



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS FUNCIONES
EJECUTIVAS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CON
DETERIORO COGNITIVO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

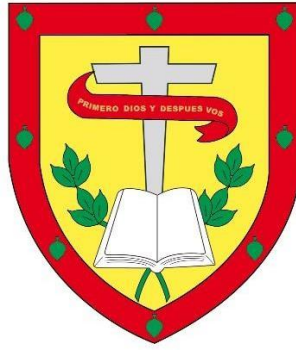
AUTOR: ERICK JAVIER MARTINEZ PAIDA

DIRECTOR: JUAN PABLO VIÑANZACA LOPEZ

CUENCA- ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS FUNCIONES
EJECUTIVAS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CON
DETERIORO COGNITIVO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: ERICK JAVIER MARTINEZ PAIDA

DIRECTOR: JUAN PABLO VIÑANZACA LOPEZ

CUENCA-ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Erick Javier Martínez Paida portador de la cédula de ciudadanía N° **0107928194**. Declaro ser el autor de la obra: **“Impacto de la depresión en las funciones ejecutivas en personas adultas mayores con deterioro cognitivo”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **16 de septiembre del 2025**

F:.....

Erick Javier Martínez Paida
C.I. **0107928194**

Cuenca, 16 de septiembre de 2025

CERTIFICACIÓN

Yo **Juan Pablo Viñanzaca López**, con cédula de identidad N° **0105635072** en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: **“Impacto de la depresión en las funciones ejecutivas en personas adultas mayores con deterioro cognitivo”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Erick Javier Martínez Paidá, bajo mi supervisión.

Atentamente;



Mgs. Juan Pablo Viñanzaca López.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimientos

Primeramente y siguiendo las enseñanzas de mi madre, agradecer a Dios por haberme dado la oportunidad de lograr llegar a este punto.

Me gustaría agradecer principalmente a mis padres, por tener la convicción de brindarme la posibilidad de estudiar, tanto a mi como a mis hermanos, por levantarse cada día a luchar para que podamos formarnos como excelentes profesionales y personas, y disculparme por los malos ratos que en algún momento les hice pasar. También, por ser los pilares y ser los modelos para que yo pueda tener pautas de como desenvolverme en la vida. El aprendizaje que he tenido y me ha otorgado cada uno, ya sea en lo bueno o lo malo, han sido el principal motivo por el que me encuentro aquí, y por ello, muchas gracias, los amo mucho Papá y Mamá.

Agradecer a mi hermano, por ser el principal sostén en momentos pesados y de tiempos malos, en cosas tan simples como jugar, molestarnos, ir a comer, reírnos, y por haber vivido tantas alegrías, te amo mucho hermanito.

Agradecer a mi hermana, por ser el apoyo y la consciencia, por haberme aconsejado en las dudas y por haberme guiado cuando no he tenido una visión clara, gracias Julysito, te amo.

Agradecer a mi pareja, cuyo apoyo constante, paciencia, preocupación y dedicación, fueron fundamentales para culminar esta etapa. Gracias Negroni, te amo.

Agradecer a todo mi círculo cercano, amigos y familiares, por haber aportado en este logro.

Por último, deseo agradecer a mi tutor del proyecto de grado, a quien admiro mucho y se ha convertido en uno de mis referentes y modelos a seguir dentro de la Universidad Católica de Cuenca y la investigación.

Dedicatoria

Dedico este logro a mi mamá y a mi papá, por su amor, valores y esfuerzo que han sido la base de mi formación; a mi hermano y a mi hermana, por su apoyo y compañía en cada etapa; a mi pareja, por su paciencia y motivación constante; y a mi mascota, Suca, por regalarme con su presencia alegría en el día a día.

Con cariño.

Erick Martínez

Resumen

Introducción. La depresión y el deterioro cognitivo son condiciones frecuentes en población adulta mayor, sin embargo, la comorbilidad que presentan generalmente es descuidada en el abordaje clínico y médico, siendo descuidada el área psicológica y las manifestaciones de la depresión durante el deterioro cognitivo. **Objetivo.** El estudio tuvo como propósito determinar cómo los síntomas depresivos afectan las funciones ejecutivas en adultos mayores que padecían deterioro cognitivo. **Metodología.** Se adoptó un diseño de revisión narrativa con enfoque cualitativo, y se ejecutaron tres estrategias de búsqueda independientes para cada objetivo basadas en los ítems 7, 8, 9 y 16a de la declaratoria PRISMA 2021, únicamente en bases académicas de alto impacto como Scopus, PubMed y Taylor & Francis. **Resultados.** Se incluyeron 16 artículos en total, distribuidos por objetivo. La impotencia y la anhedonia fueron los síntomas depresivos más significativos. La depresión se asoció con deterioro en memoria episódica, atención, lenguaje, toma de decisiones y funcionamiento diario. Además, se evidenció una prevalencia depresiva entre el 21.2% y el 31.8% en adultos mayores que contaban con diagnóstico de deterioro cognitivo. **Conclusión.** En adultos mayores, se pudo observar que la depresión en presencia de deterioro cognitivo, especialmente síntomas como la impotencia y anhedonia, afectan mayormente el área cognitiva. En las funciones ejecutivas se ven afectados el control atencional e inhibitorio, la toma de decisiones, el lenguaje y la capacidad para generar estrategias y resolver problemas.

Palabras clave: Depresión, disfunción cognitiva, función ejecutiva, prevalencia

Abstract

Introduction. Depression and cognitive impairment are common conditions among the older adult population. However, their comorbidity is generally overlooked in clinical and medical approaches, with the psychological aspect and manifestations of depression during cognitive impairment being neglected. **Objective.** This study aimed to determine how depressive symptoms affect executive functions in older adults with cognitive impairment. **Methodology.** A narrative review design with a qualitative approach was adopted, and three independent search strategies were implemented for each objective based on items 7, 8, 9, and 16a of the PRISMA 2021 statement, only in high-impact academic databases such as Scopus, PubMed, and Taylor & Francis. **Results.** Sixteen articles were included, distributed by objective. Impotence and anhedonia were the most significant depressive symptoms. Depression was associated with impairment in episodic memory, attention, language, decision-making, and daily functioning. In addition, a prevalence of depression between 21.2% and 31.8% was observed in older adults diagnosed with cognitive impairment. **Conclusion.** In older adults, depression in the presence of cognitive impairment —especially symptoms such as helplessness and anhedonia— was found to mainly affect the cognitive functioning. Executive functions are affected in terms of attentional and inhibitory control, decision-making, language, and the ability to generate strategies and solve problems.

Keywords: Depression, cognitive dysfunction, executive function, prevalence.

Contenido

Introducción Conceptualización de las variables de estudio	10
Presentación del problema	11
Pregunta guía de investigación.....	13
Justificación	13
Objetivos	13
General.....	14
Específicos	14
Materiales y métodos	14
Diseño	14
Estrategias de búsqueda	14
Criterios de selección.....	15
Extracción de datos.....	16
Análisis de datos	17
Tabla 1	17
Desarrollo.....	18
Cuadro sindrómico de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo.....	18
Figura 1	19
Epidemiología de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo.....	25
Figura 2.....	25
Funciones ejecutivas afectadas por la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo	31
Figura 3.....	31
Conclusiones	37
Referencias.....	40
Anexos	46
Anexo A. Ecuaciones de búsqueda.....	46
Anexo B. Tabla resumen	48
Anexo B1	48
Anexo B2.....	50
Anexo B3.....	51

Introducción

Conceptualización de las variables de estudio

La depresión engloba diferentes tipos de síntomas, como tristeza profunda, apatía, anhedonia y desesperanza, junto con alteraciones cognitivas y físicas, lo que evidencia un impacto generalizado en la salud de la persona, especialmente en la esfera afectiva (Camacho & Galán, 2020; Federman et al., 2024). En este orden, Morales & Alcívar (2021) señalan que la depresión es un desequilibrio psicológico de carácter crónico y recurrente que provoca un profundo abatimiento del ánimo junto con elevada ansiedad, presentando además síntomas como inhibición mental, vacío interior y apatía generalizada, a lo que se añade un retraimiento progresivo en las relaciones sociales y alteraciones a nivel de sueño y apetito. En relación con la problemática expuesta, Corpas et al. (2022) señalan que, en los adultos mayores, la depresión suele vincularse con un declive importante de la calidad de vida, al generar limitaciones crecientes en el desempeño de las tareas cotidianas y, al mismo tiempo, favorecer la aparición de diversas patologías. Siguiendo la misma línea, Aajami et al. (2020) resaltan que en adultos mayores la depresión, además de estar relacionada con un aumento tanto de morbilidad como de mortalidad, no surge únicamente por el paso de los años, sino que se ve favorecida por elementos como el duelo y, en un contexto de familias nucleares, la lejanía de los hijos y la coexistencia de enfermedades crónicas.

Por otro lado, el deterioro cognitivo se ha convertido en una de las patologías con mayor frecuencia en la adultez mayor, caracterizado principalmente por una alteración parcial o total de las funciones psíquicas, lo que afecta de manera significativa varios aspectos de la persona, como las capacidades físicas, la autonomía funcional y las interacciones sociales. Cabrera et al. (2024) señalan que su presencia va vinculada al envejecimiento y al agravamiento de las capacidades cognitivas, en consecuencia, no únicamente disminuye la calidad de vida de quienes lo padecen, a su vez, también tiene influencia en sus cuidadores. Esto concuerda con los hallazgos de Huang et al. (2022) y

Mehta et al. (2022), los cuales destacan las dificultades a nivel del paciente y cuidador de esta condición, con gran énfasis en el entorno.

Siguiendo este marco, Guevara et al. (2020) expresan que la adultez mayor comienza a los 60 años y abarca importantes cambios en todas las áreas del funcionamiento humano, en consecuencia, Parada et al. (2022) informan que ha crecido significativamente en número, proyectándose 1,200 millones de adultos mayores para 2025. Esta etapa puede percibirse como solitaria, pero con apoyo emocional puede vivirse con calidad sanitaria. De igual manera, el envejecimiento aumenta la probabilidad de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y depresión, debido a cambios biológicos, el retiro laboral y la pérdida de autonomía, lo que resalta la importancia del estudio constante de los factores que tienen incidencia en la salud de los adultos mayores (Ocampo & Reyes, 2021).

Dentro de este orden de ideas, las funciones ejecutivas son operaciones cognitivas de alto nivel reguladas por la corteza prefrontal, esenciales para la adaptación conductual, la planificación y la resolución de problemas. En relación con lo expuesto por Corbo & Casagrande (2022), el modelo de Diamond incluye tres componentes básicos, memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva, que sostienen habilidades superiores como la inteligencia fluida y la planificación. Estas funciones se deterioran con el envejecimiento, afectando la atención, el autocontrol y el razonamiento abstracto, con mayor severidad en patologías como el deterioro cognitivo leve y otros tipos de demencia, como el Alzheimer (Abd-alrazaq et al., 2022; Corbo et al., 2024).

Presentación del problema

Tanto la depresión como el deterioro cognitivo son dos de los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor, y su relación es esencial en el abordaje para los sistemas de salud y la calidad de vida de quienes se ven afectados. Esto resalta la importancia de investigar cómo se influyen mutuamente estas condiciones, visto que, en muchos casos se descuida la salud mental en el ámbito hospitalario, teniendo una visión unilateral del problema e ignorando las repercusiones que tiene el deterioro cognitivo en el bienestar psicológico del paciente, lo que a su vez puede dificultar la adherencia al tratamiento y en la predisposición al cambio (Guillén et al., 2022).

La prevalencia del deterioro cognitivo sigue en ascenso, pues según lo indican López et al. (2024), a nivel global aumenta alrededor de 10 millones de casos nuevos al año, variando entre el 2% y 8.5% de la población mundial y teniendo mayor frecuencia en América Latina. Por ejemplo, en países latinoamericanos como Chile, la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en adelante es del 10.4%, cifra que aumenta al 20.9% en población de 80 años o más (Grupo de Investigación ELHOC, 2020). No obstante, en países europeos como España, las cifras de deterioro cognitivo varían entre el 6% y el 14% en la población mayor a 65 años, lo que indica un porcentaje menor a países como Chile (Camacho & Galán, 2021).

