



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y / O DE DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

TEMA:

PREVALENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO Y SU ASOCIACIÓN CON EL
DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE
CORINTO, CAUCA, COLOMBIA. DE ENERO A MAYO DEL 2026

AUTOR:

PARRA OYOLA MERVIN FELIPE

MARIN SOLARTE LINA VANESSA

TUTOR:

MSC. KATHERINE DENISSE SUAREZ GONZALEZ

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de
Milagro Presente.

Yo, **Lina Vanessa Marín Solarte y Mervin Felipe Parra Oyola,,** en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Desarrollo Psicosocial y Calidad de Vida** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **27 de Mayo del 2026**



Lina Vanessa Marín
Solarte



Mervin Felipe Parra
Oyola



Lina Vanessa Marín Solarte
C.I.: 1112459151

Mervin Felipe Parra Oyola
C.I.: 1114881875

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Katherine Denisse Suárez González**, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado por por **Lina Vanessa Marín Solarte y Mervin Felipe Parra Oyola**,, cuyo tema es **Prevalencia de Síndrome Depresivo y su asociación con el Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca, Colombia. De enero a mayo del 2026**, que aporta a la Línea de Investigación **Desarrollo psicosocial y calidad de vida**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 27 de Mayo del 2026



Validar únicamente en EIDASS
Firmado electrónicamente por:
**KATHERINE DENISSE
SUAREZ GONZALEZ**

Katherine Denisse Suarez Gonzalez

C.I.: 0941534570

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los diecinueve días del mes de junio del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LCDO FT PARRA OYOLA MERVIN FELIPE, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CORINTO, CAUCA, COLOMBIA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgtrnyd SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA en calidad de Vocal; y, JIMENEZ SANCHEZ ANGEL DANIEL que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	60.00
DEFENSA ORAL	39.64
PROMEDIO	99.64
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



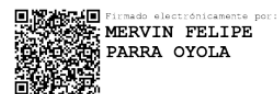
MED. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



MGTRNYD SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA
VOCAL



JIMENEZ SANCHEZ ANGEL DANIEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



PARRA OYOLA MERVIN FELIPE
MAESTRANTE

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los diecinueve días del mes de junio del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LCDO FT MARIN SOLARTE LINA VANESSA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CORINTO, CAUCA, COLOMBIA**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Med. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN, Presidente(a), Mgtrnyd SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA en calidad de Vocal; y, JIMENEZ SANCHEZ ANGEL DANIEL que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	60.00
DEFENSA ORAL	39.65
PROMEDIO	99.65
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



MED. SUAREZ GONZALEZ ERIK STEVEN
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



MGTRNYD SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA
VOCAL



JIMENEZ SANCHEZ ANGEL DANIEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



MARIN SOLARTE LINA VANESSA
MAESTRANTE

Dedicatoria

A Isabela García Marín Dedico este logro, fruto del esfuerzo, la constancia y la perseverancia, quien ha sido la inspiración más grande para continuar avanzando aun en los momentos más difíciles.

Cada página escrita, cada noche de desvelo y cada sacrificio realizado durante este camino tuvieron siempre un propósito: construir un mejor futuro y demostrarles que los sueños se alcanzan con disciplina, amor y dedicación.

Has sido la motivación diaria, la luz que impulsa mis pasos y la razón más profunda para seguir creciendo como profesional y como ser humano. Espero que este logro te enseñe que no existen límites cuando se trabaja con el corazón y que cada meta alcanzada vale la pena cuando se hace pensando en quienes más amamos.

Con todo mi amor, esta tesis es también para ti.

Lina Vanessa Marin Solarte

Este logro, fruto del esfuerzo, la constancia y la perseverancia, quien ha sido la inspiración más grande para continuar avanzando aun en los momentos más difíciles.

Cada página escrita, cada noche de desvelo y cada sacrificio realizado durante este camino tuvieron siempre un propósito: construir un mejor futuro y demostrarles que los sueños se alcanzan con disciplina, amor y dedicación.

Has sido la motivación diaria, la luz que impulsa mis pasos y la razón más profunda para seguir creciendo como profesional y como ser humano. Espero que este logro te enseñe que no existen límites cuando se trabaja con el corazón y que cada meta alcanzada vale la pena cuando se hace pensando en quienes más

amamos.

Con todo mi amor, esta tesis es también para ti.

Mervin Felipe Parra Oyola

Agradecimientos

A Dios, por brindarme la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar este importante logro académico y personal.

A mi familias, quienes fueron mi mayor apoyo durante este camino, por su paciencia, comprensión y amor incondicional en cada etapa de este proceso. Gracias por creer en nosotros aun en los momentos más difíciles y por motivarnos siempre a seguir adelante.

A mis amigos y compañeros, quienes hicieron parte de esta experiencia académica, compartiendo conocimientos, aprendizajes, esfuerzos y palabras de ánimo que fortalecieron nuestro crecimiento profesional y humano.

Expreso un especial agradecimiento al Centro Vida para el Adulto Mayor del Municipio de Corinto y a la Secretaría de Salud Municipal de Corinto por abrírnos sus puertas, brindarnos su acompañamiento y permitir el desarrollo de este proceso investigativo al servicio de la comunidad.

A los adultos mayores del municipio de Corinto y a cada uno de los grupos de adulto mayor, mi más profundo agradecimiento por su disposición, confianza y valiosa participación, ya que sin ustedes este trabajo no habría sido posible. Su experiencia, sabiduría y aportes dieron sentido y valor a esta investigación.

A la Universidad Estatal de Milagro, por contribuir a nuestra formación académica y profesional, brindándonos las herramientas necesarias para fortalecer nuestros conocimientos y competencias.

A cada uno de los docentes que hicieron parte de nuestra formación durante la maestría, gracias por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, dejando una huella significativa en nuestro crecimiento profesional.

Finalmente, expresó mi más sincera gratitud a nuestra asesora de tesis, por su orientación, acompañamiento, dedicación y compromiso durante todo el desarrollo de esta

investigación. Su apoyo y conocimientos fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

A todos quienes hicieron parte de este proceso, gracias por contribuir al cumplimiento de este sueño que hoy se convierte en una realidad.

Lina Vanessa Marín Solarte.

A Dios, por brindarme la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar este importante logro académico y personal.

A mi familias, quienes fueron mi mayor apoyo durante este camino, por su paciencia, comprensión y amor incondicional en cada etapa de este proceso. Gracias por creer en nosotros aun en los momentos más difíciles y por motivarnos siempre a seguir adelante.

A mis amigos y compañeros, quienes hicieron parte de esta experiencia académica, compartiendo conocimientos, aprendizajes, esfuerzos y palabras de ánimo que fortalecieron nuestro crecimiento profesional y humano.

Expreso un especial agradecimiento al Centro Vida para el Adulto Mayor del Municipio de Corinto y a la Secretaría de Salud Municipal de Corinto por abrírnos sus puertas, brindarnos su acompañamiento y permitir el desarrollo de este proceso investigativo al servicio de la comunidad.

A los adultos mayores del municipio de Corinto y a cada uno de los grupos de adulto mayor, mi más profundo agradecimiento por su disposición, confianza y valiosa participación, ya que sin ustedes este trabajo no habría sido posible. Su experiencia, sabiduría y aportes dieron sentido y valor a esta investigación.

A la Universidad Estatal de Milagro, por contribuir a nuestra formación académica y profesional, brindándonos las herramientas necesarias para fortalecer nuestros conocimientos y competencias.

A cada uno de los docentes que hicieron parte de nuestra formación durante la maestría, gracias por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, dejando una huella significativa en nuestro crecimiento profesional.

Finalmente, expresó mi más sincera gratitud a nuestra asesora de tesis, por su orientación, acompañamiento, dedicación y compromiso durante todo el desarrollo de esta investigación. Su apoyo y conocimientos fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

A todos quienes hicieron parte de este proceso, gracias por contribuir al cumplimiento de este sueño que hoy se convierte en una realidad.

