**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**

**"MAYRA GUTIÉRREZ".**

# "RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA".

**MELANNIE JULISSA BARRO CÓRDOVA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2022

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**

**"MAYRA GUTIÉRREZ".**

# "RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, EN UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIEDAD DE GUATEMALA".

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**MELANNIE JULISSA BARRO CÓRDOVA**

PREVIO A OPTAR POR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2022

**CONSEJO DIRECTIVO**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

**DIRECTOR**

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

**SECRETARIA**

M.A KARLA AMPARO CARRERA VELA

M.Sc. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDOÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A OLIVIA MARLENE ALVARADO RUIZ

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**Cc. Archivo**

**CIEPS. 016-2022**
**Reg. 017-2020**

**CODIPs. 1557-2022**

**ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

07 de noviembre de 2022

Estudiante
**Melannie Julissa Barro Córdova**
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Barro Córdova:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO PRIMERO (11º.)** del **Acta CINCUENTA Y DOS - DOS MIL VEINTIDÓS (52-2022)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de noviembre de 2022, que copiado literalmente dice:

**"DÉCIMO PRIMERO:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA"** de la carrera de **Licenciatura en Psicología,** realizado por:

| | | |
|---|---|---|
| **Melannie Julissa Barro Córdova** | **Registro Académico** | **2015-12785** |
| | **CUI:** | **3042-39259-0114** |

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el **Licenciado Edgar Santiago Chiu** y revisado por la **Licenciada Reyna Aracely Corado Recinos**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional".

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León**
**SECRETARIA DE ESCUELA**

/Bky

UG-284-2022

Guatemala, 28 de octubre del 2022

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **MELANNIE JULISSA BARRO CÓRDOVA, CARNÉ NO. 3042-39259-0114, REGISTRO ACADÉMICO No. 2015-12785 y Expediente de Graduación No. L-01-2020-C-EPS,** ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación,** solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 06 de OCTUBRE del año 2021.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Atentamente,

**M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ**
**COORDINACIÓN**
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucia G.
CC. Archivo
**Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en digital.**

USAC
TRICENTENARIA

*UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA*
*ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS*

CIEPs. 017-2022
REG. 016-2022

# INFORME FINAL

Guatemala, 06 de abril de 2022

**Señores**
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Reyna Aracely Corado Recinos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA".**

| **ESTUDIANTE:** | **DPI. No.** |
|---|---|
| **Melannie Julissa Barro Córdova** | **3042392590114** |

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 06 de octubre de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 31 de marzo de 2022, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

COORDINADOR CIEPS

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**
**Coordinador**
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**
**"Mayra Gutiérrez"**

USAC
TRICENTENARIA

*UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA*
*ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS*

CIEPs. 019-2022
REG. 016-2022
Revalidado por Revisor

Guatemala, 06 de abril de 2022

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**
**Coordinador**
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs**
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JUBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA".**

| **ESTUDIANTE:** | **DPI. No.** |
|---|---|
| **Melannie Julissa Barro Córdova** | **3042392590114** |

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 06 de octubre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DOCENTE REVISORIA

**Licenciada Reyna Aracely Corado Recinos**
**DOCENTE REVISORA**

Guatemala 26 de enero del 2,021

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *"Relación entre el deterioro cognitivo y depresión en personas de la tercera edad entre un rango de 65 a 80 años.* Estudio realizado *en el asilo Asociación Jubilo ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala"* realizado por la estudiante Melannie Julissa Barro Córdova, CUI 3042 39259 0114.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,

Licenciado Edgar Santiago Chiu
Psicólogo
Colegiado No. 2219
Asesor de contenido

Guatemala 26 de enero del 2,021

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

"Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Melannie Julissa Barro Córdova, CUI 3042 39259 0114 realizó en esta institución la aplicación de 45 pruebas a las personas de la tercera edad como parte del trabajo de Investigación titulado: *"Relación entre el deterioro cognitivo y depresión en personas de la tercera edad entre un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala"* en el periodo comprendido del 16 de septiembre al 6 de octubre del año 2,020, en horario de 9 a 14 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Asociación Jubilo
6 ta. Av. "A" 3-40 zona 2 de Mixco El Tesoro
Tel.: 5106-0578, 5105-2317.

Licenciado Juan Carlos Cezaña

Director de Asociación Jubilo

Tel. 51052317

**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**POR** MELANNIE JULISSA BARRO CÓRDOVA

CÉSAR EDUARDO BARRO MÁRQUEZ

**LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**COLEGIADO 16121**

CLAUDIA ANGÉLICA CÓRDOVA RIVERA DE BARRO

**LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**COLEGIADO 27393**

## Dedicatorias

Este trabajo de investigación, así como la carrera en su totalidad, fue un reto, el cual estoy feliz y satisfecha de haber superado. Quiero dedicar este trabajo, fruto de mi esfuerzo, sudor, estrés y desvelos primeramente a Dios, porque sin él no hubiera sido capaz de alcanzar ninguno de mis objetivos; él me dio la fuerza para continuar cuando sentía que ya no podía hacerlo más y guardo mi camino en estos años, y sé que lo hará por el resto de mi vida. Seguidamente, a César Eduardo Barro Márquez y Claudia Angélica Córdova Rivera de Barro, mis padres, quienes creyeron en mí y me apoyaron económica y moralmente para que lograra cumplir mis metas, facilitando las cargas que cualquier universitaria atraviesa y manifestando, con diversos actos, todo su amor.

Asimismo, a Karla Emy Vela Díaz, mi supervisora de práctica por tres años, quien, a través de su enseñanza y cariño, me formó como la profesional que soy, corrigió con amor y sabiduría mis errores y guío mi camino siendo luz. Por último, y sin la intención de sonar egocéntrica o narcisista, me dedico este triunfo también a mí, porque solo uno sabe el trabajo que se requiere para tener un equilibrio en las diferentes esferas de la vida, pero también porque busque demostrar excelencia en cada tarea entregada, en cada lectura, en cada atención proporcionada a los diferentes pacientes, los cuales llevaré en mi memoria y corazón. No hay mayor satisfacción que sentir pasión por ejercer lo que uno escogió.

## Agradecimientos

A Dios, por darme la vida, la fuerza, la paciencia y la sabiduría para tomar las mejores decisiones.

A mis padres, César Barro y Claudia Córdova, por apoyarme y amarme pese a mis errores, por creer en mí y por haberme brindado la oportunidad de poder estudiar la carrera de mi vida, los amo con todo mi corazón y amo la relación que actualmente tenemos.

A mis hermanas, Gabriela Barro y Joseline Barro, por soportarme cuando estaba estresada y darme todo su cariño y comprensión, pero principalmente a mi hermano, Fernando Córdova, por escucharme, alentarme, ayudarme y ser tan vital en mi vida y mi corazón.

A mis amigas de la universidad, Fabiola Aldana, Gaby Morales, María Alejandra Lanusa, Sharon Gil, Moriah Sosa, Sucely Barrios, Lynda Morales y Andrea Ekatherina por haber hecho de la universidad y la práctica una experiencia de lo más agradable, llena de risas y distintas aventuras que recordar, pero sobre todo a Jasmín Orantes, quien estuvo conmigo desde un inicio y fue mi fortaleza en los momentos más difíciles.

A mi abuelo, Marco Aurelio, por amarme inmensamente, junto a mis padres, a quienes agradezco todos sus esfuerzos. Finalmente, a mis tíos Vanessa Córdova y Franklin Arana por apoyarme en los momentos donde más los necesite, por creer en mí y mis capacidades.

Por último, a Karla Emy Vela Díaz, por ser una excelente supervisora y amiga, por enseñarme a vivir la psicología, por sus métodos de enseñanza que, aunque estresantes, me formaron como profesional; por su paciencia y su cariño.

# Índice

## Contenido


Resumen ..... 1

Prólogo ..... 3

Planteamiento del problema ..... 5

Objetivos de la investigación ..... 8

Marco Teórico ..... 10

- Adulto Mayor ..... 10
  - Función del sistema orgánico y envejecimiento. ..... 11
  - Salud mental y el anciano. ..... 13
  - Condiciones para la longevidad relacionadas con el envejecimiento. ..... 13
  - El problema del anciano con la memoria. ..... 15
  - ¿Qué facilita o dificulta la memoria en la edad avanzada? ..... 16
- Depresión ..... 16
  - Síntomas y prevalencia de la depresión. ..... 17
  - Categorías de la depresión. ..... 21
  - Factores de riesgo que inciden en la depresión. ..... 23
- Deterioro cognitivo leve ..... 26
  - Criterios diagnósticos para DCL. ..... 28
  - Procesos afectados por el DCL. ..... 30
  - Métodos de evaluación de deterioro cognitivo leve. ..... 32
- Deterioro cognitivo y depresión ..... 34

Técnicas e instrumentos de investigación ..... 39

- Enfoque y modelo de investigación ..... 39
- Técnicas ..... 39
  - Técnica de muestreo. ..... 39
  - Criterios de inclusión. ..... 40
  - Técnica de recolección de datos. ..... 40
  - Técnica de análisis de datos. ..... 41
- Instrumentos ..... 42
  - Test de Foistein – Mini Mental State Examination. ..... 42
  - Escala de Pfeffer. ..... 43

**Escala de Evaluación Hamilton.** ..... 44
Operalización de objetivos, categoría/variables ..... 47
Presentación, interpretación y análisis de los resultados ..... 49
Características del lugar y de la muestra ..... 49
Características del lugar. ..... 49
Características de la muestra. ..... 49
Presentación e interpretación de resultados ..... 50
Gráficas de la muestra. ..... 50
Deterioro cognitivo. ..... 50
Depresión. ..... 52
Gráficas de la totalidad de evaluados ..... 52
Deterioro cognitivo. ..... 53
Depresión. ..... 55
T student ..... 56
Muestra. ..... 56
Población en general. ..... 57
Análisis general ..... 58
Conclusiones y recomendaciones ..... 59
Conclusiones ..... 59
Recomendaciones ..... 60
Lista de referencia ..... 61
Anexo ..... 67

## Resumen

"Relación entre deterioro cognitivo y depresión en personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala durante 2,020".

**Nombre de la autora:** Melannie Julissa Barro Córdova **Carné:** 201512785

El estudio se efectuó sobre la relación entre deterioro cognitivo y depresión, en personas de la tercera edad. Se llevó a cabo en un asilo privado, ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala. El objetivo fundamental, de la investigación en cuestión, era aportar conocimiento acerca de la relación existente entre los niveles de deterioro cognitivo y los niveles de depresión en personas de la tercera edad, entre un rango de 65-80 años, el cual obtuvo resultados satisfactorios.

Los objetivos específicos que se alcanzaron durante la investigación fueron inferir los niveles de deterioro cognitivo de las personas de la tercera edad, identificar los niveles de depresión de las personas de la tercera edad, determinar la relación entre deterioro cognitivo-depresión en los adultos mayores mediante los resultados estadísticos, obtenidos a través de la aplicación de pruebas estandarizadas, fundamentando de una manera científica la investigación.

La población que representó la muestra correspondió a un aproximado de 15 adultos mayores, en un rango de 65 a 80 años. Sin embargo, se modificó el rango de edad preestablecido, puesto a la situación del COVID-19 que atravesaba el país, siendo los adultos mayores una población en riesgo que sufrió las consecuencias de la enfermedad, así como diferentes factores acordes a la edad. Además, los cambios realizados fueron necesidades que se presentaron al llegar a la institución; se trabajó con los adultos mayores que habitaban en el lugar destinado y

decidieron, voluntariamente, participar en la investigación. El enfoque con el que se orientó el proyecto es de orden cuantitativo, dado que se pretendió proporcionar información, medible y relevante, acerca del tema en cuestión; el diseño de investigación fue de orden correlacional descriptiva, también conocido como diseño asociativo.

La técnica de muestreo que se utilizó fue no probabilística o "de conveniencia", ya que se propuso respetar los criterios de inclusión seleccionados por la investigadora, los cuales fueron cambiados según las necesidades que emergieron en conformidad con la realización del proyecto. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación activa y los test psicométricos como: el mini mental, la escala de Pfeffer y la escala de depresión de Hamilton. La técnica estadística que se usó para conseguir interpretar los resultados fue la estadística descriptiva, la cual facilitó la aprehensión de estos por medio de gráficas y medidas de resumen; sin embargo, debido al reducido tamaño de la muestra, se empleó la técnica de t Student.

Los resultados demostraron que existe una relación estadística sobre las variables definidas. No obstante, los datos variaban dependiendo de la comparación de las pruebas; al relacionar el mini mental con la escala de depresión de Hamilton se exhibió que no había significancia estadística entre ambas, percibiendo un efecto contradictorio. La investigadora adjudica esta contradicción a diversos factores relevantes: el lugar inadecuado para la aplicación de las pruebas, el estruendoso ruido de las maquinas que tenían para la elaboración de productos, la dificultad para la comprensión oral debido a al uso de mascarillas y caretas, la participación de algunos cuidadores, la diferencia en la extensión de las pruebas.

La hipótesis nula proponía que "a mayor nivel de deterioro cognitivo, mayor nivel de depresión", manifestando la aprobación en los resultados de la tabla estadística, tanto de la muestra como de la población en general, así como en las gráficas del mini mental de Folstein.

Sin embargo, con el cuestionario de Pfeiffer no se obtuvieron los mismos resultados como se mencionó anteriormente. Se recomienda el uso del cuestionario de depresión de Yesavage, puesto que es breve, directo y destinado a personas de la tercera edad.

