esta afectara de manera mínima las funciones cognitivas, las cuales son: el aprendizaje, la memoria, la orientación de tiempo y espacio, la vocalización, la atención, la conducta y la personalidad. Así como, Benavides-Caro (2017) menciona que el deterioro cognitivo en los adultos mayores está relacionado con el envejecimiento cognitivo normal, ya que en ellos se va evidenciando la disminución en la memoria, lenguaje, lógica, análisis y síntesis.

Es por ello que el deterioro cognitivo es considerado uno de las problemáticas más frecuentes dentro de la vida de un adulto mayor. Y dentro de los factores de riesgo que no se pueden modificar en la etapa de un adulto mayor es la edad, el género y los antecedentes familiares, ya que ellos forman parte de su proceso de vida.

León y Leon (2018) mencionan que hay varios estudios que han relacionado las diferentes enfermedades degenerativas con el deterioro cognitivo, entre las cuales se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiovasculares, neurológicas, entre otras. Luna-Matos et al (2007), comentan que los adultos mayores que han sufrido algún accidente cerebrovascular (ACV) o si ha sido diagnostico con demencia vascular (DV), pueden sufrir dificultades con su proceso cognitivo, además de estar relacionado con el estilo de vida del adulto mayor.

Por otro lado, Gracia et al (2017) refiere la importancia conocer cuánto estas enfermedades van aumentando los factores de riesgo del adulto mayor, ya que en diversos estudios han encontrado la asociación entre el deterioro cognitivo y la demencia con enfermedades como un accidente vascular cerebral, una hipertensión arterial o la

diabetes mellitus, las cuales irán deteriorando el rendimiento cognitivo de los adultos mayores. Cabe mencionar, que el nivel socioeconómico afecta el deterioro cognitivo del adulto mayor ya que cuando las áreas cognitivas se vean afectadas la propia familia no contarán con los recursos para poder dar un tratamiento adecuado, así mismo, la falta de programas de ayuda social y de atención a los pacientes mayores, es por eso que los sistemas de salud son inadecuados en cada uno de los países y son parte de un factor predisponente ya que no suman con las condiciones de vida adecuadas para los adultos mayores (Karp et al, 2004).

Niveles de manifestación del deterioro cognitivo.

Crespo (2014) refiere que la neuropsicología es una disciplina que surge tras la carencia del funcionamiento cerebral, donde se ven afectadas áreas y sistemas del cerebro como la atención, memoria, síntesis, entre otras capacidades cognitivas, es por ello que tras una evaluación se reflejara el nivel de funcionamiento o deterioro del estado de sus habilidades.

Así como, Rubio et al (2012) el envejecimiento es un proceso normal de declive dentro de la vida del adulto mayor en el que se ven afectados procesos de la memoria y de la capacidad de respuesta de ellos, la cual no es considerada como una enfermedad sino como algo natural dentro de su etapa. Es por ello, que López y Martí (2011) refieren que para que exista un problema dentro de las funciones cognitivas del adulto mayor deben estar afectadas las funciones principales como la memoria, atención, lenguaje, funcionamiento motriz, etc.

Según APA (2014) clasifica el trastorno neurocognitivo en:

a. Leve

Presentan un declive cognitivo leve, afectando sus tareas cotidianas como: gestionar su dinero, tareas del hogar, organizarse, comer, vestirse. Asimismo, es probable que la persona comente que estas tareas son más difíciles requieren mayor tiempo y concentración.

b. Moderado

En esta categoría se da al menos dos componentes cognitivos tales como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones psicomotoras, las cuales impiden que el adulto mayor se desarrolle de manera normal en los diferentes ámbitos de su vida y por tanto necesite apoyo para realizar sus actividades.

c. Grave

Dentro de esta categoría se da la pérdida total de la gran mayoría de capacidades mentales, tal como la memoria, el lenguaje, la razón y los trastornos de conducta, las cuales impiden que el adulto mayor ejecute sus actividades de manera normal, por lo que requieren de atención especial y ayuda médica.

Por otro lado, según Rodríguez (2017) el deterioro cognitivo se clasifica como:

Deterioro Cognitivo Leve.

Dificultad en realizar tareas ocupacionales y sociales complejas, tales como: encontrarte extraviado en lugares que no conoce, asimismo presenta poca energía al realizar actividades, dificultad para recapitular situaciones, palabras y nombres. Por otro lado, retiene poca información luego de leer alguna revista o periódico.

Deterioro Cognitivo Moderado.

En este grado la persona muestra dificultades con tareas complejas, tales como: manejar su economía por sí mismo, en donde se recurre a solicitar ayuda, por la constante confusión, asimismo suelen olvidar los eventos que habían planificado con anterioridad.

Deterioro Cognitivo Severo.

Finalmente presentan problemas para realizar actividades cotidianas tales como: vestirse por sí solo, realizar su higiene personal, realizar la higiene personal, vestirse, por otro lado. Además, es común que olviden los nombres de sus familiares, sin embargo, retienen información del pasado, provocando mayor confusión con su orientación en el tiempo y espacio.

Implicancias positivas o negativas del deterioro cognitivo.

Tal cual lo refieren Castro y Galvis (2018) el deterioro cognitivo perjudica las capacidades cognitivas de los adultos mayores, las cuales son requeridas e utilizadas en actividades cotidianas, además se ve afectado su estado emocional y en ocasiones genera otros trastornos como depresión o ansiedad. Así mismo, Calderón (2018) menciona que el área emocional y el deterioro cognitivo están relacionados debido a causas sociales, es por ello que el adulto mayor necesita cubrir necesidades netamente sociales y psicológicas en esta etapa aparte de las necesidades físicas, es por ese sentido que ambas están relacionadas entre sí debido a que si la persona está afectada puede ir generando síntomas de soledad, angustia, desesperanza, entre otros.

Cabe resaltar, que la edad aproximada en la que se presente el deterioro cognitivo es la de 62 a 63 años en las que se ve afectado el área funcional y estructural; con

respecto a los indicadores funcionales se evidencia que el adulto mayor puede padecer una amnesia, padecer de su memoria de trabajo, dificultades con su lenguaje, falta de atención y orientación, entre otros; en cuanto, al área estructural se ve como los dos hemisferios cerebrales se ven afectados (Viñuela, 2019).

Es por ello que es necesario resaltar que la calidad de vida en los adultos mayores depende en muchas ocasiones del tipo de orientación o tratamiento que le den, la cual ayuda mucho con la mejora de su salud física como psicológica, las cuales se verán afectadas de forma positiva como negativa (Angulo y Rivera, 2019). Como se evidencia, hay datos importantes de cómo afecta el deterioro cognitivo en la manera de desenvolverse, debido a que la etapa del envejecimiento requiere de integridad e independencia.

Como mencionan Arriola et al. (2017) no hay cura para el deterioro cognitivo, pero si hay estrategias que puedan disminuir, retrasar o lidiar con esta enfermedad, las cuales se mencionaran a continuación:

1. Generar rutinas de tiempo y espacio con la implementación de herramientas como un reloj, cronograma, calendario, entre otros.
2. Elaborar un cronograma de actividades diarias, que permitan reforzar las áreas que están siendo dañadas.
3. Generar un adecuado ambiente para que al adulto mayor se le genere más fácil movilizarse, encontrar sus cosas, no generar algún peligro hacia él.
4. Emplear herramientas didácticas que permitan que su tiempo libre este lleno de actividades que contribuyan con su capacidad de análisis.
5. Contribuir con programas de inclusión y motivación para los adultos mayores.

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

Adulto mayor

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013) define al adulto mayor como un grupo de personas mayores de 65 años a más, debido a que han alcanzado el rango de edad adecuado en su ciclo de vida.

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es la afectación en la manera de procesar la información que recepción del conocimiento y sus indicadores, estos procesos son el aprendizaje, atención, memoria, lenguaje y toma de decisiones (APA, 2014).

Estilo de vida

MINSA (2013) menciona que el estilo de vida en el adulto mayor es la forma o manera en la que vive, el cual está caracterizado por un conjunto de acciones o hábitos.

Envejecimiento

MINSA (2014) conceptualiza el envejecimiento como el proceso normal, que comienza a partir de los 60 años, pero no significa que envejezca rápido, ya que, si el adulto mayor tiene un estilo de vida saludable, podrá seguir manteniendo sus actividades cotidianas sin ningún inconveniente.

Depresión

La OPS y la OMS (2017) define a la depresión como un trastorno duradero o recurrente, que genera incapacidad en el ser humano para poder realizar acciones cotidianas, caracterizados por sentimientos de tristeza o culpa, pérdida de apetito y sueño, problemas con la atención y concentración.

Centro Integral del Adulto Mayor

Es un espacio municipal donde se da una prestación, coordinación y articulación de servicios básicos, integrales y multidisciplinarios, para promover el bienestar psicológico y social de todas las personas adultas mayores, de forma participativa con el grupo de adultos y su familia (Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, 2016).

Esperanza de vida

Murillo (2019) menciona que la esperanza de vida es la cantidad de años que se estima que el ser humano pueda vivir, esta se puede calcular a través del ciclo de vida, y a través de las tasas de mortalidad de cada población.

Enfermedad

La OMS (2015) define a la enfermedad como la alteración del estado físico en alguna parte del cuerpo de la persona, que genera síntomas y signos y cuya evolución depende de cuan pronto sea detectado.

Familia

Oliva y Villa (2014) definen a la familia en base a la psicología como un conjunto de lazos familiares, que es categorizada en base a un subsistema social, es decir que forma parte fundamental de la vida de las personas e influye en el desarrollo de su personalidad.

Salud mental

La OMS (2004) conceptualiza a la salud como un estado de bienestar a nivel físico, mental y social, no solo trata de la ausencia de enfermedades, por lo que tiene que hacerse un reconocimiento al lado emocional del ser humano.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo correlacional, dado que tiene como propósito determinar el grado de relación que existe entre dos o más conceptos entre sí en un ambiente en particular (Hernández, 2002).

Referente al diseño es no experimental, dado que no se manipula ninguna variable de manera directa, sino describe y analiza tal cual como se manifiesta y se da en su naturaleza; así mismo, es de corte transversal ya que se recoge la información del grupo muestral en un único momento determinado (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018).

3.2. Población y muestra

El presente estudio está conformado por una población de 300 personas adultas mayores pertenecientes al Centro integral del Adulto Mayor del Municipio distrital de Villa el Salvador de Lima Sur.

La población está definida como el grupo de elementos que tienen una particularidad en común que es observable acerca del cual pretendemos desarrollar determinada investigación (García, 2016). Con respecto a la muestra, es definida como una porción o grupo representativo de la población (Olvera, 2015).

Por lo expuesto, la muestra estimada era de 169 personas, con un 95% de confianza y un margen de error de 5%. No obstante, no se pudo llegar a la cantidad esperada, debido a la emergencia sanitaria que atraviesa nuestro país, y a la vez el fallecimiento de este grupo etario a consecuencia de la vulnerabilidad ante esta enfermedad. Por ese motivo, se evaluó a 140 personas, mayores de 60 años, de ambos sexos, y que no presentarán problemas de lenguaje o audición.