Cuando se habla de la depresión, la prevalencia aumenta del 5% en población de menor edad al 10-20% en adultos mayores de entre 60 y 65 años, siendo más vulnerables a las consecuencias psicológicas de esta patología (Invernizzi et al., 2021). Estas cifras se mantienen en el intervalo cuando se habla de mayor edad, con un porcentaje del 17.1% de sintomatología depresiva en adultos de 75 años en adelante, esto según lo determinado por Maier et al. (2021). Según la OMS, el 11.6% de población de tercera edad tiene este padecimiento, sin embargo, Salvador et al. (2020) señala que, en Ecuador, las cifras son mucho más altas de lo que se tiene previsto, pues, con base en los datos de la ENSANUT el 39% de adultos mayores padece esta patología, siendo excesivamente alto en relación a lo expuesto.

El deterioro cognitivo se describe como un síndrome geriátrico que afecta especialmente seis dominios clave: seis dominios clave: memoria y aprendizaje, lenguaje, funcionamiento social, habilidades visuoespaciales, atención compleja y funciones ejecutivas, lo que refleja su impacto multidimensional en las personas mayores (Moreno et al., 2023). Los niveles de deterioro cognitivo afectan los síntomas que experimentan las personas; por ejemplo, aquellos con un deterioro cognitivo leve son más propensos a experimentar fatiga, mientras que las personas con un deterioro grave suelen presentar síntomas más pronunciados de ánimo deprimido, lo que dificulta la capacidad de desenvolverse en las actividades diarias y afecta su interacción social y bienestar general (Yuan et al., 2020).

A nivel mundial, la cantidad de afectados por demencia ha ido en aumento y se proyecta que alcanzará los 131.5 millones para el año 2050. Este incremento es particularmente preocupante en los países de ingresos bajos y medios, donde se prevé que

el porcentaje de la población total que padece esta patología, pase del 58 % registrado en 2010 al 63 % en 2030, llegando a un alarmante 71 % para mediados del siglo (Figueroa et al., 2021; Muhammad & Meher, 2021; Paredes et al., 2021).

Pregunta guía de investigación

¿Cuál es el impacto de la depresión en las funciones ejecutivas en personas adultas mayores con deterioro cognitivo?

Justificación

La investigación sobre la relación del deterioro cognitivo con la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores es de gran relevancia social, dado que el envejecimiento poblacional es global y genera una creciente demanda en su estudio. A medida que la esperanza de vida aumenta, así mismo existe un mayor riesgo de enfermedades asociadas al envejecimiento, como las dos abordadas en este estudio, que afectan la calidad de vida de las personas y son de las más comunes. Este estudio beneficia a la población adulta mayor al proporcionar un enfoque más completo y eficiente en el manejo de estas condiciones y contribuye a la obligación de integrar la salud mental en el ámbito hospitalario, promoviendo una atención más integral o completa (Mejía et al., 2021; Moreira et al., 2022).

Los resultados de este estudio beneficiarán al sector sanitario en la mejora de la atención en el área de salud y bienestar. Al entender cómo estas condiciones se influyen mutuamente, los profesionales de la salud pueden diseñar tratamientos más adecuados y personalizados que no aborden únicamente los síntomas físicos, sino también los psicológicos, lo que mejora la vida de los pacientes. Así mismo, la identificación temprana de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo permite una intervención más eficaz, contribuyendo también a una mayor adherencia al tratamiento y facilitando el trabajo del profesional, lo que mejora el bienestar mental y general en los afectados (Hernández et al., 2022; Schade et al., 2022).

Objetivos

General

Determinar el impacto de la depresión en las funciones ejecutivas en personas adultas mayores con deterioro cognitivo

Específicos

1. Caracterizar el cuadro sindrómico de la depresión en personas adultas mayores con deterioro cognitivo.
2. Identificar la prevalencia y la incidencia de la depresión en personas adultas mayores con deterioro cognitivo.
3. Identificar las funciones ejecutivas afectadas en adultos mayores con deterioro cognitivo y depresión

Materiales y métodos

Diseño

El presente estudio adoptó un diseño de revisión narrativa con un enfoque cualitativo, de alcance descriptivo y un método documental.

Estrategias de búsqueda

Al abordarse diferentes aspectos del fenómeno estudiado, en la presente investigación se llevaron a cabo tres búsquedas independientes basadas en la declaratoria PRISMA (PRISMA Statement, 2021), en donde se utilizó el ítem 7 (Estrategia de búsqueda), 8 (Proceso de selección de los estudios) y 9 (Proceso de extracción de los datos) de la lista de verificación PRISMA 2020, dirigido hacia la búsqueda y selección de los artículos idóneos para responder a la pregunta de investigación. De igual manera, los resultados de este proceso fueron representados mediante el ítem 16a (Selección de los estudios), en un flujograma adecuado a las características de los criterios de búsqueda e inclusión.

La búsqueda de artículos fue realizada en las bases de datos de Scopus, PubMed y Taylor and Francis, aplicando una ecuación de búsqueda por cada objetivo, en donde se utilizaron operadores booleanos AND y OR, para la combinación de los descriptores, que fueron seleccionados mediante el tesoro DeCS/MeSH y, dependiendo de cada

objetivo y base de datos, se limitaban ya sea al resumen, al título, a las palabras clave o al artículo completo, como se puede observar a continuación en la ecuación del primer objetivo utilizada para PubMed (todas las ecuaciones detalladas en el *anexo A*): (Symptomatology[Title/Abstract] OR Symptoms[Title/Abstract]) AND (Depression[Title/Abstract] AND ("Older Adults"[Title/Abstract] OR Older[Title/Abstract]) AND ("Cognitive Dysfunction"[Title/Abstract] OR "cognitive impairment"[Title/Abstract]) AND (cognitive[Title/Abstract]) AND ("depressive symptoms"[Title/Abstract])).

Criterios de selección

Referente a la introducción de las ecuaciones de búsqueda, se aplicaron criterios de inclusión similares adecuados a cada base de datos, ya que los filtros o limitadores son diferentes en cada uno. Todas las búsquedas se limitaron al inglés, debían ser de acceso abierto y haberse publicado entre el 2018-2025. Ahora, ahondando en cada base de datos, para Scopus los estudios se limitaron al área de Psicología y Neurociencias, y solo fueron en revistas y con formato de artículo. Por otro lado, en PubMed no existieron filtros aplicables a lo que este estudio buscó, mientras que en Taylor and Francis, se incluyó únicamente a las investigaciones que pertenecían a las ciencias del comportamiento (behavioral science) y que eran artículos de revista.

De otra manera, para el análisis del contenido de cada investigación, se plantearon diversos criterios de manera general y en función de cada objetivo. Uno de ellos fue la edad y condición de los participantes, que se limitó a adultos mayores de 50 años en adelante con una evaluación previa o realizada durante el estudio de deterioro cognitivo o Enfermedad Alzheimer, además, no debían padecer ninguna otra condición médica o psicológica además de las abordadas en este estudio. Si bien la edad no aplica dentro del significado estricto para población adulta mayor, se limitó de esta manera debido a que, existieron estudios que únicamente consideraban el diagnóstico de deterioro cognitivo o enfermedad Alzheimer como criterio de selección para su muestra, más no únicamente la edad de la población. Por ende, al tratarse de una patología que, a pesar de presentarse en la denominada “adultez mayor”, presenta manifestaciones iguales y similares en su diagnóstico al no tener una diferencia significativa en la edad de las personas que lo padecen, y de igual manera, existe una alta prevalencia de deterioro cognitivo en personas

mayores a 50 años (Bai et al., 2022). Aun así, todas las poblaciones estuvieron catalogadas en la terminología de “adultos mayores”.

Respecto a los tipos de documentos, como se mencionó anteriormente, se seleccionaron exclusivamente artículos científicos publicados en revistas académicas revisadas por pares y de libre acceso. Esto aseguró que los estudios incluidos en la revisión fueran de alta calidad, validados por expertos en el área y relevantes para el propósito de la investigación, por ende, se excluyeron otros tipos de documentos como tesis, blogs, tesinas, monografías, entre otros, ya que no cumplían con los estándares científicos requeridos para esta revisión.

Los tipos de estudio que se priorizaron fueron los de cohorte, casos y controles, y transversales analíticos, en razón de que estos diseños metodológicos permitieron evaluar la interacción entre el deterioro cognitivo y la depresión de manera adecuada. Los estudios de casos y controles permitieron una comparación entre personas con y sin depresión o deterioro cognitivo, mientras que los estudios de cohorte, al ser longitudinales, ofrecieron una visión más detallada de la evolución de ambas condiciones a lo largo del tiempo. Por su parte, los estudios transversales analíticos permitieron comparar grupos con y sin deterioro cognitivo para identificar factores asociados a la depresión, evaluando el desarrollo de la sintomatología depresiva en momentos específicos para determinar posibles nexos o asociaciones.

Extracción de datos

A continuación, se detallan los pasos para el procedimiento de búsqueda, filtrado y selección de los artículos aplicados a cada objetivo. (1) Primeramente se realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos de Scopus, PubMed y Taylor and Francis, mediante las ecuaciones de búsqueda ya detalladas previamente. (2) Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión establecidos. (3) Una vez identificados los artículos pertinentes para la investigación, con apoyo del gestor bibliográfico Mendeley, se extrajeron todos los resultados para su posterior análisis y se procedió con la eliminación de artículos duplicados. (4) Tras haber realizado todo el proceso de búsqueda, se analizaron los estudios únicamente por el título y el abstract, descartando los que no tenían relación con los objetivos y quedando únicamente los que tenían potencial de selección. (5) Dichos artículos fueron evaluados a texto completo y se utilizaron los criterios de

selección e inclusión para obtener los más aptos. (6) Finalmente, la selección final estuvo compuesta por investigaciones acordes al tributo de cada objetivo, y que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad.

Una vez realizado este proceso, los artículos seleccionados fueron representados en una ficha bibliográfica en Excel, la cual contenía los siguientes aspectos de cada investigación: autores, propósito del estudio, diseño del estudio, instrumentos (reactivos y métodos utilizados), población, resultados, conclusiones y limitaciones. A partir del contenido de cada estudio, se realizó la síntesis del desarrollo.

Análisis de datos

Este proceso se realizó mediante la categorización de los artículos, los cuales provenían de revistas especializadas y de alta citación. Este análisis fue realizado en función de los objetivos, es decir, se realizó una clasificación de los artículos según cómo sus contenidos respondían a los objetivos planteados, y qué aspectos del mismo trataban. Este proceso de categorización fue cualitativo, lo que implica que se centró en describir, interpretar y organizar la información de manera no numérica, tal como se detalla en la *tabla 1*.

Tabla 1

Indicadores utilizados para la revisión del contenido de los estudios

Categorías	Subcategorías	Indicadores
Cuadro sindrómico	Signos y síntomas	Síntomas de depresión, ítems de test o instrumentos, funciones cognitivas afectadas
Epidemiología	Prevalencia e incidencia	Porcentajes, puntuación indicativa de depresión, puntuación media, factores de riesgo, factores asociados, odds ratios,

			síntomas depresivos, reactivos psicológicos
Funciones afectadas	ejecutivas	Propiedades afectadas	Función cognitiva, memoria, funciones visoespaciales, atención, función ejecutiva, lenguaje, toma de decisiones

Nota. La tabla muestra los indicadores del contenido utilizados por cada categoría para evaluar la elegibilidad de los artículos.

Desarrollo

A continuación, se presentarán los resultados de los procesos para la síntesis cualitativa previamente detallados.