## Prólogo

El deterioro cognitivo y la depresión son dos padecimientos que suelen presentarse en las personas que conforman la tercera edad, de manera silenciosa y progresiva si no se le proporciona atención oportuna. La distinción de la sintomatología, para definir cada variable por separado, es compleja, ya que se exteriorizan con síntomas similares. Por lo tanto, se plantea la pregunta que originó el inicio del estudio ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y la depresión en personas de la tercera edad? Colocando un lugar específico para lograr darle una respuesta.

Ulterior a la formulación del enunciado anterior, fue necesario establecer la trayectoria del proyecto, definiendo la dirección que se deseaba seguir, por lo que se propuso identificar los niveles cuantitativos de depresión de las personas de la tercera edad, inferir los niveles cuantitativos de deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad, determinar la relación estadística entre deterioro cognitivo y depresión en personas de la tercera edad y socializar los resultados obtenidos con la finalidad de aportar, mediante un informe científico, conocimiento sobre la problemática a la escuela de ciencias psicológicas y a la comunidad san carlista en general.

El proyecto fue realizado en el asilo Asociación Jubilo ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala con una muestra de 15 personas. Sin embargo, por la situación del COVID-2019, se amplió el rango de edad que se había definido con anticipación, en vista del fallecimiento de algunas personas que formaban parte de la muestra.

Los estudios realizados, en diferentes partes del mundo, a cerca de la relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas de la tercera edad reflejaban que esta problemática era visualizada como un acontecimiento relevante para solicitar atención psicológica y psiquiátrica. En Guatemala, la salud mental, en términos generales, no es considerada lo suficientemente importante para proveer servicios orientados a la prevención y rehabilitación de padecimientos y enfermedades, minimizando el valor en la adultez tardía. Además, la cantidad de estudios hechos acerca del tema son insuficientes para tener significación científica, razones por lo que se justifica la investigación.

Los alcances y aportes obtenidos son insuficientes para generalizar a la totalidad de la población, a causa de que el tamaño de la muestra era reducido y el estudio tuvo que ser modificado por la situación en la que se encontraba el país; los adultos mayores eran los más vulnerable de contraer el COVID-19, por lo que la recolección de los datos fue y el contacto en sí con las personas fue dificultoso. No obstante, se alcanzó a concluir que sí existe una relación estadística entre ambas variables, de modo que se rechazó la hipótesis nula del estudio.

Se agradece al director del asilo, Juan Carlos Cezeña, por la confianza suministrada y por haber permitido la ejecución del proyecto a pesar de la situación que atravesaba el país. Asimismo, se les agradece a las personas que participaron, de forma voluntaria, en el estudio, considerando que sin su colaboración no se hubiese logrado cumplir con los objetivos propuestos.

## Capítulo 1

### Planteamiento del problema

En Guatemala, el sistema de salud no logra cumplir con las necesidades de los adultos mayores que van en continua evolución, debido a que se está presentando una transición demográfica, siendo esta más elevada en países desarrollados. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), además del incremento en la cantidad de personas de la tercera edad en el continente, también se ha acrecentado la esperanza de vida al nacer; el 81% de las personas que nacen en la región vivirán hasta los 60 años, mientras que 42% de ellas sobrepasarán los 80 años.

Este aumento significativo de la población del adulto mayor demanda una serie de cuidados en las diversas esferas de la persona (biológica, cognitiva y emocional). Igualmente, se deben de considerar los acontecimientos no normativos como factores que influyen, paralelamente al contexto y cultura a los que están expuestos, en la percepción de la persona de la tercera edad (Papalia, 1990).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se exhibe en personas de todas las edades, siendo esta una problemática que no se manifiesta únicamente en el interior del país; puede ser considerada como una crisis global. Según la OPS (2018), para el año 2020, la depresión será la segunda causa principal de discapacidad y aproximadamente, para el 2030, será la principal responsable de carga de enfermedad.

En Guatemala, los reducidos estudios que se han efectuado demuestran que cuatro guatemaltecos, mayores de 18 años, han padecido al menos un trastorno mental en el transcurso de la vida y en general, solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado con algún

profesional de la salud por emociones o problemas de salud mental. (Encuesta Nacional de Salud Mental, USAC, 2010).

> "La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida". (Martínez Hernández, 2007)

Asimismo, el deterioro cognitivo se considera como una dificultad en la salud a nivel mundial, la cual demanda inminente atención médica. Es considerado por los profesionales de la salud como una etapa intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, según explicó Valdés King, González Cáceres & Abdulkadir, (2017). Esta necesidad de atención en el área de salud es una problemática difícil de resolver en Guatemala, ya que los hospitales e instituciones que se dedican a apoyar al adulto mayor no cuentan con presupuesto para brindar soluciones persistentes; la reducida ayuda y estimulación que se proporcionan en los diversos lugares poseen procedimientos inconstantes, por lo que la solución demuestra resultados a corto plazo.

Según la OPS (2010), es frecuente que, juntamente a la depresión, se presenten síntomas de deterioro cognitivo, con alteración en áreas como lenguaje, atención, memoria, comprensión y pensamiento, por lo que la depresión es uno de los trastornos que está asociado al deterioro cognitivo en adultos mayores.

Las personas de la tercera edad, institucionalizadas en el asilo Asociación Júbilo, ubicado en la 6 av. A 3-49, zona 2 de Mixco, colonia el tesoro, evidenciaron sintomatología depresiva como: aislamiento, abulia, desinterés en las actividades programadas, irritabilidad y ánimo triste.

También, las personas de la tercera edad manifestaban deterioro cognitivo en las respuestas que emitían, debido a que demostraban dificultad para concentrarse, enlentecimiento del pensamiento, desorientación en espacio-tiempo y dificultad para recordar situaciones y experiencias previas. Por lo tanto, las personas de la tercera edad, del asilo Asociación Jubilo, entre un rango aproximado de 65 a 80 años, exteriorizan síntomas de un posible trastorno depresivo y un ostensible deterioro cognitivo.

Esta manifestación de sintomatología depresiva y disminución en las habilidades cognitivas, en las personas de la tercera edad, generaron en la investigadora distintos cuestionamientos como: ¿Cuáles son los niveles de deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020?; ¿Cuál es el nivel de depresión en las personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020?; ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y la depresión en las personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020?; ¿Cómo se socializarán los datos de la investigación?

Es conveniente que se les preste atención a los adultos mayores, debido a que es una población que está en riesgo por el COVID-19. Por lo tanto, las demandas hacia el gobierno cambiarán, la atención en el área de salud será fundamental y la necesidad de poseer estudios, dirigidos a las personas de la tercera edad, serán útiles para sobrellevar las problemáticas que se demuestren y tener herramientas psicológicas para continuar en un constante avance.

## Objetivos de la investigación

### Objetivo general:

- Aportar conocimiento sobre la relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas de la tercera edad del municipio de Mixco, Guatemala.

Posterior a la ejecución del trabajo de campo y a la interpretación estadística de resultados, se logró alcanzar el objetivo general, ya que la investigadora consiguió aportar conocimiento, de orden cuantitativo, a cerca de la relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas de la tercera edad del municipio de Mixco, Guatemala. Esta información puede crear una visión de la situación cognitiva y emocional que algunas personas de la tercera edad que están institucionalizadas padecen de manera silenciosa. Por lo tanto, para que estos datos pudiesen ser generalizados se tendrían que continuar las investigaciones en otros sectores del país, manteniendo la estructura del trabajo de investigación presente.

### Objetivos específicos:

- Inferir los niveles cuantitativos de deterioro cognitivo, mediante pruebas de tamizaje, en personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020.

El 50% de la muestra manifestó una valoración cognitiva normal; el 16.67% demostró un deterioro cognitivo leve; el 16.67% mostró un deterioro cognitivo moderado y el otro 16.67% un deterioro cognitivo grave; el Mini mental, por el contrario, refiere que el 33.34% posee un deterioro cognitivo moderado y el 0% un deterioro cognitivo leve; la diferencia estadística en los datos de ambas pruebas es superficial. Por consiguiente, se logró inferir el nivel de deterioro cognitivo,

logrando el cumplimiento del objetivo. Es menester indicar que las cifras descritas pertenecen únicamente a la muestra y no a la totalidad de evaluados.

- Identificar los niveles cuantitativos de depresión, por medio de una escala, en las personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020.

Los resultados estadísticos demostraron que el 33.33% de la muestra no presentaron depresión; el 16.67% exhibieron una depresión ligera; el otro 16.67% exteriorizaron una depresión moderada y finalmente el 16.67% mostró una depresión severa. Estos datos permiten percibir la existencia de la enfermedad en las personas mayores. Es relevante indicar que, al iniciar con la investigación, la mamá del director del asilo le refirió a la investigadora en cuestión que ninguno de los "abuelitos" que habitaba en el hogar poseía depresión porque a todos se les trataba bien.

- Determinar la relación estadística entre el deterioro cognitivo y la depresión en las personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, en el asilo Asociación Jubilo durante el ciclo 2,020.

Se declara significancia estadística debido que el valor p, el cual es de 0.034089, es menor que alfa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Es pertinente mencionar que el resultado cambió según la prueba que se utilizó, dado que, en el mini mental State Examination, el dato fue de 0.277938, es decir que no se pudo declarar significancia estadística, dado que el valor p es mayor que alfa.

- Socializar los datos mediante un informe escrito.

Se alcanzó mediante la ejecución total del proyecto.

## Marco Teórico

### Adulto Mayor

Conforme las personas van creciendo y alcanzando una edad prolongada son denominados de diferentes maneras por la población más joven: "anciano", "persona de la tercera edad" y, actualmente, "adulto mayor". Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), el envejecimiento no únicamente es percibido como un proceso físico, sino más bien un estado mental y ese estado mental se puede manifestar como un cambio revolucionario para la población. Esta afirmación se debe a los cambios demográficos que se están mostrando año tras año en los porcentajes estadísticos, enfocados principalmente a la creciente atención en este estrato poblacional. Asimismo, Papalia, Harvey, Feldman, & Camp (2009) "divide la adultez en tres periodos: adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años), adultez media (de 40 a 65 años) y adultez tardía (65 años o más)" (p. 8)

La OMS (2010) planteó que sería necesario un plan de intervención para que los países estuvieran preparados para afrontar los retos que se presentaran en el cuidado de los adultos mayores. Por lo tanto, expusieron trabajar en tres esferas principales: prevención de las enfermedades crónicas, acceso a servicios de atención primaria y creación de entornos adaptados a las personas mayores. Pero para lograr cumplir este objetivo se debe de conocer al adulto mayor y los diferentes significados que se pueden encontrar con la edad.

En conformidad con El incremento de las enfermedades médicas es inevitable, dado el periodo involutivo que están cursando. Este periodo, para las personas de la tercera edad, permite la aparición o progresión de trastornos psiquiátricos; la invalidez y el deterioro cognitivo, combinado con factores psicosociales, pueden desencadenar un trastorno en el estado de ánimo, como por ejemplo la depresión. (Torres, López, Vásquez, & Hernández, 2015)

Pero, antes de continuar profundizando en los trastornos cognitivos y emocionales, que suelen aparecer en los adultos mayores, se ahondara en la descripción de las funciones corporales, condiciones de longevidad, componentes y problemáticas que acompañan al envejecimiento, sin hacer distinción sobre un envejecimiento normal o patológico.

**Función del sistema orgánico y envejecimiento.**

Cuando se describe a una persona se debe de tomar en cuenta las diferentes dimensiones que la conforman: orgánica, psicológica, funcional, social, etc. Según Papalia, Harvey, Feldman, & Camp (2009), sugiere que el envejecimiento se puede dar de varias maneras, las cuales no se dan de forma semejante. Por ende, menciona 5 tipos de edades que las personas de la tercera edad transitan:

> La edad cronológica, edad funcional, edad biológica, edad psicológica y la edad social. La primera hace referencia a la suma de cuántas veces un habitante de este planeta orbita el sol. La edad funcional mide cuán bien una persona puede interactuar en un entorno físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica. Es conformada por la edad biológica, la edad psicológica y la edad social. La edad biológica es una medida de cuanto ha progresado una persona a lo largo de un ciclo de vida potencial; se predice mediante la condición física de la persona. La edad psicológica es la forma de cómo enfrenta la persona, en comparación de los contemporáneos, lo retos del entorno. La edad social depende del grado en que el comportamiento se ajusta a las normas, expectativas y roles que se espera desempeñe en sociedad una persona de cierta edad cronológica. El concepto de edad social supone que el desarrollo social sigue un patrón típico con base en un conjunto de expectativas de una sociedad particular. (Papalia, 2009, p. 10).

Por consiguiente, es pertinente conocer a la persona de modo integral, ya que si el enfoque está dirigido únicamente a un aspecto se ignorará información que podría complementar el análisis a realizar.

***Teorías biológicas del envejecimiento.***

Belsky (1996) propone en el libro "psicología del envejecimiento" que se han realizado diversos estudios donde los gerontólogos no están de acuerdo con los planteamientos hechos sobre las personas de 65 años, dado que son señaladas como indicadores para entrar a la vejez; formulan que la edad de los 80 años sería la indicada para afirmar tales suposiciones. Los deterioros físicos e intelectuales son distinguidos con más frecuencia.

Tobin (citado por Belsky, 1996) comentó que "la mayor parte de signos biológicos del envejecimiento empiezan a establecerse poco después que alcanzamos la edad adulta, a fines de la década de los 20 o a principios de la de los 30" (p. 46). El envejecimiento y los cambios físicos que lo acompañan a lo largo del desarrollo se exteriorizan progresivamente desde edades relativamente cortas, siendo la tercera edad una etapa gradual de cambios, siendo estos físicos, intelectuales, funcionales, sociales, etc.