Por otra parte, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que se basa en como el investigador utilizó su criterio y proximidad a seleccionar la muestra representativa para su investigación (Arias et al. 2016).

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores sin problemas de lenguaje o audición

Criterios de exclusión

- Usuarios que no estén inscritos al centro integral del adulto mayor
- Negarse a aceptar el consentimiento informado
- Adultos mayores quechua hablantes.
- Adultos mayores de otras nacionalidades.

3.3. Hipótesis

3.3.1 General

Hi: Existe relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador.

3.3.2 Específicas

H4: Existe relación entre estilos de vida y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador según sexo, edad, estado civil, grado de instrucción.

H5: Existe relación entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador según sexo, edad, estado civil, grado de instrucción.

3.4. Variables – Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la variable *Estilo de Vida*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Formato de respuesta	Medición
Estilo de vida	Perea (2001) el estilo de vida, es una forma de vida, un hábito, diversas conductas que adquieren las personas, algunas más saludables, y otras nocivas.	Se define con las puntuaciones obtenidas del cuestionario FANTASTIC O para medir los estilos de vida de los usuarios.	F: Familia y amigos	Apoyo percibido	1,2,3	Escala Likert	Ordinal
			A: Asociabilidad. Actividad física.	Participación en actividades sociales	4,5,6		Estas en zona de peligro 0- 46
			N: Nutrición	Dieta balanceada	7,8,9	Casi nunca	Algo bajo, podrías mejorar 47-72
			T: Tabaco	Consumo de sustancias nocivas	10,11,12		Adecuado, estas bien 73-84
			A: Alcohol. Otras drogas.	Consumo de sustancias nocivas	13,14,15		
			S: Sueño. Estrés	calidad de sueño	16,17,18	A veces	Buen trabajo, estas en el camino correcto 85-102
			T: Trabajo. Tipo de personalidad.	Productividad Manejo de emociones	19,20,21		
			I: Introspección.	Pensamientos de uno mismo	22,23,24		
			C: Control de salud. Conducta sexual.	Autocuidado Comunicación en pareja	25,26,27	Siempre	Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico 103-120
			O: Otras conductas	Objetivo de vida Reglas de transito	28,29,30		

Tabla 2*Operacionalización de la variable Depresión*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicador	Ítems	Formato de respuesta	Medición				
Depresión	Sotelo et al. (2012) indica que la depresión se manifiesta a través de la perturbación, debido a que sufren de una tristeza y melancolía profunda, en otros casos generando ideaciones suicidas, por lo que necesita la atención inmediata.	Se define como las puntuaciones obtenidas en la Escala de Yesavage (Versión reducida) para medir la depresión en adultos mayores.	Unidimensional	Insatisfacción con su vida	Afirmativos:	Dicotómico	Intervalo				
				Sentimiento de vacío	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10,		Ausencia de depresión				
				Buen animo	12, 14 y 15		0-1				
								Desinterés		SI	Depresión leve 2-5
								Inutilidad Fracaso	Negativos:	NO	Depresión moderada 6-11
								Satisfacción con la vida Pensamiento positivo	1, 5, 7, 11 y 13		Depresión severa 12-15

Tabla 3*Operacionalización de la variable Deterioro Cognitivo*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos	Escala
Deterioro cognitivo	Rodríguez-Bores et al. (2014) el deterioro cognitivo se refiere a la disminución de los dominios cognitivos, particularmente en la atención, memoria y velocidad del proceso de información.	Se define como las puntuaciones obtenidas del Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), su objetivo es detectar una posible demencia y evaluar la progresión del deterioro cognitivo.	Orientación	Se orienta adecuadamente en tiempo y espacio	1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10	Deterioro cognitivo grave 0 a 18	Escala
			Concentración y Cálculo	Capacidad para mantener la atención y concentración	12, 13, 14, 15, 16, 17	Deterioro cognitivo leve o moderado 19 a 23	
			Memoria	Presenta capacidad para recordar, hechos actuales como del pasado.	11, 18	Estado normal 24 a 35	
			Lenguaje y construcción	Lenguaje a nivel a nivel verbal y no verbal	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26		

3.5. Métodos y técnicas de investigación

En el presente estudio, se empleó dos técnicas de recolección de datos. La primera técnica está basada en la entrevista, que es un procedimiento interactivo que implica muchos elementos comunicativos (González, 2016), teniendo como objetivo la recopilación de información confiable de sucesos y aspectos subjetivos de la persona, tales como: actitudes, valores, sentimientos, ideas, creencias entre otros (Morga, 2012) donde intervienen posturas, gestos y expresiones en el dialogo (García, 2016).

La segunda técnica es la observación, la cual, según Arias et al. (2016) nos comunican que es un proceso donde el investigador debe utilizar todo su sentido para observar hechos o realidades de manera objetiva y clara en el contexto que se desarrolle la persona observada, por lo que se requiere que se remita la información tal cual como ocurra en el ambiente.

Por lo anterior expuesto, la evaluación de la investigación se realizó de forma presencial e individual, teniendo una duración de 35 minutos aproximadamente por cada participante, donde se empleó una serie de preguntas direccionadas y cerradas según lo constituido en los instrumentos de evaluación. Cabe indicar que, en el último cuestionario del mini examen cognoscitivo de Lobo, se empleó ambas técnicas, efectuando una serie de actividades manuales y visuales según las consignas del instrumento, dado que el encuestador participó como jurado puntuando según el desempeño y rendimiento del evaluado.

Finalmente, cada respuesta dado por el encuestado fue anotado frente a alternativas e interrogantes brindadas; además, se brindó un espacio de tiempo al participante si desea compartir alguna anécdota personal.

Cuestionario Fantástico

El Instrumento Fantástico, diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad MC. Master Canadá, por Wilson y Ciliska en 1984, revisado y validado por Wilson y colaboradores (1984). Su objetivo es poder identificar y medir el estilo de vida de los pacientes. Se encuentra constituido en su totalidad de 30 ítems; no obstante, se encuentra dividido por 10 dimensiones, cada una de ellas conformado de la siguiente manera: Familia y Amigos, Asociabilidad y Actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y Otras drogas, Sueño y Estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y Conducta sexual, Otras conductas. En cuanto a la calificación e interpretación de la prueba está conformado en los siguientes intervalos con sus respectivos puntajes: 0: casi nunca; 1: A veces; 2: Siempre. Asimismo, se clasificará en las siguientes categorías como: 0 a 46 puntos = Zona de peligro, 47 a 72= Algo bajo, podría mejorar, 73 a 84= Adecuado, estas bien, 85 a 102= Buen trabajo, estas en el camino correcto, 103-120= Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico. Finalmente, es importante tener en cuenta cuando se obtenga el puntaje final, será multiplicado por 2, de esta manera se obtendrá un rango de puntajes de 0 a 120.

Cabe resaltar, que el instrumento ha sido adaptado en México, Colombia y otros países latinoamericanos dirigido a toda población de la tercera edad (López-Carmona et al, 2000), (Betancurth et al, 2015), (Ramírez-Vélez y Agredo, 2012). Finalmente, existe una adaptación peruana, sin embargo, estuvo dirigido a una población más joven. (Villar et al, 2016).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Versión reducida)

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) creada por Yesavage y Brink (1983), conformada por 30 ítems (GDS-30). Posteriormente, se desarrolló una segunda versión más abreviada por Sheik y Yesavage (1986), con 15 ítems (GDS-15). Ambos instrumentos han demostrado ser de utilidad para el tamizaje de pequeñas y grandes poblaciones; sin embargo, el GDS-15, mostro ser más simple y fácil de administrar en ciertas situaciones que requieren menor tiempo.

El instrumento, tiene como objetivo medir los niveles de depresión de los adultos mayores, además puede ser aplicado de forma individual o colectiva, con una duración estimada de 10 a 15 minutos. Cuenta con dos versiones, de 30 ítems (GDS-30) y de 15 ítems (GDS-15). El tipo de respuesta es dicotómico (si/no). Tiene ítems de dirección positivas, que son: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y ítems de dirección negativos, las cuales son: 1, 5, 7, 11 y 13. Cabe mencionar que cada respuesta errónea se puntúa con un punto. Así mismo, su puntuación máxima es de 15 y el mínimo de 0. Los puntos de corte con los siguientes: De 0 a 5 indica normalidad, de 6 a 9 indica depresión moderada y superior a 10, depresión severa.

El instrumento GDS, ha sido validado en diferentes países, traducido en versión española por Martínez et al (2002) y adaptado por Gómez-Angulo y Campos-Arias (2008) en Colombia, presentando una consistencia interna de 0.78, asimismo tiene una confiabilidad de constructo de 0.87; del mismo modo, Bacca et al. (2004) realizó una validación encontrando un coeficiente de confiabilidad de 0.72 Finalmente, el instrumento es de alta confiabilidad, especificad, y validez a nivel latinoamericano (Martínez y Torres, 2019).

Escala de Mini Examen Cognoscitivo

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) es una adaptación a la población española realizado por Lobo et al (1980). Sin embargo, su versión original cuyo nombre es: Mini Mental State Examination (MMSE) creado por Folstein et al. (1975). Asimismo, la versión de Folstein y colaboradores establece una puntuación máxima de 30 puntos y la versión de Lobo 35 puntos (MEC-35). Posteriormente, Lobo et al (1999) realizarían una revalidación y estandarización de la nueva versión del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30), en la que su puntuación máxima es 30, dado que se eliminó algunos ítems añadidos en la versión inicial (dígitos y pensamiento abstracto).

Por otra parte, el objetivo del instrumento es detectar una posible demencia y evaluar la progresión del deterioro cognitivo. Su aplicación es de manera individual y cuenta con 24 ítems. Tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Cuenta con las áreas de Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje y construcción. Las puntuaciones son de 0 a 18 deterioro cognitivo grave, de 19 a 23 deterioro cognitivo leve o moderado, y de 24 a 35 estado normal. Además, existen consideraciones de acuerdo a los años de escolaridad y edad que presente el evaluado.

Este instrumento cuenta con validez y confiabilidad, asimismo, su consistencia interna varía entre 0.82 y 0.84, y su fiabilidad varía entre 0.83 y 0.99. Por otro lado, su fiabilidad presenta buenos resultados en el test-retest, aunque este suele decaer con el paso de los años, por el mismo deterioro de la persona mayor. Finalmente, el MMSE, tiene una adaptación peruana llevado a cabo por Custodio y Lira (2014). Además, el MEC de lobo, han sido valida y comparadas en diferentes estudios epidemiológicos (Calero et al, 2000; López y Martí, 2011).

3.6. Procesamiento de los datos

Para la presente investigación realizó las gestiones para el permiso correspondiente en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, luego se procedió a conversar con la Sub Gerente de Salud y Bienestar Social para coordinación de las fechas de aplicación en el Centro Integral del Adulto Mayor.

