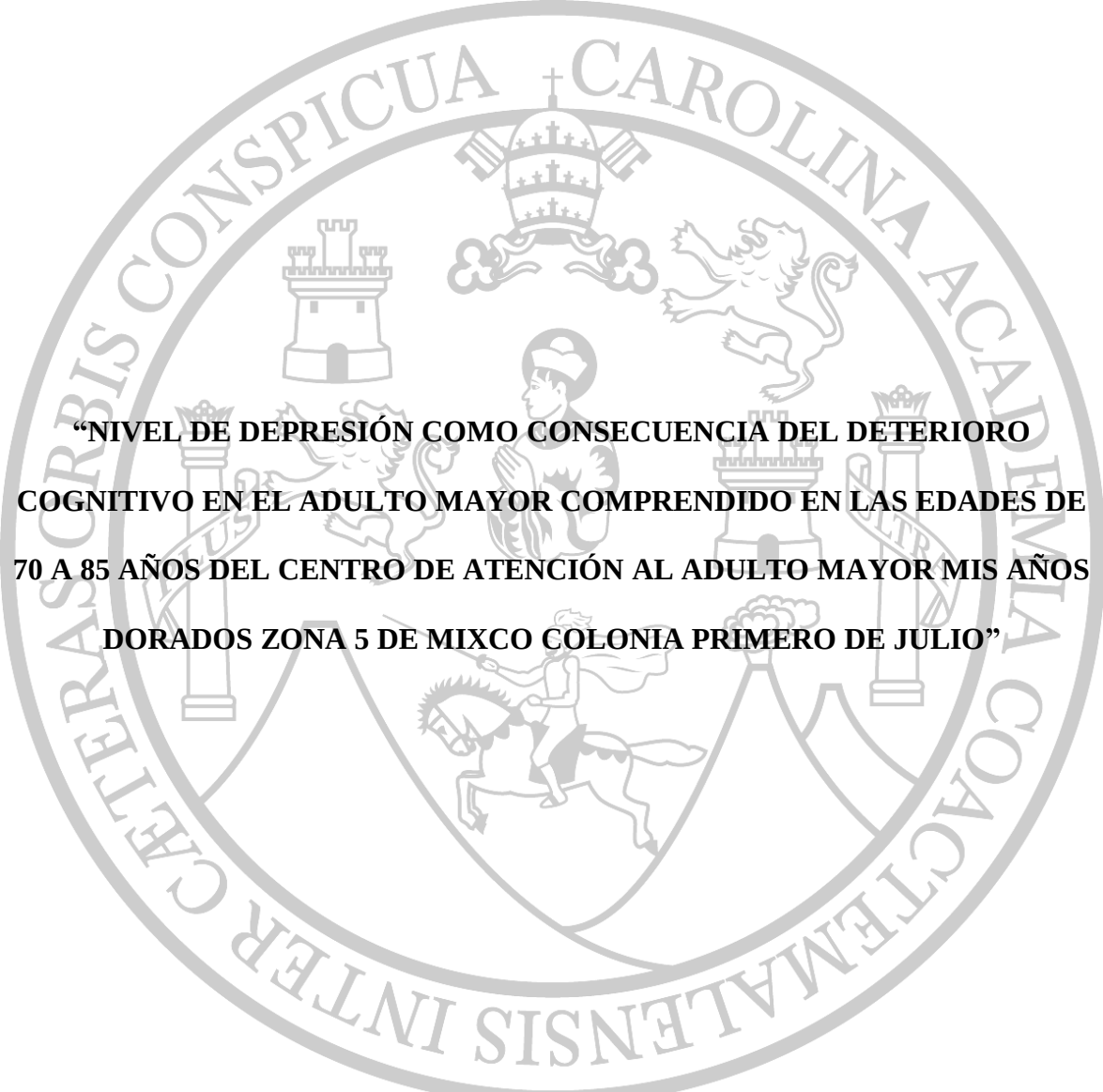


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



**“NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO
COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE
70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS
DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO”**

ANA VICTORIA RODAS ANDRADE
SAMANTA MARINELY CONSUEGRA OROZCO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2024

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO
COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE
70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS
DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO”**

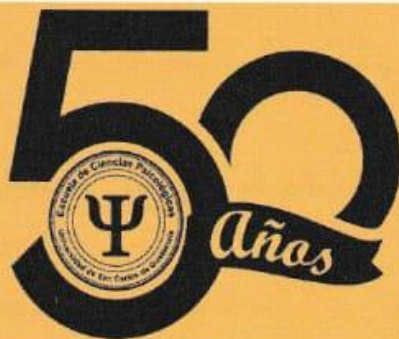
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ANA VICTORIA RODAS ANDRADE
SAMANTA MARINELY CONSUEGRA OROZCO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