Según Marx (citado por Belsky, 1996), las diferentes hipótesis celulares sobre la razón del envejecimiento pueden agruparse en dos categorías:

> Las teorías que postulan que el envejecimiento y la muerte tienen lugar debido a un deterioro celular que se produce de una manera fortuita, y teorías que postulan que un programa biológico establecido específico dirige y supervisa el proceso. (p. 51)

**Salud mental y el anciano.**

Uno de los autores más relevantes en el campo de la psicología evolutiva, principalmente en el desarrollo psicosocial de las personas, es Erick Erikson, quien planteó una teoría que integraba aspectos sociales y biológicos. Según Cuevas (2018), Erickson postuló 8 etapas, cada una con características propias y objetivos específicos que se tenían que cumplir para pasar a la siguiente. La última de las etapas fue la denominada como "Integridad del yo versus desesperación", la cual se daba de los 65 años en adelante.

Goldman (1992), definió esta etapa como un periodo de decadencia biológica. También mencionó que Erickson explicaba la ancianidad ideal como la culminación adecuada de las 7 etapas anteriores, es decir, con un sentido integro, el cual brinda una solución a la problemática de la muerte, la cual estaba enfocada en la visión de una vida insatisfecha. Entonces, la ancianidad ideal es aquella donde, a pesar de tener conciencia acerca de la muerte, se continúa viviendo placenteramente, asumiendo las experiencias de los acontecimientos pasados y los logros que se han obtenido, tanto los personales como los de las personas cercanas. Se vive con la sabiduría y conocimiento consolidados a base de experiencias.

**Condiciones para la longevidad relacionadas con el envejecimiento.**

Las condiciones de longevidad, asociadas al envejecimiento, proporcionan una visión clara acerca de los sucesos o cambios que generan un impacto posterior en la tercera edad. Papalia, Harvey, Feldman, & Camp (2009) propone que la longevidad humana, es decir, la cantidad de años que vive una persona es el resultado de la reducción de la mortalidad en recién nacidos y en niños; disminución de las muertes en personas jóvenes; nuevos tratamientos para prevención y rehabilitación de enfermedades. Asimismo, Vaillant y Mukamal (citados por

Castillo 2009) afirmaron que las siguientes condiciones deben de cumplirse antes de los 50 y permiten la predicción de un adecuado envejecimiento a partir de los 70:

a) Consumir alcohol, de forma moderada.

b) No fumar.

c) Tener pareja estable.

d) Hacer ejercicio físico.

e) Mantener un peso adecuado.

f) Alcanzar un buen nivel de estudios.

g) Tener una actitud positiva ante los problemas.

Cada una de las perspectivas considera aspectos diferentes, los cuales interfieren con la persona. Una de ellas se enfoca en los acontecimientos externos que se han modificado en el trascurso del tiempo, debido a los cambios comportamentales que se derivan de las prácticas realizadas en los países desarrollados o en vías de desarrollo. La otra se orienta a las prácticas habituales que las personas deberían de hacer antes de llegar a la senectud.

> Si bien, producto del avance de la ciencia y la medicina, la gente vive más que antes, particularmente en los países desarrollados, esta extensión de la vida puede darse a expensas de senescentes discapacitados por enfermedades que afectan su desempeño físico y/o mental. De tal manera que vivir más, el tener una vida aún más larga, no implica necesariamente vivir bien. (Castillo, 2009, p. 167)

Las aportaciones de la ciencia y la medicina solo tienen influencia en aspectos relacionados con el área biológica de la persona. Por esta razón, se tiene que considerar el área

emocional, los pensamientos e ideas que las personas tienen acerca de la vida, ya que pueden estar con enfermedades o padecimientos, pero con un envejecimiento adecuado o viceversa.

**El problema del anciano con la memoria.**

Poon (1985) & Smith (1980) (Citados por Beslky 1976) hacen un cuestionamiento orientado a los declives de la capacidad de memoria secundaria de las personas de la tercera edad, el cual es: "¿se deben los déficits de memoria de la edad avanzada principalmente a un problema de adquisición (codificación), a un problema de almacenamiento o el problema se debe sobre todo a dificultades para hacer salir la información?" (p. 179). La resolución a esta problemática estará encaminada por medio de pruebas de reconocimiento, las cuales tienen la finalidad de ser aplicadas a diferentes poblaciones (jóvenes y adultos mayores) para lograr establecer las diferencias significativas en la codificación, almacenamiento o reconsolidación de la memoria y según los resultados obtenidos en la psicometría, la reconsolidación o recuperación de los recuerdos es déficit más destacado en las personas de la tercera edad. Smith (citado por Beslky 1976).

Asimismo, investigadores aplicaron pruebas de reconocimiento libre a las personas de la tercera edad con los pares, es decir, con personas de edad similar. Estos estudios arrojaron la respuesta de que el déficit podía ser relacionado con problemas en las estrategias de aprendizaje o complicación en la codificación. Harkins, Chapman, Eisdorfer (citado por Beslky 1976). En consecuencia, el estudio de la memoria es sumamente compleja en las personas de esta población, ya que las investigaciones anteriores demuestran que a pesar de la correcta aplicación de pruebas estandarizadas las respuestas pueden variar; el enlentecimiento o déficit en alguna capacidad cognitiva va regida hacia el funcionamiento global del área cognitiva.

### ¿Qué facilita o dificulta la memoria en la edad avanzada?

Hulicka y Grossman (citado por Beslky 1965) afirman la hipótesis que plantea que las personas de la tercera edad tienen un mejor rendimiento mnésico si utilizan mediadores como estrategia de aprendizaje. El adulto mayor coloca una imagen mental que corresponda con las palabras a recordar, facilitándose de esta manera la codificación y reconsolidación posterior de los estímulos brindados.

La dificultad en la codificación y reconsolidación de la información obtenida, según Poon (citado por Beslky 1976), se debe a la técnica de la memorización, por lo que es recomendable omitir el uso de esta.

## Depresión

La depresión, según la OMS es definida como: "un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración".

No existe una conceptualización dirigida específicamente a las personas de la tercera edad, por lo que la definición es considerada, en términos generales, como global para todas las poblaciones que puedan, en alguna etapa de la vida, llegar a padecerla. Como todo trastorno mental, posee sintomatología, evolución temporal, distinción de gravedad y pautas para el diagnóstico.

Según Vázquez (1990) (citado por Vásquez & Sanz, 2009):

> El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi

> continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. (p. 240)

La población del adulto mayor no posee una excepción en cuento a los síntomas y evolución en comparación con las personas jóvenes que experimenten este tipo de trastorno, dado que se puede manifestar en cualquier momento del ciclo de la vida. En contraste con la sintomatología, esta población muestra características especiales propias de la edad, como las enfermedades que padecen, el entorno en el que habitan, las relaciones interpersonales con las que interactúan y el sentimiento de soledad que puedan sentir. (Klung G, Lacruz M, Emeny R, 2014) (Citado por Calderón M, 2018).

**Síntomas y prevalencia de la depresión.**

> Los ancianos constituyen un grupo de población en el que se encuentra especialmente indicado el tratamiento a largo plazo de la depresión. La tasa de recurrencia oscila entre el 50-90% de los casos en un período de 2 a 3 años. Los factores de riesgo son similares a los que se presentan en adultos más jóvenes, pero la comorbilidad somática, la presencia de afectación cerebrovascular y deterioro cognitivo o la presencia de circunstancias socioeconómicas adversas son especialmente frecuentes entre los ancianos (Martín, Baldomero, Álvarez, Bousoño, Eguiluz, Roca, Urretavizcaya, 2008, p.62).

Se deben de identificar adecuadamente cada uno de los síntomas descritos y comparar los diferentes contextos en los que se puede presentar, debido a que un adulto mayor institucionalizado puede presentar cambios somáticos y deterioro cognitivo, mientras una

persona de la tercera edad que no está institucionalizada puede sufrir de sintomatología depresiva a causa de una enfermedad médica crónica o accidente cerebro vascular.

La anhedonia (incapacidad para sentir placer por actividades que antes la generaban), la irritabilidad, el sentimiento de tristeza, sensación de vacío, aplanamiento emocional son síntomas anímicos frecuentes que pueden encontrarse en un episodio depresivo. Sin embargo, no son los únicos que se pueden presentar, puesto que existe la presencia de síntomas motivacionales-conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales (deterioro en las relaciones con los demás). Los síntomas motivacionales-conductuales pueden ser la apatía, desesperanza, falta de control, pérdida del sentido y en los casos de depresión más graves, "retardo psicomotor" visualizado principalmente en un enlentecimiento significativo del área de lenguaje y motricidad. (Vásquez & Sanz, 2009)

Es apropiado mencionar que, algunos de los pacientes que padecen depresión, buscan primero atención médica antes que la proporcionada por un profesional de la salud mental cuando los síntomas que se demuestran son físicos, como por ejemplo el insomnio o la hipersomnia. Según Vásquez & Sanz (2009) "los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.)" (p. 242). Conforme lo planteado por Goldberg y Huxley (1992) (citado por Vásquez & Sanz, 2009) los síntomas físicos pueden considerarse como vitales para diagnosticar el trastorno depresivo como normal o clínico, así como para observar que personas buscan o no la ayuda médica o psicológica.

Finalmente, según los síntomas cognitivos, la memoria, atención, concentración y las funciones ejecutivas muestran un déficit en el rendimiento intelectual de la persona, produciendo un declive en el desempeño de las tareas cotidianas. Hay que tomar en cuenta, no

solo los procesos cognitivos, sino también el contenido de los pensamientos, prioritariamente si estos son negativos y constantes. En relación con esta categoría de síntomas, Vásquez & Sanz (2009) indican que:

> Los modelos cognitivos de la depresión plantean que estas cogniciones negativas (tanto en su aspecto formal como en sus contenidos) pudieran tener un papel causal, más que sintomatológico, en el desarrollo del trastorno. Es decir, las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma. (p.242)

Camus, Kraehenbühl, Preisig, Büla & Waeber, 2004; Samaras, Rossi, Giannakopoulos & Gold, 2010 (citado por Bastidas-Bilbao, 2014) proponen que el 13% de la población geriátrica padece de sintomatología depresiva clínicamente significativa que no logra cumplir los criterios diagnósticos de depresión mayor, ni depresión menor. Este porcentaje incrementa la dificultad para determinar un diagnóstico, y así, llevar a cabo un tratamiento adecuado que responda a las necesidades de la persona que está siendo afectada, dado que la consecuencia más perjudicial sería el suicidio. Burke y Wengel (2003) (citado por Bastudas-Bilboa, 2014) señalan que:

> Los adultos mayores que cometen suicidio dan menos señales de alerta, usan métodos de mayor letalidad y lo hacen de forma más sistemática y decidida; sin embargo, incluso si se omite el suicidio como causa de muerte, se ha observado que la depresión en el adulto mayor se asocia a una mortalidad más temprana y a una mayor tasa de hospitalizaciones y costos de salud (p.1)

El estudio de Bastidas-Bilbao (2014) propuso en la discusión de resultados a la depresión como un factor de riesgo que, acompañado de procesos fisiológicos y modificaciones conductuales, predisponen a la persona a desarrollar alteraciones vasculares y de esta manera, estas evolucionen a un accidente cerebro vascular. También fue establecida como factor de riesgo para la aparición de enfermedades neurodegenerativas (como Parkinson y Alzheimer), aunque la etiología no cuenta con suficiente fundamentación empírica.

Asimismo, los accidentes cerebro vasculares, la diabetes, y las enfermedades neurodegenerativas son precursores para la aparición de la depresión, puesto que cada una de las enfermedades reduce la funcionalidad del adulto mayor en las diferentes esferas de vida, creando un sentimiento de inutilidad; además, las estructuras corticales, subcorticales, neuro-endocrinas poseen un deterioro anatómico y funcional. Por lo tanto, se percibe una reciprocidad en la afectación de las enfermedades médicas y la depresión, ya que una afecta a la otra y viceversa.

Sin importar la cantidad de factores que estén íntimamente relacionados con la depresión, la prevalencia de casos en adultos mayores va en aumento de manera global. No obstante, debido a la falta de investigación cuantitativa y cualitativa en Guatemala, no se puede establecer el porcentaje verídico de personas que sufren este tipo de trastorno. Las cifras más cercanas para hacer una comparación son las extraídas por las investigaciones ejecutadas en México, mostrando del 26 al 66% (Durán T, Aguilar MR, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G & Vásquez L, 2013) (Citado por Calderón M, 2018); por lo que el número de personas continúa elevándose conforme pasan los años.

Según Crespo (2011) “En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%”. (Citado por Calderón M, 2018). Asimismo, Pino MB (2013) refiere que “se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión en aquellos pacientes mayores que viven institucionalizados en comparación a otro tipo de personas mayores que viven en otro tipo de entorno”. Estando de acuerdo con los planteamientos anteriores, Pérez-Fuentes, del Mar Molero, Gázquez, Barragán, Martos, Pérez-Esteban agregan que “hay estudios que sitúan esta prevalencia de depresión del adulto mayor institucionalizado entre el 14% y el 70%”. (p.2) (citados por Díaz González, 2018)

Los estudios expuestos demuestran que los adultos mayores que están institucionalizados son los que corren un mayor riesgo de exhibir algún nivel de depresión; es posible constatar lo que proponen diferentes autores cuando se evalúa a la población clínicamente o por medio de pruebas que procuran realizar un tamizaje.