Posteriormente, se informó a cada adulto mayor el procedimiento de evaluación y la finalidad de dicha investigación, también se indicó que la participación era voluntaria y de carácter confidencial, respetando su anonimato, y privacidad de sus respuestas según lo establecido en el código de ética. Seguidamente, se recolectó información por medio de los instrumentos; además se elaboró una base de datos con la información recolectada. Luego, se hizo uso del programa SPSS versión 25, con la finalidad de analizar y construir la base de datos. También, se utilizó el programa factor análisis para verificar la confiabilidad y validez de los instrumentos. Cabe mencionar, que no se excluyó ningún caso, dado que ninguno resultó atípico y no afectó el estudio.

Por otro lado, se realizó la prueba de normalidad para las todas las variables de estudio

En la Tabla 4, los resultados evidenciaron que valores de probabilidad de significancia son menores a 0,5 ($p < ,05$) tanto en la variable estilo de vida, depresión, y deterioro cognitivo, indicándonos que se ajustan a una distribución no normal. Cabe mencionar que se utilizó la prueba de ajuste de Shapiro-Wilks, dado que según estudios brinda una mejor potencia en comparación con otras pruebas, además se puede obtener mejores resultados. Asimismo, de acuerdo a las variables sociodemográficas, se observa que en su mayoría presentan una distribución no normal, dado que los valores son

menores a ,05 ($p < .05$), por lo tanto, para la estadística inferencias se empleará la prueba **no paramétrica, rho de spearman.**

Tabla 4

Análisis de normalidad para las variables de estudio

	S-W	gl	<i>p</i>	g1	g2	
Estilo de Vida	General	,961	140	,001	-2,05	-,992
	60 a 65	,957	26	,328	-1,81	-1,061
	66 a 74	,950	75	,005	-,236	-1,037
	75 a 90	,951	39	,087	-,078	-,985
	Soltero	,935	34	,044	-,346	-1,103
	Casado	,962	57	,069	-,033	-1,089
	Viudo	,945	44	,035	-,209	-1,040
	Divorciado	,910	5	,469	,234	-1,274
	Analfabeto	,941	17	,326	-,595	-,625
	Primaria	,937	68	,002	-,208	-1,252
	Secundaria	,950	39	,080	-,120	-1,022
	Superior	,916	16	,148	-,243	-1,402
	Depresión	General	,870	140	,000	,837
60 a 65		,827	26	,001	1,275	,737
66 a 74		,865	75	,000	,873	-,484
75 a 90		,900	39	,002	,516	-1,119
Soltero		,893	34	,003	,566	-1,045
Casado		,837	57	,000	1,116	,179
Viudo		,877	44	,000	,689	-,898
Divorciado		,831	5	,141	1,430	1,581
Analfabeto		,920	17	,147	,585	-,685
Primaria		,867	68	,000	,534	-1,248
Secundaria		,863	39	,000	1,372	1,845
Superior		,863	16	,021	1,125	,411
Deterioro cognitivo		General	,939	140	,000	-,028
	60 a 65	,953	26	,271	,004	-1,068
	66 a 74	,929	75	,000	-,165	-1,332
	75 a 90	,921	39	,009	,287	-1,279
	Soltero	,933	34	,039	-,503	-,633
	Casado	,930	57	,003	,227	-1,281
	Viudo	,901	44	,001	,008	-1,559
	Divorciado	,781	5	,056	1,878	3,650
	Analfabeto	,818	17	,004	1,051	-,319
	Primaria	,938	68	,002	-,118	-1,267
	Secundaria	,936	39	,028	,007	-1,229
	Superior	,903	16	,091	-,450	-1,239

Nota: S-W = Shapiro Wilk, gl = grado libertad, *p* = significancia, g1 = asimetría, g2 = curtosis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis de fiabilidad de las variables

En el presente estudio, se realizó una prueba piloto para obtener la validez y confiabilidad de los instrumentos. La población fue de 140 usuarios pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor de Villa el Salvador, cabe mencionar que las características son similares a la población que se estudiará.

Estilo de vida

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), se trabajó con mínimos cuadrados y rotación varimax, dado que la muestra es pequeña y la correlación es menor a ,30. Además, tanto asimetría como curtosis presentaron valores elevados, saliendo del rango esperado. También, el índice de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin fue de (,70), indicándonos que las correlaciones parciales entre los ítems son aceptables; asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo (1195,119, gl= 435, Sig.= .000). dicho resultado evidencia que la matriz de correlaciones es significativa, por ende, es recomendable seguir con el análisis factorial.

Validez

Tabla 5

Matriz de estructura factorial de estilo de vida

	Factor									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FA28	,790			,227						
FA29	,761									,272
FA30	,594			,322					,228	
FA11		,873								
FA10		,725								
FA13		,519								
FA24			,900							
FA23			,669				,214			

FA16				,553						,236
FA17				,518						
FA18	,215			,471						
FA21	,284			,379		,285				
FA27					,771					
FA26					,739					
FA20		,448			,453					
FA1				,223		,799				
FA2	,284					,714		,252		
FA22				,289		,309		,255		
FA19								,618		
FA4								,399		
FA8				,256	,210			,388		,250
FA15				,266				,316	,211	
FA12								,303		,263
FA6								,769		
FA14				,331	,227			,445		,214
FA5	,217						,207	,334		
FA25									,947	
FA9										,516
FA3		,252								,367
FA7				,264					,213	,279
Autovalor	5,189	2,910	2,062	1,535	1,407	1,407	1,364	1,205	1,157	1,068
% V.E.	17,296	9,702	6,874	5,117	4,982	4,691	4,546	4,015	3,858	3,562
% V.E. A	17,296	26,998	33,872	38,989	43,971	48,662	53,208	57,223	61,081	64,643

Nota: %V. E: Porcentaje de Varianza Explicada, %V.E.A: Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada.

Como se observa en la Tabla 5, los autovalores superiores a 1 evidenciaban la existencia de 10 factores, indicando que el constructo sería multidimensional. Dicha información se confirma con la varianza explicada, dado que el primer factor fue de 17.2%. Asimismo, la Varianza explicada acumulada (VEA) fue de 64.6%, sosteniendo que el constructo es multidimensional.

Finalmente, los ítems presentan cargas factoriales mayores a .30, ya que se trabajó con esa medida. Cabe mencionar que los resultados obtenidos guardan similitud con la teoría, haciendo referencia a que el constructo sea multidimensional.

Confiabilidad

Tabla 6

Confiabilidad por consistencia interna

(n=140)	N° de Ítems	Alfa [IC95%]
F: Familia y amigos	3	.584 [.463, .684]
A: Asociabilidad. Actividad física.	3	.490 [.353, .607]
N: Nutrición	3	.366 [.213, .501]
T: Tabaco	3	.276 [.115, .423]
A: Alcohol. Otras drogas.	3	.382 [.231, .515]
S: Sueño. Estrés	3	.554 [.427, .659]
T: Trabajo. Tipo de personalidad.	3	.346 [.191, .484]
I: Introspección.	3	.379 [.227, .513]
C: Control de salud. Conducta sexual.	3	.583 [.462, .683]
O: Otras conductas	3	.771 [.694, .831]
Total	30	.828 [.768, .874]

Nota: n=muestra, α =alfa de Cronbach, IC=intervalo de confianza de 95%.

En la Tabla 6, se procedió a realizar prueba de consistencia interna mediante el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach, luego se evaluó la correlación de ítems-total. Los resultados obtenidos para las dimensiones varían desde .276 hasta .77, evidenciando

confiabilidad media y alta. Asimismo, el alfa del instrumento total muestra alta confiabilidad (.82). Por ende, se concluye que el cuestionario Fantástico garantiza la validez de las puntuaciones del test, y presenta alta confiabilidad.

Depresión

Primero, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), se trabajó con mínimos cuadrados y rotación varimax, dado que la muestra es pequeña y la correlación es menor a ,30. Además, tanto asimetría como curtosis presentaron valores elevados, saliendo del rango esperado. También, el índice de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin fue de (.92), indicándonos que las correlaciones parciales entre los ítems son aceptables; asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo (1533.1, gl= 105, Sig.= .000). dicho resultado evidencia que la matriz de correlaciones es significativa, por ende, es recomendable seguir con el análisis factorial.

Validez

Tabla 7

Matriz de estructura factorial depresión

	Factor 1
DE 1	0.700
DE 2	0.459
DE 3	0.637
DE 4	0.515
DE 5	0.722
DE 6	0.691
DE 7	0.627
DE 8	0.604
DE 9	0.557
DE 10	0.549
DE 11	0.730
DE 12	0.778

DE 13	0.603
DE 14	0.490
DE 15	0.471
<hr/>	
Autovalor	6.28768
% V.E.	0.41918
% V.E.A	0.41918

Nota: %V.E: Porcentaje de Varianza Explicada, %V.E.A.: Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada.

Con respecto a la Tabla 7, se observa un autovalor superior a 1 evidenciando la existencia de 1 factor, indicando que el constructo sería unidimensional. Dicha información se confirmó con la varianza explicada, dado que el primer factor fue de 41.9%. De esta forma la Varianza explicada acumulada (VEA) fue de 41.9%, sosteniendo que el constructo es unidimensional.

Finalmente, los ítems presentan cargas factoriales mayores a .30, dado que es el valor mínimo con el cual se trabajó. Cabe mencionar que los resultados obtenidos guardan similitud con la teoría, dado que el instrumento no presenta dimensiones.

Confiabilidad

Tabla 8

Estadístico de confiabilidad de depresión

(n=140)	N° de Ítems	[IC95%]
Total de depresión	15	.811 [.745, .861]

Nota: n = muestra.

Con respecto en la Tabla 8, se procedió a realizar prueba de consistencia interna mediante el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach, los resultados obtenidos para el alfa del instrumento total muestra alta confiabilidad (.81). Cabe mencionar que no se realizó la correlación por dimensiones dado que no tiene. Por lo tanto, se concluye que el

instrumento de depresión garantiza la validez de las puntuaciones del test, y presenta alta confiabilidad.

Baremos

Tabla 9

Puntaje de las normas percentilares de depresión

	Centil	PD	Decatipos	PD a medir
Ausencia	1 a 15	0 a 2	1 a 2	0 a 1
Leve	16 a 50	3 a 5	3 a 5	2 a 5
Moderada	51 a 85	6 a 10	6 a 8	6 a 11
Severa	86 a 99	11 a 15	9 a 10	12 a 15

Nota: PD: puntajes directos

En la tabla 9, se observa la elaboración de los baremos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), donde a diferencia del instrumento inicial, se presenta cuatro niveles, dichos resultados se obtuvieron mediante los centiles, llegando a las siguientes categorizaciones: Ausencia, leve, moderada y severa; lo que, nos permite ubicar y analizar los niveles que alcanza la variable depresión.

Deterioro Cognitivo

Primero, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), se trabajó con mínimos cuadrados y rotación varimax, dado que la muestra es pequeña y la correlación es menor a ,30. Además, tanto asimetría como curtosis presentaron valores elevados, saliendo del rango esperado. También, el índice de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin fue de (,74), indicándonos que las correlaciones parciales entre los ítems son aceptables; asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo (1133,896, gl= 325, Sig.= .000). dicho resultado evidencia que la matriz de correlaciones es significativa, por ende, es recomendable seguir con el análisis factorial.