Mervin Felipe Parra Oyola

Resumen

El envejecimiento poblacional en contextos rurales e históricamente vulnerados arrastra consigo determinantes sociales que impactan de forma severa la salud mental y neuropsicológica de la población geriátrica. La presente investigación tuvo como objetivo primordial determinar la prevalencia del síndrome depresivo y su asociación con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Municipio de Corinto, Cauca, Colombia, durante el periodo de enero a mayo del año 2026. Se implementó un estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, de alcance descriptivo, analítico y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 360 adultos mayores seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de los datos se aplicó una ficha sociodemográfica ad hoc, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada (GDS-15) y el Mini-Mental State Examination (MMSE), este último interpretado bajo los criterios psicométricos y baremos corregidos por escolaridad validados para Colombia. Los resultados sociodemográficos revelaron un predominio del sexo femenino (62.50%) y una marcada vulnerabilidad educativa, caracterizada por un 31.94% de analfabetismo y un 55.83% con instrucción básica primaria incompleta o completa. La prevalencia global de síndrome depresivo se situó en el 25.56% ($n = 92$), identificándose además que el 55.56% de la muestra total experimenta un profundo sentimiento de vacío existencial. Por su parte, la prevalencia global de deterioro cognitivo alcanzó el 22.50% ($n = 81$), evidenciando un perfil de fallos neuropsicológicos concentrados selectivamente en las subescalas de atención y cálculo (57.22% de error) y recuerdo diferido a corto plazo (55.28% de error). El análisis inferencial bivariado determinó que el sexo biológico no se asocia significativamente con ninguna de las patologías ($p > 0.05$), mientras que la edad avanzada (≥ 80 años) y el analfabetismo actúan como potentes determinantes de afectación. El análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística binaria purificó la relación principal al controlar

los efectos confusores de la edad y el sexo, consolidando al síndrome depresivo como un predictor independiente y directo de primer orden, con un Odds Ratio Ajustado (ORa) de 3.27 (IC 95%: 1.94 – 5.52; $p < 0.001$). Se concluye que los adultos mayores que padecen síndrome depresivo en el municipio triplican la probabilidad de desarrollar de forma simultánea un deterioro en sus funciones mentales superiores. Estos hallazgos validan la hipótesis de investigación y fundamentan la urgencia de reestructurar las guías de práctica clínica en la Atención Primaria en Salud (APS), promoviendo tamizajes oportunos integrales y programas de estimulación cognitiva comunitaria orientados a fortalecer la reserva cognitiva y salvaguardar la autonomía funcional de la población anciana rural.

Palabras clave: Síndrome depresivo, Deterioro cognitivo, Adulto mayor, Reserva cognitiva, Atención Primaria en Salud.

Abstract

Population aging in rural and historically vulnerable contexts carries social determinants that severely impact the mental and neuropsychological health of the geriatric population. The primary objective of this research was to determine the prevalence of depressive syndrome and its association with cognitive impairment in older adults in the Municipality of Corinto, Cauca, Colombia, from January to May 2026. A quantitative approach study was implemented, with an observational, descriptive, analytical, and cross-sectional design. The sample consisted of 360 older adults selected through non-probabilistic convenience sampling. Data collection was carried out using an ad hoc sociodemographic file, the shortened Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the Mini-Mental State Examination (MMSE), the latter interpreted under psychometric criteria and scale scores corrected by educational level validated for Colombia. Sociodemographic results revealed a predominance of the female sex (62.50%) and a marked educational vulnerability, characterized by 31.94% illiteracy and 55.83% with incomplete or complete basic primary education. The overall prevalence of depressive syndrome stood at 25.56% ($n = 92$), further identifying that 55.56% of the total sample experiences a deep feeling of existential emptiness. On the other hand, the overall prevalence of cognitive impairment reached 22.50% ($n = 81$), showing a profile of neuropsychological failures selectively concentrated in the attention and calculation subscales (57.22% error) and short-term delayed recall (55.28% error). Bivariate inferential analysis determined that biological sex is not significantly associated with either pathology ($p > 0.05$), while advanced age (≥ 80 years) and illiteracy act as potent determinants of impairment. Multivariate analysis using a binary logistic regression model purified the main relationship by controlling for the confounding effects of age and sex, consolidating depressive syndrome as an independent and direct first-order predictor, with an Adjusted

Odds Ratio (aOR) of 3.27 (95% CI: 1.94 – 5.52; $p < 0.001$). It is concluded that older adults suffering from depressive syndrome in the municipality triple the probability of simultaneously developing impairment in their higher mental functions. These findings validate the research hypothesis and justify the urgency of restructuring clinical practice guidelines in Primary Health Care (PHC), promoting comprehensive and timely screenings and community cognitive stimulation programs aimed at strengthening cognitive reserve and safeguarding the functional autonomy of the rural elderly population.

Keywords: Depressive syndrome, Cognitive impairment, Older adult, Cognitive reserve, Primary Health Care.

Lista de Tablas

Tabla 1: Características Sociodemográficas de los Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	41
Tabla 2: Prevalencia y Niveles de Severidad del Síndrome Depresivo en los Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	42
Tabla 3: Prevalencia de Deterioro Cognitivo (MMSE) bajo Criterios de Ajuste por Escolaridad en los Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	43
Tabla 4: Análisis Frecuencial de Respuestas Individuales de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en la Población de Estudio	45
Tabla 5: Rendimiento Medio y Porcentaje de Eficacia por Dominios Cognitivos del Mini-Mental State Examination (MMSE) en la Población de Estudio	46
Tabla 6: Prevalencia de Alteraciones y Errores Específicos en las Tareas Clínicas del Mini-Mental State Examination (MMSE)	48
Tabla 7: Análisis Bivariado de Factores Sociodemográficos Asociados al Síndrome Depresivo en Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	49
Tabla 8: Análisis Bivariado de Factores Sociodemográficos Asociados al Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	51
Tabla 9: Análisis Bivariado de Asociación entre el Síndrome Depresivo y el Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca	53
Tabla 10: Análisis Bivariado Estratificado de la Asociación entre Síndrome Depresivo y Deterioro Cognitivo según Características Demográficas	54
Tabla 11: Modelo de Regresión Logística Binaria para la Determinación de Predictores Independientes de Deterioro Cognitivo	56

Índice / Sumario

CAPÍTULO I	15
1.1. Introducción	15
1.2. Planteamiento del problema	18
1.3. Formulación del problema	22
1.4. Sistematización del problema	22
1.5. Objetivos	22
1.5.1. Objetivo general	22
1.5.2. Objetivos específicos	22
1.6. Justificación	23
1.7. Declaración de las variables (Operacionalización)	26
1.8. Hipótesis de investigación	27
1.8.1. Hipótesis Alternativa (H1)	27
1.8.2. Hipótesis Nula (H0)	27
CAPÍTULO II	28
✓ Marco Teórico Referencial	28
• Antecedentes Referenciales	28
• Marco Conceptual	30
• Marco Teórico	32

CAPÍTULO III	35
1.1. Diseño Metodológico	35
1.1.1 Tipo y Diseño de Investigación	35
1.1.2 Población y Muestra	36
1.1.3 Métodos y Técnicas	37
CAPÍTULO IV	41
2.1. Análisis e Interpretación de Resultados	41
CAPÍTULO V	58
3.1. Conclusiones, Discusión y Recomendaciones	58
• Discusión	58
• Conclusiones	62
• Recomendaciones	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUCCIÓN

Una consecuencia normativa del envejecimiento, la sintomatología depresiva geriátrica suele estar catalizada por determinantes sociales de la salud adversos, tales como el aislamiento, la pérdida de roles productivos, el padecimiento de comorbilidades físicas crónicas y la escasez de recursos económicos (Poveda Acelas & Poveda Acelas, 2024). A nivel neurobiológico, la depresión se asocia con un estado proinflamatorio sistémico crónico y una desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), lo cual induce una toxicidad cortical y subcortical que compromete de forma directa las funciones cognitivas superiores (Livingston et al., 2020).

Por su parte, el deterioro cognitivo se define como el declive gradual en uno o más dominios neuropsicológicos (memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje, capacidades perceptuomotoras y cognición social). Cuando este declive se presenta en entornos rurales o con bajos índices de escolaridad, su abordaje metodológico y clínico representa un desafío mayor. La aplicación de herramientas psicométricas estandarizadas de tamizaje global de manera uniforme suele incurrir en sesgos de medición masivos, malinterpretando las limitaciones académicas basales —derivadas de la falta de acceso a la educación formal— como déficits neurodegenerativos reales (Rojas-Gualdrón et al., 2017). De ahí radica la trascendencia científica de incorporar baremos de corrección adaptados al nivel educativo de la población evaluada, permitiendo diferenciar un bajo desempeño por privación sociocultural de un deterioro orgánico genuino (Rosselli et al., 2000).

La interrelación entre el síndrome depresivo y el deterioro cognitivo es estrecha y bidireccional. La evidencia clínica sugiere que la depresión crónica no solo actúa como un factor de riesgo o un pródromo sutil de síndromes demenciales mayores, sino que puede manifestarse clínicamente en forma de "pseudodemencia", un estado donde el enlentecimiento psicomotor y la hipoprosexia simulan un daño estructural reversible si se

instaura un tratamiento oportuno. No obstante, en la periferia rural de los países en desarrollo, esta interacción se ve agravada por barreras de acceso geográficas y económicas a servicios de salud especializados en psicogeriatría.