**Categorías de la depresión.**

Dechent R. (2008) propone que:

> No hay una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo que se han de utilizar las construidas para la edad adulta, DSM-IV y CIE-10. Aunque numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del especialista constituye un elemento fundamental en el diagnóstico de la depresión subclínica, por cuanto es frecuente que estos cuadros afecten significativamente tanto en la funcionalidad y cognición como en el curso de las enfermedades de base, haciendo necesaria su consideración y tratamiento. Dichas

> clasificaciones incluyen la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo. (P. 341)

Como lo explica el autor, existe dificultad al categorizar los episodios depresivos del adulto mayor en las clasificaciones de los manuales diagnósticos. La ausencia de síntomas específicos y clasificación de cuatros clínicos, dirigidas a la población geriátrica, provee un aspecto relevante para la investigación, creación y publicación de apartados, en los diferentes manuales diagnósticos, para facilitar la impresión clínica y, por ende, beneficiarse de un tratamiento encaminado a cubrir las necesidades de atención, según el grado que corresponda. A pesar de las limitaciones que provee la falta de una clasificación propia para el adulto mayor, los manuales como GLAP, CIE-10, DSM-V propician un acercamiento clínico sobre el nivel y categoría de depresión que la persona está padeciendo.

Un punto en común que tienen todos los manuales en la explicación de la depresión es el episodio depresivo mayor, el cual es uno de los principales trastornos del estado de ánimo que afecta a la población en general, pudiendo ser identificado mediante la temporalidad en la que cursa (2 semanas) y el número de síntomas que muestra (cinco), paralelamente a una marcada interferencia en con la vida cotidiana; la gravedad del episodio puede varias de una persona a otra. No obstante, hay que tomar en consideración dos criterios adicionales: que los síntomas no sean exhibidos por la presencia de enfermedad médica, ingesta de sustancias o duelo normal por la muerte de un ser querido. (Vásquez & Sanz, 2009).

Las categorías de diagnóstico que corresponden a la depresión poseen características similares a las de un episodio depresivo, dado que este puede ser considerado como una pieza clave para entender el problema del estado de ánimo de una persona; por más que este expuesto en el trastorno no puede ser catalogado dentro de las etiquetas diagnósticas. Según Vásquez & Sanz:

> Un «episodio» no es una categoría diagnóstica. En otras palabras, no se puede dar a nadie, desde un punto de vista formal, un diagnóstico de «episodio depresivo» pues esto no denota más que un síndrome o conjunto de síntomas. Las etiquetas o categorías diagnósticas básicas son la de «Trastorno depresivo mayor», «Distimia» y el denominado «Trastorno depresivo no especificado en otro lugar». (p.243)

**Factores de riesgo que inciden en la depresión.**

Los factores que se encuentran involucrados en el desarrollo de un trastorno depresivo varían de una persona a otra; no es adecuado suponer que serán los mismos factores los que causarán afección, dado que las experiencias y la percepción de la vida de cada persona, son diferentes. En un estudio dirigido al adulto mayor, principalmente al adulto mayor institucionalizado, se lograron identificar algunos motivos que pudieron contribuir al inicio o evolución de un trastorno depresivo, los cuales son: sentimientos de desarraigo debido a la separación de lazos familiares y de relaciones cercanas, presencia de problemas económicos, cambio abrupto en el estilo de vida, pérdida de libertad y decisión. Además, un aumento en las enfermedades médicas crónicas, las cuales producen modificación en la percepción subjetiva de bienestar, generándole a las personas una sensación de ansiedad por acercarse a la muerte (De-la-rosa-gallego, 2016) (citado por Díaz González, 2018).

Otros factores que se han alcanzo identificar en los adultos mayores instituzionalizados es una conducta pasiva por la falta de actividades recreativas y de interacción con otros, así como la disminución en la autovalía por los constantes sentimientos de inútilidad al ser despojados de su independencia personal. (Luzuriaga troya, 2016). Al observar los resultados de los estudios, se puede percibir que no existe un único factor que interfiera con el bienestar subjetivo de las personas institucionalizadas y que influyen uno sobre el otro; esto se debe principalmente a que la raiz del problema es de índole multifactorial. También es oportuno indicar que los factores propios de cada persona aumentan la probabilidad de que desarrollen un trastorno depresivo (sexo, genética, estado civil). A continuación se desglosaran los factores según la categoría que correponsa (física, psíquica, social, ambiental, etc)

***Factores biológicos.***

Son todos aquellos problemas que tienen relación con el área física de la persona, es decir, de la salud o enfermedad que sufran en la actualidad. (Luzuriaga Troja, 2016)

***Factores neurológicos.***

El planteamiento que Luzuriaga troja (2016) hace con respecto a los factores neurlógicos que perjudican al adulto mayor es que:

> La alteración de la serotonina y la aparición de enfermedades cerebrovasculares son fuente de que el paciente comience una serie de cambios y que esto produzcan casos de ansiedad, depresión o de otro tipo de patología que conlleven a estos cambios que son las alteraciones en la salud mental, tal como los trastornos bipolares. (p.12)

Por ende, la disminución de la serotonina tiene un gran valor en el inicio de los trastornos depresivos o en la aparición de síntomas subyacentes al mismo. Esta reducción explica la aparición de ansiedad acompañando el cuadro clínico.

***Factores psicosociales.***

Son atribuibles a la parte intrapsíquica de la persona: sentimiento de soledad por ser apartados de la familia o por la muerte inevitable del conyugue, sensación de aislamiento por los seres queridos o por el asilo donde esta institucionalizado, siendo producido por negarle la participación activa en la toma de decisiones; posibilidades limitadas para interactuar con otros adultos mayores, residencia en lugares no apropiados. (Luzuriaga Troja, 2016)

Melguizo-Herrera, Álvarez-Romero, & Cabarcas-Mendoza (2015), proveyeron una explicación acerca de otros factores psicosociales, que inciden sobre la depresión en el adulto mayor que no esta institucionalizado, como: "manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez". Ulteriormente, agregaron factores de riesgo individuales, denominando:

> presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. (p.1-2)

Al hacer una comparación entre autores, se puede concluir que la sensación de soledad es el factor que predomina en ambos estudios, siendo los demás factores un resultado secundario de este. Por lo que la génesis de la depresión, en las personas de la tercera edad, puede ser originada por un sentimiento interiorizado de soledad. La carencia de investigaciones, dirigidas al sector geriátrico, exhibe dificultades al momento de querer obtener

información descriptiva o estadística contextualizada, limitando el conocimiento para la creación de intervenciones que propicien una mejor calidad de vida.

**Deterioro cognitivo leve**

Las personas de la tercera edad poseen principalmente cambios físicos, en el estado de salud y cognitivos durante el envejecimiento, dado que el desgaste personal que han sufrido durante toda la vida empieza a evidenciarse. Estas modificaciones dependen de las decisiones que hayan tomado durante la adultez, por lo que el grado de déficit en las distintas áreas es variable de persona a persona. En base a lo anterior, Ramos, Fernández, & Pérez (2009) aclaró que:

> Es preciso subrayar que las demencias no son una consecuencia natural del envejecimiento. Su elevada prevalencia en personas mayores de 65 años (afecta al 10%) junto al progresivo aumento de ancianos justifica la necesidad de una mayor profundización en su estudio, tanto por razones científicas como sociales. (p.620)

Es primordial hacer investigaciones acerca de este tipo de estados que se dan durante la vejez con la finalidad de crear tratamientos, preventivos y rehabilitativos, para poder ofrecer una mejor calidad de vida. Al brindarles el material terapéutico que requieren, podrán estimularse las áreas cognitivas que exhiben algún tipo de deterioro.

Para poder estudiar a profundidad las diferentes dimensiones a las que afecta el deterioro, y el seguimiento que hay que proporcionar, es de gran utilidad conceptualizar y diferenciar el término “deterioro cognitivo leve” de la “demencia”.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es definido, según el equipo de la Clínica MAYO (Petersen y cols., 1997) (citado por Ramos, Fernández, & Pérez, 2009) como "un estado transitorio entre la normalidad y la demencia, que no interfiere significativamente en la adaptación personal y social del sujeto" (p.621). Explicado en otras palabras, es aclarado por Sosa Sosa (2016) como: "un declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan la vejez y el inicio de la demencia" (p.4). En cambio, la demencia puede ser puntualizada como "un síndrome de carácter orgánico y etiología múltiple, que da lugar a déficit cognitivos, motores y sociales muy diversos y que también implica cambios en la personalidad del sujeto". (Ramos, Fernández, & Pérez, 2009, p. 620).

Se puede concluir que el deterioro cognitivo leve es el grado inicial de la demencia, dado que se pueden visualizar alteraciones leves en los procesos cognitivos superiores (concentración, atención, velocidad de procesamiento y principalmente la pérdida de la memoria progresiva, siendo la memoria de trabajo y la memoria episódica), sin manifestar cambios abruptos en la personalidad, la capacidad en la que interactua con otras personas y el desempeño de actividades cotidianas.

Para rectificar lo descrito, Barrera, Donolo, y Rinaudo (2010) (citado por Cancino & Rehbein, 2016) refieren que el deterioro cognitivo leve es:

> Un cuadro que se manifiesta como un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas, esto es; orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual y un predominio de la reducción de la función mnémica. Además, se suelen acompañar cambios conductuales. (p.184)

Es fundamental darle a la persona de la tercera edad la intervención que requiera para que el deterioro no continue evolucionando a un tipo de demencia, considerando el alzheimer la más común, pudiendo causar una menor calidad de vida y consecuencias en la autonomía de la persona. La afirmación de que el DCL siempre va a evolucionar hacia una demencia es incorrecta, siendo comprobado por medio de la aclaración de Iñiguez (2004) (citada por Sosa Sosa, 2016) refiriendo que, según estudios longitudinales, "el rango de progresión de personas con DCL a EA es de un 10 a un 15 % por año; por tanto, no siempre que existe DCL se evoluciona hacia Alzheimer" (p.7)

**Criterios diagnósticos para DCL.**

Según Petersen y cols. (1997) (Citado por Ramos, Fernández, & Pérez, 2009) los critrios para poder hacer un diagnóstico adecuado de un deterioro cognitivo leve son:

> a) alteración subjetiva de la memoria, a poder ser confirmada por un informador fiable;
>
> b) alteración objetiva de la memoria, valorada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad;
>
> c) función cognitiva normal;
>
> d) realización normal de las actividades de la vida diaria;
>
> e) sin demencia. (p.622)

En un estudio posterior del año 1999, se agregó al listado que la queja de disminución de la memoria no se debía de aclarar mejor por otro tipo de condición médica. (Sosa sosa, 2016)

Los criterios diagnósticos contribuyen a facilitar una guía para focalizar los déficits cognitivos de las personas y poder ampliar la visión clínica sobre el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, existen reducidas publicaciones que afirmen una clasificación, de grados o

niveles, en el deterioro cognitivo. Por ejemplo, Peterson y su equipo de colaboradores, a lo largo de un estudio longitudinal (1997-2003), propusieron que el deterioro cognitivo estaba distribuido en 3 tipos: amnésico, difuso, no amnésico; cada uno, sino era intervenido por un profesional, podía evolucionar hacia una forma de demencia. (Ramos, Fernández, & Pérez, 2009)

No es complicado alcanzar la diferencia entre deterioro cognitivo amnésico y no amnésico durante las evaluaciones, dado que el interés se centra en la memoria; petersen y Morris, en el año 2005, propusieron estos tipos de DCL. Una manera novedosa para poder distinguir la gravedad de la condición cognitiva de la persona es la de lograr detectar los dominios más afectados. Si solo una función está siendo perjudicada se podrá decir que es un caso unidominal, siendo la memoria la protagonista. Por el contrario, si hubiese más de un dominio deteriorado se afirmará que el problema es de índole multidominio; se ven implicada la atención, funciones ejecutivas. Al ser más específicos en la detección de las clasificaciones se consigue aproximar a un diagnóstico más certero. (Cancino & Rehbein, 2016)

Resumiendo, los aportes previos, Monastero y colaboradores (2007) (Citado por Oviedo, Britton, & Villareal, 2016) interpretaron las clasificaciones publicadas por otros autores e hicieron una síntesis para los lectores indicando que: “actualmente existen 4 subclasificaciones de DCL: amnésico un solo dominio, amnésico multidominio, no amnésico un solo dominio y no amnésico multidominio”. (p.74)

Sin importar la cantidad de dominios cognitivos afectados, investigaciones demuestran que, aunque no se exhiban cambios en la personalidad del adulto mayor con DCL, se observa dificultad cuando ejecutan tareas cotidianas. Una de las investigaciones que compromete la actividad instrumental es la realizada por Farías y colaboradores durante el año 2006. Este autor

propone que “las personas con DCL presentan dificultades para realizar exitosamente actividades instrumentales de la vida cotidiana, es decir, tareas que tienen cierta complejidad cognitiva, como, por ejemplo: cocinar, regular sus finanzas o manejar su medicación” (Cancino & Rehbein, 2016, p.185)

**Procesos afectados por el DCL.**

Como se ha mencionado con anterioridad, los procesos cognitivos que se ven implicados en el caso de personas con deterioro son: la memoria, como dominio primordial de quejas por parte de los adultos mayores, familiares o cuidadores; la velocidad de procesamiento, atención y concentración.