Validez**Tabla 10***Matriz de estructura factorial de deterioro cognitivo*

	Factor			
	1	2	3	4
MIN14	,744			,230
MIN15	,737			
MIN13	,733			,255
MIN16	,675			
MIN25	,524		,207	
MIN12	,504			,324
MIN24	,430			-,290
MIN26	,401	,204		
MIN21	,248			
MIN7		,628		
MIN10		,571		
MIN6	,230	,544		
MIN1		,429		
MIN9		,417		,213
MIN23		,410	,203	
MIN17	,315	,410		
MIN8	,282	,346		,342
MIN22		,270		
MIN19			,886	
MIN20			,855	
MIN5		,204		,534
MIN11				,514
MIN18				,431
MIN2				,417
MIN4		,275		,367
MIN3	,210			,217
Autovalor	5.300	2.233	2.002	1.860
% V.E.	20.383	8.587	7.701	7.153

% V.E. A	20.383	28.970	36.672	43.825
----------	--------	--------	--------	--------

Nota: %V. E: Porcentaje de Varianza Explicada, %V.E.A.: Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada.

En cuanto en la Tabla 10, se observa los autovalores superiores a 1 evidenciando la existencia de 4 factores. Dicha información se confirma con la varianza explicada, dado que el primer factor fue de 20.3%. Asimismo, la Varianza explicada acumulada (VEA) fue de 43.8.6%, sosteniendo el constructo es multidimensional. Cabe señalar que los ítems presentan unas cargas factoriales mayores a .30. Por lo que resultados obtenidos tienen congruencia con la teoría, haciendo referencia a que el constructo sea multidimensional.

Confiabilidad

Tabla 11

Confiabilidad por consistencia interna

(n=140)	N° de Ítems	[IC95%]
Orientación	10	.681 [.581, .761]
Concentración y Calculo	6	.694 [.597, .771]
Memoria	2	.408 [.260, .538]
Lenguaje y Construcción	8	.602 [.484, .698]
Total	26	.797 [.727, .850]

Nota: n = muestra.

En la Tabla 11, se realizó la prueba de consistencia interna mediante el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach, luego se evaluó la correlación de ítems-total. Los resultados obtenidos para las dimensiones son: Orientación .68, Concentración y calculo .69, Memoria .40, Lenguaje y construcción .60, evidenciando confiabilidad media y alta. Asimismo, el alfa total de la muestra alta confiabilidad (.79). Por ende, se concluye que el instrumento MEC garantiza la validez de las puntuaciones del test, y presenta alta confiabilidad.

4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

Identificar los niveles de estilos de vida en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador según rango de edad

En la Tabla 12, se observa que más de la mitad de adultos mayores presenta un nivel de estilo de vida algo bajo o en zona de peligro (65.7%). Asimismo, con respecto al rango de edad, se evidencia que los adultos mayores de 75 años a más, presentan mayor nivel de riesgo (23,1%). Cabe mencionar que en ningún grupo etario se alcanzó el nivel de estilo de vida “fantástico”.

Tabla 12

Niveles de estilo de vida en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor según edad

Nivel	Edad			
	General	60 a 65	66 a 74	75 a >
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Zona peligro	26 (16,4)	2 (7,7)	12 (16,0)	9 (23,1)
Algo bajo	69 (49,3)	13 (50,8)	38 (50,7)	18 (46,2)
Adecuado	40 (28,6)	8 (30,8)	21 (28,0)	11 (28,2)
Buen trabajo	8 (5,7)	3 (11,5)	4 (5,3)	1 (2,6)
Total	140(100)	26 (100)	75 (100)	39 (100)

Nota: n = muestra, % = porcentaje, > = más edad

Identificar los niveles de depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad y estado civil

De acuerdo con la Tabla 13, se observa que 9 de cada 10 personas presenta algún nivel de depresión, ya sea leve, moderada o grave. Por otro lado, según el estado civil, se evidencia que el 43.1% de personas viudas presenta niveles de depresión, ya

sea moderado o severa. Finalmente, se aprecia que más del 50% de los grupos tienen nivel de depresión leve.

Tabla 13

Niveles de depresión en usuarios del centro Integral del adulto mayor según estado civil

Nivel	Estado civil				
	General	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ausencia de depresión	14 (10,0)	3 (8,8)	8 (14,0)	3 (6,8)	0 (0,0)
Depresión leve	76 (54,3)	18 (52,9)	32 (56,1)	22 (50,0)	4 (80,0)
Depresión moderada	40 (28,6)	12 (35,3)	14 (24,6)	13 (29,5)	1 (20,0)
Depresión severa	10 (7,1)	1 (2,9)	3 (5,3)	6 (13,6)	0 (0,0)
Total	140(100)	34 (100)	57 (100)	44 (100)	5 (100)

Nota: n = muestra, % = porcentaje

Identificar los niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto en villa el salvador edad y grado de instrucción

En la Tabla 14, se observa que 2 de cada 5 usuarios presenta deterioro cognitivo, ya sea en un nivel leve moderado o grave. Por otro lado, de acuerdo al grado de instrucción, el 70.5% de personas analfabetas presenta deterioro cognitivo a nivel leve moderado o grave. Asimismo, se evidencia que más del 60% de personas no presenta deterioro cognitivo en los tres grupos de grado de instrucción (primaria, secundaria y superior).

Tabla 14

Niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro Integral del adulto mayor según grado de instrucción

Nivel	Grado de instrucción				
	General	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estado normal	84 (60,0)	5(29,4)	43 (63,2)	25 (64,1)	11 (68,8)
Deterioro leve o moderado	45 (32,1)	9 (52,9)	20 (29,4)	13 (33,3)	3 (18,8)
Deterioro grave	11 (7,9)	3 (17,6)	5 (7,4)	1 (2,6)	2 (12,5)
Total	140(100)	17 (100)	68 (100)	39 (100)	16 (100)

Nota: n = muestra, % = porcentaje

4.3. Contrastación de hipótesis

Determinar la relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador.

Hi: Existe relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador.

H0: No existe relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador.

En la Tabla 15, se aprecian los resultados obtenidos por el análisis de regresión lineal múltiple. El modelo resulta significativo y aceptable, a nivel estadístico y práctico, dado que ($P < .001$) y R^2 es igual .39. Indicando que las dos variables en conjunto predicen o explican el 39.4% del deterioro cognitivo.

Por otro lado, los indicadores de colinealidad VIF (Variance inflation factor) son inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20 indican que no existen

correlaciones elevadas entre los factores del modelo y por último el indicador de Drubin Watson se ubicó dentro de las dos unidades, lo que permite una generalización de los datos.

Tabla 15

Análisis de regresión lineal múltiple

	F	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1-β	f ²
Constante	44.57 (2,137)	.39	.38				.001	1	.65
Depresión				.457	.080	.433	.001		
Estilo de Vida				-.145	.037	-.293	.001		

Nota: R² = R cuadrado, ΔR²= R cuadrado ajustado, B = Beta, β = Beta estandarizado, p = probabilidad de significancia, 1- β = Probabilidad de Potencia, f²=Tamaño de efecto

Relación que existe entre estilo de vida y depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad, estado civil y grado de instrucción

H₀: No existe relación entre estilo de vida y depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.

H_a: Existe relación entre estilo de vida y depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.

En la Tabla 16, se observa que existe correlación inversa y significativa en todos los grupos sociodemográficos, debido a que su tamaño de efecto y capacidad explicativa es considerable e importante. Con respecto, al rango de edad se aprecia que existe una

relación entre los tres grupos etarios, siendo el primer grupo (60 a 65 años) de adultos mayores con mayor correlación (-.524) y una capacidad explicativa del 27%.

Por otro lado, de acuerdo al estado civil, se puede observar mejores correlaciones en el grupo de soltero y casado (-.565 y -.530). Sin embargo, para los divorciados se aprecia una menor correlación -.205. Por tanto, se evidencia parcialmente la relación entre las variables estudiadas.

En cuanto a grado de instrucción, se aprecia correlaciones altas en el grupo de analfabeto, primaria y superior (-.551, -.567 y -.506), asimismo, tiene mejor significancia ($p < .05$), a diferencia de secundaria donde se encontró una menor correlación -.182. Por ende, se demuestra la relación entre las variables estudiadas y acepta parcialmente la hipótesis alterna, rechazando la hipótesis nula.

Tabla 16

Análisis de correlación entre estilo de vida y depresión según a edad, estado civil y grado de instrucción

n =140	V.S	Niveles	n	Depresión		
				Rho [IC95%]	p	TE
Estilo de vida	Rango de edad	60 a 65	26	-.524 [-.637, -.171]	.006	.27
		66 a 74	75	-.475 [-.627, -.267]	.000	.22
		75 a >	39	-.407 [-.64, -.105]	.010	.16
	Estado civil	Soltero	34	-.530[-.736, -.234]	.001	.28
		Casado	57	-.565 [-.72, -.357]	.000	.31

	Viudo	44	-.419 [-.637, -.139]	.005	.17
	Divorciado	5	-.205 [-.921, .827]	.741	.04
	Analfabeto	17	-.551 [-.816, -.096]	.022	.30
Grado de instrucción	Primaria	68	-.567 [-.71, -.38]	.000	.32
	Secundaria	39	-.182 [-.471, .142]	.268	.03
	Superior	16	-.506 [-.801, -.014]	.045	.25

Nota: n = muestra, V.S = Variable sociodemográfica, rho = Coeficiente de correlación de Spearman, IC95% = Intervalo de Confianza del 95%, p = probabilidad de significancia, TE = Tamaño de Efecto

Relación que existe entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en villa el salvador según edad, estado civil y grado de instrucción

H₀: No existe relación entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.

H_a: Existe relación entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil y grado de instrucción.

En la Tabla 17, se aprecia que existe correlación en todos los grupos sociodemográficos, además, su tamaño de efecto y capacidad explicativa es considerable e importante, asimismo, dicha correlación es directa. Respecto, a los grupos etarios se observa correlaciones de .569 hasta .672, según el rango de edad.

Por otro lado, según estado civil, se puede observar correlaciones en el grupo de soltero, casado y viudo, (.459, .644 y .676) asimismo, una capacidad explicativa de .21 hasta .45. Sin embargo, para los divorciados no se aprecia correlación. Por tanto, se acepta parcialmente la relación entre las variables estudiadas.

Con respecto al grado de instrucción, se evidencia correlación moderada en todos sus grupos, desde .429 hasta .674, también, un tamaño de efecto considerable, desde .18 hasta .45. Cabe mencionar que su intervalo de confianza es el adecuado ($p < .05$). Por ende, se demuestra la relación entre las variables estudiadas y se acepta parcialmente la hipótesis alterna, rechazando la hipótesis nula.