Es allí donde los pilares de la Atención Primaria en Salud (APS) adquieren un rol resolutivo indispensable. La APS, concebida como la estrategia idónea para garantizar un acceso equitativo y universal, promueve la descentralización de los servicios de salud y fundamenta sus acciones en la prevención y la detección temprana en el propio entorno comunitario. El abordaje de la salud mental del adulto mayor bajo el enfoque de APS exige la articulación de los Equipos Básicos de Salud (EBS) para ejecutar tamizajes oportunos integrales en el territorio, fortaleciendo paralelamente la reserva cognitiva y el apoyo psicosocial comunitario como mecanismos protectores frente al declive sináptico (Calderón-Rubio et al., 2022).

El Municipio de Corinto, ubicado en el norte del Departamento del Cauca, Colombia, personifica las complejidades socio-epidemiológicas de la ruralidad dispersa en regiones expuestas históricamente al conflicto armado interno y a condiciones de vulnerabilidad estructural. En este territorio, la población geriátrica experimenta un cruce de determinantes desfavorables, caracterizado por altos índices de analfabetismo y una escasa cobertura de programas específicos de salud mental. Ante la ausencia de datos estadísticos locales contextualizados que permitan dimensionar la magnitud real de esta problemática, surge la imperiosa necesidad científica de desarrollar la presente investigación. Este estudio se propone determinar la prevalencia del síndrome depresivo y su asociación con el deterioro cognitivo en 360 adultos mayores del Municipio de Corinto, Cauca, durante el periodo de enero a mayo del año 2026.

padecer demencia por cualquier causa (Diniz et al., 2013). Desde la perspectiva fisiopatológica, se han propuesto múltiples mecanismos: la hipótesis del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (elevación del cortisol con efectos neurotóxicos sobre el

hipocampo), los procesos neuroinflamatorios (aumento de citocinas proinflamatorias) y la hipótesis vascular (factores de riesgo compartidos con la enfermedad cerebrovascular) (Diniz et al., 2013; Livingston et al., 2020; Pickering et al. 2023). Además, se ha descrito una reducción del volumen hipocampal y alteraciones en neurotransmisores monoaminérgicos (Guillén, 2022). La bidireccionalidad también es relevante: el deterioro cognitivo incipiente puede generar frustración y aislamiento social, desencadenando síntomas depresivos, configurando un círculo vicioso de vulnerabilidad y discapacidad (Livingston et al., 2020; Petersen, 2021).

Es importante destacar que los síntomas depresivos en los adultos mayores presentan características clínicas particulares (síntomas somáticos, quejas de memoria, enlentecimiento), lo que con frecuencia conduce a subdiagnóstico y tratamiento inadecuado (Pickering et al. (2023).

El deterioro cognitivo puede presentarse como “síndrome pseudodemencial”, que imita una demencia, pero es parcialmente reversible con tratamiento antidepresivo (Guillén, 2022).

Esta complejidad diagnóstica subraya la necesidad de estudios en poblaciones específicas.

En Colombia, el envejecimiento avanza aceleradamente en un contexto de desigualdad social. La población de 60 años y más pasó de 4,2 millones en 2005 a más de 6,8 millones en 2020, y se proyecta que para 2050 represente el 23,6 % de la población total (Departamento

Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2020). La Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) reportó una prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores del 27,5 %, con variaciones regionales que superan el 30 % en zonas rurales. En cuanto al deterioro cognitivo, se estima que entre el 10 % y el 15 % de los adultos mayores colombianos presentan deterioro cognitivo leve, y la prevalencia de demencia oscila entre el 6 % y el 8 % en mayores de 65 años (Cardona et al., 2020). No obstante, la investigación sobre la asociación entre síndrome depresivo y deterioro cognitivo

se ha concentrado en grandes centros urbanos (Cardona et al., 2020; Gómez-Restrepo et al., 2016), limitando la comprensión del fenómeno en regiones con particularidades sociodemográficas, culturales y epidemiológicas diferenciadas.

El Municipio de Corinto (Cauca) presenta características que lo hacen un escenario crítico para estudiar esta asociación. Con aproximadamente 30 000 habitantes, más del 12 % son adultos mayores, con una composición étnica diversa (40 % afrodescendiente, 30 % indígena Nasa) (DANE, 2020). Los niveles educativos son marcadamente bajos: más del 60 % de los adultos mayores no ha completado la educación primaria, y el analfabetismo supera el 25 % (Alcaldía de Corinto, 2020). El bajo nivel educativo reduce la reserva cognitiva, aumentando la vulnerabilidad al deterioro cognitivo (Livingston et al., 2020). La economía local se basa en la agricultura, y solo el 15 % de los adultos mayores recibe una pensión (Alcaldía de Corinto, 2020).

Corinto ha sido uno de los Municipio más afectados por el conflicto armado interno, con más de 5000 víctimas registradas (Unidad para las Víctimas, 2022). La exposición crónica a la violencia se asocia con mayor prevalencia de depresión y trastorno de estrés postraumático, y

existe evidencia emergente de que el estrés traumático sostenido puede acelerar el envejecimiento biológico y contribuir al deterioro cognitivo (García-Sierra et al., 2023; Livingston et al., 2020). El acceso a servicios de salud presenta barreras estructurales: el Municipio carece de especialistas en geriatría, psiquiatría o neuropsicología; los médicos generales tienen consultas de 10 a 15 minutos sin entrenamiento específico en tamización; las zonas rurales tienen vías intransitables en época de lluvias; y persisten barreras culturales e idiomáticas (lengua nasa yuwe) y estigma asociado a los trastornos mentales (Alcaldía de Corinto, 2020; García-Sierra et al., 2023).

A pesar de la robusta evidencia global y nacional, y pese a las claras condiciones de vulnerabilidad estructural, social e histórica que afectan a los adultos mayores de Corinto, no

existe evidencia local publicada sobre la asociación entre el síndrome depresivo y el deterioro cognitivo en esta población. Se desconoce la magnitud (prevalencia) de ambas condiciones, la fuerza y dirección de su asociación una vez controladas variables de confusión como edad, sexo, nivel educativo, exposición al conflicto armado, comorbilidades y acceso a servicios de salud, y si la asociación es más fuerte en subgrupos como la población indígena o víctimas de desplazamiento. Esta falta de evidencia limita severamente la capacidad de los entes territoriales de salud para implementar estrategias de detección temprana, prevención y manejo integral basadas en la realidad local.

La realización de este estudio permitirá llenar un vacío de conocimiento crítico, generando evidencia local que sirva como línea de base para la planificación en salud pública. Los resultados podrán orientar el diseño de programas de tamización adaptados culturalmente, la capacitación de equipos de salud, la formulación de políticas locales de salud mental para adultos mayores en el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Ley 1850 de 2017) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, y el fortalecimiento de la red de servicios con enfoque geriátrico y psicosocial, incluyendo telemedicina y atención extramural. Además, el estudio contribuirá a la comprensión de los determinantes sociales de la salud mental en adultos mayores en contextos rurales y afectados por el conflicto armado, con potencial transferibilidad a otras regiones de Colombia y América Latina.

presentan prevalencias de síntomas depresivos que oscilan entre el 9,9% y el 63%, y posibles casos de trastornos mentales entre el 21% y el 97,3%; los adultos mayores de Corinto, como testigos o víctimas directas, enfrentan además estigma, prejuicio y discriminación, configurando formas de victimización múltiple. En tercer lugar, las barreras estructurales en salud mental, pues la evidencia muestra una concentración urbana de los servicios de salud mental en Colombia (el 44% en cuatro ciudades principales), mientras que departamentos pobres como Chocó y La Guajira solo concentran el 2% de las instituciones, reflejando una

tendencia nacional que afecta a Municipios rurales como Corinto (Alarcón et al., 2025). A esto se suman la escasez de profesionales especializados y barreras culturales asociadas al estigma.

La justificación adquiere peso científico al considerar el impacto multidimensional de estas patologías. En cuanto a la carga de enfermedad y discapacidad, globalmente 792 millones de personas (10,7%) viven con algún trastorno mental (Valero-Pacheco & Riaño Casallas, 2025); en adultos mayores, la depresión genera pérdida de autonomía para actividades de la vida diaria, incrementando la dependencia y la carga para familias y sistemas de salud. Respecto al impacto económico, en Colombia los trastornos mentales cuestan aproximadamente el 4% del PIB anual por pérdida de productividad y costos sanitarios (Alarcón et al., 2025). Los costos directos por incapacidad entre 2016-2018 fueron de \$27.178 diarios en promedio, y de \$411.278 por paciente considerando los días de incapacidad; para trastornos depresivos recurrentes, el promedio fue de 3,23 días por evento (Valero-Pacheco & Riaño-Casallas, 2025). Aunque estos datos provienen del régimen contributivo, son indicativos del impacto económico que también afectaría al régimen subsidiado predominante en Corinto. Adicionalmente, Colombia asigna menos del 3% de su presupuesto total de salud a salud mental, muy por debajo del 5-7% de países de altos ingresos (Alarcón et al., 2025).