Las descripciones de Sosa Sosa (2016) demuestran una participación conjunta de los demás procesos cognitivos en la memoria, la cual es la función a la que se le ha suministrado mayor interés en el estudio de DCL; se entienden como una influencia directa en el desempeño correcto de la memoria. Agregó que “la atención (en especial la atención selectiva) es una función importante para la memoria y la velocidad de procesamiento, juntos forman parte del deterioro cognitivo leve en la Vejez”. (p.12)

***Memoria.***

Según Peterson y colaboradores (2001) (citado por Oviedo, Britton, & Villareal, 2016) “El desempeño en las tareas de memoria verbal episódica permite establecer algunos de los criterios diagnósticos de DCL” (p. 75). De modo que, la dificultad en la consolidación de información verbal y no verbal es un predictor de deterioro cognitivo.

***Atención y funciones ejecutivas.***

Algunos estudios, ejecutados por diferentes investigadores, amplían información acerca de la atención y de cómo este proceso cognitivo puede manifestar algún tipo de déficit antes que otros dominios en el deterioro cognitivo leve; la disminución en la realización de tareas cotidianas, la incapacidad para seleccionar un estímulo, el mantenimiento de la atención sostenida y el procesamiento, a un ritmo inadecuado, de los datos del entorno ( Oviedo, Britton, & Villareal, 2016) engloban un listado de problemáticas que poseen relación directa con alteraciones atencionales. La atención puede definirse subjetivamente como la base para que los demás procesos cognitivos continúen funcionando de manera normal, según la edad cronológica de la persona.

Petersen et al. (2000) ; Grundman et al. (2004) ; Reinvang et al. (2012) (Citados por Oviedo, Britton & Villareal, 2016) mencionan que la atención posee una relación directa con las funciones ejecutivas, afirmando que:

> Algunos estudios manifiestan que en etapas muy iniciales de DCL, existe una mejor ejecución en tareas de manipulación y atención dividida. Por ende, se observa una activación mayor en áreas frontales que en sujetos control. Esto cambia en los estadios más avanzados por lo que se puede considerar que al principio el cerebro está tratando de compensar los cambios. A medida que avanza el deterioro, los mecanismos de compensación ya no son tan efectivos. Siguiendo esa línea, varios estudios han manifestado que la disfunción ejecutiva es frecuente en DCL. Se han evidenciado dificultades en la flexibilidad cognitiva, la inhibición de la respuesta, la alternancia de la información y resolución de problemas. (p.77)

Dependiendo de la evolución del deterioro cognitivo leve será la manifestación del enlentecimiento o déficit de las capacidades cognitivas, demostrando un daño parcial o total en la persona de la tercera edad. Es conveniente aclarar que, la afectación en el procesamiento cognitivo, referente al DCL, es parcial; si fuera un daño que incapacitara a la persona se estaría haciendo alusión a la enfermedad de Alzheimer, por lo que hay que tener claridad en ambos conceptos y en los criterios clínicos de cada uno.

**Métodos de evaluación de deterioro cognitivo leve.**

La evaluación neuropsicológica tiene como finalidad establecer el estado cognitivo de una persona, verificando las funciones que continúan preservadas y las que han demostrado un declive (Sánchez-Rodríguez & Torrellas-Morales, 2011). La evaluación demanda de instrumentos estandarizados que sean apropiados para la población que se va a examinar; la validación es requerida para que los datos obtenidos puedan ser considerados fiables por el examinador. Estando en conformidad con lo antecedido, Ramos, Fernández, & Pérez (2009) indicaron que:

> Es muy frecuente el uso de escalas cognitivas para evaluar de forma objetiva y estandarizada el deterioro mental. Son de fácil aplicación y pueden ser utilizadas en el seguimiento clínico, por ejemplo, el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975) es una de las más empleadas y nos da información sobre la orientación temporoespacial, memoria inmediata y recuerdo, atención, cálculo, lenguaje y capacidad viso-constructiva (p.634).

No obstante, Sánchez-Rodríguez & Torrellas-Morales (2011), argumentan sobre el uso de pruebas neuropsicológicas, destacando que:

> Es importante considerar que las pruebas psicométricas no van a permitir por sí solos el diagnóstico de una demencia, pero los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo y las demencias requieren evaluar al paciente mediante técnicas neuropsicológicas para obtener un perfil cognitivo. (p. 302)

Las pruebas psicométricas, que se centran en el deterioro cognitivo, deben de estar dirigidos a valorar el funcionamiento de los dominios de la persona. En consecuencia, el contenido que posea la prueba neuropsicológica, que se vaya a utilizar con la población, requiere que se incluyan los procesos cognitivos que aparecen en los criterios diagnósticos para que haya un mayor acercamiento. Un dato interesante de Oviedo, Britton & Villareal (2016) revela que "Aunque los criterios diagnósticos no especifican las pruebas neuropsicológicas a utilizar ni la metodología, la clasificación de la condición ha servido para determinar los factores de riesgo de conversión a EA". (p.73)

Además de este método reconocido para el diagnóstico temprano de DCL, se admiten efectivos otros instrumentos como: los estudios de neuroimagen, la búsqueda de proteínas en sangre y líquido cefalorraquídeo; el uso se limita a la detección preventiva de la enfermedad de Alzheimer. (Oviedo, Britton, & Villareal, 2016).

Por consiguiente, el deterioro cognitivo es un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas, el cual posee criterios clínicos específicos para alcanzar un diagnóstico adecuado y oportuno, puesto que, si es detectado de manera preventiva por un profesional de la salud, puede proporcionarse tratamiento para que no continúe progresando hacia un síndrome demencial, especialmente la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico clínico se puede realizar

mediante test de tamizaje y estudios de neuroimagen, siendo las pruebas neuropsicológicas el medio más utilizado, debido a la accesibilidad en países subdesarrollados.

En el asilo "Asociación Júbilo", se procura evaluar a la población, a través de una prueba de tamizaje y observación clínica, para tener un acercamiento del desempeño cognitivo y poder establecer si los adultos mayores, que participen en el estudio, poseen algún tipo de deterioro cognitivo leve. Debido a que el estudio proviene del enfoque cuantitativo, únicamente se pretende obtener resultados medibles para poder efectuar una operación estadística que determine la relación entre DCL y la depresión; no una descripción extensa de la variable, es decir, del deterioro cognitivo.

**Deterioro cognitivo y depresión**

¿El deterioro cognitivo suscita a la depresión?, ¿la depresión provoca algún tipo de deterioro cognitivo leve?, ¿Por qué los síntomas se parecen?, ¿Cómo puedo diferenciar la sintomatología de cada trastorno?, ¿Qué relación tiene el deterioro cognitivo con la depresión?, son preguntas que, comúnmente, se hacen investigadores al estudiar cada fenómeno por separado, dado que, de alguna manera, la influencia de uno sobre el otro se exterioriza en los resultados finales, sin importar que el estudio tenga un enfoque cualitativo o cuantitativo (datos estadísticos). Según Cenalmor-Aparicio, y otros (2017), "La demencia y la depresión son síndromes clínicos muy prevalentes, especialmente en la edad avanzada, que comparten órgano diana –el cerebro– y que mantienen una estrecha relación" (p.63)

La diferencia entre la temática de demencia y deterioro cognitivo leve, en los adultos mayores, es amplia, como se abordó en los apartados anteriores. Sin embargo, los distintos manuales diagnósticos hacen un aporte a la comorbilidad entre las disfunciones cognitivas y

los trastornos del estado de ánimo. La demencia repercute en la adaptación de las diferentes esferas de la vida del adulto mayor (personal, social y laboral), en una duración aproximada de 3 a 6 meses, revelando 2 tipos de criterios, el de desadaptación y cronicidad. El primero clasifica el tipo de demencia, tomando en cuenta la gravedad de la progresión y la cultura; el segundo, le permite al profesional de la salud la exclusión de otros cuadros clínicos que posean síntomas similares. El DSM-IV-TR reconoce entonces la comorbilidad entre depresión y demencia (Ramos, Fernández, & Pérez, 2009).

Asimismo, Cenalmor-Aparicio, y otros, (2017) comentaron, en los resultados del estudio que ejercieron, que "la depresión es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en la mayoría de las enfermedades neurológicas" (p.66). Según Zakzanis, Leach y Kaplan (1998) (citado por Buendia, Fernández, Ramos, & Riquelme, 2009), en conformidad con lo publicado por los manuales diagnósticos, afirman que: :

> La depresión se encuentra estrechamente vinculada con el deterioro cognitivo en las personas mayores. Así, el hecho de que algunas pruebas de memoria episódica, especialmente sensibles en la enfermedad de Alzheimer (EA), se encuentren deteriorados en la depresión, dificulta, enormemente, la diferenciación entre ambas entidades. (p. 602)

La atención de los estudios se focaliza principalmente en la relación entre demencia y deterioro cognitivo. No obstante, se intenta demostrar, a través de evaluaciones neuropsicológicas y, por ende, resultados estadísticos, la correlación que existe entre deterioro cognitivo leve y depresión en adultos mayores que están institucionalizados, afirmando que: a mayor nivel de depresión, mayor deterioro cognitivo y viceversa.

Las evaluaciones neuropsicológicas, aplicadas a esta población en particular, tienden a facilitar parcialmente el proceso diagnóstico. Un grupo de investigadores publicaron que las evaluaciones daban la oportunidad de realizar un diagnóstico diferencial entre DCL y los trastornos que delimitan una sintomatología similar, mencionando la evolución del deterioro cognitivo, es decir, algún tipo de demencia y la depresión. (Oviedo, Britton & Villareal, 2016)

La investigación de Garreolmo y sus colaboradores, efectuada en el año 2003, reveló que la prevalencia de la depresión mayor en el DCL "oscila entre el 11 y 25%, y la distimia entre un 27 y 30%" (Buendia, Fernández, Ramos, & Riquelme, 2009, p. 602). Otro estudio, llevado a cabo por Bernero, Jardon, Palacio Carranza, & Bastida (2017), publicó sus hallazgos acerca de la asociación existenten entre depresión y deterioro cognitivo, afirmando que:

> Existe una relación entre las variables estado cognitivo y depresión ($Chi^2$=22,61; p=0,000); y una asociación moderada respecto a la variable motivo de consulta y estado cognitivo ($Chi^2$=76,0; p=0,000). El 41,5 % de los evaluados es normal. Por otra parte, una de cada dos personas, arriban con indicadores de depresión, que se asocia en mayor grado al deterioro cognitivo. La prevalencia de normalidad disminuye con los años, y en la medida que el motivo sugiere que la sospecha de deterioro proveniente de un profesional o familiar, incrementa su probabilidad de modo significativo. (p.335)

En ambos estudios, se evidencia que la depresión y el deterioro cognitivo leve poseen una relación, estadísticamente comprobada. No obstante, no se aclara si la depresión geriátrica contribuye a la alteración secundaria de los procesos cognitivos en el deterioro cognitivo leve, o si es este cuadro clínico el responsable de provocar que se desencadene un trastorno del estado de

ánimo. La amplia gama de herramientas diagnósticas y de recolección de información, puede coadyuvar a la resolución de tal incertidumbre.

Una publicación, hecha por Pérez Martínez (2005) (Citado por Bernero, Jardon, Palacio Carranza, & Bastida, 2017), trata de resolver los cuestionamientos surgidos, postulando que "La depresión en la tercera edad puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo ya que es considerada uno de los trastornos afectivos que con mayor frecuencia interfiere en el adecuado funcionamiento de la memoria". (p.335). Por ende, la depresión es un factor de riesgo para la evolución del DCL, debido al impacto que demuestra al alterar las funciones cognitivas.

Las descripciones de los resultados, derivados de los diferentes estudios que se han incluido, concuerdan en la influencia estadística existente entre deterioro cognitivo y depresión, así como un pronóstico cognitivo deplorable para las personas de la tercera edad. No obstante, la investigación lognitudinal de Cenalmor-Aparicio, y otros (2017), publicó una leve variación con relación al fenómeno de la distimia, refiriendo que:

> "El diagnóstico de distimia en la primera visita se asoció a una evolución favorable (deterioro cognitivo-funcional menos acusado) al cabo de un año. Este dato contradice las observaciones de la mayoría de los estudios, donde la norma es que los síntomas depresivos se asocien a un peor pronóstico cognitivo Para comprender mejor este resultado debe tenerse en cuenta el ámbito clínico del estudio y la diversificación realizada en el diagnóstico de la depresión. (p. 66-67)

El pronóstico cognitivo, de los adultos mayores, que exteriorizan o han manifestado algún nivel de depresión durante la adultez, no siempre es definido como desfavorable. A pesar de que algunas funciones se hayan contemplado afectadas, aún logran ser reestablecidas para que los adultos mayores pueda ser funcionales en las diferentes esferas de lo caracterizan y tener una mejor calidad de vida.

## Capítulo II

### Técnicas e instrumentos de investigación

### Enfoque y modelo de investigación

El presente informe de investigación "Relación entre deterioro cognitivo y depresión en personas de la tercera edad, en un rango de 65 a 80 años, del asilo Asociación Jubilo ubicado en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala durante 2,020" utilizó un enfoque cuantitativo para alcanzar los objetivos planteados.

El enfoque cuantitativo, Según Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2014), "Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías" (p.7). Los datos reunidos a través de pruebas estandarizadas y escalas Likert, podrán proporcionar información relevante para aportar nuevo conocimiento al estudio del adulto mayor en el contexto guatemalteco, dado que se pretende, únicamente, generar interpretaciones novedosas sobre el tema, en base a resultados medibles y observables.

### Técnicas

Técnica de muestreo.

***No probabilística – Por conveniencia.***

Ávila (2006) afirma que "la muestra por conveniencia permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador". Años posteriores, Creswell (2008) plantea que esta clase de muestra es un "procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador

selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados". Se facilitó la recolección de datos, debido a que las personas seleccionadas para la muestra residían en el domicilio.