Cuadro sindrómico de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo

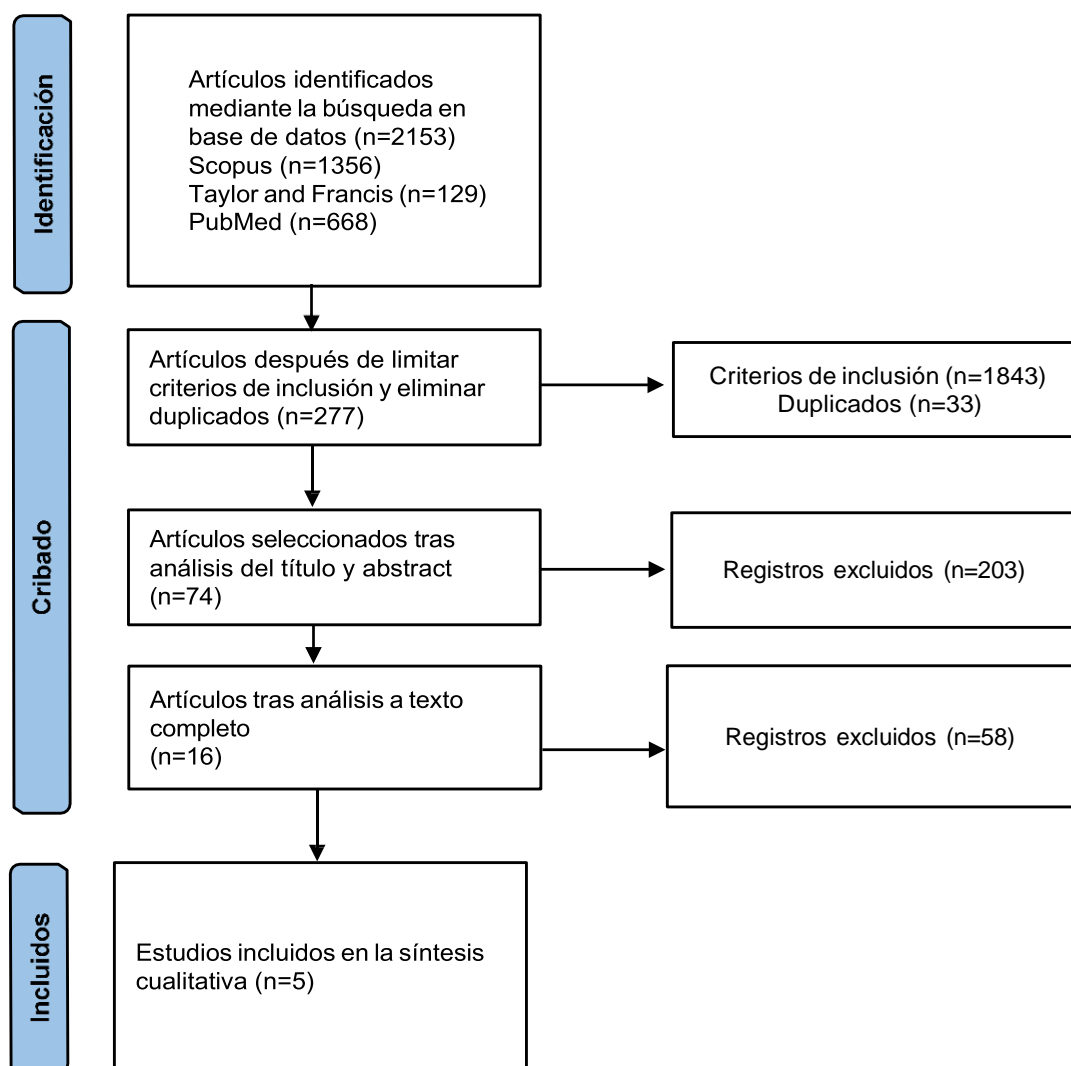
(Para un resumen del contenido de cada estudio revisar el *anexo B1*)

El proceso inició con la introducción de las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos de Scopus, PubMed y Taylor and Francis, resultando en un total de 2153 artículos iniciales. Estos se distribuyeron en 1356 artículos identificados en Scopus, 668 en PubMed y 129 en TaF. Posterior a la búsqueda inicial, se emplearon los criterios de inclusión preestablecidos, lo que redujo el número de artículos a 310. Se procedió a eliminar aquellos que estaban duplicados entre las bases de datos, lo cual dejó un total de 277 artículos únicos.

En secuencia, se realizó una evaluación del título y del resumen (abstract) de cada artículo. En esta fase se excluyeron 203 artículos, quedando un total de 74 que fueron analizados en su totalidad para verificar su pertinencia y elegibilidad. Durante esta etapa, 58 fueron eliminados, resultando en 16 artículos. Finalmente, tras todo el proceso de evaluación y filtrado, se incluyeron 5 artículos en la síntesis cualitativa, considerados los más adecuados, relevantes y que, sobre todo, contribuían al cumplimiento del objetivo. (Ver figura 1)

Figura 1

Resultados de los procesos de búsqueda y selección para el objetivo 1



El estudio transversal de Chul-Lee et al. (2024) tuvo la finalidad de analizar la relación entre los síntomas específicos de la depresión y el deterioro cognitivo leve (DCL) en 196 adultos mayores (65 años o más) sin demencia, de los cuales 113 se clasificaron como cognitivamente normales (CN) y 83 con deterioro cognitivo leve (DCL). Se evaluaron mediante varios reactivos y en diferentes áreas, específicamente con la batería neuropsicológica CERAD-K, el Examen del Estado Mental Minimental (MMSE), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Escala de Actividad Física para Ancianos (PASE). También se consideraron factores de riesgo vascular, índice de masa corporal, nivel socioeconómico, consumo de alcohol y tabaco. Además, se analizaron

biomarcadores sanguíneos (albúmina, glucosa, colesterol HDL y LDL) y la apolipoproteína E, identificando la presencia del alelo apoE ϵ 4.

Se aplicó un análisis de regresión logística para identificar ítems específicos del GDS asociados al deterioro cognitivo leve, complementado con un análisis de regresión logística escalonada. La precisión diagnóstica de los componentes depresivos junto al MMSE se evaluó mediante análisis de regresión logística múltiple, con ítems del GDS y MMSE de variables independientes y el deterioro cognitivo como variable dependiente. Como análisis de sensibilidad, se replicaron los análisis en sujetos sin síntomas depresivos graves para excluir el sesgo de la depresión en la discriminación del DCL. Adicionalmente, se examinó la relación entre ítems individuales de depresión y función cognitiva general mediante análisis de regresión.

Hubo un contraste significativo en el puntaje de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), siendo más alta en los DCL (12.42) que en los CN (9.81) ($p = 0.012$). Se destacaron dos ítems específicos del GDS: el ítem #10, referente a la impotencia ("¿Te sientes a menudo desamparado?") fue más común en DCL (49.40%) que en CN (24.78%) ($p < 0.001$), además se relacionó significativamente con el diagnóstico de DCL, presente en el 59.42% de quienes reportaron este sentimiento ($p < 0.001$). Asimismo, el ítem #14 ("¿Sientes que tienes más problemas de memoria que la mayoría?") también fue más frecuente en DCL (44.58%), con $p = 0.026$. En la regresión logística, la impotencia mostró una fuerte asociación con DCL (OR = 4.531; $p < 0.001$), superior al ítem sobre problemas de memoria (OR = 1.999; $p = 0.038$).

Según los autores, la explicación de estos resultados yace en que, el estrés crónico y la sensación de no tener control (impotencia) pueden afectar el cerebro a través del eje HPA (hipotálamo-hipofisario-adrenal). Esto, a su vez, puede alterar proteínas que se encuentran relacionadas con el progreso de la enfermedad Alzheimer, como lo son la beta-amiloide y la tau, por ende, al compartir mecanismos de acción similares a nivel cerebral, la impotencia puede tomarse como un nexo común entre la depresión y la enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo.

El estudio transversal de Javaherian et al. (2019) evaluó si los síntomas depresivos afectan los procesos cognitivos en adultos mayores cognitivamente normales y la interacción de los mismos con la enfermedad de Alzheimer (EA) preclínica. Para ello, se

evaluaron a 356 adultos de 65 años o más, quienes realizaron una batería de pruebas cognitivas que abarcaban función ejecutiva (Trail Making Test Part A y B; WAIS-R Digit Symbol Substitution Test; WAIS Block Design; WMS Digit Span; WMS Mental Control), memoria episódica (Free and Cued Selective; Reminding Test (FCSRT); WMS Associate Learning; WMS-R Logical Memory), lenguaje (Boston Naming Test; Fluidez semántica; Fluidez fonémica) y cognición global (todos los instrumentos de la batería utilizados), también se agregó rapidez de procesamiento (Trail Making Test A y B; WAIS-R Digit Symbol Substitution Test; WAIS Block Design; Fluidez semántica; Fluidez fonémica). Para los síntomas depresivos, se utilizó el juicio clínico, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), y una pregunta del Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q). La enfermedad de Alzheimer se identificó mediante biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo y la carga amiloide cerebral, también se tomó en cuenta el uso actual de medicamentos psicotrópicos.

Se construyeron modelos de regresión lineales en donde se tomó como variables clave si el participante tenía síntomas depresivos y si estaba en una etapa preclínica de Alzheimer (según biomarcadores). Se incorporaron como variables de control la edad del participante al momento del análisis, su nivel educativo, el sexo y la presencia del alelo APOE $\epsilon 4$. Cada definición de Alzheimer preclínico se analizó por separado en modelos distintos. Se realizó un análisis exploratorio relacionado con el uso de medicamentos psicotrópicos utilizando regresión logística y modelos lineales para examinar su relación con el Alzheimer.

En la EA preclínica, la existencia de síntomas depresivos por sí solos no tienen efecto significativo en ningún dominio cognitivo, y tampoco se detectó una interacción significativa entre depresión y EA. Por otro lado, en la interacción entre la depresión y la etapa avanzada 2 o 3, se obtuvo una interacción significativa en los siguientes dominios: memoria episódica (coeficiente de regresión= 0.96; IC: 0.31 a 1.62) y cognición global (coeficiente de regresión = 0.46; IC: 0.03 a 0.90). Esto quiere decir que, los síntomas depresivos en la EA preclínica avanzada se manifiestan en un mayor deterioro en la memoria episódica y la cognición global. Esto a su vez indica, según los autores, que la depresión podría manifestarse como un síntoma temprano de la demencia, especialmente cuando ya hay daño combinado de amiloide y tau.

En la investigación de cohorte clínico observacional retrospectivo transversal realizado por Lanza et al. (2020), se estudiaron adultos mayores de 60 años o más con diagnóstico de Enfermedad Alzheimer (179) y diagnóstico de Depresión (70) con el objetivo de investigar si el perfil cognitivo de los pacientes con EA verificada es distinto del perfil cognitivo de los pacientes con depresión comprobada, así mismo, indagar el impacto de los síntomas depresivos en el perfil cognitivo de los pacientes con EA comprobada. A los mismos se le aplicó los siguientes reactivos: Mini-Examen del Estado Mental (MMSE); Escala de Depresión Geriátrica (GDS); Prueba de dibujo del reloj; Prueba de Aprendizaje Verbal de California (CVLT); Intervalo de Dígitos y Amplitud Visual de la Escala de Memoria de Wechsler; Trail-Making Test (TMT-A y TMT-B) para las funciones ejecutivas; Test de Fluidez Verbal de Ratisbona (RWT).

Para verificar si los datos mantenían una distribución normal, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y al no ser así, se decidió usar la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U para estudiar las disimilitudes entre los grupos. Además, se calcularon los efectos mediante el estadístico de coeficiente de determinación (R^2), con la finalidad de estimar cuánta variación comparten las variables comparadas. Según los valores de referencia (todos son significativos en mayor o menor medida), un R^2 de 0.01 se considera un efecto pequeño, 0.09 representa un efecto moderado, y 0.25 o más indica un efecto grande.

Los resultados de este estudio evidenciaron que, en pacientes con EA verificada, la sintomatología depresiva se manifiesta con un mayor deterioro de la función ejecutiva, esto basado en los siguientes hallazgos. Para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) la mediana fue de 2.0 (IQR 1.0–3.0; $P=0.000$) en los pacientes con EA sin depresión (nAD), y 8.0 (IQR 6.0–11.0) en los EA que tenían depresión (dAD), obteniendo un $R^2 = 0.74$, lo que refleja un efecto grande y confirma la diferencia de cada grupo respecto a la sintomatología. En el intervalo de dígitos hacia atrás (Wechsler), ambos grupos tuvieron mediana de 4.0 (IQR 3.0–5.0; $P=0.048$) y $R^2 = 0.02$, indicando que en los dos el rendimiento fue igual de malo. En la prueba de dibujo del reloj la mediana fue 3.0 (IQR: 2.0–4.0; $P=0.050$) en ambos, y $R^2 = 0.02$, repitiéndose el patrón en ambos grupos e interpretándose al igual que en la anterior prueba. En las funciones ejecutivas, el TMT-A obtuvo una mediana de 70.5 s (IQR: 51.3–97.8) en nAD frente a 92.0 s (IQR: 65.0–121.5) en dAD ($p = 0.004$), resultando en un $R^2 = 0.05$, que muestra que el grupo dAD respondió más lento, y presentándose como la única área con un rendimiento diferente. De igual

manera ocurre en el TMT-B, observando que el grupo nAD tuvo una mediana de tiempo de 199.0s (IQR: 155.3–264.8), y el grupo dAD tuvo una mediana de 215.0s (177.0–279.0) dando un $R^2 = 0.03$ ($p=0.050$).

Los autores señalan que existen funciones cognitivas que están igual de deterioradas en ambos grupos, sin embargo, las pruebas cognitivas no bastan en la distinción de EA y depresión, resaltando aún más la necesidad de realizar un abordaje correcto ante los signos y la sintomatología que se puedan presentar, pues como lo señala la literatura, la sintomatología depresiva puede presentarse como un pródromo de la demencia, siendo necesaria una intervención que abarquen todos estos aspectos. Es clave considerar tanto síntomas cognitivos como depresivos, pues un mal diagnóstico puede significar una peor evolución para la enfermedad del paciente.