CONSEJO DIRECTIVO**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS****UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA****M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina.****DIRECTOR****MSc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León.****SECRETARIA****M.A. Karla Amparo Carrera Vela.****M. Sc. José Mariano González Barrios.****REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES****Viviana Raquel Ujpán Ordóñez.****Nery Rafael Ocox Top.****REPRESENTANTES ESTUDIANTILES****M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz.****REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS**



Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

24 de julio de 1974

Cc. Archivo

CIEPS. 019-2024

UG. 213-2024

CODIPs. 2644-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

05 de agosto de 2024

Estudiantes

Ana Victoria Rodas Andrade

Samanta Marinely Consuegra Orozco

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto CUARTO (4°)** del **Acta CUARENTA - DOS MIL VEINTICUATRO (40-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de agosto 2024, que copiado literalmente dice:

"CUARTO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE 70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Ana Victoria Rodas Andrade

Registro Académico 2010-18064

CUI: 2214-51307-0101

Samanta Marinely Consuegra Orozco

Registro Académico 2015-16790

CUI: 2826-16950-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Licenciada Irma Ileana Sum Velásquez** y revisado por **Licenciado Pedro José de León Escobar**.

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"

M. Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA



/Bky

UG-213-2024

Guatemala, 16 de julio 2024

Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
CONSEJO DIRECTIVO



Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores miembros:

Hora: _____ Reg.: _____ Firma: _____

Deseándoles éxitos al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **ANA VICTORIA RODAS ANDRADE**, Carné No. 2214-51307-0101; Registro Académico No. 2010-18064 y Expediente de Graduación No. L-103-2021-C-EPS, y **SAMANTA MARINELY CONSUEGRA OROZCO**, Carné 2826-16950-0101; Registro Académico 2015-16790 y Expediente de Graduación No. L-72-2020-C-EPS, han completado los siguientes requisitos de Graduación:

- 10 créditos Académicos del área de Desarrollo profesional
- 10 créditos Académicos por Trabajo de Graduación
- 115 créditos Académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado.

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE 70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO"** aprobado por la Coordinación del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- el 8 de mayo de 2024.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


MSC. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Docente Encargada
UNIDAD DE GRADUACIÓN



CC. Archivo

Adjunto expediente impreso y digital. Informe Final de Investigación

"

/ML



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



CIEPs. 019-2024

REG. 019-2024

INFORME FINAL

Guatemala, 08 de mayo de 2024

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Pedro José de León Escobar** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE 70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO”.

ESTUDIANTES:

Ana Victoria Rodas Andrade

Samanta Marinely Consuegra Orozco

CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.

2214513070101

2826169500101

El cual fue aprobado el 08 de mayo de 2024 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 08 de mayo de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez

Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.

“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, Zona 11, Guatemala, Centroamérica, Teléfono: 2418-7530
www.psicologia.usac.edu.gt / Email: info@psicousac.edu.gt



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



CIEPs. 019-2024
REG. 019-2024

Guatemala, 08 de mayo de 2024

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:

“NIVEL DE DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR COMPRENDIDO EN LAS EDADES DE 70 A 85 AÑOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS DORADOS ZONA 5 DE MIXCO COLONIA PRIMERO DE JULIO”.

ESTUDIANTES:
Ana Victoria Rodas Andrade
Samanta Marinely Consuegra Orozco
CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.
2214513070101
2826169500101

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 08 de mayo de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑADA A TODO”



Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR

Guatemala, 18 de mayo 2023

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

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes **Ana Victoria Rodas Andrade y Samanta Marinely Consuegra Orozco**, realizaron en esta institución dedicada a la Atención al adulto mayor "Mis Años Dorados" en zona 5 de Mixco. En el tiempo estipulado, cumpliendo con el trabajo programado de la investigación "Nivel de depresión como consecuencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor comprendido en las edades de 70 a 85 años" en el periodo comprendido del 27 marzo al 27 julio del 2022, en horario de 8:00 a 12:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con los requerimientos estipulados en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Licenciada Aura Marina B. Bol
Administradora de centro



Guatemala, 22 mayo 2023

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

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado **"Nivel de Depresión como consecuencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor comprendido en las edades de 70 a 85 años del centro de atención al adulto mayor, "Mis Años Dorados" zona 5 de Mixco colonia primero de Julio"**, realizado por las estudiantes Ana Victoria Rodas Andrade con CUI 2214513070101 y Samanta Marinely Consuegra Orozco con CUI 2826169500101.