La muestra estuvo determinada por un total de 15 personas, de edades comprendidas entre 65 a 80 años, institucionalizadas en el asilo asociación júbilo ubicadas en la 6av A 3-49 zona 2 de Mixco, colonia el tesoro. Sin embargo, por la situación del COVID-19 el rango de edades vario considerablemente a lo que se había propuesto, ya que se trabajó con las únicas 15 personas que aún residían en el asilo; lamentablemente fallecieron algunas de las personas que formaban parte de la muestra en el trascurso del 2019-2020.

**Criterios de inclusión.**

- Tener un rango de edad entre 65 a 80 años.
- Capacidad de deliberar decisiones.
- Presentar sintomatología del trastorno depresivo.
- Poseer un adecuado funcionamiento de los diversos sentidos, principalmente la visión y audición.

**Técnica de recolección de datos.**

***Pruebas Estandarizadas e Inventarios:*** Son métodos que miden y evalúan variables específicas, como características propias de la psique de un individuo, principalmente se incluyen entre estas, las pruebas psicológicas.

- ¿Posee congruencia con el enfoque? Sí, puesto que las pruebas psicométricas pretendían medir las variables "depresión" y "deterioro cognitivo".

- ¿Cómo protegerá la dignidad del participante? Colocando únicamente las siglas del nombre y aplicando el pacto de confidencialidad con los datos alcanzados, exceptuando aquellos casos en los que no proveer la información sea perjudicial para el investigado.
- ¿cómo eligió la técnica? Mediante un listado de técnicas cuantitativas, ya que era indispensable para adquirir la información necesaria, de forma estandarizada.
- ¿está capacitado sobre el uso? Sí.

**Técnica de análisis de datos.**

La técnica de t de Student se usó para analizar y organizar los datos conseguidos de las diversas pruebas estandarizadas aplicadas a la muestra. Se utilizó esta técnica, y no la de "correlación de pearson", por el número reducido de personas incluidas dentro de la muestra. Asimismo, las gráficas de pie y de barra manifestaron visualmente los resultados de las pruebas.

*¿Qué medidas tomará para resguardar la información (confidencialidad y anonimato) escrita y electrónica durante el trabajo de campo y posterior al informe?*

La investigadora fue la única persona que manipuló los datos recibidos de los participantes, por lo que es la responsable de proteger la información por medio del uso de siglas en los nombres para facilitar el anonimato. La información electrónica está restringida en la computadora personal de la investigadora, por lo que solo ella puede acceder a esta; al finalizar el informe, los datos personales como dirección del asilo, nombre del director, etc. serán modificados.

## Instrumentos

### Test de Foistein – Mini Mental State Examination.

Es una prueba de carácter cognitivo que se utilizó para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y, al mismo tiempo, para seguir la evolución del mismo.

Se trata de una prueba con 21 preguntas las cuales se dividen en los siguientes grupos: orientación espaciotemporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y cálculo, lenguaje y construcción espacial. (Lesende, 2018)

***Interpretación de las puntuaciones.***

- La frontera en la que se establece el diagnóstico de demencia es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más y 27/28 en menores de 65 años.
- Una puntuación de 30-35 determina la normalidad, mientras que si es de 25-30 existe un ligero déficit que pueda estar originado por otras partes.
- 20-24: existe un deterioro cognitivo leve.
- 15-19: el deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia.
- 0-14: hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia *avanzada.*

Ficha técnica:

**Categoría:** Prueba neuropsicológica.

**Autor:** Folstein y McHugh (1975)

**Objetivo:** proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

**Edad:** Senil

**Tiempo:** de 5 a 10 minutos.

**Material:** cuestionario, lápiz y papel.

**Escala de Pfeffer.**

Según Lesende (2018), es un cuestionario muy breve, pero con adecuados índices de sensibilidad y especificidad. Valora principalmente la memoria y la orientación. Tiene una corrección en su puntuación según el nivel cultural y de escolarización.

Este cuestionario fue diseñando por Pfeiffer en 1975 como instrumento de cribado del deterioro cognitivo y para la determinación del grado. Es un instrumento hetero-aplicado, consta de 10 ítems sobre cuestiones muy generales y personales.

***Apartados.***

- Memoria a corto plazo y largo plazo.
- Orientación.
- Información sobre hechos cotidianos.
- Capacidad de cálculo.

Es un cuestionario útil tanto para pacientes institucionalizados como para la población en general. Es una prueba de muy rápida y fácil administración en la que únicamente se anotan las respuestas erróneas. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de éstas lo son.

***La interpretación de los resultados***

De 0 a 2 errores: normal.

De 3 a 4 errores: deterioro leve.

De 5 a 7 errores: deterioro moderado.

De 8 a 10 errores: deterioro grave.

Se permite un fallo más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno menos si tiene estudios superiores.

Ficha técnica

**Categoría:** Neuropsicológica.

**Autor:** Pfeiffer E. (1975)

**Objetivo:** establecer el grado de deterioro cognitivo de una persona de la tercera edad.

**Aplicación:** individual.

**Tiempo de aplicación:** 10 min.

**Material:** cuestionario y lápiz.

**Escala de Evaluación Hamilton.**

Es una escala, hetero-aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

La Escala de Depresión de Hamilton no está predeterminada para el diagnóstico, sino para la evaluación de la evolución de una persona que fue diagnosticada con el trastorno depresivo anteriormente. Sin embargo, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas

depresivos en otros padecimientos y condiciones, como por ejemplo en las demencias. (Mimenza, 2019)

Según Purriños (2019) La versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, la cual es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

***Clasificación de resultados.***

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

***Categorías.***

- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)
- Sentimientos de culpa
- Suicidio
- Insomnio precoz
- Insomnio intermedio
- Insomnio tardío
- Trabajo y actividades

- Inhibición psicomotora (lentitud del pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)
- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; traspiración)
- Síntomas somáticos gastrointestinales
- Hipocondría
- Pérdida de peso
- Introspección (Insight)

Ficha técnica:

**Categoría:** valoración emocional.

**Autor:** Max Hamilton (1960)

**Objetivo**: servir como método para detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado del paciente a lo largo del tiempo.

**Aplicación:** individual.

**Material:** cuestionario y lápiz.

**Operalización de objetivos, categoría/variables**

| **Variables** | **Definición teórica** | **Definición operativa** | **Indicadores** | **Técnicas** | **Instrumentos** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión (A mayor nivel de depresión, mayor nivel de deterioro cognitivo). | La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS) | Para efectos de este estudio, la depresión será definida como un trastorno mental que perjudica la interacción interpersonal y la actitud positiva hacia la vida. | • Tristeza<br>• Sensación de cansancio<br>• Pérdida de energía<br>• Falta de concentración<br>• Pérdida de interés<br>• Autoestima baja<br>• Sentimientos de culpa<br>• Disminución o aumento del sueño<br>• Reducción o incremento de apetito<br>• Llanto reflejo | Observación. Test estandariza-dos. | Escala de depresión de Hamilton. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | • Pensamientos autolíticos | | |
| Deterioro cognitivo. (A mayor nivel de depresión, mayor nivel de deterioro cognitivo) | Déficit de las funciones mentales; el más común es la queja de pérdida de la memoria. (Delgado, 2009) | Para efectos de esta investigación, el deterioro cognitivo estará delimitado como un déficit en las funciones cognitivas superiores, el cual afecta levemente el funcionamiento global de la persona. | • Dificultad para la reconsolida-ción de objetos o situaciones (prolongada y progresiva)<br>• Problemas para concentrarse<br>• Enlenteci-miento del pensamiento<br>• Reducción de la atención<br>• Desinterés en la resolución de conflictos<br>• Dificultad para aprender<br>• Cambios de humor | Observación Cuestionario | Mini mental State Examination. Escala de Pfeffer. |

## Capítulo III

### Presentación, interpretación y análisis de los resultados

### Características del lugar y de la muestra

#### Características del lugar.

El asilo “Asociación júbilo”, denominado también como “Momentos inolvidables”, es un establecimiento que vela por el cuidado y la protección de los adultos mayores que residen en las instalaciones. Posee una índole social y privada, puesto que solicitan una colaboración a las familias que exhiben recursos económicos.

El establecimiento cuenta con un patio delantero, seis cuartos, un baño y un patio trasero amplio. Debido a la situación del COVID-19, el encargado del asilo apertura una panadería y, paralelamente, una paca de ropa y accesorios para poder subsistir con los gastos, en vista de que es una entidad autónoma que dependía de donaciones.

#### Características de la muestra.

La muestra estuvo conformada por un total de 15 personas. No obstante, debido a las necesidades que se presentaron, como consecuencia de la situación que atravesaba el país, el rango de edad que se había previsto, de 65 a 80 años, fue ampliado de 56 a 92 años, tomando en consideración que únicamente 6 personas cumplían con las edades para poder participar en el estudio. La encargada, madre del director del asilo, mencionó que durante el trascurso del año habían fallecido los demás adultos mayores que se habían contemplado como parte de la muestra. Las personas poseían edades, nivel socioeconómico, nivel educativo, condición familiar, sexo, etnia y condiciones diferentes, según la información obtenida mediante los relatos.

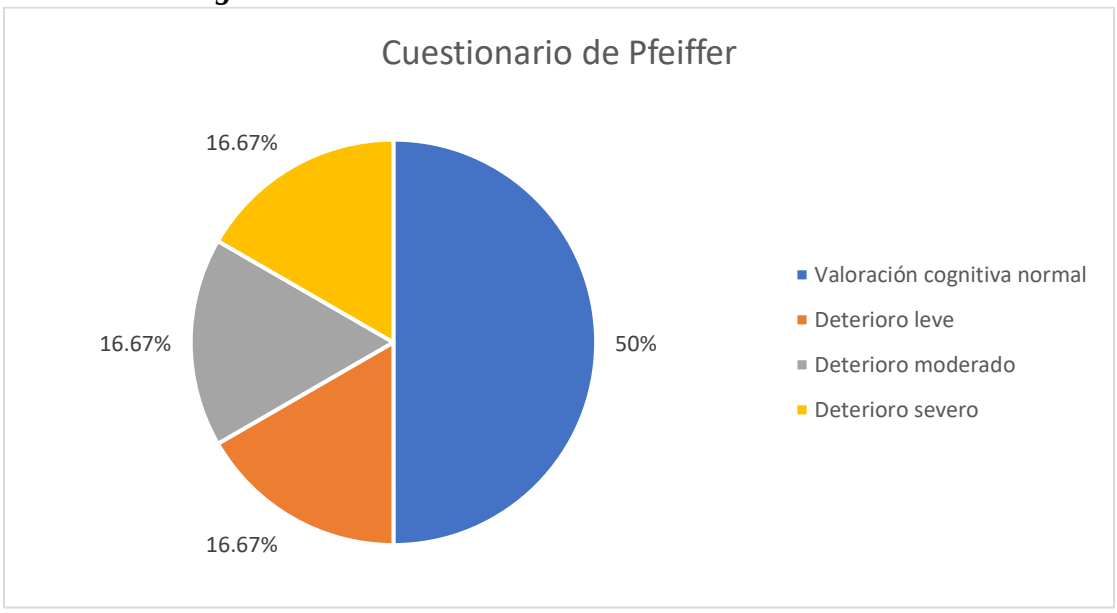
## Presentación e interpretación de resultados

### Gráficas de la muestra.

Debido a la situación del COVID-19, el 60 % (equivalente a 9 personas en total) de las personas que conformaban la muestra escogida para trabajar, las cuales cumplían con los criterios de inclusión propuestos en el trabajo, murieron por distintos factores en el transcurso del año 2019-2020. Por lo que se alcanzó a evaluar al 40% de la población que se había establecido.

Posterior a la aplicación de las pruebas, se comprobaba el material obtenido con los cuidadores y encargados del asilo para comparar las respuestas obtenidas.

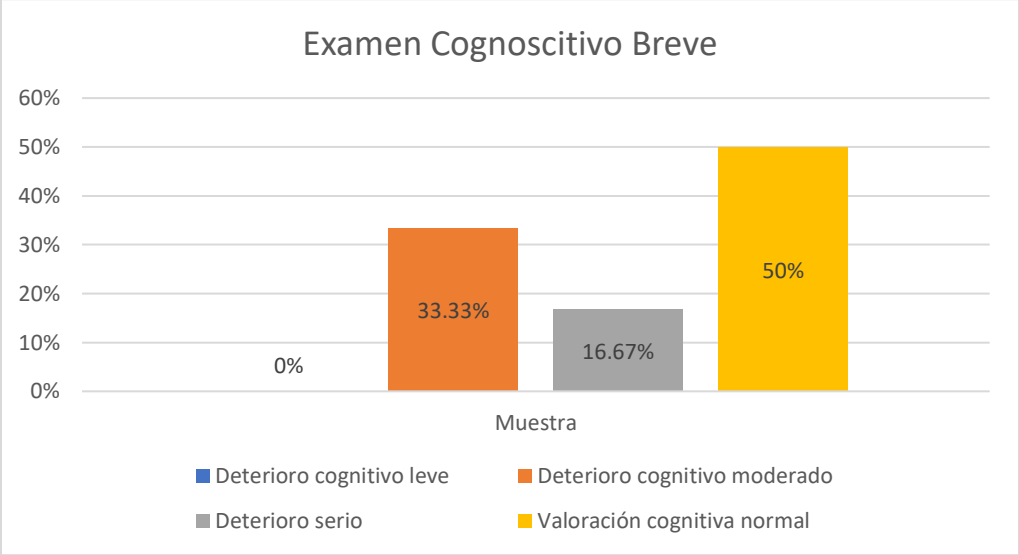
***Deterioro cognitivo.***




Fuente: datos recabados del uso de la prueba a personas de la tercera edad, en un rango de 65-80 años, del asilo "Asociación Júbilo"

La gráfica manifiesta que, de las 6 personas evaluadas, 3 de ellas no posee ningún tipo de deterioro cognitivo, 1 demuestra deterioro cognitivo leve, 1 deterioro cognitivo moderado y

1 un deterioro cognitivo severo. El nivel educativo oscilaba en los participantes entre bajo, intermedio y universitario.