En el artículo de Hong et al. (2024) se estudiaron 627 pacientes entre 60 y 98 años con deterioro cognitivo leve diagnosticado, con base al propósito de analizar la red de síntomas depresivos en personas con DCL y demencia temprana. Para ello se les aplicó: Escala Ampliada de Valoración Clínica de la Demencia (CDR), Escala de Deterioro Global (GDS) y Escala de Depresión Geriátrica versión coreana (KGDS). Se utilizó un análisis de red para indagar las relaciones entre los 30 ítems del KGDS y mediante regresión logística se identificó las conexiones más relevantes entre síntomas, representado gráficamente como se agruparon los síntomas más relacionados.

En la red se analizaron tres métricas de centralidad para determinar la relevancia de cada síntoma, siendo la fuerza (grado de conexión con otros síntomas), intermediación (función como puente entre síntomas) y cercanía (proximidad al resto de la red). La confiabilidad del análisis de red se evaluó utilizando el paquete bootnet del R project, y se revisó qué tan precisas eran las conexiones entre síntomas repitiendo el análisis 1000 veces con diferentes muestras (método bootstrapping).

Los ítems negativos más centrales por fuerza en la red fueron: ítem 2 (“me siento impotente”) y el ítem 14 (“no tengo confianza”). De ellos, el ítem 2 tuvo la fuerza más alta, y de igual manera, mostró la mayor intermediación, indicando que actúa como un síntoma puente entre otros, lo cual determina que, sentirse impotente es el síntoma más fuerte y central en la población del estudio. Así mismo, el análisis de la red demostró que el ítem 2 tuvo la relación más fuerte de toda la red con el ítem 28 (“Me canso fácilmente”),

con un peso de 1690 y con el ítem 3 (“Estoy inquieto y nervioso”), lo que parece proponer que estos dos síntomas conviven con mayor intensidad en la red de síntomas depresivos analizada. Por último, el ítem 2 también tuvo relación con otros 12 ítems del KGDS.

El estudio de Divers et al. (2022) buscó analizar la diversidad de síntomas depresivos en adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y cómo estos se relacionan de manera distinta con el deterioro cognitivo y funcional en la vida diaria. Se examinó 9154 adultos mayores de edad mínima de 50 años con diagnóstico de DCL en la visita inicial. Se utilizó la batería Uniform Data Set (UDS), diseñada para detectar cambios cognitivos en personas, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS) y el Cuestionario de Actividades Funcionales (FAQ).

Se usó un Análisis Factorial Exploratorio para entender cómo se agrupan los síntomas depresivos del GDS y posteriormente se realizó un modelo de mezcla factorial para agrupar a la población con distintos patrones de síntomas depresivos. Una vez identificadas las clases de personas con distintos perfiles de depresión, se compararon en memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva y actividades diarias. Según el análisis factorial exploratorio se eligió un modelo de tres factores los cuales fueron: satisfacción con la vida (Factor 1), afecto depresivo general (Factor 2) y retraimiento/anhedonia (Factor 3).

Siguiendo esta línea, se aplicó el modelo de mezcla con estos tres factores para identificar subgrupos de personas según sus patrones de síntomas. El modelo que mejor se ajustó fue el de seis clases, las cuales correspondían a las siguientes características: Clase 1 (somática, 27%), marcada por baja energía y problemas de memoria; Clase 2 (depresión severa, 4%), con alta presencia de todos los síntomas; Clase 3 (anhedónica, 6%), caracterizada por falta de disfrute y retraimiento; Clase 4 (memoria, 7%), con problemas de memoria pero sin síntomas emocionales severos; Clase 5 (mínimamente deprimida, 50%), con bajos niveles de todos los síntomas; y Clase 6 (baja satisfacción con la vida, 7%), donde las personas se sintieron poco satisfechas en general.

La Clase 4 (Memoria) mostró el peor desempeño en memoria, con diferencias significativas respecto a las Clases 1, 5 y 6 ($p < 0.0001 - 0.031$). Por otro lado, la Clase 3 (anhedónica) también tuvo mala memoria ($p = 0.010 - 0.015$), pero, además, presentó el peor rendimiento en atención ($p < 0.0001 - 0.025$), lenguaje ($p = 0.001$) y funciones

ejecutivas ($p = 0.002$). Así mismo, nuevamente fue la Clase 3 la cual mostró el peor rendimiento ($p < 0.0001$) en funcionamiento diario. Uno de los hallazgos más relevantes es que los síntomas específicos de la depresión, y más no la gravedad de los mismos, son los que realmente predicen el funcionamiento cognitivo y su deterioro. La anhedonia, en particular, puede afectar negativamente el funcionamiento y evolución al reducir la motivación para participar en actividades de la vida diaria, agravando el cuadro general que esté presentando el paciente. Incluso podría compartir mecanismos biológicos con el DCL, como la inflamación crónica.

Epidemiología de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo

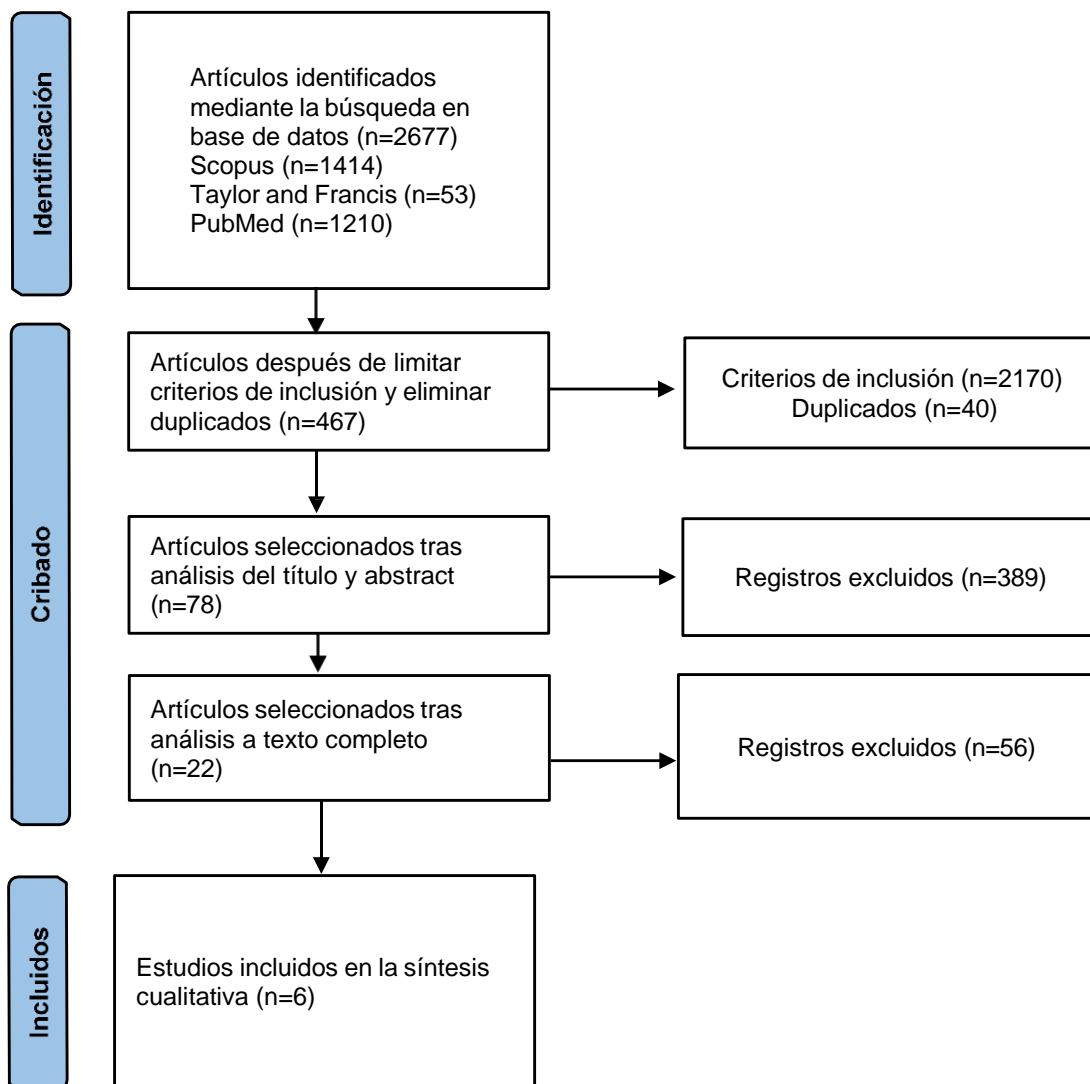
(Para un resumen del contenido de cada estudio revisar el *anexo B2*)

Para este objetivo se trabajó con un total de 2677 artículos obtenidos de la ecuación de búsqueda y distribuidos de la siguiente manera: 1414 artículos en Scopus, 1210 en PubMed y 53 en Taylor and Francis. Al aplicar los criterios de inclusión, el número de artículos se disminuyó a 507, y al eliminar los duplicados entre las bases de datos, resultaron 467 artículos.

Después del análisis del título y resumen de cada artículo, se filtró un total de 389 artículos en esta fase, quedando 78 artículos para su evaluación a texto completo. Durante este filtro, 56 artículos fueron desechados por no cumplir con los criterios de elegibilidad, derivando en un total de 22 artículos con potencial de selección para el filtrado definitivo, obteniendo como resultado final, 6 artículos que fueron incluidos en la síntesis cualitativa, al ser considerados relevantes y adecuados para abordar el objetivo planteado. (Ver figura 2)

Figura 2

Resultados de los procesos de búsqueda y selección para el objetivo 2



El estudio transversal de Golüke et al. (2022) se propuso investigar la relación entre la calcificación de los ganglios basales (BGC) y los síntomas depresivos en 1054 adultos mayores de entre 53 y 96 años con deterioro cognitivo leve o demencia, por ende se aplicó una tomografía computarizada del cerebro, una escala de Depresión Geriátrica (GDS) y una Evaluación médica estándar (Examen médico y neurológico completo, electrocardiograma, análisis de laboratorio, evaluación cognitiva, factores y enfermedades cardiovasculares). Para comprobar que se evaluó de forma consistente las BGC, se usó el índice kappa de Cohen, luego, se aplicaron modelos de regresión logística binaria para analizar la relación entre las mismas y los síntomas depresivos. Los resultados se expresaron como odds ratios con intervalos de confianza del 95%, y se consideró significativo todo valor de p menor a 0.05.

El porcentaje de pacientes diagnosticados con demencia fue del 66.8%, el resto tenía un diagnóstico de DCL y un porcentaje de 33.2%. En total, hubo 223 pacientes (21.2%) que tenían una puntuación GDS indicativa de síntomas depresivos.

El estudio transversal de Song et al. (2019a) asumió como propósito analizar la calidad de vida vinculada a la salud y descubrir qué factores están más relacionados con ella en una población de 204 adultos mayores chinos de 60 años o más, que presentaban deterioro cognitivo leve (DCL). Se utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario QOL-AD-C (versión china de la Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer); una ficha sociodemográfica; el MoCA (Montreal Cognitive Assessment); el FAQ-C (versión china del Cuestionario de Actividades Funcionales); la GDS-C (Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems, versión china); y el PSQI-C (Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, versión china).

Se utilizó estadísticos descriptivos para los participantes y se exploró el nexo entre la calidad de vida y otras variables usando correlaciones Pearson y Spearman. Para los factores sociodemográficos se aplicaron pruebas t para encontrar diferencias notables entre grupos. Después, se hizo un análisis más profundo mediante una regresión jerárquica, que fue incorporando grupos de variables por etapas: (1) datos personales, (2) relacionados con la enfermedad, (3) síntomas depresivos, y (4) calidad del sueño. El valor p se estableció en 0.05.

El promedio de la evaluación en la escala GDS fue de 5.69 con una desviación estándar de 3.87. El 25.1% de los participantes fueron identificados como posibles casos de depresión clínica.

Goodwin et al. (2023) realizó una investigación transversal en donde se propuso estudiar a 12.494 adultos mayores de 50 años o más (edad media= 73.9; DE=9.37) con demencia (77.6%) y deterioro cognitivo leve (22.4%), teniendo como objetivo visualizar la comorbilidad y la profundidad de los síntomas neuropsiquiátricos en la Enfermedad Alzheimer. El estado cognitivo se clasificó en cuatro categorías (cognición normal, deterioro no cognitivo leve, deterioro cognitivo leve y demencia) y la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer se categorizó en cinco niveles según su contribución al deterioro. Se usaron tres instrumentos: el Cuestionario de Actividades Funcionales

(FAQ), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el Clinical Dementia Rating (CDR) y como medida principal se utilizó el NPI-Q.