Tabla 17

Análisis de correlación entre depresión y deterioro cognitivo según a edad, estado civil y grado de instrucción

n =140	V.S	Niveles	n	Deterioro cognitivo		
				Rho [IC95%]	p	TE
		60 a 65	26	.575 [-.533, .219]	.002	.33
	Rango de edad	66 a 74	75	.672 [-.239, -.215]	.000	.45
		75 a >	39	.569 [-.508, -.093]	.000	.32
Depresión		Estado civil	Soltero	34	.459 [-.474, .186]	.006
	Casado		57	.676 [-.513, -.033]	.000	.45
	Viudo		44	.644 [-.333, -.26]	.000	.41
	Divorciado		5	.051 [-.893, -.87]	.935	.00

	Analfabeto	17	.429 [-.592, .351]	.086	.18
Grado de instrucción	Primaria	68	.674 [-.289, -.187]	.000	.45
	Secundaria	39	.630 [-.353, -.277]	.000	.39
	Superior	16	.555 [-.741, -.133]	.026	.30

Nota: n = muestra, V.S = Variable sociodemográfica, rho = Coeficiente de correlación de Spearman, IC95% = Intervalo de Confianza del 95%, p = probabilidad de significancia, TE = Tamaño de Efecto

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIÓN Y
RECOMENDACIONES

5.1 Discusiones

Después de obtener los resultados, se procedió con el análisis y discusión del presente estudio, cabe mencionar que el propósito del mismo es conocer, describir y establecer la relación de estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en el distrito de villa el salvador.

En primer lugar, uno de los hallazgos más importantes en la presente tesis es, haber evidenciado la existencia de una relación entre las variables de estudio. El modelo de regresión lineal, indica que la variable estilo de vida y depresión en conjunto explican o predicen el 39.4 % del deterioro cognitivo ($R^2=.39$, $p < .001$), demostrando que la relación es significativa e importante, tanto a nivel estadístico como a nivel práctico, asimismo, el valor de Drubin Watson se ubicó dentro de las dos unidades, permitiéndonos generalizar los datos obtenidos. En este sentido, los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores cuyo nivel de estilo de vida sea alto, presentan menores niveles de depresión y por ende menor nivel de deterioro cognitivo. Del mismo modo, Quintanilla (2014) demostró relación entre estilo de vida y depresión en acianos del departamento de Arequipa, cabe mencionar que se les aplicó el mini mental, para detectar deterioro cognitivo como criterio de exclusión. Asimismo, Saneei et al (2016) evidenciaron que las personas con alto puntaje en estilo de vida, tenían menos probabilidades estar deprimidos a diferencia de los que tenían una puntuación baja.

Otro estudio reciente que refuerza lo sostenido es presentado por Moncada y Mogollón (2018) quienes mencionaron que aquellos que tenían un estilo de vida saludable no presentaron deterioro cognitivo, evidenciando su relación significativa entre

las variables. Por lo expuesto, queda establecido la importancia de la relación, y como la variable estilo de vida y depresión en conjunto predicen el deterioro cognitivo. En vista de este panorama, es importante implementar programas de promoción, como estilos de vida saludables, involucrando a las entidades públicas y un equipo de salud multidisciplinario e integral, de tal manera que oriente e informe al adulto mayor, y cuidadores, con el objetivo de promover una vejes saludable. La Defensoría del Pueblo (2019) puntualiza en que el país requiere y necesita implementar políticas adecuadas sobre el envejecimiento y las etapas del adulto mayor.

El estilo de vida de las personas, sus actividades diarias, el pertenecer a un grupo social activo, el ritmo de vida pasado, tiene un rol moderador e importante al momento de manejar la depresión, por ello, cuando esta área es afectada desestabiliza el proceso adaptativo de la persona para afrontar situaciones adversas, bajo este criterio; otro objetivo de la tesis es ofrecer evidencia empírica y objetiva, sobre la relación de estilos de vida y depresión según variables sociodemográficas. Los resultados avalan la existencia de una relación inversa y significativa en todos los grupos; sin embargo, el grupo etario de 60 a 65 años presentó mayor correlación ($\rho = -.524$, $p < .001$) y una capacidad explicativa del 27%, demostrando así, que, a mayor estilo de vida, menor será el nivel de depresión.

Por otro lado, de acuerdo a estado civil, se apreció mejores correlaciones en los grupos de soltero y casado ($-.565$ y $-.530$), esto implica que una persona soltera con un bajo nivel de estilo de vida, es más vulnerable a presentar algún nivel de depresión, y de forma contraria, una persona casada, con un alto nivel de estilo de vida tendrá menor probabilidad de desarrollar depresión. Finalmente, de acuerdo al grado de instrucción,

se aprecia correlaciones altas en el grupo de analfabeto, primaria y superior (-.551, -.567 y -.506) indicándonos que el grado de instrucción es relevante al momento de correlacionar las variables estilo de vida y depresión. Si bien se puede sostener lo expuesto con algunos autores como Acuña (2019), Dongo y Cruz (2019) donde evidenciaron que los adultos mayores con depresión, a su vez tienen un estilo de vida bajo. Vílchez-Cornejo et al (2017) evidenciaron la relación entre la edad y depresión, a su vez Quintanilla (2014) confirmo correlación con algunas variables demográficas. Por consiguiente, la OMS (2017) menciona que la depresión deteriora la salud mental del adulto mayor, lo que conlleva a que disminuya su calidad de vida, también indica que las mujeres son quienes sufren con mayor frecuencia depresión.

Por lo expuesto, queda claro la relevancia de mejorar los programas del adulto mayor, implementando talleres de memoria, autoestima, empoderamiento, vida saludable. Tal como, Pérez (2016) mencionan que los comportamientos beneficiosos, como: dormir 8 horas diarias, alimentarse, no consumir alcohol, tabaco y realizar ejercicio es ideal para lograr una vida saludable. Asimismo, Echevarría y Solano (2019) comenta la importancia de estudios que permitan conocer y actualizarse del funcionamiento de los adultos mayores, debido a que como se sabe a través de la edad existen cambios a nivel físico como psicológico. De esta manera sería posible, prevenir y reducir los episodios depresivos en los adultos mayores, cabe mencionar que la ONU (2017) reveló las cifras de personas con depresión se encuentra en aumento, además señaló que el menos del 5% recibe tratamiento, esta situación es más común en países en crecimiento.

La pérdida de funciones cognitivas, tales como memoria, atención, velocidad de procesamiento, muchas veces está asociado al envejecimiento, sin embargo, también

son claros indicadores de presentar deterioro cognitivo o demencia. Por lo que Flaherty et al., (2011) el deterioro cognitivo junto a la depresión son enfermedades que deterioran la salud mental de los adultos mayores, en consonancia con lo expresado, otro objetivo importante es ofrecer evidencias de la relación entre depresión y deterioro cognitivo según variables sociodemográficas, de esta forma los resultados respaldan la existencia de una relación positiva en las variables estudiadas, cabe mencionar que según los rangos de edad se observa correlaciones de $\rho = .569$ hasta $.672$, de acuerdo al rango de edad; desde un punto de vista práctico se demuestra que a mayor nivel de depresión, mayor será el nivel de deterioro cognitivo.

Respecto a estado civil, se aprecian mejores correlaciones en el grupo de soltero, casado y viudo $\rho = (.459, .676 \text{ y } .644)$, asimismo, se evidencia correlaciones en todos los grupos de grado de instrucción, desde $.429$ hasta $.674$, validando la importancia del grado de instrucción en adulto mayores con depresión y deterioro cognitivo. De este modo, autores como Licas (2015) quien demostró que los adultos mayores que presenta cuadros de depresión estarían predispuestos a padecer deterioro cognitivo, asimismo, Habte y Tekle (2018) evidenciaron que existe relación entre depresión y funcionamiento cognitivo, además concluyeron mencionando que el aumento de edad y el analfabetismo se asocia a un menor funcionamiento cognitivo. Por otro lado, Cancino et al. (2018) probaron que la reserva cognitiva tiene un efecto directo en la depresión y su funcionamiento cognitivo.

Por lo expuesto queda claro la existencia de relación entre depresión y deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas. Por lo mismo, frente a este panorama es necesario mejorar y realizar programas de desarrollo cognitivo, involucrando a las

entidades públicas, ya sea a nivel distrital o local, y a su vez sensibilizar el trato hacia el adulto mayor.

5.2 Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- Se encontró que existe relación entre estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador, con un ($R^2=.39$, $p < .001$), indicando la importancia de la relación, y como la variable estilo de vida y depresión en conjunto predicen el deterioro cognitivo.
- Se encontró que existe relación inversa entre estilo de vida y depresión según, variables sociodemográficas. Indicando que, a mayor estilo de vida, menor será la depresión.
- Se encontró que existe relación directa entre depresión y deterioro cognitivo según, variables sociodemográficas. Indicando que, a mayor estilo de vida, menor será la depresión.
- Se encontró que más de la mitad de adultos mayores presenta un nivel de estilo de vida algo bajo o en zona de peligro (65.7%). Asimismo, respecto al rango de edad, se evidencia que los adultos mayores de 75 años a más, presentan mayor nivel de riesgo (23,1%).
- Se encontró que 9 de cada 10 personas presenta algún nivel de depresión, ya sea leve, moderada o grave. Por otro lado, según el estado civil, se evidencia que el 43.1% de personas viudas presenta niveles de depresión, ya sea moderado o severa. Además, se aprecia que más del 50% de los grupos tienen nivel de depresión leve.

- Finalmente, no se encontraron que 2 de cada 5 usuarios presenta deterioro cognitivo, ya sea en un nivel leve moderado o grave. Por otro lado, de acuerdo al grado de instrucción, el 70.5% de personas analfabetas presenta deterioro cognitivo a nivel leve moderado o grave. Asimismo, se evidencia que más del 60% de personas no presenta deterioro cognitivo en los tres grupos de grado de instrucción (primaria, secundaria y superior).

5.3 Recomendaciones

- Se dará los resultados al Municipio correspondiente y el personal de salud encargado del bienestar del adulto mayor, con el propósito de implementar programas de prevención e intervención para promover una buena calidad de vida en la vejez.
- Realizar programas de promoción de salud, como estilos de vida saludable con el fin de disminuir o reducir la aparición del deterioro cognitivo o demencia.
- En cuanto al CIAM, se recomienda promocionar la importancia de la salud mental en las personas de la tercera edad, como también la atención Psicológica para el soporte emocional, y asesoramiento a los familiares como cuidadores sobre los cambios físico y psicológicos que van experimentado en el proceso natural del envejecimiento.
- Se sugiere a la Municipalidad seguir mejorando los programas de apoyo para el adulto mayor e implementar talleres de memoria, desarrollo cognitivo, actividades físicas, alimentación saludable entre otros.
- Se recomienda incentivar al adulto mayor participar de actividades grupales para la inclusión social durante esta etapa de vida.