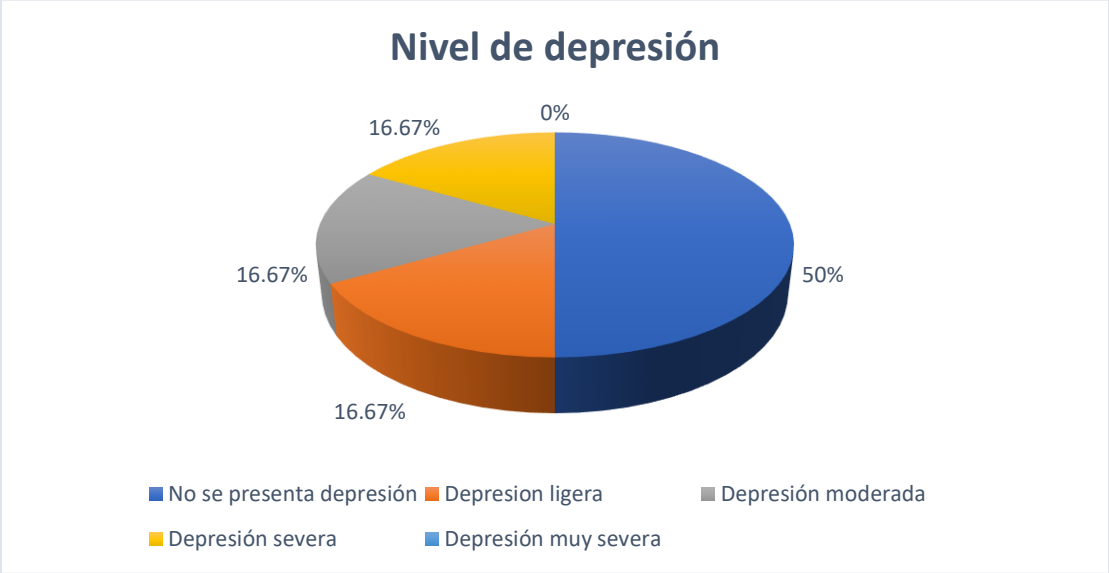



Fuente: datos abstraídos de la prueba aplicada a personas de la tercera edad, en un rango de 65-80 años del asilo "Asociación Júbilo"

En esta gráfica, hubo cambios en algunas de las categorías en comparación con la anterior. Se visualiza que la valoración cognitiva normal prevalece con la misma cantidad de integrantes. Sin embargo, se refleja un incremento en el deterioro cognitivo moderado, anulando el deterioro cognitivo leve. Las pruebas exteriorizan que el cambio de categoría del participante se debió a una variación poco significativa en el punteo del mini mental, siendo esta de un punto.

Es relevante mencionar que el lugar en donde se aplicaron las diferentes pruebas estandarizadas no era apto para evaluaciones, puesto que era un espacio ruidoso y sin privacidad, por lo que se dificultaba el empleo de estas. Pero, debido a la situación del COVID-19 la encargada del asilo no le permitió a la investigadora el paso, ya que si uno de los adultos mayores se enfermaba todos corrían el riesgo de hacerlo.

***Depresión.***




Fuente: información obtenida posterior a la aplicación de la escala de depresión de Hamilton con personas de la tercera edad, en un rango de 65-80 años del asilo "asociación júbilo"

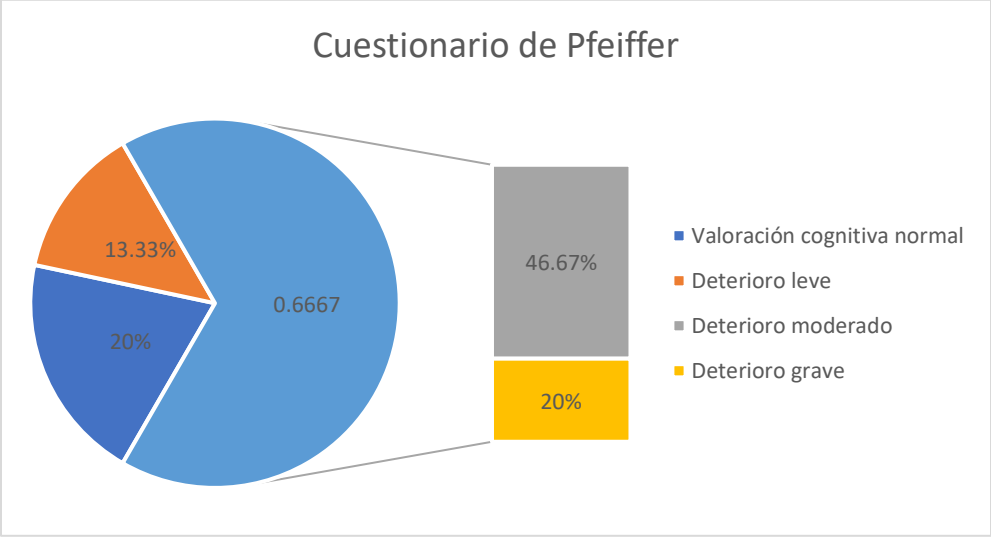
3 de las 6 personas evaluadas no exteriorizaron ningún nivel de depresión; asimismo, los participantes restantes sí exhibieron diversos niveles. La investigadora fue muy cuidadosa al momento de evaluar con la escala de depresión de Hamilton, puesto que esta prueba es usada con personas que han sido diagnosticados previamente con esta enfermedad del estado de ánimo, pero guiándose de la fundamentación teórica, se previó que los adultos mayores, a pesar de no haber sido evaluados con anticipación, podían mostrarla.

**Gráficas de la totalidad de evaluados**

A pesar de la reducción obligatoria de la muestra por factores externos, la investigadora se aplicó la prueba a los 15 habitantes que residían en el asilo, como se había planificado en el proyecto, incluyendo los participantes iniciales. No obstante, las edades de los evaluados variaban, por un rango más amplio que el determinado inicialmente. Además, 2 personas

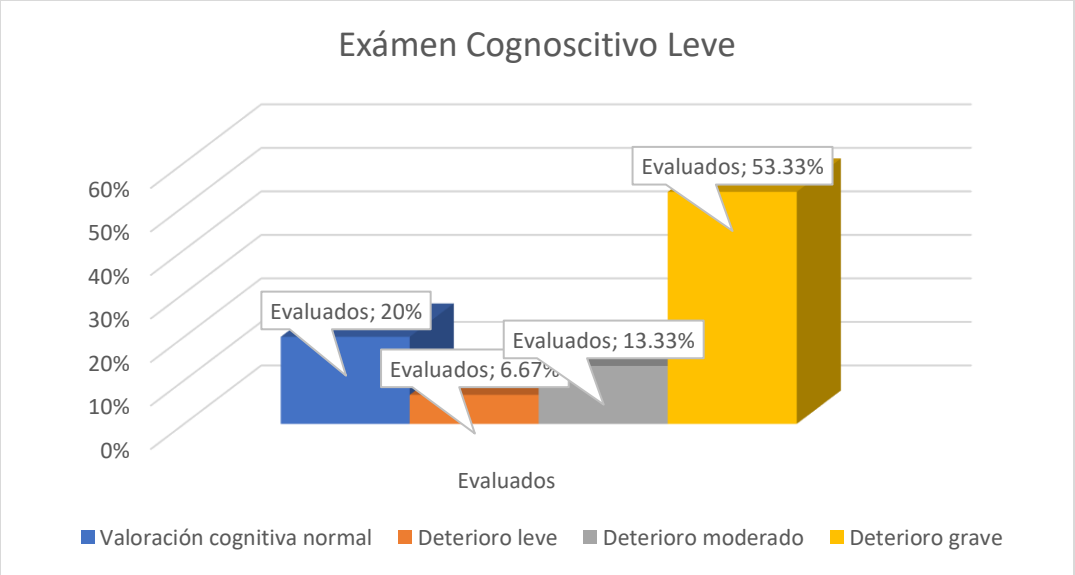
contaban con múltiples enfermedades como: esclerosis múltiple y secuelas de un accidente cerebro vascular.

**Deterioro cognitivo.**




Fuente: Datos provenientes de un grupo de 15 adultos mayores, de distintas edades del asilo "asociación júbilo"

En la gráfica anterior del cuestionario, se evidenciaba que la valoración cognitiva normal predominaba, según las cifras. Sin embargo, al incluir a los demás participantes, el deterioro moderado es el destacado. De las 15 personas evaluadas, 2 demostraron un deterioro cognitivo leve, el cuál es el tema sustancial del proyecto de investigación, alcanzando reducidos hallazgos para aceptar o rechazar la hipótesis de investigación. El ambiente en el que se aplicaron las pruebas es el mismo descrito con anterioridad.

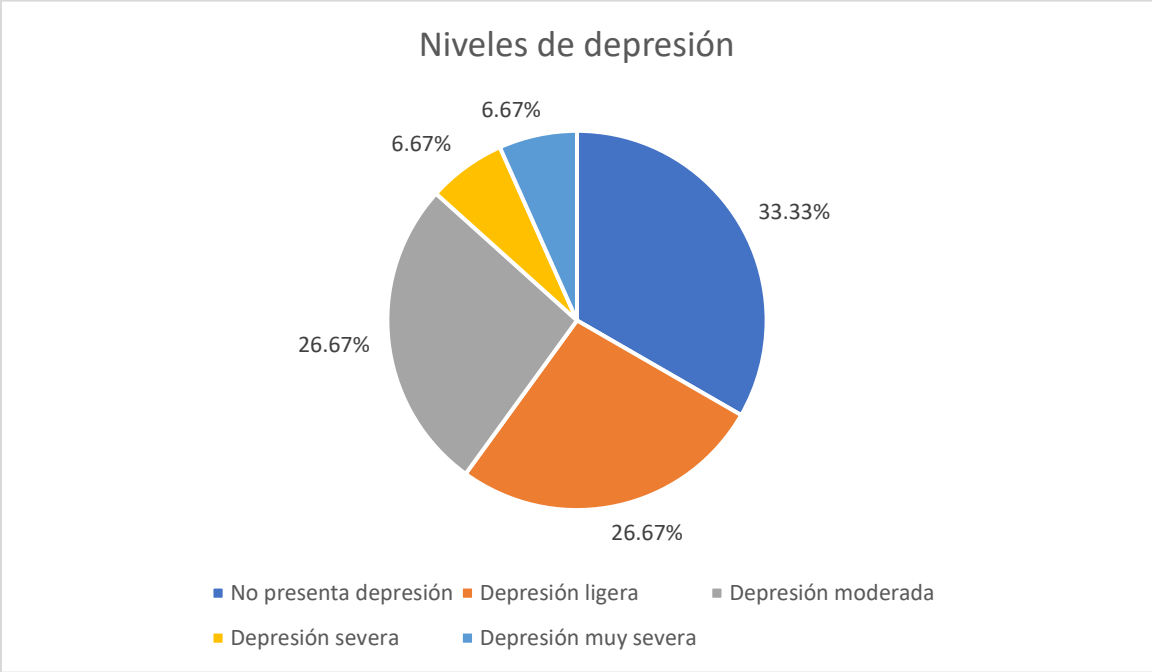



Fuente: datos provenientes de un grupo de 15 adultos mayores, de distintas edades del asilo “asociación júbilo”

Estos gráficos demuestran un cambio realmente notable, paralelamente a los resultados del cuestionario de Pfeiffer puntualizados. 8 de los 15 pacientes evaluados exhiben, según el test de Folstein, un deterioro cognitivo grave, siendo esta una cantidad abrumadora. Los resultados, en el caso del deterioro cognitivo leve, son irrelevantes, dado que es la categoría más baja.

Al adicionar las cantidades situadas en la gráfica, no se logra una sumatoria del 100%, debido a que uno de los participantes decidió retirarse del proyecto y no terminó de responder la prueba.

***Depresión.***




Fuente: datos provenientes de un grupo de 15 adultos mayores, de distintas edades del asilo "asociación júbilo"

Según el gráfico circular, los habitantes del asilo "Asociación Júbilo" si cuentan con diferentes niveles de depresión, como se demuestra en los resultados. Sin embargo, aunque 5 de 15 no poseen depresión, es inquietante que 1 persona cuente con una depresión "muy severa", en términos de la prueba, lo cual indica la presencia de ideas autolíticas. Más de la mitad de los evaluados reportaron algún grado de depresión.