Se utilizó un análisis de redes para los síntomas del NPI-Q, en el cual mediante regresiones logísticas se eliminaron los bordes débiles de la red, aplicando la regla OR para seleccionar las conexiones finales. Los pesos de los bordes se calcularon como el promedio de los coeficientes de regresión bidireccionales y la visualización de la red se realizó con el algoritmo Fruchterman-Reingold. La centralidad se visualizó mediante las medidas de, fuerza del nodo, influencia esperada y resistencia. Por último, la precisión y estabilidad de la red se evaluaron mediante bootstrapping para observar la precisión de los pesos de los bordes, la estabilidad de las medidas de centralidad y las diferencias estadísticas entre bordes y nodos.

Los participantes indicaron la presencia de tres o más síntomas según el NPI-Q. En el grupo con deterioro cognitivo leve (DCL), el promedio fue de 2.75 síntomas (DE = 1.82), mientras que en el grupo con demencia fue de 3.90 síntomas (DE= 2.32). La gravedad general se situó en leve, con una puntuación promedio de 3.78 (DE = 3.32) en DCL, y 6.05 (DE = 4.78) en demencia. Sin embargo, el síntoma más representativo y frecuente fue la depresión-disforia (promedio= 0.70%; DE = 0.50), seguido de ansiedad, apatía-indiferencia e irritabilidad-labilidad, todos con un promedio de 0.46 y DE de 0.50.

El estudio transversal de Mohan et al. (2019) estuvo orientado a estimar la proporción y elementos relacionados con el deterioro cognitivo leve en 426 adultos mayores de 60 años o más. Se analizó variables sociodemográficas mediante una entrevista estructurada, también factores de estilo de vida (incluyó actividad física regular, consumo de alcohol y tabaco, y participación en actividades de ocio en el hogar) y comorbilidades (antecedentes de enfermedades). Con el objetivo de constatar la presencia de depresión y ansiedad, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y para el deterioro cognitivo leve se midió utilizando la versión en malayalam del Examen Cognitivo de Addenbrooke (m-ACE). La funcionalidad en la vida diaria se evaluó mediante la Escala de Habilidades Cotidianas para la India (EASI), se aplicaron los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV) y del Consorcio Europeo de la Enfermedad de Alzheimer.

Se utilizó una regresión logística binaria para establecer los factores que se asociaban con el DCL, y se llevó a cabo una selección intencional de las variables para crear el modelo de regresión final.

Se hallaron seis patrones distintos de estado cognitivo. El patrón A representó cognición normal, el patrón D se corresponde con deterioro cognitivo leve (DCL), y el patrón F con demencia. La prevalencia de DCL fue del 26.06% (111 personas), mientras que el 5.63% (24 pacientes) fueron diagnosticados con demencia. Se compararon los individuos del patrón D con aquellos con el patrón A, encontrando cinco factores significativamente asociados al DCL. Uno de estos factores fue la presencia de depresión, con un OR de 2.17 ($p = 0.009$), presentándose como un factor de riesgo para DCL. Según los autores, la presencia de depresión debe abordarse con el mismo énfasis que el mismo deterioro cognitivo, ya que existe evidencia científica de la manifestación de síntomas depresivos como un pródromo para posibles evoluciones hacia EA u otros tipos de demencia, manifestándose de manera similar y complicando el abordaje del paciente.

El estudio de diseño transversal llevado a cabo por Song et al. (2019b) se planteó proporcionar un análisis sobre los factores sociodemográficos asociados con la enfermedad y el estilo de vida asociados con los síntomas depresivos en 154 Adultos de edad avanzada (60 años más) con diagnóstico de deterioro cognitivo leve que viven en la comunidad. Se aplicaron los siguientes reactivos: Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems (versión china, GDS-C); Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos de 20 ítems (versión china, MOS-SSS-C); Cuestionario Internacional de Actividad Física en su versión corta (versión china, IPAQ-SF-C); Evaluación Cognitiva de Montreal (versión china, MoCA-C); Inventario de Memoria para chinos (MIC); Escala visual analógica EuroQoL; Cuestionario de Actividades Funcionales (versión china, FAQ-C).

Fueron llevados a cabo análisis de correlación (Pearson y Spearman) para examinar asociaciones bivariadas entre variables, pruebas t independientes para comparar diferencias en síntomas depresivos según características nominales, y modelos de regresión múltiple con selección hacia atrás para identificar los factores significativamente asociados. Además, se realizaron diagnósticos de regresión y un análisis de sensibilidad que incluyó la exclusión de participantes mayores de 85 años y una regresión logística binaria. El criterio de significancia fue $p < 0.05$.

Los participantes informaron de una gravedad alta de síntomas depresivos, lo que se refleja en una puntuación media de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 6.79, la cual tiene un punto de corte de 10. De igual manera, se estimó que la prevalencia de participantes que tenía depresión clínica sugerida fue de 31.8%

La investigación transversal de Zhao et al. (2018) apuntó a identificar posibles factores de riesgo de depresión geriátrica, por lo cual se estudió a 945 individuos mayores de 60 años en los cuales se indagaron datos sociodemográficos y se aplicaron los siguientes reactivos: Escala de depresión geriátrica (GDS-15); Escala de calificación de apoyo social (SSRS); Escala de actividad de la vida diaria (AVD); Escala de ansiedad de autoevaluación de Zung (SAS); Mini-Examen del Estado Mental (MMSE).

Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos para determinar cómo estaban distribuidos los datos sociodemográficos de la población. Para comparar a los grupos con y sin depresión, se usaron pruebas chi cuadrado y pruebas T. Luego, se aplicaron modelos de ecuaciones de estimación generalizada con enlace logarítmico y varianzas robustas para analizar la relación entre las variables propuestas y la depresión. Los valores obtenidos se mostraron como coeficientes con intervalos de confianza del 95%, y para su confiabilidad se planteó un valor de $p < 0.05$.

Los resultados mostraron una prevalencia de depresión geriátrica del 18.8% en la evaluación inicial, sin embargo, esta disminuyó en la segunda evaluación, con una prevalencia del 13.8%. Dentro de las variables que fueron asociadas significativamente con la depresión, se encontró al deterioro cognitivo con un $OR = 1.921$ ($p < 0.001$), es decir, que tener deterioro cognitivo aumenta el riesgo de desarrollar depresión. Según los autores, estos hallazgos insinúan que la depresión se manifiesta en calidad de etapa previa al avance hacia la demencia desde un deterioro cognitivo leve.

A pesar de haber realizado múltiples intentos en la búsqueda para delimitar la incidencia de aparición de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo, los resultados fueron negativos, y justamente fue la investigación de Zhao et al. (2018) el único estudio que pudo aportar en el cumplimiento del objetivo.

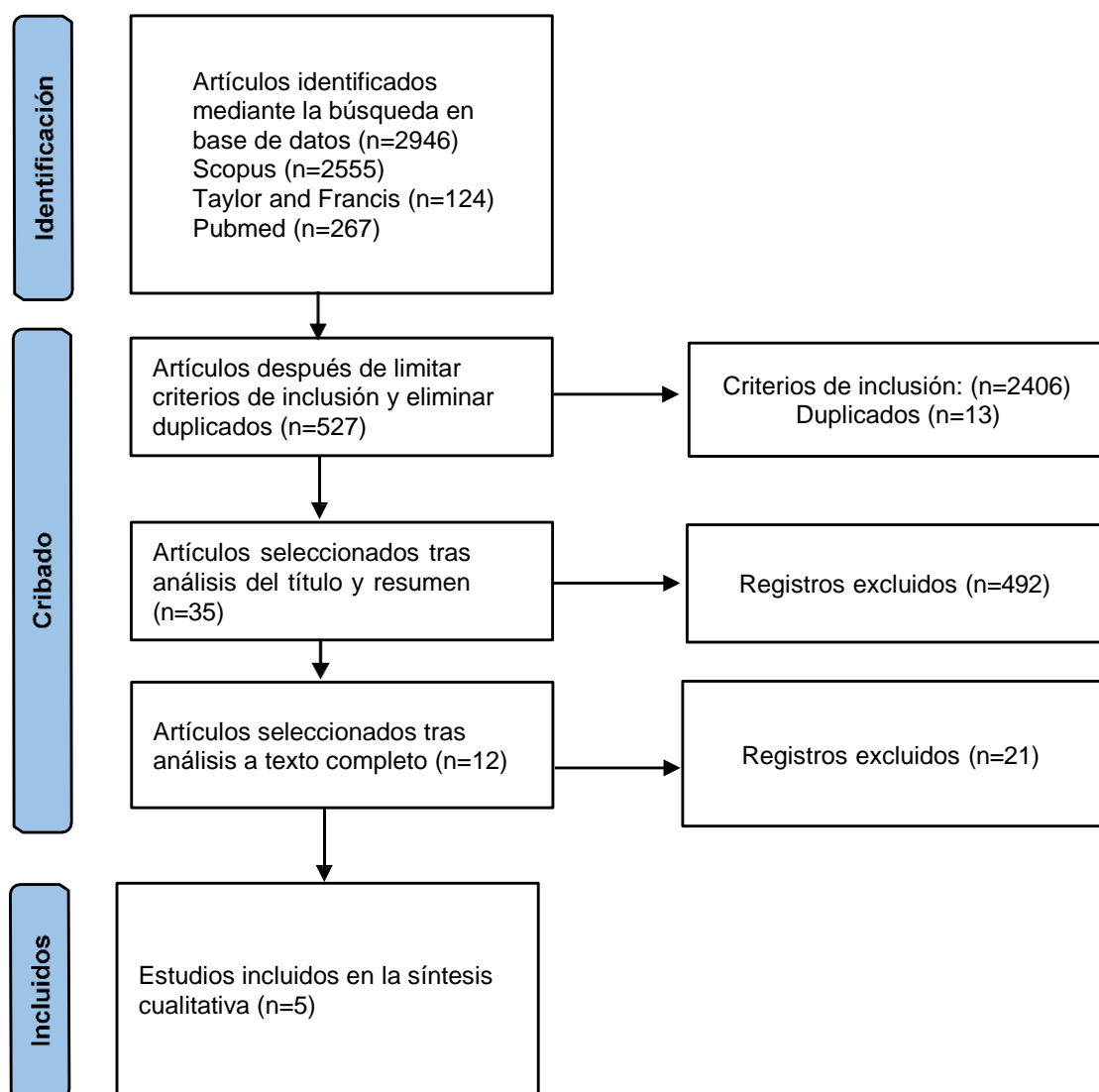
Funciones ejecutivas afectadas por la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo

(Para un resumen del contenido de cada estudio revisar el *anexo B3*)

Por último, en esta búsqueda se identificaron 2946 artículos distribuidos en 2555 artículos en Scopus, 267 en PubMed y 124 en Taylor and Francis. Tras aplicar los criterios de inclusión, el número de artículos disminuyó a 540, pasando a la eliminación de artículos duplicados entre las bases de datos, donde se encontraron 13, reduciendo la cantidad a 527 artículos. Del mismo modo, se llevó a cabo el análisis del título y resumen de los artículos, lo que desencadenó en la exclusión de 492 de ellos, y siendo elegidos un total de 35 artículos. En la evaluación a texto completo se excluyeron 21 artículos, quedando 12 para la selección final, en la que finalmente, se incluyeron 5 artículos para la síntesis cualitativa y abordaje del objetivo. (Ver figura 3)

Figura 3

Resultados de los procesos de búsqueda y selección para el objetivo 3



Biella et al. (2019) se planteó evaluar el perfil de toma de decisiones (DM) en adultos mayores con y sin deterioro cognitivo, para ello se realizó un análisis transversal de un estudio de cohorte, donde la muestra estuvo compuesta por 143 participantes divididos en tres grupos: Controles sanos (=29), deterioro cognitivo leve (=81) y demencia (=33). Se aplicaron diferentes instrumentos para diferentes áreas, en la evaluación neurocognitiva se evaluó la memoria (Hopkins Verbal Learning Test-Revised; Logical Memory Test), atención (Color Trails 1; Digit Span forward and backward-WAIS-III), lenguaje (Boston Naming Test; Fluidez Semántica (animales)), funciones visoespaciales (Line Orientation; CLOX 1) y funciones ejecutivas (Color Trails 2; Matrix Reasoning de la escala de inteligencia abreviada de Wechsler). Por otro lado, para el diagnóstico se hizo uso de la escala clínica de demencia (CDR), el cuestionario de Melbourne para la Toma de Decisiones (MDMQ), el Test de Acentuación de Palabras

(WAT-Br), el Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) para los síntomas depresivos y la escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para los síntomas de ansiedad.