- Se recomienda implementar capacitaciones para los trabajadores del Centro integral del Adulto Mayor, como forma de sensibilizar el trato y atención al adulto mayor.
- Contemplar en futuras investigaciones ampliar el estudio en diferentes distritos de Lima Sur o incluso Lima Norte con el objetivo de contrastar resultados y obtener un panorama más amplio sobre las variables estudiadas.
- Considerar en próximas investigaciones las variables del presente estudio, añadiendo otras variables sociodemográficas, como el nivel socioeconómico, nivel académico, permitiendo obtener un mejor conocimiento para el logro de una mejorar calidad de vida.
- Realizar investigaciones con muestras mas grandes, ya que el contraste de diferentes estudios ayuda a entender que funciona y que no en relación al estilo de vida del adulto mayor.
- Finalmente, considerar tener un grupo de apoyo para la aplicación de instrumentos, dado que las características de la población estudiada, requiere de una evaluación individual, esto significa, un aproximado de 15 a 25 min por cada participante, dependiendo cuantas pruebas sea posible evaluar.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Aburto, M., Monsalves, L. y Espinoza, O. (2017). *Estilos de vida y su relación con la capacidad aeróbica en estudiantes universitarios sanos de ambos sexos, entre 18 a 25 años pertenecientes a la carrera de kinesiología de la Universidad Católica de la Santísima Concepción en el año 2017. Un estudio serie de casos* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de la Santísima Concepción]. Repositorio Académico UCSC <http://repositoriodigital.ucsc.cl/handle/25022009/1322>
- Acuña, J. (2019). *Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor en el distrito de Surco* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio OPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7213>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6. <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Allonier, C., Chevalier, A., Zins, M., Catelinois, O., Consolli, S. y Lahon, G. (2004). Ansiedad o trastornos depresivos y riesgo de cardiopatía isquémica entre los empleados de la compañía eléctrica francesa. *International Journal Epidemiology*, 33(4), 779-786. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh077>
- Alvarado, C., Gómez, J., Etayo, E., Giraldo, C., Pineda, A. y Toro, E. (2014). Estudio EDECO: Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana. *Acta*

Médica Colombiana, 39(3), 264-271.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163132480010>

Álvarez, E. (2016). Bases neuroquímicas de la depresión. Un modelo médico de la enfermedad depresiva. *Psiquiatría Biológica*, 23(1), 09-15.
[https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(17\)30048-9](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(17)30048-9)

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Editorial medica panamericana.

Angulo, C. y Rivera, M. (2019). *Impacto de la calidad de vida en el deterioro cognitivo en adultos mayores* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de San Pablo, Perú].
Repositorio digital UCSP
<http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/20.500.12590/16243>

Arias, J., Villasis, M. y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Alergia*, 63(2), 201.
https://www.researchgate.net/publication/322345752_El_protocolo_de_investigacion_III_la_poblacion_de_estudio

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., Valderas, J., Dregan, A. y Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *ScienceDirect*, 6(10) 729-738. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00047-5)

Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. y Ostiguín, S. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J.A., Manzano, S. y Olazarán, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. IMC. <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Atchley R. C. (1971). Retirement and leisure participation: continuity or crisis?. *The Gerontologist*, 11(1), 13–17. https://doi.org/10.1093/geront/11.1_part_1.13
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Bacca, A., González, A., Rodríguez, A. y Uribe, F. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 53-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2792984>
- Badani, C., Osses, A y Riffo O. (2011). Modelamiento computacional de los efectos del envejecimiento sobre el procesamiento sintáctico en español: un estudio mediante redes neuronales. *RLA, Concepción*, 49(1), 29-50 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48832011000100003>
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., y Correa-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Desclée de Brouwer. https://www.academia.edu/41626329/Beck_Aaron_Terapia_cognitiva_de_la_depresi%C3%B3n

- Benavides-Caro, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Anestesiología*, 40(2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Betancurth, D., Vélez, C, y Jurado, L. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi. *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 214-227. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200003&lng=en&tlng=es.
- Blake, A. (2012). *Hacia un estilo de vida saludable*. Eudeba. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/66315>
- Brett, C. (2014). *Comprender la vida*. (1ª ed.). Paidós. https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29076_Comprender_%20la_vida.pdf
- Burke, D., MacKay, D. y James, L. (2000). Theoretical Approaches to Language and Aging. *Models of cognitive aging*, 1(1), 85-100. https://www.researchgate.net/publication/232565445_Theoretical_approaches_to_language_and_aging
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calero, M. D., Navarro, E., Robles, P. y García-Berben, T. M. (2000). Estudio de validez del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. *Neurología (Barcelona, España)*, 15(8), 337-342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11143500/>

- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M (2018). Cognitive reserve, depression and social support. Analysis of 206 older adults. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- Cano-Ibáñez, N., Serra-Majem, L., Martín-Peláez, S., Martínez-González, M., Salas-Salvadó, J., Corella, M., Lassale, C., Martínez, J., Alonso-Gómez, A., Warnberg, J., Vioque, J., Romaguera, D., López, J., Estruch, R., Gómez, A., Santos, J., Fernández, F., Bueno, A., Tur, J., Sánchez-Villegas, A. (2022). Association between the Prime Diet Quality Score and depressive symptoms in a Mediterranean population with metabolic syndrome. Cross-sectional and 2-year follow-up assessment from PREDIMED-PLUS study. *British Journal of Nutrition*, 128(6), 1170-1179. <https://doi.org/10.1017/S0007114521004323>
- Carranza, E., Caycho-Rodríguez, T., Salinas, S., Ramírez, M., Campos, C., Chuquista, K., & Pérez, J. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859/500>
- Carrasco, M. y Bulbena, A. (2007). Deterioro cognitivo ligero, ¿una entidad necesaria? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(3), 471-507. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636307>
- Castro, L. y Galvis, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Cubana Salud Pública*, 44(3), 1-24. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e979/es>

- Cerella, J. (1985). Las tasas de procesamiento de la información en los ancianos. *Psychological Bulletin*, 98(1), 67–83. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.1.67>
- Chávez, K. y Tena, E. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*.
<https://books.google.com.pe/books?id=t85mDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Climent, M., Vilaplana, A., Arnedo, A., Vilar, J. y Moreno-Royo, L. (2013). Estilo de vida asociado a deterioro cognitivo. Estudio preliminar desde la farmacia comunitaria. *Revista de Investigación Clínica*, 65(6), 500-509.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/hn-2013/hn136f.pdf>
- Custodio, N. y Lira, D. (2014). Adaptación peruana del Minimental State Examination (MMSE). *Anales De La Facultad De Medicina*, 75(1), 69.
<https://doi.org/10.15381/anales.v75i1.6951>
- Crespo, S. (2014). Perfil Neuropsicológico del Paciente con Demencia. *Unidad de Neuropsicología*, 1(1), 1-7. <http://docplayer.es/19068067-Perfil-neuropsicologico-delpacientecon-demencia-perfil-neuropsicologico-del-paciente-con-demenciasandra-crespo-esp-psicologia-clinica.html>
- Da Silva, C. (2017). *Envejecimiento: evaluación e intervención psicológica*. Manual Moderno Editorial.
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Envejecer en el Perú: hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DEFENSOR%20DEL-PUEBLO-INFORME-ENVEJECER-EN-EL-PER%20.pdf>

- Delgado, R. (2017). Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa. *Peruana de Medicina Integrativa*, 2(2), 92-100. <https://rpmi.pe/index.php/RPMI/article/view/50>
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Mucci, F. y Marazziti, D. (2016). Depression, Serotonin and Tryptophan. *Current pharmaceutical design*, 22(8), 949–954. <https://doi.org/10.2174/1381612822666151214104826>
- D´Hyyer, C. y Gutiérrez, L. (2014). Proceso de envejecimiento. *Manual Moderno Geriatría*, 1, 15-31. México.
- Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. (2016). *Constituyen el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en la Municipalidad Distrital de Mi Perú*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/constituyen-el-centro-integral-de-atencion-al-adulto-mayor-e-ordenanza-no-031-mdmp-1444357-2/>
- Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. (2020). Ley de la persona adulta mayor. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayorley-n-30490-1407242-1/>
- Díaz, B y González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatria*. 11(3):106-115. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Díaz, E. y Sosa, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN*, 14(6), 838-849. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445243015>

- Diz, R., Garza, A., Olivas, E., Montes, J. y Fernández, G. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.
<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573/4468>
- Dongo, L. y Cruz, S. (2019). *Depresión y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la municipalidad provincial el Collao - Ilave – 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio UNAP.
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/12968>
- Dragun, R., Veček, N., Marendić, M., Pribisalić, A., Đivić, G., Cena, H., Polašek, O. y Kolčić, I. (2021). Have lifestyle habits and psychological well-being changed among adolescents and medical students due to COVID-19 lockdown in Croatia? *Nutrients*, 13(1), 1-16.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7830522/pdf/nutrients-13-00097.pdf>
- Echevarría, J. y Solano, E. (2019). *Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes, Junín, Perú]. Repositorio institucional UPLA.
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1077>
- Espinoza, K. y Rojas, N. (2019). *Estilos de vida y su relación con el estado nutricional de los profesionales de la salud del Hospital II-2 Tarapoto, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Martín]. Repositorio Institucional UNSM.
<http://hdl.handle.net/11458/3383>
- Fernández, A., Dávila, R., Moreno, Y. y Gonzales, A. (2008). Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar.

Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 41(4), 83-89.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2008/nnp083-4a.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª ed.). Pirámide. http://www.kydconsultores.com/shared_books/001-EP-RFB.pdf

Fiske, A., Wetherell, J.L. y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* (5), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Flaherty, J., Gonzales, J. y Dong, B. (2011). Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 269–276.

Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Fontecha, B. (2005). Valoración geriátrica: visión desde el hospital de día. *Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 23-25. https://www.researchgate.net/publication/242310339_Valoracion_geriatrica_vision_desde_el_Hospital

Francis, L., Duvergel, B., Barthley, L y Jarrosay, C. (2011). Osteoporosis en la tercera edad. *Revista de Información Científica*, 71(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296036>

García, J. (2016). *Metodología de la investigación para administradores*. Ediciones de la U. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/70269>

- Gómez-Angulo, C., y Campo-Arias, A. (2008). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008
- Gómez, M. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años* [Tesis doctoral, Universidad de Ganada]. Repositorio DIGIBUG. <http://hdl.handle.net/10481/741>
- Gonzales, D. (2014). *La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar, Guatemala]. Repositorio Digital Landivariano. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Gonzalez-Danilo.pdf>
- González, J. (2016). *El arte de la entrevista*. Editorial Seguridad y Defensa. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/118535>
- Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=356/35616720002>
- Gracia, A., Santabárbara, J., López, R., Tomás, C. & Aragüés, G. (2017). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 90. <https://www.scielosp.org/article/resp/2016.v90/e50001/es/>

- Habte, E. y Tekle, T (2018). Cognitive Functioning among Elders with Symptoms of Depression: The Case of Two Selected Institutionalized Care Centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Health Science Journal*, 12(3), 1-7.
https://www.academia.edu/74711849/Cognitive_Functioning_among_Elders_with_Symptoms_of_Depression_The_Case_of_Two_Selected_Institutionalized_Care_Centers_in_Addis_Ababa_Ethiopia
- Harvard Health Publishing. (2022, 10 de enero). *What causes depression?*
<https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>
- HelpAge Internacional. (2015). *Índice global de envejecimiento*. AgeWatch 2015.
<http://www.helpagela.org/silo/files/gawi-2015-en-profundidad.pdf>
- Hernández, F. (2002). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*.
<https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/175601>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Situación de Salud de la Población Adulta Mayor*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>

- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012, junio). *La depresión y el suicidio: mitos y creencias*.
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/006.html>
- Jara, Y. (2018). *Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú]. Repositorio de tesis USAT <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1170>
- Junqué, C. y Jódar, M. (1990). Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología*, 6(2), 199-207.
https://www.um.es/analesps/v06/v06_2/08-06_2.pdf
- Karp, A., Kåreholt, I., Qiu, C., Bellander, T., Winblad, B. y Fratiglioni, L. (2004). Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *American journal of epidemiology*, 159(2), 175–183.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwh018>
- Kart, C. (1983). The Realities of Aging: An Introduction to Gerontology. *Journal of Gerontology*, 38(1) 120–121. <https://doi.org/10.1093/geronj/38.1.120a>
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E. y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Leiva, A. (2016). Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años [Tesis doctoral, Universidad de Huelva]. Repositorio Institucional de la Universidad de Huelva BUH.
<http://hdl.handle.net/10272/12697>

- León, G. y Leon, E. (2018). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 4(1), 75-87.
<https://doi.org/10.48190/cumbres.v4n1a7>
- Liberalesso, A. (2015). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Papiru.
https://books.google.com.pe/books/about/Desenvolvimento_e_envelhecimento.html?id=HniADwAAQBAJ&redir_esc=y
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M.-V.M.T 2014* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de Tesis Digitales CYBERTESIS.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/4159>
- Livia, J., Zegarra, V., Vásquez, J., Ortiz, M., Camacho, O., Herrera, D. y Flores, M. (2017). Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primera de la salud. *Cátedra Villarreal Psicología*, 2(2) 353-362.
<https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/320/1031>
- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J. y Seva Díaz, A. (1980). "El Mini-Examen Cognoscitivo" (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos). *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39–57. <https://psycnet.apa.org/record/1982-24794-001>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A. y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del

- Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina clínica*, 112(20), 767–774. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422057/>
- López-Carmona-, J., Rodríguez-Moctezuma, R., Munguía-Miranda, C., Hernández-Santiago y Casas de la torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *ELSEVIER*, 26(8), 542-549. [https://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78719-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78719-1)
- López, J. y Martí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 122-127. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(11\)70075-x](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(11)70075-x)
- López, A. (2015). *Revisión Teórica y Empírica desde la Psicología sobre las Representaciones Sociales del Envejecimiento y la Vejez en Latinoamérica y España durante el periodo 2009-2013* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia]. Repositorio UNAD <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/6094>
- López, M. (2016). Texto básico de geriatría y gerontología. *Universitaria Tutecotzimí*, 1(1), 1-44. <https://repositorio.unan.edu.ni/3947/1/TEXTO%20BASICO%20DE%20GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA.pdf>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palome, G. y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/79/75>

- Lorenzo, J. (2022). Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. *Revistas de Ciencias Médicas*, 24(3).
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4202>
- Luna-Matos, M., Mcgrath, H. y Gaviria, M. (2007). Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(2), 129-140. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000200006>
- Luque, G. (2018). *Características personales y nivel de depresión en adultos mayores del servicio de medicina del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNA-PUNO <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/9214>
- Marín, C. & Gómez, J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102.
<https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Martin, D. (1990). *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. (3ª ed.). Butterworths <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250162/>
- Martínez, A., y Torres, C. (2019). *Eficacia de la Escala Geriátrica de Yesavage para medir la Depresión en el Adulto Mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Robert Wiener]. Repositorio principal U. Wiener <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2808>
- Martínez De La Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y

validación. *Medifam*, 12(10),

26-40.

<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Medina, G. y Bonilla, M. (2017). *Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17d09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre 2016 a noviembre 2016* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Digital PUCESE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13007>

Middleton, L., Barnes, D., Lui, L. & Yaffe, K., (2010). Physical activity over the life course and its association with cognitive performance and impairment in old age. *J. Am. Geriatr Soc*, 58(7), 1322–1326. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02903.x>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2015). *Estadística de PAM. Comisión Multisectorial*. https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lima_Metro2.html

Ministerio de Salud. (2009, 13 de septiembre). *El 10% de la población adulta mayor sufre de Alzheimer*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38068-el-10-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-alzheimer>

Ministerio de Salud. (2013). *Promover hábitos y estilos de vida*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Promover-habitos-y-estilos-de-vida.aspx>

Ministerio de Salud. (2014). *Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.*

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>

Ministerio de Salud. (2015, 21 de septiembre). *Minsa atiende en lo que va del año 3,700 casos de demencia en adulto mayor.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29972-minsa-atiende-en-lo-que-va-del-ano-3-700-casos-de-demencia-en-adulto-mayor>

Ministerio de Salud. (2016). *Adulto mayor, vida y dignidad.* Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adulto-mayor-vida-y-dignidad.aspx>

Ministerio de Salud. (2022, 13 de enero). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

Moncada, E. y Mongollón, O. (2018). *Deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor*

del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de Tesis UPAO.

<https://hdl.handle.net/20.500.12759/3749>

Monchietti, A., Lombardo, E., Sánchez, M. y Krzemien, D. (2010). Funcionamiento

Cognitivo en la vejez. *Límite*, 5(22), 89–110.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83617301005>

Morales, R., Lastre-Amell, G. y Pardo, A. (2018). Estilo de vida relacionado con factores

de riesgo cardiovascular. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*,

38(2),50-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55960422009>

- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Red Tercer Milenio.
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf
- Municipio de Yamaranguila Departamento de Intibucá. (2016). *Guía de entornos y estilos de vida saludables en comunidades indígenas lenças*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Murillo, I. (2019). *La nueva vejez*. Centro Internacional sobre el Envejecimiento CENIE.
<https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/la-nueva-vejez>
- National Institute of Mental Health (2017). *Las personas mayores y la depresión*. NIH.
<https://infocenter.nimh.nih.gov/publications/las-personas-mayores-y-la-depresion>
- Neyra, D. (2019). *Estilos de vida del adulto mayor que acuden a medicina complementaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, octubre -2019* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener, Perú]. Repositorio Principal U. Wiener. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3748>
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Olvera, J. (2015). *Metodología de la investigación jurídica: para la investigación y la elaboración de tesis de licenciatura y posgrado*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
<https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/38763>
- Orejón, D. (2019). *Validación de un instrumento para medir el estilo de vida de estudiantes de la Facultad de Medicina Humana en la Universidad Ricardo Palma*

en el año 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2116>

Organización de las Naciones Unidas. (2017, 23 de febrero). *La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS.* <https://news.un.org/es/story/2017/02/1374181>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: glosario.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2004). *Invertir en salud mental.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241562579>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Organización Mundial de la Salud. (2016, 13 de setiembre). *La depresión.* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017, 12 de diciembre). *La salud mental y los adultos mayores.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 21 de setiembre). *Demencia.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud. (2021a, 9 de junio). *Obesidad y sobrepeso.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2021b, 13 de setiembre). *Depresión.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2022, 16 de septiembre). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida* (2ª ed.). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>
- Organización Panamericana de la salud. (2014). *Prevención de la Obesidad*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014, 24 de febrero). *Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores*. <https://www.paho.org/es/noticias/24-2-2014-autocuidado-clave-para-buena-calidad-vida-adultos-mayores>
- Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Demencia*. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
- Pardo, Y. y Rodríguez, Y. (2014). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del pueblo joven la Unión, Chimbote. *Revista Científica In Crescendo*, 5(1) 37–48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127599>
- Perea, R. (2001). Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. *Educación para la salud*, 4(2001) 28-29. <https://doi.org/10.5944/educxx1.4.0.361>

- Pérez, E. (2019). *Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015 – Propuesta de Salud Biopsicosocial* [Tesis de maestría, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Perú.] Repositorio UNJFSC. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/3151>
- Pérez, I. (2016). Calidad de vida en ancianos institucionalizados en México: retos. *Tiempos*, 32, 1-2. <https://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo32/perezvargas.htm>
- Petersen, R. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Plaza, A. (2017). *Estilo de vida de los adultos mayores en la sede social del instituto ecuatoriano seguridad social de la ciudad de esmeraldas* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador]. Repositorio Digital PUCESE. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1301>
- Poblete-Valderrama, F., Matus, C., Díaz, E., Vidal, P., y Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 16(2),71-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525652731005>
- Quimi, O. (2017). *Estrategia metodológica para mejorar el estilo de vida en adultos mayores, del Barrio Galápagos, Cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena, año 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. Repositorio UPSE. <http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/4203>
- Quintanilla, V. (2014). *Estilo de vida y depresión en el adulto mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de Tesis UCSM.

<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4768>

Ramírez-Vélez, R y Agredo, R. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista Salud Pública*, 14(2), 226-237. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/33618>

Restrepo, F. (2019). *Deterioro Cognitivo Leve: estimulación cognitiva*. Universidad Autónoma de Manizales. <http://elibro.net/es/ereader/biblioua/216378?page=2>.

Rodríguez-Bores, L., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R. y Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517-522. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58237778010>

Rodríguez, J. (2017). *Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores, Casa Hogar Arzobispo Grosso-Cajamarca, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad San Pedro]. Repositorio institucional. <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/13740>

Romero, H., León, G., Arellano, J., Pazmiño, J., Romero, L., Romero, A., Bermúdez, J., Santos, V. y Vásquez, G. (2017). *Epítome de Psicología de la Salud*. Ediciones Holguín S.A. <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/3850/EPITOME%20DE%20PSICOLOGIA%20DE%20LA%20SALUD%20watermark.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Romero, M., y Moraleda, E. (2012). Aspectos clínicos de la neuropsicología. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(2), 54-59 <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179324185003.pdf>

- Romo, D. (2018). *Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en el distrito de San Juan de Iscos* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote]. Repositorio Institucional ULADECH. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/4437>
- Rosales, R., García, R. y Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN*, 18(1), 61-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445001009>
- Rubio, A., Viniegra, A., Favela, E., Manilla, G., Sánchez, J., García, J., Sosa, J. y Rivera, M. (2012). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://isbn.cloud/en/9786078270385/guia-de-practica-clinica-diagnostico-y-tratamiento-del-deterioro-cognoscitivo-en-el-adulto-mayor/>
- Ruiz, L. (2021). *El hipocampo: qué es, antinomia y funciones*. Investigaciones. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/el-hipocampo-que-es-anatomia-y-funciones/>
- Salthouse, T. (1996). The Processing-Speed Theory of Adult Age Differences in Cognition. *Psychological Review*, 103(1), 403-428. https://www.researchgate.net/publication/14443719_The_Processing-Speed_Theory_of_Adult_Age_Differences_in_Cognition
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>