## T Student

### Muestra.

#### *Resultados.*

*Cuestionario de Pfeiffer y escala de depresión de Hamilton.*

| | *Variable 1* | *Variable 2* |
|---|---|---|
| Media | 3.500000 | 10 |
| Varianza | 9.500000 | 56 |
| Observaciones | 6.000000 | 6 |
| Coeficiente de correlación de Pearson | 0.763057 | |
| Diferencia hipotética de las medias | 0.000000 | |
| Grados de libertad | 5.000000 | |
| Estadístico t | -2.892462 | |
| P(T<=t) una cola | 0.017044 | |
| Valor crítico de t (una cola) | 2.015048 | |
| P(T<=t) dos colas | 0.034089 | |
| Valor crítico de t (dos colas) | 2.570582 | |

Se declara significancia estadística puesto que el valor p es menor que alfa, es decir, que el 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

*Mini mental de Folstein y escala de depresión de Hamilton.*

| | *Variable 1* | *Variable 2* |
|---|---|---|
| Media | 21.166667 | 10 |
| Varianza | 65.766667 | 56 |
| Observaciones | 6.000000 | 6 |
| Coeficiente de correlación de Pearson | -0.659118 | |
| Diferencia hipotética de las medias | 0.000000 | |
| Grados de libertad | 5.000000 | |
| Estadístico t | 1.925637 | |
| P(T<=t) una cola | 0.056058 | |
| Valor crítico de t (una cola) | 2.015048 | |
| P(T<=t) dos colas | 0.112115 | |
| Valor crítico de t (dos colas) | 2.570582 | |

No se puede declarar significancia estadística, ya que el valor p es mayor que alfa.

## T Student

### Población en general.

#### *Resultados.*

*Cuestionario de Pfeiffer y escala de depresión de Hamilton.*

| | *Variable 1* | *Variable 2* |
|---|---|---|
| Media | 5.000000 | 11.666667 |
| Varianza | 6.142857 | 41.666667 |
| Observaciones | 15.000000 | 15.000000 |
| Coeficiente de correlación de Pearson | 0.464329 | |
| Diferencia hipotética de las medias | 0.000000 | |
| Grados de libertad | 14.000000 | |
| Estadístico t | -4.497912 | |
| P(T<=t) una cola | 0.000251 | |
| Valor crítico de t (una cola) | 1.761310 | |
| P(T<=t) dos colas | 0.000501 | |
| Valor crítico de t (dos colas) | 2.144787 | |

Se declara significancia estadística debido que el valor p es menor que alfa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula.

*Mini mental de Folstein y escala de depresión de Hamilton.*

| | *Variable 1* | *Variable 2* |
|---|---|---|
| Media | 15.400000 | 11.666667 |
| Varianza | 69.971429 | 41.666667 |
| Observaciones | 15.000000 | 15.000000 |
| Coeficiente de correlación de Pearson | -0.485493 | |
| Diferencia hipotética de las medias | 0.000000 | |
| Grados de libertad | 14.000000 | |
| Estadístico t | 1.128840 | |
| P(T<=t) una cola | 0.138969 | |
| Valor crítico de t (una cola) | 1.761310 | |
| P(T<=t) dos colas | 0.277938 | |
| Valor crítico de t (dos colas) | 2.144787 | |

No se puede declarar significancia estadística, dado que el valor p es mayor que alfa.

## Análisis general

Los resultados varían según los datos expuestos por las pruebas de tamizaje, aun cuando la diferencia entre las puntuaciones no es significativa. La hipótesis nula de investigación fue rechazada la cual indicaba que "a menor nivel de depresión, menor nivel de deterioro cognitivo", por ende, la depresión es un factor que está relacionado con el deterioro cognitivo de las personas de la tercera edad. Según la teoría, la depresión y el deterioro cognitivo son dos padecimientos que manifiestan con frecuencia en personas de la tercera edad, haciendo énfasis en las personas de la tercera edad que están institucionalizadas y no poseen estímulos para que la sinapsis neuronal continúe funcionando y posibilitando la realización y coordinación de los diferentes procesos cognitivos. Se alcanzó a comprobar científicamente, a través de pruebas estandarizadas y de tamizaje, la descripción de la literatura en la praxis para la elaboración del presente informe. No obstante, los datos no pueden ser generalizados, ya que la muestra con la que se elaboró el informe no es relevante en comparación con otros estudios ejecutados en otros países. A pesar de esta limitación, el informe es contextualizado, puntual y objetivo, lo que proporciona información relevante de nuestros ciudadanos.

## Capítulo IV

# Conclusiones y recomendaciones

## Conclusiones

El estudio demostró una discordancia en los resultados finales, debido a que, al interpretar los resultados estadísticos, una de las pruebas para evaluar el deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad demostró que los resultados eran estadísticamente significativos mientras la comparación con la otra no exteriorizó coincidencia. Esto puede deberse a varios factores externos: la primera prueba que se les aplicaba era el cuestionario de Pfeiffer; la extensión es relativamente breve con relación al Mini Mental, puesto que cuenta con 10 preguntas mientras que el mini mental cuenta con 30.

La hipótesis nula proponía que "a mayor nivel de deterioro cognitivo, mayor nivel de depresión", manifestando la aprobación en los resultados de la tabla estadística, tanto de la muestra como de la población en general, y en las gráficas del mini mental de Folstein. Sin embargo, con el cuestionario de Pfeiffer no se obtuvieron los mismos resultados como se mencionó anteriormente.

El ambiente en el que se aplicaron las pruebas era ruidoso, sin privacidad, y poco apto para tener un abordaje de cualquier tipo, pero dada la situación del COVID-19 fue el único espacio donde se le permitió a la investigadora llevar a cabo el proyecto para respetar las medidas de higiene y, de esta manera, proteger a los pacientes, siendo estos una población en riesgo.

Se lograron alcanzar los objetivos propuestos para la presente investigación.

**Recomendaciones**

Utilizar la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para evaluar este trastorno del estado de ánimo en el adulto mayor, debido a que la prueba cuenta con preguntas directas con respuestas cerradas, lo que facilita la aplicación para el investigador y la identificación de ideas centradas en los evaluados. La escala de Depresión de Hamilton permite recolectar información, pero el evaluador debe de estar pendiente del relato que la persona exprese, si es espontáneo o no, el lenguaje corporal, etc. en vista de que en esta lo relevante es lo que el paciente refiera sin la intervención continúa del investigador.

Emplear las pruebas en un lugar ameno para trabajar, con adecuada iluminación y privacidad, evitando estímulos externos que pudieran distraer al paciente. Teniendo en cuenta que la situación del COVID-19 puede permanecer por tiempo indefinido se tendrá que limpiar constantemente el área de trabajo parar proteger la salud del investigador y a del adulto mayor, usando todas las medidas de higiene que se requieran: mascarilla, gel anti-bacterial, careta, etc.

Ampliar la cantidad de participantes en el estudio para que los resultados obtengan mayor grado de validez considerando el número de la muestra para generalizar los datos con el resto de la población. No obstante, a causa de que la población escogida para realizar el estudio es de adultos mayores que habiten en asilos, sería dificultoso encontrar grupos de más de 20 personas.

## Lista de referencia


**1.** Bastidas-Bilbao, H. (Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica.). 2014. 17 junio, 2019, de *Revista de Psicología (PUCP)* Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001

2. Belsky, Janet. (1976). *Psicología del envejecimiento*. España. Editorial Massón S.A.

3. Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología.* España: McGrawHill.

4. Bernero, M., Jardon, M. a., Palacio Carranza, I. a., & Bastida, M. (2017). Prevalencia de deterioro cognitivo leve y depresión en un servicio público de neurospicología . *Anuario de investigaciones de la facultad de psicología* , 335-349.

5. Buendia, J., Fernández, B., Ramos, F., & Riquelme, A. (2009). Trastornos asociados a la vejez. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología.* (págs. 593-618). España: McGRAW-HILL.

6. Calderón M, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 182-191.

7. Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *terapia psicológica*, 183-189.

*8.* Castillo, D. (2009). ENVEJECIMIENTO EXITOSO. 16 Junio, 2019, de *Revista médica*

9. Cenalmor-Aparicio, C., Bravo-Quelle, N., Miranda-Acuña, J., Luque-Buzo, E., Herrera-Tejedor, J., & Olazarán-Rodríguez, J. (2017). Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo. *Revista de neurología* , 63-69.

10. Cibersam. (2015). *Cibersam.* Obtenido de https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=57

11. CIBERSAM. (2015). *CIBERSAM.* Obtenido de https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=67

12. CIBERSAM. (2015). *CIBERSAM.* Obtenido de https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=21

13. Clínica condes Sitio web: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf

14. Cuevas, G. (2018). Las ocho edades del hombre, según Erik Erikson. 15 junio, 2019, de *La mente es maravillosa* Sitio web: https://lamenteesmaravillosa.com/las-ocho-edades-del-hombre-segun-erik-erikson/

15. Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Junio 25, 2019, de *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Sitio web: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/depresion_geriatrica.pdf

16. Díaz González, E. (Septiembre de 2018). Prevalecia de depresión en el adulto mayor institucionalizado. Universidad de la laguna .

17. Goldman, Howard H., (2007) *Psiquiatría general.* México, DF-Santafé Bogotá. Editorial El manual moderno, S.A. de C.V.

18. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación.* México D.F: McGRAW-HILL.

19. Lesende, I. (2018). *Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el*

20. *adulto mayor*. Junio 10, 2019, de semFYC Sitio web: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187

21. Llauradó, O. (2014). *La escala de Likert: qué es y cómo utilizarla.* Junio 10, 2019, de Netquest Sitio web: https://www.netquest.com/blog/es/la-escala-de-likert-que-es-y-como-utilizarla

22. Luzuriaga Troja, M. A. (2016). DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ" DE LA CIUDAD DE LOJA. Loja, Ecuador: Universidad nacional de loja.

23. M. Martín; E. Baca Baldomero; E. Álvarez; M. Bousoño; I. Eguiluz; M. Roca; M. Urretavizcaya. (2008). Depresión a largo plazo en pacientes geriátricos. Junio 25, 2019, de *EBSCO* Sitio web: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e99f19d0-a9da-4d04-82ef-d68f24c63ba0%40pdc-v-sessmgr03

24. Melguizo-Herrera, E., Álvarez-Romero, Y., & Cabarcas-Mendoza, M. (2015). Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 87-92.

25. Mimenza, O. (2019). E*scala de Depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona.* Junio 06, 2019, de Psicología y mente Sitio web: https://psicologiaymente.com/clinica/escala-depresion-de-hamilton

26. OMS : https://www.who.int/topics/depression/es/

27. Organización Mundial de la Salud. (2010). Día Internacional de las Personas de Edad – 1° de octubre. 15 junio, 2019, de OMS Sitio web: https://www.who.int/features/qa/72/es/

28. Oviedo, D., Britton, G., & Villareal, A. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de alzheimer: revisión de conceptos . *Centro de Neurociencias y Unidad de Investigación Clínica, Instituto de Investigaciones Científicas y*, 61-91.

29. Papalia, D. E., Harvey, S., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez.* México: McGRAW-HILL.

30. Purriños, M. (2019). *ESCALA DE HAMILTON* - Hamilton Depresion Rating Scale junio 10, 2019 Sitio web: https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF

31. Ramos, F., Fernández, B., & Pérez, M. (2009). Las demencias. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología* (págs. 619-644). España: McGRAW-HILL.

32. Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gidi, M. (2015). Alteraciones cognitivas y depresión: una visión crítica. *RedAAP*, 187-193.

33. Saavedra-González, A. G., Rangel-Torres, S. L., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y

funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atem fam*, 24-28.

34. Sánchez Gil, Y; López Medina, A; Calvo Rodríguez, M; Fernández, L; López Valdés, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. 17 junio, 2019, de *Revista Habanera de Ciencias Médicas* Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008
35. Sánchez-Rodríguez, J. L., & Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de neurología*, 300-305.
36. Sosa Sosa, M. J. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez ¿fenómeno normal? *Universidad de la república uruguay* , 1-27.
37. Torres Llanes, H. M., López Sepúlveda, Y., Vásquez Aguilar, J. L., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del anciano. *Revista de ciencias médicas la habana*, 1-9.
38. Valdés King, M; González Cáceres, J.A; Abdulkadir, M.S. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. 17 junio, 2019, de *Revista Cubana de Medicina General Integral Sitio web:* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001
39. Vásquez, C., & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandrín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología.* España: McGRAW-HILL.

40. Vásquez, C., & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, S. Bonifacio, & F. Ramos, *Manual de psicopatología.* España: McGrawHill.

41. Zuñiga, A. B., Sandoval Villegas, M. A., Urbina Torres, C. C., Juárez, N. H., & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria* , 4-14.

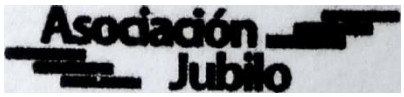
**Anexo**

Guatemala 06 de octubre del 2,020

A quien interese:

Se hace constar por medio de la presente que la estudiante MELANNIE JULISSA BARRO CÓRDOVA, con documento personal de identificación no. 3042 39259 0114 y carné estudiantil 201512785, acudió a nuestra asociación, reconocida con el nombre "ASOCIACIÓN JÚBILO", ubicada en la zona 2 de Mixco de la ciudad de Guatemala, los días 16,17, 18 del mes de septiembre y el 6 de octubre, para ejecutar el trabajo de campo del proyecto de tesis llamado "RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, ENTRE UN RANGO DE 65 A 80 AÑOS, EN EL ASILO ASOCIACIÓN JÚBILO UBICADO EN LA ZONA 2 DE MIXCO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA", en horario de 9:00 am a 2 pm, tomando las medidas de higiene y seguridad necesarias para proteger a las personas que residen dentro del asilo como protección de ella misma del COVID-2019. La estudiante mostró respeto con las personas al momento de evaluarlas, explicando el consentimiento informado antes de iniciar con el proceso.

Sin otro particular, me suscribo.




6 u. AV. "A" 340 zona 2 de
Mixco El Tesoro
Tel.: 5100-9575, 5105-2317.