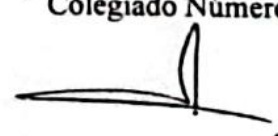
El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en Psicología (CIEP's) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,



Licenciada Irma Elena Sum Velasquez
Psicóloga Clínica y Salud Mental
Colegiado Número 5,988



Padrinos de graduación

Por: Ana Victoria Rodas Andrade

Abner Josué Rodas Andrade
M.B.A. Ing. En Sistemas
Colegiado 17,297

Hugo Eduardo Rodas Andrade
Abogado y Notario
Colegiado 39,674

Por: Samanta Marinely Consuegra Orozco

Judith Antonieta Orozco Cifuentes
Licenciada En Trabajo Social
Colegiado 12,327

Brenda Izabel Miranda Consuegra
Ingeniera Industrial
Colegiado 13,675

Dedicatorias a:

Dios: que siempre ha estado conmigo y me ha dado la sabiduría, las fuerzas, su gracia y favor para llegar hasta acá, sin él no estaría llegando a esta meta.

Papá: Víctor Hugo Rodas (QEPD) porque sé que este era su sueño y en este momento en el que ya no está a mi lado, sería el más feliz de este lugar al ver que llego a esta meta, gracias a él por ser mi ejemplo de valentía, de servicio y amor, gracias por todo lo que hizo y luchó por mí para que pudiera llegar a este lugar, fue y seguirá siendo mi soporte y mi motivación.

Mamá: Aidé de Rodas por sus oraciones diarias, por apoyarme en todo momento, motivándome a crecer en todos los ámbitos de mi vida, por creer en mí, gracias por el amor que me da y ser mi ejemplo de lucha y perseverancia.

Hermanos: Heidí, Mayra, Abner y Eduardo Rodas por animarme y nunca dejar que me dé por vencida, gracias por todos los momentos en los que he sentido que no puedo seguir su compañía y apoyo me da las fuerzas para avanzar.

Abuelos: Manuel Rodas por sus consejos, su apoyo y oraciones por motivarme a seguir avanzando en todo momento y no darme por vencida. **Olga de Rodas** por su apoyo y por brindarme su amor.

Tíos: Manuel Rodas y Carina Rodas por animarme, apoyarme y brindarme su amor, su dedicación me motiva. **Tía Mary** gracias por motivarme a avanzar, por su cariño y su ejemplo.

Primos: Manuel, Victor, Christian y Flor por brindarme su apoyo y cariño.

Amigos: A cada uno gracias por brindarme su apoyo, sus palabras de ánimo, sus oraciones, por escucharme, muchas gracias.

Amigos de universidad: Gracias por las risas, los enojos, por cada momento compartido y brindarme su amistad, gracias.

Victoria Rodas

Dedicatorias a:

Dios: por la vida, su infinita bondad, sabiduría, misericordia y por darme la bendición de haber culminado una etapa más en mi vida.

Padres: Fernely Consuegra y Marizol Orozco por ser personas ejemplares en mi vida, por sus consejos, palabras de aliento que me han ayudado a crecer como persona, a nunca dejarme vencer y luchar siempre por lo que quiero.

Hermanas: Carmina Consuegra Orozco, Alejandra Consuegra Orozco y Nesly Consuegra (+) por ser mi motivación principal para construir mi vida profesional, por los momentos de alegría y que nunca me dejaron sola dándome palabras de aliento para no darme por vencida.

Abuelos: Luciana Fuentes (+), Cesar Consuegra (+), Juan Ruperto Orozco Navarro por todo su apoyo incondicional, palabras, consejos de sabiduría y su inmenso amor.

Tíos: A cada uno por nombre por los consejos, palabras de motivación y todo su inmenso amor.

Primos: A cada uno por nombre por su apoyo y motivación.

Amigos de la Universidad: por permitirme aprender de la vida a su lado y por los momentos inolvidables dentro de los salones de clase y en centros de práctica.

Amigos en general: por darme su apoyo incondicional y darme palabras de motivación para nunca dejar de luchar por mis sueños.

Lunita: por estar en todo momento y su amor incondicional.

Samanta Consuegra

Agradecimientos a:

Universidad De San Carlos De Guatemala: por ser el centro de enseñanza que inculcó conocimientos, responsabilidad, trabajo y dedicación.

Escuela de ciencias psicológicas: por los excelentes años de preparación profesional en el campo de la Psicología.

Centro de atención al adulto mayor “Mis años dorados”: por abrir las puertas de su institución y permitirnos realizar el trabajo de investigación beneficiando a los adultos mayores. Agradeciendo la colaboración amablemente de los adultos mayores con nuestro trabajo, que Dios los bendiga hoy y siempre

Licenciado Pedro de León: por brindarnos sus conocimientos y su profesionalismo para lograr concluir esta etapa.