Encontramos que en el Municipio, la APS enfrenta desafíos estructurales para la atención integral de la salud mental de los adultos mayores, que incluyen: insuficiencia de recursos humanos capacitados (psiquiatras, psicólogos, geriatras concentrados en áreas urbanas); falta de tamizaje sistemático para detección temprana de depresión o deterioro cognitivo; debilidad en la articulación intersectorial (salud, protección social, vivienda, etc.); barreras geográficas y culturales (dispersión rural, estigma); y programas no adaptados a las necesidades socioculturales locales.

Los hallazgos del estudio constituirán un insumo fundamental para: fortalecer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Municipal aportando datos epidemiológicos locales para priorizar intervenciones; orientar la asignación de recursos justificando la inversión en profesionales, pruebas de tamizaje y telemedicina; diseñar programas de APS con enfoque territorial adaptando las intervenciones a las condiciones rurales y culturales de Corinto; implementar estrategias de detección temprana estableciendo la viabilidad del tamizaje sistemático; fortalecer la articulación intersectorial promoviendo intervenciones integrales sobre los determinantes sociales; y monitorear y evaluar intervenciones proporcionando una línea de base para evaluar el impacto de futuras estrategias.

Se concluye que la investigación sobre la prevalencia de síndrome depresivo y su asociación con deterioro cognitivo en adultos mayores de Corinto, Cauca, se justifica plenamente desde múltiples dimensiones. Desde la dimensión epidemiológica, caracteriza una problemática creciente y desatendida en una población vulnerable. Desde la dimensión contextual, aborda riesgos específicos locales (conflicto armado, barreras geográficas y culturales). Desde la dimensión económica y de carga de enfermedad, aporta evidencia sobre discapacidad y costos.

Desde la gestión en Salud Pública, genera información estratégica para la planificación territorial

Un estudio de Guillén (2022) en Lima, Perú, con adultos mayores asistentes a un centro geriátrico, encontró una frecuencia de depresión del 21,6% y de deterioro cognitivo del 31,8%, demostrando una asociación estadísticamente significativa entre ambas condiciones. Mediante regresión logística, se identificó que la edad constituía el factor de riesgo más relevante para deterioro cognitivo ($OR=24,93$; $IC95\%: 6,04-97,74$; $p<0,001$).

En cuanto a las prevalencias de deterioro cognitivo, Palacios Garay (2025), en un estudio con 60 adultos mayores en Lima, reportó que el 73,3% presentaba deterioro

cognitivo moderado, el 20% leve y solo el 6,7% no mostraba deterioro, siendo las áreas más afectadas la identificación y el lenguaje (75% cada una). Por su parte, un estudio en Chachapoyas, Perú, con 174 adultos mayores usuarios de un centro integral, encontró que el 33,9% presentaba deterioro leve, el 23,6% moderado y el 6,3% severo (Fernández, 2025).

2.1.1.2. Antecedentes Nacionales

En Colombia, la investigación sobre la asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores ha sido limitada, con importantes vacíos en poblaciones rurales y étnicamente diversas. Segura-Cardona et al. (2015) encontraron que la depresión afecta al 10% de los pacientes ambulatorios y entre el 15% y 35% de los adultos mayores que viven en la comunidad. Asimismo, se ha identificado que el bajo nivel educativo (RP=4,11) constituye un factor de riesgo relevante para depresión en adultos mayores colombianos (Segura-Cardona et al., 2018).

En cuanto al deterioro cognitivo, un estudio en Santander (2023) reportó una prevalencia del 28,25% en una muestra de adultos mayores de áreas rurales y urbanas. Adicionalmente, investigaciones en el sur de Colombia han identificado prevalencias de deterioro cognitivo leve amnésico del 9,7%, dentro del rango reportado en otros estudios latinoamericanos (Parra et al., 2023).

Un aspecto relevante para esta investigación es que el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) reportó en la Encuesta Nacional de Salud Mental una prevalencia de síntomas depresivos en La Organización Mundial de la Salud (2023) estima que aproximadamente el 14% de los adultos de 70 años o más tienen algún trastorno mental, siendo la depresión la más frecuente. Los factores de riesgo para depresión en la vejez incluyen: condiciones médicas crónicas (accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedades

cardiovasculares), factores genéticos, baja escolaridad, viudez, aislamiento social, y exposición a eventos adversos como duelo o reducción de ingresos (National Institute on Aging, 2025).

2.1.2.3.Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo se define como la alteración o pérdida de funciones intelectuales superiores, incluyendo memoria, lenguaje, orientación, atención, praxias y funciones ejecutivas. Abarca un espectro que va desde el deterioro cognitivo leve (DCL) —considerado un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia— hasta la demencia establecida (Petersen, 2021; Alzheimer’s Association, 2024).

El Deterioro Cognitivo Leve se caracteriza por un declive en el desempeño cognitivo mayor al esperado para la edad y nivel educativo del individuo, pero sin interferir significativamente con la independencia funcional. Se estima que aproximadamente 8 millones de personas mayores de 65 años en Estados Unidos viven con DCL, aunque más del 90% desconocen que lo tienen (Alzheimer’s Association, 2025).

2.1.2.4.Reserva Cognitiva

La reserva cognitiva es un concepto fundamental para entender la variabilidad interindividual en el desempeño cognitivo frente al envejecimiento o la patología cerebral. Se define como la capacidad del cerebro para enriquecer sus redes de conexión sináptica ante la exposición a ambientes enriquecidos, permitiendo compensar el daño neurológico y mantener un funcionamiento cognitivo adecuado (Calderón-Rubio et al., 2022). Factores como la educación, la ocupación compleja, la estimulación cognitiva y el bilingüismo contribuyen a desarrollar una mayor reserva cognitiva, que actúa como factor protector frente al deterioro cognitivo (Livingston et al., 2020).

Hipótesis Neuroinflamatoria

La hipótesis neuroinflamatoria propone que la depresión se asocia con un estado proinflamatorio sistémico, caracterizado por niveles elevados de citocinas proinflamatorias

(interleucina-6, factor de necrosis tumoral alfa). Estas citocinas pueden atravesar la barrera hematoencefálica y activar la microglía, generando neuroinflamación que contribuye a la neurodegeneración y al deterioro cognitivo (Livingston et al., 2020). Además, el estrés crónico, como el experimentado por poblaciones afectadas por el conflicto armado, puede exacerbar esta respuesta inflamatoria.

Hipótesis Vascular

La hipótesis vascular establece que la depresión y el deterioro cognitivo comparten factores de riesgo vascular comunes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y enfermedad cerebrovascular. La depresión se asocia con un mayor riesgo de enfermedad vascular cerebral, que a su vez contribuye al deterioro cognitivo de origen vascular (Diniz et al., 2013; Pickering et al, 2023). Asimismo, el deterioro cognitivo puede generar frustración y aislamiento social, desencadenando síntomas depresivos, configurando un círculo vicioso que acelera el declive funcional.

● **Determinantes Sociales de la Salud Mental en el Adulto Mayor**

Desde la perspectiva de la Salud Pública, el abordaje de la depresión y el deterioro cognitivo no puede limitarse a factores biológicos, sino que debe considerar los determinantes sociales que configuran la vulnerabilidad de los adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud (2023) identifica como factores de riesgo clave: las pésimas condiciones de vida, la mala salud física, la exposición a la adversidad, la pérdida de capacidad intrínseca, el duelo, la reducción de ingresos y el edadismo (discriminación por edad).

En contextos de conflicto armado como el vivido por el Municipio de Corinto, la exposición crónica a la violencia constituye un determinante estructural de la salud mental. La literatura ha documentado que las víctimas del conflicto presentan prevalencias de síntomas depresivos que oscilan entre el 9,9% y el 63%, y posibles casos de trastornos mentales entre el 21% y el 97,3% (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014). Existe evidencia

emergente de que el estrés traumático sostenido puede acelerar el envejecimiento biológico y contribuir al deterioro cognitivo (García-Sierra et al., 2023).

- **Posicionamiento Teórico del Investigador**

La presente investigación adopta un enfoque integrador que reconoce la naturaleza multifactorial de la asociación entre síndrome depresivo y deterioro cognitivo, considerando tanto los mecanismos biológicos (eje HHA, neuroinflamación, hipótesis vascular) como los determinantes sociales estructurales (nivel educativo, exposición al conflicto, acceso a servicios de salud, aislamiento social). Se parte del supuesto de que, en poblaciones rurales y afectadas por el conflicto armado como la de Corinto, los determinantes sociales juegan un papel preponderante en la magnitud de la asociación y deben ser considerados en el análisis.