Se implementó la prueba de ANOVA para comparar variables continuas y pruebas de Chi-cuadrado para comparar variables categóricas entre grupos sanos, DCL y demencia. Las diferencias entre las puntuaciones del perfil de DM se evaluaron mediante la prueba ANOVA. Se utilizó una regresión logística multinomial a fin de valorar las asociaciones entre los perfiles de DM y las variables independientes, tomando un nivel de significancia similar al de los otros estudios, con un valor $p < 0.05$.

En base al MDMQ se identificaron cuatro perfiles de DM, empezando por el perfil de vigilancia (60.6% en grupo con demencia; 64.2% en grupo con DCL) caracterizado por ser adaptativo y por analizar las situaciones con cuidado y mesura, discerniendo entre ventajas y desventajas de cada alternativa. Luego está el perfil de procrastinación (0% en grupo con demencia; 7.4% en grupo con DCL), en el cual se pospone la DM el máximo tiempo posible. Así mismo está el perfil de evitación (21.2% en grupo con demencia; 13.6% en grupo con DCL), que lleva a la persona a transferir la responsabilidad de DM a otras personas de su círculo cercano. Por último, el perfil de hipervigilancia (18.2% en grupo con demencia; 14.8% en grupo con DCL) toma un papel de decisiones impulsivas por parte de la persona con el fin de obtener un alivio lo antes posible, provocado por la incertidumbre del conflicto de decisión.

En el análisis de regresión se tomó como referencia el perfil de vigilancia por ser adaptativo y por ser el de mayor prevalencia, resultando en que, el perfil de evitación mostró una relación significativa con la presencia de síntomas depresivos ($p=0.024$) y demencia ($p=0.046$). Así mismo, se encontró que el perfil de procrastinación también estuvo relacionado con la manifestación de síntomas depresivos ($p=0.048$), siendo la única asociación significativa en este perfil.

Los autores evidenciaron que el deterioro cognitivo ya sea leve o demencia en sí, junto a la presencia de sintomatología depresiva, se asocian con un estilo de toma de decisiones desadaptativo, específicamente en los perfiles de procrastinación, que hace referencia a posponer al máximo la decisión, y con el de evitación, distinguido por

desligarse de la responsabilidad y derivar la acción a otra persona, por lo tanto, esto llega a afectar su funcionamiento diario y su seguridad.

El estudio de Divers et al. (2022) se presentó nuevamente en la síntesis cualitativa para este objetivo, como se mencionó anteriormente, el modelo de mezcla de factores reveló seis grupos de personas según sus síntomas: Clase 1 (somática); Clase 2 (depresión grave); Clase 3 (anhedónica); Clase 4 (memoria); Clase 5 (depresión mínima); Clase 6 (baja satisfacción con la vida). Estas clases fueron evaluadas y comparadas en memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva y funcionamiento diario. La clase 4 presentó el peor desempeño en memoria ($p = <.0001 - 0.031$), mientras que la clase 3 obtuvo peores resultados en la atención ($p = <.0001 - 0.025$), lenguaje ($p = 0.001$), funcionamiento diario ($p = <.0001$) y función ejecutiva ($p = 0.002$). Estas últimas incluían atención sostenida, memoria de trabajo, coordinación visomotora, velocidad de procesamiento, control inhibitorio, entre otros aspectos, que forman parte de la evaluación llevada a cabo mediante el Digit Symbol y Trail Making Test A y B. Se concluye así que, la sintomatología depresiva anhedónica fue la que demostró una capacidad inferior en el funcionamiento general a comparación del resto de clases.

De igual manera que en el estudio anteriormente, la investigación de Javaherian et al. (2019) ya descrita en el objetivo 1, también cumplió con los criterios para el cumplimiento de este objetivo, encontrando como resultado una interacción entre la depresión y la EA en etapa avanzada 2 o 3, con una correlación significativa en las áreas de memoria episódica (coeficiente de regresión= 0.96; IC: 0.31 a 1.62) y cognición global (coeficiente de regresión = 0.46; IC: 0.03 a 0.90), la cual a su vez incluía una evaluación de las funciones ejecutivas que abarcó las siguientes pruebas : Trail Making Test Part A y B; WAIS-R Digit Symbol Substitution Test; WAIS Block Design; WMS Digit Span; WMS Mental Control. Estos reactivos comprenden funciones como la atención sostenida, la velocidad de procesamiento, la ejecución de tareas, la planificación, la resolución de problemas, el control inhibitorio, la coordinación visoespacial, entre otras. Cabe recalcar que, cuando la EA se encontraba en una etapa temprana (etapa 1), los síntomas depresivos no se relacionaban con afecciones en las áreas evaluadas.

El estudio de Lang et al. (2021) empleó una muestra compuesta por 164 adultos mayores con media de edad de 72.13 (DE = 7.97) la cual se dividió en hispanoamericanos (HA) y europeo-americanos (EA), donde se estableció evaluar la influencia de las

diferencias étnicas en los síntomas depresivos y sus consecuencias en el rendimiento cognitivo en adultos mayores con (DCL) o sin deterioro cognitivo (CN). Se indagaron diferentes áreas aplicando diferentes pruebas para cada una, empezando con una evaluación neuropsicológica en la cual se evaluó memoria verbal (LASSI-L; HVLT-R; Logical Memory), denominación por confrontación (MINT), funcionamiento cognitivo visoespacial (Benson Figure Drawing; Block Design), cognición general (MMSE), función ejecutiva (Stroop CW; TMT B) y la fluidez verbal (category and phonemic fluency), ahondando específicamente en tres áreas: memoria semántica (LASSI-L), denominación por confrontación (MINT); control inhibitorio (Stroop CW). Por otra parte, para la depresión fue aplicada la Escala de Depresión Geriátrica abreviada (GDS-15), y para la aculturación se consideró necesaria la Escala Bidimensional de Aculturación (BAS).

Se aplicaron ANOVAs, pruebas chi-cuadrado y ANCOVAs para comparar variables demográficas, cognitivas y de salud entre grupos étnicos (hispanoamericanos y euroamericanos) y diagnósticos (control normal y deterioro cognitivo leve amnésico). Se realizaron regresiones escalonadas para evaluar si la depresión predecía el rendimiento en pruebas neuropsicológicas, y análisis logísticos para identificar predictores del diagnóstico, incluyendo la depresión y factores demográficos. Además, se examinó la relación entre aculturación y depresión en la muestra hispana. El valor p fue < 0.05 .

Primeramente, es necesario puntualizar que los grupos con deterioro cognitivo leve mostraron mayores síntomas depresivos, lo cual se ve reflejado en la media de ambos grupos (HA-CN: 1.94 (DE 2.08); HA-DCL: 2.70 (DE 2.53); EA-CN: 1.26 (DE 1.60); EA-DCL: 2.19 (DE 2.91)). Se realizaron tres regresiones escalonadas para predecir el rendimiento de las pruebas en los grupos CN y DCL del grupo EA, obteniendo que los niveles altos de depresión predijeron un peor rendimiento en denominación por confrontación y memoria semántica. En la prueba MINT (denominación por confrontación) la depresión fue el único predictor significativo en todos los pasos. En el primer paso, explicó el 13% de la varianza ($p = 0.003$), y continuó siendo significativa incluso al añadir otra variable. Para la prueba LASSI-L (memoria semántica), la depresión también fue significativa inicialmente, explicando el 8% de la varianza, sin embargo, al incluir edad y MMSE, la varianza explicada aumentó al 38%, con la edad y el MMSE como predictores significativos. En la prueba Stroop CW, la depresión no fue significativa.

El estudio transversal de Hyun-Lee et al. (2019) investigó la asociación diferencial entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en pacientes afectados por deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer (EA), trabajando con una población total de 2971 dividida en 1724 pacientes con DCL y 1247 pacientes con EA, a los cuales se les evaluó la función cognitiva mediante la batería Seoul Neuropsychological Screening Battery (SNSB), que abarca cinco áreas específicas (atención, lenguaje, función visoespacial, memoria y función ejecutiva). También se utilizó la escala de depresión geriátrica versión coreana (KGDS). Para las funciones ejecutivas fueron utilizados el Controlled Oral Word Association Test, y el Stroop Test, atribuidos principalmente a capacidades como la atención sostenida, control inhibitorio, planificación, secuenciación, entre otros.

Inicialmente, se aplicó un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) unidireccional a efectos de analizar la asociación entre la gravedad de la depresión y la función cognitiva en los grupos DCL y EA. En secuencia, un análisis de covarianza de una vía (ANCOVA) unidireccional verificó si las puntuaciones de la batería aplicada diferían de manera significativa en función con el nivel de síntomas depresivos en cada uno de los dominios evaluados. Posterior a lo realizado, un MANCOVA bidireccional analizó si la interacción entre la gravedad de la depresión y el nivel de deterioro cognitivo afectó la función cognitiva. Finalmente, un ANCOVA bidireccional verificó esa interacción en cada dominio.

El MANCOVA realizado en el grupo DCL, en el que se comparó los resultados de la función cognitiva de los depresivos con los no depresivos indicaron un efecto multivariado significativo (λ de Wilks = 0.962, $F(5, 1719) = 13.368$, $p < 0.001$), por ende, se realizó un ANCOVA unidireccional para cada área en donde se encontró que, existieron diferencias en las medias de las áreas de memoria, visoespaciales, y función ejecutiva, más no en la atención ni lenguaje. Las personas sin depresión obtuvieron una media en visoespacial de 29.94 frente a 28.23 en el grupo con depresión ($F = 12, 495$; $p < 0.001$); en memoria, 74.27 y 71.02 ($F = 16.276$; $p < 0.001$); y en función ejecutiva, 104.09 frente a 92.43 ($F = 59, 839$; $p < 0.001$). Por otro lado, mientras que, en el grupo EA el MANCOVA no reveló un efecto multivariado significativo en la función cognitiva, el ANCOVA sí mostró diferencias entre el grupo con y sin depresión, pero únicamente en la atención con media de 7.95 (DE = 2.13) en los no depresivos y 7.36 (DE = 2.12) en depresivos ($F = 7.417$; $p = 0.007$).

Se puede evidenciar que en el grupo de DCL los síntomas depresivos se correlacionaron negativamente en el desempeño de las funciones visoespaciales, memoria y funciones ejecutivas, siendo este último el que se vio mayormente afectado y que, por ende, presenta mayores daños en funciones como la atención sostenida, control inhibitorio, planificación o secuenciación. Por otro lado, en el grupo EA, solo se registró una asociación evidente entre la depresión y la atención. Según la investigación, en fases iniciales del deterioro la depresión actúa de manera mucho más agresiva en el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores, mientras que, en la EA, la gravedad del efecto no luce tan notoria, justamente por el daño estructural y funcional ya instalado en la persona.

Conclusiones

La sintomatología depresiva en adultos mayores con deterioro cognitivo se manifiesta principalmente mediante una disminución en las capacidades mentales. Dos estudios identificaron a la impotencia como el síntoma depresivo con la mayor prevalencia entre la población con deterioro cognitivo, y, además se identificó como el más fuerte y central entre las distintas manifestaciones sintomatológicas que se suelen observar en esta población, presentándose también como el que indica mayor intermediación o relación con otros entre toda la red de síntomas. Por otro lado, en otro estudio, uno de los síntomas identificados además de la impotencia fue la anhedonia, que a comparación de otro tipo de sintomatologías como depresión severa o con contenido en problemas de memoria, fue la que evidenció mayores problemas en atención, lenguaje, funciones ejecutivas y funcionamiento diario, teniendo además dificultades en memoria.

Teniendo en cuenta estos últimos hallazgos, en casos de demencia las señales son similares, pues en dos estudios se encontró que en la Enfermedad Alzheimer confirmada y de etapa dos o tres, la depresión se puede observar de manera relativamente parecida a como se presenta en el deterioro cognitivo, con complicaciones en las áreas de memoria episódica y cognición global (abarca también las funciones ejecutivas), por parte de un estudio, y, con un deterioro más marcado en las funciones ejecutivas por parte del otro.