Licenciada Irma Ileana Sum Velásquez: por su orientación, apoyo y profesionalismo brindado en las asesorías y revisiones.

A nuestros catedráticos de licenciatura: por compartir conocimientos, enseñanzas, experiencias profesionales y personales que han sido de gran valor en nuestra vida.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Prólogo	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico	4
1.01 Planteamiento del problema	4
1.02 Objetivos	7
1.02.1 Objetivo general	7
1.02.2 Objetivos específicos	7
1.03 Marco teórico.....	8
1.03.1 Adulto mayor.....	8
1.03.2 Depresión	13
1.03.3 Deterioro cognitivo.....	18
Consideraciones éticas.....	30
Capítulo II	31
2. Técnicas e instrumentos	31
2.01 Enfoque y modelo de investigación.....	31
2.02Técnicas	31
2.02.02 Técnicas de recolección de datos	31
2.02.03 Técnicas de análisis de datos.....	32
2.03 Instrumentos.....	32
2.04 Operacionalización de objetivos, categoría/variables.....	35
Capítulo III	36
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	36
3.01 Características del lugar y de la muestra	36
3.02 Presentación e interpretación de resultados	37
3.03. Análisis general	45
Capítulo IV	47
4. Conclusiones y recomendaciones	47
4.01 Conclusiones	47
4.02 Recomendaciones	49
4.03 Referencias	50
ANEXOS	51

Resumen

“Nivel de depresión como consecuencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor comprendido en las edades de 70 a 85 años del centro de atención al adulto mayor Mis Años Dorados zona 5 de Mixco colonia Primero de Julio”

Autoras: Ana Victoria Rodas Andrade y Samanta Marinely Consuegra Orozco.

El adulto mayor sufre varios problemas tanto emocionales como de salud, presentando cambios relacionados con el envejecimiento. El deterioro cognitivo afecta las habilidades físicas y aspectos de sus potencialidades intelectuales, cuando las neuronas van perdiendo su capacidad de funcionamiento, asimismo se refleja a través de síntomas depresivos como la frustración, tristeza, sensación de inutilidad, afectando de manera directa la calidad de vida del adulto mayor.

En el municipio de Mixco, Guatemala se encuentran ubicados 5 centros de atención al adulto mayor enfocados al apoyo social y ocupacional, sin embargo, estas instituciones carecen de una atención psicológica y de herramientas que aporten en el adulto mayor una estabilidad emocional y mental con relación a su calidad de vida. Por lo tanto, la investigación busca identificar los diferentes niveles de depresión a causa del deterioro cognitivo en el adulto mayor, quienes asisten al Centro de Atención “Mis Años Dorados” zona 5 de Mixco, colonia Primero de Julio. Para la obtención de resultados y el desarrollo adecuado de la investigación se utilizará el método cuantitativo recabando datos a través de instrumentos estructurados con un diseño no experimental, debido a que las variables no serán manipuladas en este estudio, para recolectar los datos en un solo momento se utilizará un modelo transversal con una muestra de 15 adultos mayores con un rango de edades entre 70 a 85 años.

Finalmente, se desarrolló la recolección de datos para conocer las diferentes variantes del estado cognitivo, emocional y social, se alcanzó un resultado en la población evaluada demostrando los indicios del trastorno depresivo proveniente del deterioro cognitivo. Se procuró fortalecer los conocimientos acerca de la depresión en esta población para informar, prevenir y establecer protocolos que permitan contribuir a mejorar la calidad de vida de estas.

Prólogo

El envejecimiento es un proceso biológico que experimenta el ser humano, donde se producen cambios irreversibles para la persona. Algunos adultos mayores padecen de alguna afección llamada deterioro cognitivo el cual es catalogado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. Las funciones cognitivas manifiestan un deterioro en la orientación, juicio, memoria, comprensión, personalidad, cálculo, conducta y en el reconocimiento visual. Siendo el olvido uno de los principales síntomas para que se genere el deterioro, así como también otras áreas que se encuentran afectadas a mayor o menor escala. Simultáneamente con el deterioro cognitivo existe un desbalance físico que se evidencia a nivel orgánico funcional, ocasionando una serie de patologías a nivel médico, considerando enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras, así como problemas psicológicos como depresión.

El envejecimiento y la falta de actividad física generan un aumento en las limitaciones de salud convirtiéndose en factores determinantes en la pérdida de capacidades funcionales mentales y físicas que impactan el estado emocional, ocasionando depresión en la mayoría de los adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad, por los efectos nocivos que puede generar en la salud de una persona mayor.