Asimismo, se reconoce la bidireccionalidad de la relación: la depresión incrementa el riesgo de deterioro cognitivo, y el deterioro cognitivo incipiente puede exacerbar los síntomas depresivos. Este círculo vicioso tiene implicaciones cruciales para la detección temprana y la intervención oportuna, justificando la implementación de tamizajes sistemáticos en el primer nivel de atención.

- **Modelo Conceptual del Estudio**

Con base en la revisión teórica, se propone un modelo conceptual en el cual la variable independiente principal es el síndrome depresivo (medido con GDS-15) y la variable dependiente principal es el deterioro cognitivo (medido con MMSE), considerando como variables de confusión: edad, sexo, nivel educativo, exposición al conflicto armado, comorbilidades físicas y acceso a servicios de salud. Se plantea la hipótesis de que existe una asociación positiva y estadísticamente significativa entre ambas condiciones, incluso después de ajustar por los factores de confusión mencionados.

Para la población indígena Nasa, se contará con la participación de líderes comunitarios (miembros del cabildo indígena) que facilitarán la aplicación de los instrumentos en lengua nasa yuwe, previa validación semántica de los ítems, en caso de ser necesario.

- **Instrumentos de Medición**

Instrumento 1: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) . Se aplicará la versión validada de 15 ítems, con respuestas dicotómicas (sí/no). El puntaje total oscila entre 0 y 15 puntos, clasificándose: normal (0-5 puntos), depresión leve (6-9 puntos) y depresión establecida (10-15 puntos). La GDS-15 ha demostrado adecuadas propiedades psicométrica en población colombiana, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 y una sensibilidad del 84% para detectar depresión mayor (Gómez-Angulo et al., 2011).

Instrumento 2: Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Se utilizará la versión adaptada para Colombia, ajustada por escolaridad según los puntos de corte propuestos por Rosselli et al. (2000). La clasificación del deterioro cognitivo se realizará considerando: sin deterioro (24-30 puntos), deterioro leve (19-23 puntos), deterioro moderado (10-18 puntos) y deterioro grave (menos de 10 puntos). Para la población con escolaridad menor a 3 años, se aplicará el punto de corte ajustado de 22/23 puntos según lo recomendado por la literatura.

- **Validez y Confiabilidad**

Los instrumentos GDS-15 y MMSE cuentan con validez de constructo y confiabilidad ampliamente documentadas en la literatura internacional y nacional. En Colombia, estudios recientes han evaluado las evidencias de validez del MMSE mediante análisis Rasch en 4.034 adultos mayores, reportando una confiabilidad de los ítems de 0,80 y una varianza explicada del 45,2% (Rojas-Gualdrón et al., 2017).

- **Plan de Análisis de Datos**

El análisis de datos se realizará en tres fases, utilizando el paquete estadístico SPSS versión

27.0 y/o el software R versión 4.5.

Fase 1: Análisis Descriptivo. Se calcularán frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas (sexo, pertenencia étnica, zona de residencia, clasificación de depresión y deterioro cognitivo). Para las variables cuantitativas (edad, puntajes de GDS-15 y MMSE) se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartil). Se presentarán intervalos de confianza del 95% para las prevalencias estimadas.

Fase 2: Análisis Bivariado. Se explorará la asociación entre síndrome depresivo y deterioro cognitivo mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (o prueba exacta de Fisher si las frecuencias esperadas son inferiores a 5). Se calcularán Odds Ratio (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Adicionalmente, se realizarán análisis estratificados por sexo, grupo étnico y nivel educativo.

Fase 3: Análisis Multivariado. Se construirá un modelo de regresión logística binaria para evaluar la asociación entre síndrome depresivo (variable independiente) y deterioro cognitivo (variable dependiente), ajustando por las variables de confusión identificadas en la literatura: edad (continua), sexo (categórica), nivel educativo (categórica: sin estudios/primaria incompleta/primaria completa/secundaria o más), exposición al conflicto armado (categórica: sí/no), y comorbilidades (número de enfermedades crónicas). Se reportarán Odds Ratio ajustados (ORa) con IC95% y valores de p.

3.1.3.4.Consideraciones Éticas

El estudio se registrará por los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Fortaleza, 2013) y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de

Colombia. Se clasifica como investigación con riesgo mínimo (artículo 11), dado que implica la aplicación de instrumentos no invasivos que no intervienen ni modifican las variables biológicas o psicológicas de los participantes.

Todos los participantes recibirán información detallada sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y firmarán el consentimiento informado en un formato adaptado a su nivel de comprensión. Para participantes con analfabetismo, se leerá en voz alta el consentimiento en presencia de un testigo.

Se garantizará la confidencialidad de los datos mediante la codificación de los cuestionarios, almacenamiento seguro en bases de datos protegidas con contraseña, y la disociación de identificadores personales en los archivos de análisis. Los resultados se reportarán exclusivamente de manera agregada, sin posibilidad de identificación individual.

Los participantes que presenten puntajes indicativos de depresión moderada a grave (GDS-15

≥ 10) o deterioro cognitivo significativo ($\text{MMSE} < 19$) serán referidos al centro de

salud local para evaluación y manejo integral, garantizando la continuidad de la atención evaluada, aplicando de manera rigurosa la corrección psicométrica por nivel educativo para evitar sesgos de sobre-diagnóstico asociados a la baja escolaridad rural. El análisis consolidado revela una prevalencia global de deterioro cognitivo del 22.50% ($n = 81$; IC 95%: 18.18% – 26.82%) dentro del total de la población geriátrica estudiada en el Municipio de Corinto, mientras que el 77.50% ($n = 279$) restante conserva un rendimiento cognitivo normativo según su condición académica basal. Al realizar el desglose metodológico por estratos educativos, se evidencia un comportamiento epidemiológico de gran interés clínico: en el subgrupo de adultos mayores sin estudios formales ($n = 115$), un 19.13% ($n = 22$) evidenció un puntaje igual o inferior a los 13 puntos, confirmando la presencia de alteraciones neuropsicológicas reales. Por su parte, en el estrato que cursó educación básica primaria ($n = 201$), el deterioro cognitivo se identificó en el 23.38% ($n = 47$) de los casos bajo el umbral de ≤ 18 puntos. Finalmente, en el grupo con educación secundaria o superior ($n = 44$), un 27.27% ($n = 12$) de los participantes se situó por debajo del límite de los 23 puntos.

Estos hallazgos demuestran la alta carga epidemiológica que representan los síndromes neurocognitivos en el municipio, afectando a más de una quinta parte de la muestra total. Asimismo, el comportamiento porcentual entre los estratos valida el uso de los criterios de Rosselli et al. (2000), puesto que de haberse aplicado un punto de corte único estandarizado internacionalmente (como ≤ 24 puntos de manera global), se habría

incurrido en un sesgo metodológico masivo, clasificando erróneamente a la gran mayoría de la población analfabeta o con primaria incompleta bajo falsos positivos de demencia debido a limitaciones puramente educativas y no a un desgaste patológico de sus funciones cognitivas.

Análisis: La Tabla 5 expone de manera detallada el rendimiento neuropsicológico de los 360 adultos mayores desglosado por los cinco dominios funcionales que integran el Mini-Mental State Examination (MMSE). Este análisis permite identificar con precisión cuáles procesos cognitivos se encuentran preservados y cuáles presentan un deterioro marcado dentro de la muestra. Los dominios con mayor tasa de éxito corresponden al Registro o Memoria Inmediata, que alcanzó un sobresaliente 96.33% de eficacia (media de 2.89 sobre 3 puntos), seguido por el Lenguaje y Praxis con un 81.11% (media de 7.30 sobre 9 puntos) y la Orientación Témporo-Espacial con un 79.10% (media de 7.91 sobre 10 puntos). Estos datos demuestran que las funciones lingüísticas básicas, la capacidad de retención inmediata y la ubicación basal se mantienen estables en la mayoría de la población evaluada.

Por el contrario, se evidencia un declive crítico y estadísticamente preocupante en dos funciones específicas: Atención y Cálculo, que registró apenas un 42.80% de eficacia global (media de 2.14 sobre 5 puntos), y el Recuerdo Diferido o Memoria a Corto Plazo, con un 44.67% (media de 1.34 sobre 3 puntos). El bajo rendimiento en la evocación de palabras denota una alteración real en las estructuras mnésicas de almacenamiento temporal, un signo clínico primario en el desarrollo de deterioros cognitivos de tipo patológico.