- Saneei, P., Esmailzadeh, A., Hassanzadeh Keshteli, A., Reza Roohafza, H., Afshar, H., Feizi, A. y Adibi, P. (2016). Combined Healthy Lifestyle Is Inversely Associated with Psychological Disorders among Adults. *Plos One*, 11(1-14).<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146888>
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D., Jaramillo-Arroyave, D., Lizcano-Cardona, D., Agudelo-Cifuentes, M. y Morales-Mesa, S. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2), 210- 221. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7782>
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi18499.pdf>
- Silk, S. (2010). *La tercera edad y la depresión*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/edad>
- Sheikh, J. I. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Slawińska, T., Posluszny, P. y Rozek, K. (2013). The relationship between physical fitness and quality of life in adults and the elderly. *Human Movement*, 14(3), 200-204. <https://doi.org/10.2478/humo-2013-0023>
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C. y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiología desde el primer nivel de atención.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>

Taki, Y., Kinomura, S., Awata, S., Inoue, K., Sato, K., Ito, H., Goto, R., Uchida, S., Tsuji, I., Arai, H., Kawashima, R. y Fukuda, H. (2005). Male elderly subthreshold depression patients have smaller volume of medial part of prefrontal cortex and precentral gyrus compared with age-matched normal subjects: a voxel-based morphometry. *Journal of affective disorders*, 88(3), 313–320.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.08.003>

Torrejón, C., y Reyna, E. (2012). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. *Revista Científica In Crescendo*, 3(2) 267–276.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127560>

Valdivia, E. (2017). *Actitudes hacia la promoción de la salud y estilos de vida Modelo Pender, profesionales del equipo de salud, Microred Mariscal Castilla. Arequipa 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5985>

Vallejo, J. (2007). Depresión subumbral. *Psiquiatría Biológica*. 14(6), 211-216.
[https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(07\)73287-6](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(07)73287-6)

Varela P., L., Chávez J., H., Gálvez C., M. y Méndez S., F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista De La Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 17(2), 37-42.
<https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/235>

Ventura, A. y Zevallos, A (2019). Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel,

- Lambayeque, 2017. ACC CIETNA, 6(1), 60-67.
<https://doi.org/10.35383/cietna.v6i1.218>
- Vílchez-Cornejo, J., Soriano-Moreno, A., Saldaña-Cabanillas, D., Acevedo-Villar, T., Bendezú-Saravia, P., Ocampo-Portocarrero, B. y Ciudad-Fernández, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 266-272.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>
- Villafuerte, R., Alonso, Y., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I. y Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85-92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049913012>
- Villar, M., Ballinas, Y., Gutiérrez, C. y Angulo, Y. (2016). Análisis de la Confiabilidad del Test Fantástico para medir Estilos de Vida Saludables en Trabajadores Evaluados por el Programa "Reforma de Vida" del Seguro Social de Salud (EsSalud). *Peruana de Medicina Integrativa*, 1(2), 17-26.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876372>
- Villareal, G. y Month, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. *Salud Uninorte*, 28 (1), 75-87. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
- Viñuela, F. (2019). *Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo*. Imprenta y Papelería Rojo, S.L. <http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
- Wilson, M. y Ciliska D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 30, 15-27

<https://www.studocu.com/vn/document/truong-dai-hoc-khoa-hoc-xa-hoi-va-nhan-van/tam-ly-hoc-dai-cuong/lifestyle-assessment-lifestyle-assessment-development-and-use-of-the-fantastic-checklist/23659677>

Wilson, D., Nielsen, E. y Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. *Canadian Family Physician*, 30, 1863–1866. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/>

World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>.

Yesavage, J., Brink, T., Terence, L., Lum, O., Huan, V., Adey, M. y Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión: Generalidades y particularidades*. Ciencias Médicas. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf

Zevallos, R. (2018). *Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima* [Tesis doctoral, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/22418>

Zhou, H., Li, R., Ma, Z., Rossi, S., Zhu, X & Li., J. (2016). Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 16, 219. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0928-0>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

AUTOR: Jorge Luis Espillco Cutipa.

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
<p style="text-align: center;">ESTILO DE VIDA, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN VILLA EL SALVADOR, 2019.</p>	<p style="text-align: center;">Formulación del problema</p> <p>¿Qué relación existe entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los niveles de estilos de vida en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador. 2. Identificar los niveles de depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador. 3. Identificar los niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador. 4. Determinar la relación que existe entre estilos de vida y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil, grado de instrucción. 5. Determinar la relación que existe entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil, grado de instrucción. 	<p style="text-align: center;">Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador.</p> <p>H1: Existen niveles de etilo de vida en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador.</p> <p>H2: Existen niveles de depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador.</p> <p>H3: Existen niveles de deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador.</p> <p>H4: Existe relación entre estilos de vida y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil, grado de instrucción.</p> <p>H5: Existe relación entre depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa el Salvador según edad, estado civil, grado de instrucción.</p>

Anexo 2. Instrumentos de medición 01
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)

Yesavage y Brink (1983)

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres:

Género Femenino () Masculino () **Edad:**

Estado Civil: Separado () Casado () Viudo () Divorciado ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Lugar de procedencia:

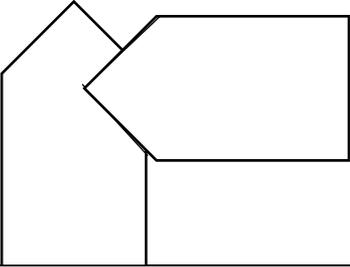
Nº	ITEMS	SÍ	NO
1	En general ¿Está satisfecho con la vida?		
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?		
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas?		
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11	En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?		
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?		
13	¿Se siente lleno/a de energía?		
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

Anexo 3. Instrumento de medición 02

TEST FANTÁSTICO

N°	Ítems	Casi nunca	A veces	Siempre
1	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.			
2	Doy y recibo cariño.			
3	Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento.			
4	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales.			
5	Realizo actividad física por 30 min.			
6	Camino al menos 30 min diariamente.			
7	Como dos porciones de frutas y tres de verduras.			
8	A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas.			
9	Estoy pasado en mi peso ideal.			
10	Fumo cigarrillos.			
11	Cigarros fumados por día.			
12	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico.			
13	Número promedio de tragos a la semana.			
14	Bebo ocho vasos con agua cada día.			
15	Bebo té, café, cola, gaseosa.			
16	Duermo bien y me siento descansado.			
17	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida.			
18	Me relajo y disfruto mi tiempo libre.			
19	Parece que ando acelerado.			
20	Me siento enojado o agresivo.			
21	Me siento contento con mi trabajo y actividades.			
22	Soy un pensador positivo.			
23	Me siento tenso o abrumado.			
24	Me siento deprimido o triste			
25	Me realizo controles de salud en forma Periódica.			
26	Converso con mi pareja o familia aspectos de Sexualidad.			
27	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja.			
28	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas.			
29	Uso cinturón de seguridad.			
30	Tengo claro el objetivo de mi vida.			

Anexo 4. Instrumento de medición 03
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Versión Lobo)

	PUNTACIÓN
ORIENTACIÓN TEMPORAL: ¿En qué día estamos?..... ¿En qué fecha?.....¿En qué mes?.....¿En qué estación?.....¿En qué año?.....	____(5)
ORIENTACIÓN ESPACIAL: ¿En qué lugar estamos?.....¿En qué piso?.....¿En qué pueblo o ciudad?.....¿En qué provincia o región?.....¿En qué país?.....	____(5)
FIJACIÓN: Repita estas 3 palabras: “moneda-caballo-manzana” (*Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento) (**Pueden utilizarse series alternativas de palabras cuando se trata de reevaluaciones ej. Libro, queso, bicicleta)	____(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿Cuántas le quedan?..... (27) ¿Y si le quitan otras 3?..... (24) ¿Y ahora?..... (21) ¿Y 3 menos son?..... (18) ¿Y si le quitan otras 3?..... (15) (Anote un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta)	____(5)
Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda), Ahora hacia atrás..... (Como alternativa, decirle “mundo” y ahora que lo repita al revés)	____(3)
MEMORIA ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	____(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.....	____(2)
Repita la frase “En un tragal había 5 perros” (Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)	____(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato?; ¿Qué son el verde y el rojo?	____(2)
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	____(3)
Lea esta frase y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	____(2)
Copie este dibujo 	____(1)
Puntuación total	____(35)

Anexo 5. Informe de software anti plagio

DT.turnitin-JORGE ESPILLCO-FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	11%	2%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
3	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
5	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1%
7	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Anexo 6

CARGO

 Universidad Autónoma del Perú

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

OFICIO 400-2019-U. AUTONOMA-FCH/EPP

Lima Sur, 30 de octubre del 2019

Lic. María Lucrecia Cruzate V.
Sub Gerente de Salud, Sanidad y Bienestar Social
CIAM – Villa El Salvador

De nuestra mayor consideración
Presente. -

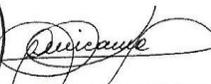
Es grato dirigirnos a Usted para expresarle nuestro cordial saludo a nombre de las autoridades de la Universidad Autónoma del Perú y el nuestro propio, así mismo, aprovechamos la oportunidad para solicitarle autorice el ingreso a la institución que Ud. dignamente dirige de nuestro estudiante de la Escuela Profesional de Psicología-Facultad de Ciencias Humanas, quien como parte de la tesis titulada: *"Estilos de Vida, Depresión y Deterioro Cognitivo en Usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Lima Sur"*, desea aplicar pruebas psicológicas dirigida a los usuarios de su representada. Todo ello servirá para el recojo de datos para la mencionada investigación. La persona encargada que realizará dicha actividad es:

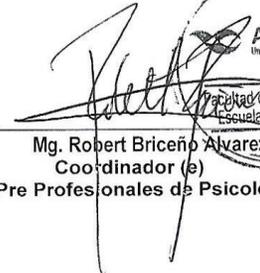
ESPILLCO CUTIPA JORGE LUIS

Él asistirá a su despacho para coordinar con Ud. los detalles pertinentes.

Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo a su gentil deferencia, reitero mi cordial saludo.

Atentamente


Decano de la Facultad
de Humanidades

Dr. José Anicama Gómez
Decano de la Facultad de Ciencias Humanas


Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología

Mg. Robert Briceño Álvarez
Coordinador (e)
Prácticas Pre Profesionales de Psicología


INTEGEL DE ADULTO MAYOR
C.I.A.M.
1703
ONLINEC


Anexo 7. Asentimiento informado

Hola, mi nombre es Jorge Luis Espillco Cutipa, soy estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Autónoma del Perú.

Los test psicológicos que se presentan a continuación tienen como finalidad determinar la relación que existe entre Estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del centro integral del adulto mayor en Villa El Salvador. Por ende, se le pide su asentimiento para participar en dicha investigación.

Cabe resaltar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria; la información que brinde será confidencial y anónima, sus datos no serán mostrados a ninguna persona ajena a la investigación.

Si alguna pregunta del cuestionario es incómoda o no se comprende, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. Además, si desea puede abandonar la investigación en cualquier momento.

Asimismo, al completar y hacer entrega de los cuestionarios está aceptando voluntariamente participar en este estudio, y afirma comprender y conocer la utilidad de la investigación, también entiende que puede decidir no participar y retirarse de la investigación en cualquier momento.

Finalmente, como prueba del asentimiento voluntario, firmo a continuación.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha:/...../.....