Abordando la prevalencia de población que presentaba sintomatología de depresión en presencia de DCL o EA, se pudo observar que los porcentajes encontrados entre los estudios incluidos se encontraban entre 21.2% y 31.8%, siendo también el más

común entre los pacientes que presentan síntomas neuropsiquiátricos, con un 70% de frecuencia. El único artículo hallado durante este estudio que habló sobre la incidencia de depresión Post-Deterioro cognitivo o demencia encontró que, el deterioro cognitivo aumenta casi el doble de posibilidades el riesgo de desarrollar depresión.

Los trabajos de investigación coinciden en señalar que la habilidad para retener y procesar información en la memoria se ve afectada en personas que presentan deterioro cognitivo leve, demencia y síntomas depresivos asociados; de hecho, los individuos que conviven con estas condiciones tienden a obtener resultados mucho más bajos en evaluaciones de aprendizaje verbal y recuerdo lógico. Además, la capacidad atencional también resulta mermada, así, al enfrentarse a tareas que requieren mantener la atención de forma sostenida o ejercer control inhibitorio se observa un incremento en los errores y una ralentización en los tiempos de respuesta.

Por otro lado, los patrones desadaptativos en la toma de decisiones, entre los que se incluyen la procrastinación, la evitación e hipervigilancia, evidencian un déficit en la autorregulación conductual, especialmente en la independencia para direccionar una correcta planificación hacia los conflictos presentes. En lo que concierne al lenguaje, se puede observar un descenso en tareas que implican denominación, fluidez semántica y confrontación de palabras, y, como consecuencia, la manipulación y recuperación del lenguaje, se ve limitada. Los reactivos aplicados en cada estudio ponen en evidencia problemas a la hora de desarrollar estrategias que contribuyen a la resolución de problemas. Quienes presentan deterioro cognitivo y niveles elevados de depresión suelen ejecutar estas pruebas con menor precisión o suelen tardar más de lo debido a comparación de los adultos mayores sin presencia de depresión.

La presente revisión tuvo como fortalezas la amplia búsqueda utilizada en base a la declaratoria PRISMA, pues si bien no cumple con todos los parámetros para catalogarse como una revisión sistemática en el sentido estricto, el método de síntesis e inclusión de la literatura permite abarcar únicamente los estudios que tienen alto potencial de selección para el estudio de forma objetiva y segura. Esto, sumado a que se realizaron tres búsquedas independientes por cada objetivo específico, justamente por la individualidad de cada uno de ellos, como es la sintomatología, prevalencia e incidencia, y las funciones ejecutivas afectadas en la población estudiada, permitió cumplir cada uno

de ellos y responder a la pregunta de investigación a cabalidad, lo que a su vez diferencia a esta investigación de la mayoría de revisiones bibliográficas.

Sin embargo, como en toda investigación científica, existieron limitaciones. Se identificaron pocos estudios sobre la depresión en el deterioro cognitivo, pues si bien existió una gran cantidad de artículos que abordaban estas dos condiciones, la gran mayoría se centraban únicamente en la depresión antes del deterioro cognitivo, planteándola como un factor de riesgo asociado al desarrollo de este problema, y contrario al objetivo de este estudio, que, como se ha detallado a lo largo de la revisión, pretendió determinar el impacto de la depresión y sus manifestaciones en la población adulta mayor que ya contaba con un diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia, o que hayan sido evaluados en el estudio.

Para futuras investigaciones, en vista de la poca cantidad de estudios encontrados que aborden a la sintomatología depresiva como tal, es ideal ampliar el panorama de las manifestaciones de esta patología en adultos mayores con deterioro cognitivo/demencia, pues, pese a que los resultados encontraron que se observaba en su mayoría una disminución de las capacidades cognoscitivas de los pacientes, nuevos estudios podrían enfocarse en abordar esta área específicamente desde la clínica de la enfermedad, incluyendo el aspecto cognitivo, afectivo, somático y conductual. De igual manera, únicamente se encontró un estudio que abarque un área específica propia de las funciones ejecutivas (toma de decisiones), por ende, futuras líneas de investigación pueden plantearse estudiar dominios propios de estas funciones mediante pruebas específicas para el área evaluada, incluyendo además un modelo de funciones ejecutivas en el cual basarse y no hacerlo desde una definición global.

Los hallazgos del estudio actual ofrecen información clave no solo para profesionales de la salud mental, sino igualmente para los profesionales de la salud que atienden a adultos mayores, principalmente en la detección temprana y prevención de demencia, pues como se detalló, la presencia de depresión en etapas tempranas de deterioro cognitivo y en adultos normales se manifiesta en mayor proporción con un agravamiento en el deterioro de las capacidades cognitivas, por ende, signos de un peor rendimiento en este aspecto pueden indicar una posible evolución, ya sea hacia deterioro cognitivo leve, o hacia Enfermedad de Alzheimer, recalcando la importancia de una evaluación holística y multidisciplinaria entre psicólogos y profesionales de la salud.

Referencias

- Aajami, Z., kazazi, L., Toroski, M., Bahrami, M., & Borhaninejad, V. (2020). Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *Journal of caring sciences*, 9(3), 148–153. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.022>
- Abd-alrazaq, A., Alhuwail, D., Ahmed, A., & Househ, M. (2022). Effectiveness of Serious Games for Improving Executive Functions Among Older Adults With Cognitive Impairment: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Serious Games*, 10(3). <https://doi.org/10.2196/36123>
- Ardila, A., & Roselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. Editorial El Manual Moderno, S.A.
- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., & Xiang, Y. T. (2022). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and Ageing*, 51(8), 1–14. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAC173>
- Barkley, R. (2012). *Executive Functions: what they are, how they work, and why they evolved*. The Guilford Press.
- Biella, M. M., De Siqueira, A. S. S., Borges, M. K., Ribeiro, E. S., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Apolinario, D., & Aprahamian, I. (2020). Decision-making profile in older adults: The influence of cognitive impairment, premorbid intelligence and depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 32(6), 697–703. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001029/ASSET/46A8D20F-3D5E-4B3B-8273-A01FBA7B198A/MAIN.ASSETS/TAB4.JPG>
- Cabrera, J., Mazón, J., Loja, E., & Viñanzaca, J. (2024). Deterioro cognitivo en población adulta mayor de Cuenca, Ecuador. *FACSALUD-UNEMI*, 8(14), 80-88. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol8iss14.2024pp80-88p>
- Camacho, J., & Galán, J. (2020). Depression and Cognitive Impairment in Institutionalized Older Adults. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(1), 107–120. <https://doi.org/10.1159/000508626>
- Camacho, J., & Galán, J. (2021). La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. *Psicología:*

- Teoria e Pesquisa*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Chul-Lee, B., Choe, Y. M., Suh, G. H., Keum, M., Kim, S. G., Kim, H. S., Hwang, J., Yi, D., & Kim, J. W. (2024). Implications of helplessness in depression: diagnosing mild cognitive impairment and analyzing its effects on cognitive decline in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, 1378676. <https://doi.org/10.3389/FNAGI.2024.1378676/BIBTEX>
- Corbo, I., & Casagrande, M. (2022). Higher-Level Executive Functions in Healthy Elderly and Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/jcm11051204>
- Corbo, I., Troisi, G., Marselli, G., & Casagrande, M. (2024). The role of cognitive flexibility on higher level executive functions in mild cognitive impairment and healthy older adults. *BMC Psychology*, 12(317). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01807-5>
- Corpas, J., Gilbody, S., & McMillan, D. (2022). Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.085>
- Divers, R., Robinson, A., Miller, L., Davis, K., Reed, C., & Calamia, M. (2022). Examining Heterogeneity in Depression Symptoms and Associations with Cognition and Everyday Function in MCI. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 44(3), 185-194. <https://doi.org/10.1080/13803395.2022.2102154>
- Federman, A. D., Becker, J., Carnavali, F., Rivera Mindt, M., Cho, D., Pandey, G., Chan, L., Curtis, L., Wolf, M. S., & Wisnivesky, J. P. (2024). Relationship Between Cognitive Impairment and Depression Among Middle Aged and Older Adults in Primary Care. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 10. https://doi.org/10.1177/23337214231214217/SUPPL_FILE/SJ-DOCX-1-GGM-10.1177_23337214231214217.DOCX
- Figuroa, M., Aguirre, D., & Hernández, R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*, 11. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>
- Golüke, N. M. S., Koek, H. L., Houter, E. M., De Brouwer, E. J. M., Claus, J. J., Staekenborg, S. S., Emmelot-Vonk, M. H., De Jong, P. A., & De Jonghe, A. (2022). Prevalence and Association of Basal Ganglia Calcifications and

- Depressive Symptoms in Patients with Mild Cognitive Impairment or Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 36(4), 335–339. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000523>
- Goodwin, G., Moeller, S., Nguyen, A., Cummings, J., & John, S. (2023). Network Analysis of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease. *Research square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2852697/v1>
- Grupo de Investigación ELHOC. (2020). Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 148, 947-955. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700947>
- Guevara, F., Díaz, A., & Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 15(26), 37-43. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>
- Guillén, J., Neyra, C., Runzer, F., & Gutiérrez, E. (2022). Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Revista Finlay*, 12(3), 262-268. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342022000300262&script=sci_arttext
- Hernández, J., Córdoba, V., & Velilla, L. (2022). Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-21. <https://doi.org/10.18270/chps.v22i1.4038>
- Hong, S., Jung, E., Moon, Y., Ryu, S.-H., & Jun, H. (2024). Network Analysis Revealed the Role of Helplessness as a Central Feature Among Late-Life Depressive Symptoms in Patients With Mild Cognitive Impairment and Early Stage Dementia. *Psychiatry investigation*, 21(4), 371–379. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0259>
- Huang, W., Zhu, W., Chen, H., Li, F., Huang, J., Zhou, Y., Sun, X., & Lan, Y. (2022). Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle-aged and elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 303, 18–23. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.01.107>
- Hyun-Lee, C., Hoon-Kim, D., & Sun-Moon, Y. (2019). Differential associations between depression and cognitive function in MCI and AD: a cross-sectional study. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1151 - 1158. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001527>
- Invernizzi, S., Simoes, I., Kandana, K., & Lefebvre, L. (2021). Late-Life Depression, Cognitive Impairment, and Relationship with Alzheimer's Disease. *Dementia and*

- Geriatric Cognitive Disorders*, 50(5), 414–424.
<https://doi.org/10.1159/000519453>
- Javaherian, K., Newman, B. M., Weng, H., Hassenstab, J., Xiong, C., Coble, D., Fagan, A. M., Benzinger, T., & Morris, J. C. (2019). Examining the complicated relationship between depressive symptoms and cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 33(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000284>
- Lang, M., Rosselli, M., Greig, M. T., Torres, V. L., Vélez-Urbe, I., Arruda, F., Barker, W. W., Garcia, P., Loewenstein, D. A., Curiel, R. E., & Duara, R. (2021). Depression and the Diagnosis of MCI in a Culturally Diverse Sample in the United States. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(2), 214–230. <https://doi.org/10.1093/ARCLIN/ACZ043>
- Lanza, C., Sejunaite, K., Steindel, C., Scholz, I., & Riepe, M. (2020). Cognitive profiles in persons with depressive disorder and Alzheimer’s disease. *Brain communications*, 2(2), fcaa206. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcaa206>
- López, M., Cruz, M., Arias, N., & Gaitán, M. (2024). Prevalencia de Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de 60 a 65 Años en la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 4043-4056. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8975
- Maier, A., Riedel, S., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLOS One*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- Mehta, K., Thandavan, S. P., Mohebbi, M., Pasco, J. A., Williams, L. J., Walder, K., Ng, B. L., & Gupta, V. B. (2022). Depression and bone loss as risk factors for cognitive decline: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 76, 101575. <https://doi.org/10.1016/J.ARR.2022.101575>
- Mejía, J., Mero, L., Apolinario, J., & Guillen, M. (2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *INSPILIP*, 5(2), 1-9. <https://doi.org/10.31790/inspilip.v5i2.38>
- Mohan, D., Iype, T., Varghese, S., Usha, A., & Mohan, M. (2019). A cross-sectional study to assess prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among older adults in an urban area of Kerala, South India. *BMJ open*, 9(3), e025473. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025473>
- Morales, C., & Alcívar, S. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una

- Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 509-520.
<https://doi.org/10.23857/pc.v6i12.3382>
- Moreira, K., Navarrete, C., & Briones, W. (2022). Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. *Journal of Science and Research*, 7(1), 320-337. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7725090>
- Moreno, M., Castillo, J., García, L., & Gómez, H. (2023). Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(3).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8319815>
- Muhammad, & Meher, T. (2021). Association of late-life depression with cognitive impairment: evidence from a cross-sectional study among older adults in India. *BMC geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02314-7>
- Ocampo, J., & Reyes, C. (2021). Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 20-29.
<https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.3>
- Parada, K., Guapisaca, J., & Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Paredes, Y., Pinzón, E., & Aguirre, D. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria*, 38(2), 59-72.
<https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.4>
- PRISMA Statement. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Salvador, A., Salvador, V., & Vela, M. (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 98-109. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1552>
- Schade, N., Medina, F., Ramírez, R., Sanchez, A., & De La Torre, L. (2022). Detección temprana de Deterioro Cognitivo Leve en personas mayores durante la pandemia: protocolo cribado online. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(4), 403-412.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400403>
- Song, D., Yu, D., Li, P., & Sun, Q. (2019). Identifying the Factors Related to Depressive Symptoms Amongst Community-Dwelling Older Adults with Mild Cognitive

- Impairment. *International journal of environmental research and public health*, *16*(18), 3449. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183449>
- Song, D., Yu, D., Li, P., He, G., & Sun, Q. (2019). Correlates of Health-Related Quality of Life Among Chinese Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Clinical interventions in aging*, *14*, 2205–2212. <https://doi.org/10.2147/CIA.S227767>
- Yuan, Y., Sung, H., Lapane, K., Rothschild, A., & Ulbricht, C. (2020). Depression Symptoms and Cognitive Impairment in Older Nursing Home Residents in the USA: A Latent Class Analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, *35*(7), 769–778. <https://doi.org/10.1002/gps.5301>
- Zhao, D., Hu, C., Chen, J., Dong, B., Ren, Q., Yu, D., Zhao, Y., Li, J., Huang, Y., & Sun, Y. (2018). Risk factors of geriatric depression in rural China based on a generalized estimating equation. *International Psychogeriatrics*, *30*(10), 1489–1497. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000030/ASSET/2342DC1E-7F02-4DA4-90FB-F6D8B14132AC/MAIN.ASSETS/TAB3.JPG>

Anexos

Anexo A. Ecuaciones de búsqueda

Objetivo 1	
Base de Datos	Ecuación de Búsqueda
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (("Symptomatology") OR ("Symptoms")) AND TITLE-ABS-KEY ("Depression") AND TITLE-ABS-KEY (("Older Adults") OR ("Older")) AND TITLE-ABS-KEY (("Cognitive Dysfunction") OR ("cognitive impairment")) AND TITLE-ABS-KEY ("cognitive") AND ALL ("depressive symptoms"))
PubMed	(Symptomatology[Title/Abstract] OR Symptoms[Title/Abstract]) AND (Depression[Title/Abstract]) AND ("Older Adults"[Title/Abstract] OR Older[Title/Abstract]) AND ("Cognitive Dysfunction"[Title/Abstract] OR "cognitive impairment"[Title/Abstract]) AND (cognitive[Title/Abstract]) AND ("depressive symptoms"[Title/Abstract])

Taylor & Francis	[[Abstract: symptomatology] OR [Abstract: symptoms]] AND [Abstract: depression] AND [[Abstract: "older adults"] OR [Abstract: older]] AND [[Abstract: "cognitive dysfunction"] OR [Abstract: "cognitive impairment"]] AND [Abstract: cognitive] AND [[Abstract: "depressive symptoms"] OR [Abstract: "symptoms of depression"]]
-----------------------------	---

Objetivo 2

Base de Datos	Ecuación de Búsqueda
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("older adults") AND TITLE-ABS-KEY ("cognitive dysfunction" OR "cognitive impairment") AND TITLE-ABS-KEY ("depression") AND TITLE-ABS-KEY ("Cross-Sectional Studies" OR "Cohort Studies" OR "Case-Control Studies" OR "cross-sectional study" OR "cohort study" OR "case-control study" OR "case-control" OR "cross sectional" OR "cohort"))
PubMed	((Older Adults[Title/Abstract]) OR (Aged[Title/Abstract])) AND ((Cognitive Dysfunction[Title/Abstract]) OR (cognitive impairment[Title/Abstract])) AND ((depressive symptoms[Title/Abstract]) OR (Depression[Title/Abstract])) AND ("cross-sectional studies"[Title/Abstract] OR "cohort studies"[Title/Abstract] OR "case-control studies"[Title/Abstract] OR "cross-sectional study"[Title/Abstract] OR "cohort study"[Title/Abstract] OR "case-control study"[Title/Abstract] OR "case-control"[Title/Abstract] OR "cross sectional"[Title/Abstract] OR "cohort"[Title/Abstract])
Taylor & Francis	[[Abstract: "older adults"] OR [Abstract: "aged"]] AND [[Abstract: "cognitive dysfunction"] OR [Abstract: "cognitive impairment"]] AND [[Abstract: "depressive symptoms"] OR [Abstract: "depression"]] AND [[All: "cross-sectional studies"] OR [All: "cohort studies"] OR [All: "case-control studies"] OR [All: "cross-sectional study"] OR [All: "cohort study"] OR [All: "case-control

study"] OR [All: "case-control"] OR [All: "cross sectional"] OR [All: "cohort"]]

Objetivo 3

Base de datos	Ecuación de búsqueda
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (depression) AND TITLE-ABS-KEY ("Cognitive Dysfunction" OR "cognitive impairment") AND TITLE-ABS-KEY ("Executive function") AND TITLE-ABS-KEY ("Older Adults" OR "aged"))
PubMed	(Depression[Title/Abstract]) AND ((Cognitive Dysfunction[Title/Abstract]) OR (cognitive impairment[Title/Abstract])) AND ((Executive function[Title/Abstract]) OR (Executive functions[Title/Abstract])) AND ((Older Adults[Title/Abstract]) OR (Aged[Title/Abstract]) OR (Older[Title/Abstract]))
Taylor & Francis	[Abstract: depression] AND [[Abstract: cognitive dysfunction] OR [Abstract: cognitive impairment]] AND [[Abstract: executive function] OR [Abstract: executive functions]] AND [[Abstract: older adults] OR [Abstract: aged] OR [Abstract: older]]

Anexo B. Tabla resumen

Anexo B1

Autor	Objetivo	Resultados	Conclusiones
Chul-Lee et al. (2024)	Analizar síntomas específicos de depresión asocian deterioro cognitivo leve (DCL).	cómo Los sentimientos de desamparo y de percepción se problemas de memoria aparecen con mayor frecuencia en adultos con DCL.	La sensación de la impotencia crónica de podría ser un vínculo común entre la depresión y el desarrollo de

			Alzheimer vía el eje HPA.
Javaherian et al. (2019)	Evaluar el impacto de síntomas depresivos en la función cognitiva de ancianos y su interacción con la EA preclínica.	En fases tempranas de EA preclínica, la depresión por sí sola no altera la cognición; en etapas más avanzadas, acompaña mayor deterioro de la memoria y la cognición global.	La depresión puede manifestarse como síntoma temprano de demencia cuando ya existe daño combinado de amiloide y tau.
Lanza et al. (2020)	Comparar perfiles cognitivos de pacientes con Alzheimer confirmado vs. pacientes con depresión, y ver cómo la depresión influye en la EA.	Ambos grupos muestran déficits similares en la mayoría de pruebas cognitivas; solo las funciones ejecutivas se resienten más cuando coexistía depresión.	Los test cognitivos por sí solos no bastan para diferenciar EA de depresión, subrayando la necesidad de evaluar también el estado afectivo.
Hong et al. (2024)	Analizar la red de síntomas depresivos en personas con DCL y demencia temprana.	“Sentirse impotente” emerge como síntoma central que conecta con fatiga e inquietud, actuando como puente en toda la red.	La impotencia es el nodo clave en la red depresiva de DCL, por lo que resulta un objetivo prioritario para intervenciones tempranas.
Divers et al. (2022)	Explorar patrones de síntomas depresivos en DCL y su relación con	Se identificaron varios perfiles depresivos, y la clase anhedónica mostró el peor	No es la intensidad global de la depresión, sino síntomas específicos (sobre todo

deterioro cognitivo y funcional.	desempeño cognitivo y funcional, más allá de la gravedad general.	la anhedonia) los que mejor predicen el deterioro cognitivo y funcional.
----------------------------------	---	--

Anexo B2

Autor	Objetivo	Resultados	Conclusiones
Golüke et al. (2022)	Se propuso investigar la relación entre la calcificación de los ganglios basales	En población de 66,8 % con demencia; 33,2 % DCL, se encontró un 21,2 % indicativo de depresión.	La calcificación de ganglios basales se asocia a más síntomas depresivos.
Song et al. (2019a)	Tuvo como propósito analizar la calidad de vida vinculada a la salud y descubrir qué factores están más relacionados con ella	Se obtuvo un 25,1 % de población con posible depresión.	Depresión y mala calidad de sueño reducen significativamente la calidad de vida.
Goodwin et al. (2023)	Visualizar la comorbilidad y la profundidad de los síntomas neuropsiquiátricos en la Enfermedad Alzheimer.	Entre la población que presentaba síntomas neuropsiquiátricos, el síntoma con mayor prevalencia fue la Depresión-disforia, con un 0,70 (70%)	La depresión-disforia es el nodo central en la red de síntomas.
Mohan et al. (2019)	Tuvo como objetivo estimar la prevalencia y factores relacionados con el deterioro cognitivo leve	Se obtuvo que, entre la población con deterioro cognitivo leve y demencia, uno de los factores de riesgo para	La depresión duplica el riesgo de DCL

		desarrollar esta patología fue la depresión. OR Depresion= 2,17	
Song et al. (2019b)	Se planteó proporcionar un análisis sobre los factores sociodemográficos asociados con la enfermedad y el estilo de vida asociados con los síntomas depresivos	Se encontró un 31,8 % de población con deterioro cognitivo leve/demencia indicativa para la depresión.	Bajo apoyo social y sedentarismo elevan los síntomas depresivos.
Zhao et al. (2018)	Tuvo como objetivo identificar posibles factores de riesgo de depresión geriátrica	Uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión fue el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. OR DCL = 1,92	El DCL casi duplica el riesgo de depresión geriátrica.

Anexo B3

Autor	Objetivo	Resultados	Conclusiones
Biella et al. (2019)	Evaluar el perfil de toma de decisiones en adultos mayores con y sin deterioro cognitivo.	Los estilos desadaptativos de decisión (evitación, procrastinación, hipervigilancia) fueron más frecuentes en personas con deterioro cognitivo. Los síntomas depresivos se relacionaron con evitación y procrastinación, y la demencia con evitación.	El deterioro cognitivo y los síntomas depresivos afectan negativamente el estilo de toma de decisiones.

Divers et al. (2022)	Analizar clases sintomáticas y su relación con funciones cognitivas.	Las personas con síntomas centrados en memoria o anhedonia mostraron un rendimiento cognitivo más bajo. La clase con anhedonia presentó el peor desempeño general en atención, lenguaje, función ejecutiva y funcionamiento diario.	Algunos perfiles depresivos específicos (anhedonia, memoria) se asocian con mayor deterioro cognitivo, especialmente en funciones ejecutivas y rendimiento funcional.
Javaherian et al. (2019)	Explorar la relación entre depresión y Alzheimer en diferentes etapas.	Solo en etapas avanzadas de Alzheimer se observó relación significativa entre depresión y afectación de la memoria episódica y cognición global. En etapas tempranas no hubo relación significativa.	La depresión agrava el deterioro cognitivo solo en fases avanzadas de Alzheimer.
Lang et al. (2021)	Evaluar diferencias en síntomas depresivos y su impacto en la cognición en adultos mayores con o sin deterioro cognitivo leve (DCL).	Los síntomas depresivos se asociaron con peor desempeño en memoria semántica y denominación por confrontación, especialmente en el grupo euroamericano. La depresión predijo el rendimiento en ciertas pruebas incluso por encima de variables demográficas.	La depresión influye negativamente en la cognición, con diferencias según grupo étnico.

Hyun-Lee et al. (2019)	Analizar la relación entre depresión y cognición en DCL y Alzheimer.	la En el grupo con deterioro cognitivo leve, la depresión se asoció con peor rendimiento en memoria, funciones visoespaciales y ejecutivas. En el grupo con Alzheimer, solo se relacionó con atención.	En fases iniciales de deterioro cognitivo, la depresión impacta más negativamente en múltiples dominios cognitivos. En Alzheimer, su efecto es más limitado.
-------------------------------	--	--	--

Erick Javier Martínez Paida portador de la cédula de ciudadanía N° **0107928194**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Impacto de la depresión en las funciones ejecutivas en personas adultas mayores con deterioro cognitivo”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **16 de septiembre del 2025**

F:.....

Erick Javier Martínez Paida

C.I. 0107928194