Sin embargo, la drástica caída en el dominio de Atención y Cálculo (el rendimiento más bajo de todo el test) debe ser interpretada bajo una perspectiva social y epidemiológica: esta subescala exige la ejecución de operaciones aritméticas inversas

secuenciales (restar de 7 en 7 desde 100), una tarea cuyo éxito está íntimamente ligado a la escolarización formal y a la estimulación matemática temprana. Dado que más del 87% de la muestra total de Corinto carece de estudios o solo completó la primaria (como se describió en la Tabla 1), este déficit refleja una barrera de naturaleza socioeducativa antes que un daño puramente neurodegenerativo, confirmando la alta vulnerabilidad de la población rural frente a evaluaciones cognitivas no adaptadas de manera cultural. estudiada, el sexo biológico no es un factor determinante para el desarrollo de la patología anímica.

Por el contrario, la edad cronológica evidenció una asociación altamente significativa con la presencia de depresión ($X^2 = 9.47$; $p = 0.009$). Existe un gradiente lineal ascendente donde a mayor edad de los individuos, el porcentaje de síndrome depresivo se dispara drásticamente: pasa de un 18.67% en el grupo de 60 a 69 años, a un 28.78% en la séptima década, y alcanza su punto crítico en los adultos mayores de 80 años o más, donde el 38.18% se encuentra deprimido. Este fenómeno clínico sugiere que el avance de la senectud extrema en entornos rurales arrastra consigo pérdidas funcionales, aislamiento social y deterioro físico que impactan severamente el bienestar afectivo.

De igual manera, el nivel educativo demostró estar fuertemente asociado con la salud mental del adulto mayor ($X^2 = 9.12$; $p = 0.010$). Los participantes carentes de estudios formales (analfabetos) sufren de síndrome depresivo en un 36.52%, cifra que se reduce a un 22.39% en quienes completaron la primaria, y cae notablemente a solo un 11.36% en los adultos con estudios secundarios o superiores. Este hallazgo valida la teoría de las determinantes sociales de la salud, situando al analfabetismo y la baja escolaridad no solo como un limitante académico, sino como un factor de vulnerabilidad psicosocial que triplica el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo en la vejez al limitar los mecanismos de afrontamiento cognitivo y el acceso a recursos de apoyo dentro del Municipio de Corinto.

En marcado contraste, la edad cronológica demostró una asociación analítica

extremadamente robusta y estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo ($X^2 = 21.08$; $p < 0.001$). Se constata un patrón de progresión directamente proporcional al envejecimiento biológico: el deterioro afecta únicamente al 13.86% de los adultos mayores situados entre los 60 y 69 años, aumenta considerablemente al 24.46% en el grupo de 70 a 79 años, y se agudiza de forma crítica en los individuos de 80 años o más, donde el 43.64% presenta deterioro cognitivo. Este comportamiento ratifica a la senectud avanzada como el factor de riesgo cronológico y demográfico más potente para el desgaste sináptico y cortical, lo cual guarda plena consistencia con la epidemiología global de los trastornos neurocognitivos.

Finalmente, un hallazgo metodológico de primer orden se evidencia al analizar el nivel educativo. La prueba Chi-cuadrado arrojó que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el diagnóstico de deterioro cognitivo ($X^2 = 1.48$; $p = 0.477$), manteniéndose las proporciones de afectación estables entre analfabetos (19.13%), primaria (23.38%) y secundaria o superior (27.27%).

Lejos de indicar que la educación no protege la mente, este resultado representa un éxito metodológico del diseño de la investigación: demuestra de forma matemática que el uso de los baremos ajustados de Rosselli et al. (2000) funcionó a la perfección. Al calibrar los puntos de corte según los años de estudio, se logró aislar con éxito el sesgo educativo que altera las pruebas psicométricas. Como consecuencia, la tasa de deterioro detectada en el grupo analfabeto responde puramente a un declive cognitivo orgánico y real, y no a su incapacidad para leer, escribir o calcular, logrando una medición equitativa y transparente para todos los estratos de la población rural de Corinto.

(ANALFABET O) (N = 1153)					
Con	12	30	3.25	0.071	2.10 [0.93 – 4.74]
Síndrome					
Depresivo					
Sin Síndrome	10	63			(Referencia)
Depresivo					
ESTRATO: CON ESCOLARIDA D (PRIMARIA O MÁS) (N = 2453)					
Con	26	24	22.04	< 0.001	4.27 [2.22 – 8.19]
Síndrome				*	
Depresivo					
Sin Síndrome	33	162			(Referencia)
Depresivo					

Nota: El asterisco (*) señala significancia estadística a un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$). Los valores de OR e IC 95% se estimaron de manera independiente dentro de cada subgrupo poblacional.

Elaborado por: Marín, L. V. & Parré

Análisis: La Tabla 10 exhibe los resultados del análisis estratificado, una estrategia epidemiológica fundamental para identificar si variables demográficas clave actúan como modificadoras de efecto en la relación entre el síndrome depresivo y el deterioro cognitivo. Al segmentar la muestra por sexo, se observa que la asociación conserva una notable estabilidad matemática. En el estrato femenino, las mujeres con depresión exhiben 3.53 veces más odds de presentar un bajo rendimiento neuropsicológico (IC 95%: 1.88 – 6.62; $p < 0.001$), mientras que en el estrato masculino el riesgo se sitúa en un valor sumamente cercano de 3.14 (IC 95%: 1.39 – 7.11; $p = 0.004$). Debido a que ambos intervalos de confianza se traslapan ampliamente y conservan significancia, se infiere que el sexo biológico no altera la fuerza de la asociación principal.

Un comportamiento analítico radicalmente diferente y de un valor científico extraordinario ocurre al estratificar por el nivel educativo. En el grupo de adultos mayores sin estudios formales (analfabetos), la fuerza de asociación se reduce a un OR de 2.10 y pierde la significancia estadística convencional ($X^2 = 3.25$; $p = 0.071$). Este fenómeno se atribuye a que el analfabetismo ejerce un peso basal tan severo sobre el rendimiento de los exámenes mentales, que tiende a homogeneizar a la entre las variables, asegurando que los hallazgos no se encuentren sesgados por características demográficas intervinientes. Los resultados confirman de manera categórica que el síndrome depresivo actúa como un predictor independiente, directo y altamente significativo del deterioro cognitivo ($p < 0.001$).

Al controlar simultáneamente los efectos de la edad y del sexo, el Odds Ratio Ajustado (ORa) para el síndrome depresivo se consolidó en 3.27 (IC 95%: 1.94 – 5.52). Esta métrica matemática implica que un adulto mayor en el Municipio de Corinto que padece sintomatología depresiva tiene un 327% más de riesgo (o más del triple de probabilidad acumulada) de desarrollar deterioro cognitivo en comparación con un

individuo de su misma edad y sexo que goza de estabilidad afectiva. La solidez de este indicador se valida metodológicamente al observar que el intervalo de confianza se mantiene estrecho y lejos del valor nulo (1.00).

Por otro lado, la edad cronológica emergió también como un factor predictivo independiente y estadísticamente significativo ($p < 0.001$), exhibiendo un ORa de 1.06 (IC 95%: 1.03 – 1.09). Esto denota que, por cada año adicional de vida que cumple el adulto mayor, el riesgo basal de experimentar deterioro cognitivo se incrementa de forma matemática en un 6%, independientemente de su estado anímico. Finalmente, el sexo masculino no demostró un peso predictivo dentro del modelo (ORa = 0.90; $p = 0.693$), ratificando que el declive de las funciones mentales superiores está gobernado por el envejecimiento biológico y el desgaste afectivo, y no por diferencias de género.

En síntesis, la alta bondad de ajuste del modelo (Hosmer-Lemeshow, $p = 0.483$) ofrece un respaldo bioestadístico definitivo para la toma de decisiones en Atención Primaria en Salud dentro de la región: la depresión en el anciano corinteo no debe ser considerada una simple consecuencia de la vejez, sino una entidad patológica con un impacto neurocognitivo directo, cuya detección temprana resulta indispensable para prevenir o retrasar la aparición de cuadros demográficos mayores.

escala GDS-15 ("¿Siente que su vida está vacía?") arrojó una tasa de respuesta afirmativa de 55.56% ($n = 200$). Este indicador, al duplicar la prevalencia del síndrome clínico formal, sugiere que el vacío existencial y la pérdida de rol social representan un fenómeno psicosocial generalizado en el territorio. De acuerdo con Pickering et al. (2023), en entornos rurales e históricamente vulnerados, la escasez de ingresos económicos (solo el 15% de esta población percibe jubilación) y la falta de actividades de ocio estructuradas deprimen la percepción de satisfacción vital antes de consolidar un cuadro afectivo mayor.

Al abordar el segundo objetivo específico referente al rendimiento neurocognitivo, la aplicación del Mini-Mental State Examination (MMSE) ajustado bajo los baremos de

escolaridad validados para Colombia por Rosselli et al. (2000) permitió identificar que el 22.50% de la muestra total ($n = 81$) presenta deterioro cognitivo. Esta tasa se alinea de manera estrecha con la prevalencia rural y urbana mixta del 28.25% reportada recientemente en departamentos colombianos como Santander (2023). Asimismo, contrasta de forma favorable con la marcada heterogeneidad de los reportes internacionales: por un lado, duplica los rangos basales del deterioro cognitivo leve (DCL) propuestos por Petersen (2021) a nivel global (16%), y por otro, se ubica muy por debajo del escenario extremo de Palacios Garay (2025), quien reportó alteraciones cognitivas en más del 90% de un subgrupo geriátrico institucionalizado en Lima.

El desglose detallado por dominios funcionales demostró una notable preservación en el Registro o Memoria Inmediata (96.33% de eficacia). En marcado contraste, los fallos neuropsicológicos se concentraron masivamente en las tareas de Cálculo Secuencial Inverso de la subescala de Atención y Cálculo (57.22% de error) y en la Evocación de Palabras a Corto Plazo (55.28% de error). Epidemiológicamente, este patrón de fallos selectivos (atención, memoria de trabajo y recuerdo diferido) es indicativo de un compromiso neuropsicológico de predominio subcortical-frontal. Según lo planteado por Pickering et al. (2023) y Livingston et al. (2020), las fallas marcadas en tareas ejecutivas y atencionales en el anciano suelen estar íntimamente ligadas a trastornos vasculares periféricos subclínicos o a la interferencia cognitiva provocada por la sobrecarga afectiva, más que a procesos neurodegenerativos corticales puros como la enfermedad de Alzheimer.

Con relación al tercer objetivo específico, que buscaba cruzar las variables sociodemográficas, el análisis bivariado arrojó luces fundamentales sobre los determinantes sociales de la salud en Corinto. Mientras que el sexo biológico no demostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión ($p = 0.176$) ni con el deterioro cognitivo ($p = 0.702$), variables como la edad avanzada ($p = 0.009$ para depresión) y el bajo

nivel educativo ($p = 0.010$) exhibieron una vinculación matemática contundente. El incremento lineal de la depresión en los octogenarios (38.18%) ratifica la tesis de que la senectud extrema en la ruralidad incrementa la indefensión debido al aislamiento social y a las pérdidas biológicas y funcionales acumuladas.

Metodológicamente, el hallazgo más potente se derivó del análisis bivariado estratificado. Al evaluar la relación principal según el nivel de escolaridad, se observó que en el estrato de adultos mayores sin estudios (analfabetos), el riesgo disminuye a un Odds Ratio de 2.10 y pierde la significancia estadística convencional ($p = 0.071$). Por el contrario, en el estrato con escolaridad (primaria o más), la asociación se potencia drásticamente, elevando el Odds Ratio a 4.27 bajo una significancia extrema ($p < 0.001$).

Este fenómeno encuentra una explicación teórica idónea en el constructo de la Reserva Cognitiva postulado por Calderón-Rubio et al. (2022) y Livingston et al. (2020). En los sujetos analfabetos, la privación educativa formal actúa como un factor de confusión basal tan severo que deprime uniformemente los puntajes del MMSE de toda la subpoblación, homogenizando los resultados y enmascarando el impacto real del estado de ánimo. En contraposición, en aquellos individuos que lograron edificar una reserva cognitiva mediante la instrucción escolar elemental, el cerebro cuenta con una red sináptica enriquecida capaz de compensar los cambios normativos del envejecimiento. Por ende, cuando un anciano escolarizado puntúa bajo en el examen cognitivo, dicho declive emerge como un indicador clínicamente limpio y directamente atribuible a la injerencia de la patología afectiva, demostrando que la depresión es capaz de resquebrajar la protección neurobiológica brindada por la educación.

Los resultados del análisis bivariado global (Tabla 9) y el modelo de regresión logística binaria (Tabla 11) brindan el sustento bioestadístico definitivo para rechazar categóricamente la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis de investigación (H_1), ratificando la existencia de una asociación altamente significativa entre el síndrome

depresivo y el declive cognitivo en el territorio ($p < 0.001$). En el plano bivariado puro, la probabilidad u odds de presentar deterioro cognitivo fue 3.39 veces mayor en los individuos deprimidos en comparación con los sanos (IC 95%: 1.99 – 5.76).

Al ejecutar la Regresión Logística para aislar los efectos confusores de la edad y del sexo, el Odds Ratio Ajustado (ORa) se consolidó sólidamente en 3.27 (IC 95%: 1.94 – 5.52; $p < 0.001$). Este valor supera de manera notable el riesgo relativo del 90% (u OR equivalente aproximado de 1.90) reportado en el meta-análisis global de estudios prospectivos de Diniz et al. (2013). La magnitud del riesgo hallada en Corinto (un incremento del 327% en la probabilidad acumulada de presentar deterioro cognitivo si se padece depresión) puede explicarse por la confluencia de variables contextuales adversas que potencian los mecanismos biológicos explicativos descritos en el marco teórico.

Finalmente, el modelo multivariado validó a la edad cronológica como otro predictor independiente significativo (ORa = 1.06; IC 95%: 1.03 – 1.09; $p < 0.001$), reflejando el peso matemático ineludible del envejecimiento biológico normativo (un 6% de aumento de riesgo por cada año de vida adicional), independiente de la salud mental del individuo. La excelente bondad de ajuste obtenida a través de la prueba de Hosmer-Lemeshow ($X^2 = 7.51$; $p = 0.483$) otorga un evaluados. Neuropsicológicamente, la población conserva una excelente estabilidad en los procesos de registro o memoria inmediata (96.33% de eficacia), pero evidencia un declive crítico en las subescalas de atención y cálculo (57.22% de error) y recuerdo diferido o memoria a corto plazo (55.28% de error). Este patrón selectivo de fallos permite concluir que el perfil de deterioro cognitivo en la región posee un componente mixto: por un lado, una barrera de abstracción aritmética ligada a la privación educativa y, por el otro, un compromiso mnésico genuino compatible con el desgaste cortical y subcortical propio del envejecimiento.

El análisis bivariado inferencial demostró que el sexo biológico no se asocia

significativamente con la presencia de depresión ($p = 0.176$) ni con el deterioro cognitivo ($p = 0.702$). En contraposición, el avance cronológico de la edad actúa como un potente factor asociado, disparando tanto el síndrome depresivo (38.18% de afectación) como el deterioro cognitivo (43.64% de afectación) en el subgrupo de octogenarios o más. Asimismo, el nivel educativo emergió como un determinante crucial para la salud mental, identificándose las tasas más altas de depresión en el estrato analfabeto (36.52%), lo que ratifica que la carencia de instrucción formal y la falta de oportunidades limitan severamente las herramientas de afrontamiento psicológico en la vejez.

Se concluye que el nivel educativo ejerce un rol modificador de efecto fundamental en la relación neuropsicológica estudiada. En los adultos mayores analfabetos, el impacto de la depresión se difumina y pierde significancia estadística ($p = 0.071$), debido a que la falta de escolaridad ejerce un efecto techo que deprime homogéneamente el rendimiento de toda la subpoblación. En marcado contraste, en el estrato de adultos mayores con escolaridad (primaria o más), la fuerza de asociación se eleva a un valor crítico de 4.27 ($p < 0.001$). Esto demuestra de forma sólida el postulado de la Reserva Cognitiva: cuando el cerebro ha sido estimulado académicamente, cuenta con mecanismos de compensación neurobiológica; sin embargo, la irrupción del síndrome depresivo es estadísticamente capaz de resquebrajar dicha protección, cuadruplicando el riesgo de declive Envejecimiento Activo y Salud Mental Comunitaria. A través de los Equipos Básicos de Salud (EBS) y en articulación con las juntas de acción comunal del área rural y urbana de Corinto, se deben estructurar redes de apoyo psicosocial que devuelvan un rol participativo al adulto mayor. Esto incluye la creación de talleres ocupacionales presenciales, huertos comunitarios, programas de actividad física adaptada y círculos de narración oral, mitigando el aislamiento y la desvalorización social detectados como los principales catalizadores del malestar anímico en el territorio.

Dado que el análisis analítico demostró que la educación formal modula de forma

protectora el rendimiento neuropsicológico y que el 55.28% de los ancianos evidenció fallas en la evocación mnésica a corto plazo, se recomienda desarrollar programas locales de alfabetización funcional y gimnasia mental adaptados al contexto rural. Estas intervenciones de estimulación cognitiva deben ejecutarse en espacios comunitarios periféricos e incorporar dinámicas lúdicas basadas en el cálculo cotidiano (comercio local, administración del hogar) y la memoria verbal (historias y tradiciones de la región). Ello permitirá fortalecer la plasticidad sináptica y consolidar una reserva cognitiva secundaria capaz de retrasar el declive cortical manifiesto provocado por causas fisiológicas o afectivas crónicas.

Ante la contundencia del modelo multivariado que ratificó al síndrome depresivo como un predictor independiente que triplica la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo, se recomienda erradicar el enfoque fragmentado de la atención médica. Las guías de práctica clínica de las IPS locales deben contemplar un abordaje integral donde todo adulto mayor diagnosticado con sintomatología depresiva sea remitido tempranamente a valoraciones de neuropsicología o psicología clínica. Asimismo, se debe capacitar al personal de medicina general en la identificación de la "pseudodemencia depresiva", asegurando que las fallas cognitivas secundarias al aplanamiento afectivo e hipercortisolismo crónico sean tratadas oportunamente mediante psicoterapia conductual o intervenciones farmacológicas seguras, previniendo la cronicidad y la pérdida de la autonomía funcional del paciente geriátrico.

Se recomienda formalizar convenios interinstitucionales entre la alcaldía de Corinto, la academia y las organizaciones sociales para capacitar continuamente al talento humano en salud y a los cuidadores comunitarios en herramientas básicas de psicogeriatría y valoración gerontológica integral. En un municipio expuesto históricamente a determinantes sociales adversos y violencia estructural, la salud mental del adulto mayor debe ser abordada bajo una política intersectorial que vincule los sectores de educación, salud y bienestar social, promoviendo la canalización oportuna hacia subsidios de vejez

digna y garantizando un entorno seguro que amortigüe el impacto del envejecimiento biológico.

Finalmente, se recomienda a las futuras cohortes de investigadores de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) y a las instituciones académicas de la región del Cauca, dar continuidad a esta línea de investigación a través de estudios de alcance longitudinal u observacionales prospectivos. Sería de alto valor científico evaluar de manera cuantitativa el impacto de los antecedentes de estrés postraumático derivados del conflicto armado sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y la reserva cognitiva de este grupo poblacional, aportando datos de corte biológico y social que continúen enriqueciendo los modelos predictivos de demencia en contextos de ruralidad dispersa en América Latina.

BIBLIOGRAFÍA

- Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2013). Depression tardía y riesgo de demencia: una revisión sistemática y metaanálisis. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 823–831.
- Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329–335.
- Fernández, L. M. (2025). Frecuencia del deterioro cognitivo en beneficiarios del centro integral del adulto mayor, Chachapoyas 2023 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas].
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Gómez-Angulo, C., Campo-Arias, A., & López-López, J. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Una revisión de sus propiedades psicométricas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 538–549.
- Llibre-Rodríguez, J. J., Valhuerdi-Cepero, A., & Acosta, D. (2021). Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de países en desarrollo: hallazgos del estudio 10/66. *Revista de Neurología*, 72(2), 45–53.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Situación de salud del adulto mayor en Colombia. Minsalud.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental y envejecimiento. OMS.

Pickering, J., Wister, A. V., O'Dea, E., & Chaudhury, H. (2023). Social isolation and loneliness among older adults living in rural areas during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 23, 511. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04204-8>.

Poveda Acelas, D. C., & Poveda Acelas, C. A. (2024). Prevalencia de depresión en adultos mayores de una comunidad de Veracruz, México. *Lux Médica*, 19(56), 45–53.

Rojas-Gualdrón, D. F., et al. (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 2–9.

Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., & Rey, O. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30(5), 428–432.

Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de Medellín, 2013. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 884–895.

Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. M. (2018). Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 162–168.

Valero-Pacheco, I. C., & Riaño-Casallas, M. I. (2025). Costo de las incapacidades por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia, 2016-2018. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 54(S1).

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

ANEXOS



Foto #1. Socialización a los adultos mayores sobre la investigación.



Foto #2. Aplicación de las encuestas a los adultos mayores.

8

Consentimiento informado para participar en investigación

Título del estudio: Prevalencia de Síndrome Depresivo y su asociación con el Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores del Municipio de Corinto, Cauca, Colombia. De enero a mayo del 2026

Introducción:
Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio de investigación dirigido a adultos mayores. Antes de decidir si desea participar, es importante que comprenda por qué se realiza esta investigación y qué implica su participación.

Objetivo del estudio:
Evaluar el estado cognitivo y el estado emocional de los adultos mayores mediante herramientas validadas, con el fin de identificar posibles alteraciones y contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Procedimiento:
Si usted acepta participar, se le aplicarán dos instrumentos:
1. Mini Mental Test: evalúa funciones cognitivas como memoria, orientación, atención y lenguaje.
2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: permite identificar síntomas de depresión.
La aplicación tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos y se realizará de manera individual.

Riesgos:
La participación en este estudio no representa riesgos físicos. Algunas preguntas pueden generar incomodidad emocional leve; sin embargo, usted puede suspender la entrevista en cualquier momento.

Beneficios:
No recibirá beneficios económicos. Sin embargo, los resultados pueden ayudar a identificar posibles dificultades cognitivas o emocionales, lo cual puede orientar acciones en salud.

Confidencialidad:
La información recolectada será confidencial y utilizada únicamente con fines investigativos. Su identidad no será revelada en ningún informe o publicación.

Participación voluntaria:
Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin que esto genere consecuencias.

Autorización:
He leído o me han leído este documento, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar voluntariamente en este estudio.

Nombre del participante: Josec Muñoz

Firma: [Firma] o huella: _____

Documento de identidad: 14994328

Fecha: 6 Mayo

Nombre del investigadores: Lina Vanessa Marín solarte - Mervin Felipe parra oyola

Firma de los investigadores: [Firma] [Firma]

Foto # 3. Consentimiento informado firmado por un adulto mayor participante de la investigación.

◆

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS - versión corta)

Nombre del paciente: HERNANDO P.

Edad: 77 Sexo: M Escolaridad: 8º

Fecha: 6 May. Evaluador: Lina Vanessa Marín solarte - Mervin Felipe parra oyola

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	☒ SI	☐ NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	☐ SI	☒ NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	☐ SI	☒ NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	☐ SI	☒ NO
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	☒ SI	☐ NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	☐ SI	☒ NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	☒ SI	☐ NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	☐ SI	☒ NO
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	☐ SI	☒ NO
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	☒ SI	☐ NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	☒ SI	☐ NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	☐ SI	☒ NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	☒ SI	☐ NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	☐ SI	☒ NO
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	☒ SI	☐ NO
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS. Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.		Total: <u>2</u>	

Puntuación:

Asigne 1 punto a cada respuesta indicativa de depresión.

Respuestas depresivas: 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 (Sí = 1 punto) y 1,5,7,11,13 (No = 1 punto).

Interpretation:

0-4: Normal

5-8: Depresión leve

9-11: Depresión moderada

12-15: Depresión severa

Foto #4. Escala de depresión geriátrica aplicada a un adulto mayor participante de la investigación.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nombre del paciente: HENARDO IPIA Edad: 32 Sexo: M.
 Escolaridad: 5.º Fecha: 6 mayo
 Evaluador: Lina Vanessa Marín solarte – Mervin Felipe parra oyola

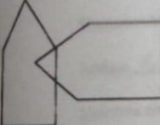
1. ORIENTACIÓN (10 puntos)
 ¿Qué día es hoy? (día, mes, año) (3 puntos) 3
 ¿En qué lugar estamos? (país, departamento, municipio, lugar) (4 puntos) 4. MD
 ¿Qué día de la semana es? (1 punto) 1
 ¿En qué momento del día estamos? (mañana/tarde/noche) (1 punto) 1

2. REGISTRO (3 puntos)
 Nombre tres palabras (ejemplo: casa, mesa, árbol) y pida al paciente que las repita. 3
 Número de intentos: 2

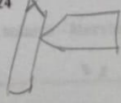
3. ATENCIÓN Y CÁLCULO (5 puntos)
 Restar de 7 en 7 desde 100 (5 intentos) o deletrear una palabra al revés. X
 Respuestas: _____

4. RECUERDO (3 puntos)
 Pedir que recuerde las tres palabras anteriores. X

5. LENGUAJE (9 puntos)
 Nombrar objetos (2 puntos) Cama Sofa
 Repetir frase: "Ni sí, ni no, ni pero" (1 punto) 1
 Seguir orden de 3 pasos (3 puntos) 1
 Leer y obedecer una orden escrita (CIERRE LOS OJOS) (1 punto) 1
 Escribir una frase (1 punto) X
 Copiar un dibujo (1 punto)



Puntuación máxima 35.
 Punto de corte Adulto no geriátricos 24
 Adulto geriátrico 20



PUNTAJE TOTAL: 21 / 30

Foto #5. Imagen de encuesta Mini-Mental State Examination (MMSE), aplicada a un adulto mayor participante de la investigación.