El grupo beneficiado en este programa son las personas que asisten al Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados” zona 5 de Mixco colonia primero de julio, que fueron diagnosticados con deterioro cognitivo y como consecuencia se considera tiene un nivel de depresión, para demostrar que los adultos mayores presentaban depresión a consecuencia de un deterioro cognitivo diagnosticado, se pretendió alcanzar los siguientes objetivos específicos: Identificar los diversos grados de deterioro cognitivo en el adulto mayor, establecer el nivel de depresión en el adulto mayor y comparar los diferentes grados de deterioro cognitivo y los niveles de depresión en el adulto mayor que asisten a la institución. La evaluación de los grados de deterioro cognitivo se realizó a través de la

prueba Mini mental. Los niveles de depresión se abordaron por medio de la prueba de Burns, para poder ubicarlos en los niveles de depresión que presentan los pacientes, siendo estos: mínima o inexistente, límite, leve, moderada y grave.

Las limitaciones que se identificaron en la institución son: que la misma brinda una atención integral bajo siete ejes entre ellos salud, terapia ocupacional, fisioterapia, sociocultural, lúdico, recreativo y educativo. Sin embargo, se notó que no cuentan con el área de psicología directamente, por lo que los adultos mayores se les dificulta tener un acercamiento en la misma. Asimismo, la pandemia por COVID-19 dificultó un contacto con los adultos por las restricciones y la vulnerabilidad que existe con estas personas. Para la autorización de ingreso al centro, se logró por el apoyo de la Licenciada Mariana Elizabeth Pérez y las estudiantes Ana Rodas, Samanta Consuegra quienes realizaron su trabajo de campo para la realización de esta investigación.

La Escuela de Ciencias Psicológicas será beneficiada con esta investigación en el campo de la psicología, debido a que en Guatemala existe un rechazo generalizado sobre la idea de envejecer, por lo que es conveniente ampliar el conocimiento acerca de la depresión y el deterioro cognitivo en la vejez. Como investigadoras se tuvo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante los años de estudio, de esta forma crecer profesional y personalmente para poder continuar ejerciendo la profesión de una forma ética y digna. Finalmente se agradece a “Mis Años Dorados” y autoridades que brindaron la oportunidad y confianza de realizar la investigación, beneficiando a los pacientes de la institución.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

En Guatemala existe una gran problemática en la atención del adulto mayor, no hay muchos centros en donde se puedan atender, ya que el hecho de llegar a esta etapa de la vida ocasiona en la mayoría de las personas cambios biopsicosociales; desencadenando un declive en su salud física y mental. Asimismo, las personas al alcanzar esta fase del ciclo vital viven en diferentes situaciones familiares, sociales, físicas y psicológicas. En el entorno social los prejuicios, actitudes de discriminación hacia los adultos mayores y la falta de voluntad por parte de las autoridades de los gobiernos para enfrentar esta problemática ha generado que el número de la población sea vulnerable.

En el área de la zona 5 de Mixco, Primero de Julio existe un centro de atención al adulto mayor “Mis Años Dorados” dirigido por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente -SOSEP-. El centro de atención cuenta con el cuidado nutricional y médico; sin embargo, la atención psicológica para los pacientes es deficiente, limitándose a terapia ocupacional específica en el área de manualidades. Sin embargo, se debe tomar en cuenta el deterioro cognitivo de cada paciente y así ajustar sus necesidades de una forma integral para lograr una atención psicológica eficiente.

En este centro de atención al adulto mayor se han identificado personas con deterioro cognitivo mediante la observación del personal. El deterioro cognitivo constituye un frecuente motivo de consulta debido a que en esta etapa el adulto mayor refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectuales como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

Esto conllevó a la indagación de una sintomatología en el adulto mayor que manifiestan una contrariedad de la vida cotidiana a través de respuestas emocionales y actitudinales, como tristeza, decaimiento, oscilación, llantos excesivos, enojo, cambios de humor, sensación de incapacidad para afrontar actividades diarias, sentimientos de inutilidad. A

causa de este padecimiento se evaluaron los diferentes niveles de depresión ocasionados por las diversas manifestaciones cognitivas que estas personas presentaron.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares.

López et al. (2015), realizaron un estudio sobre depresión y deterioro cognitivo a 217 pacientes mayores de 60 años que acudieron a la Unidad Médico Familiar 171. Aplicaron la prueba de Folstein para deterioro cognitivo y la escala de Yesavage para depresión. En los resultados encontraron que existe una probabilidad de riesgo de presentar depresión y deterioro cognitivo en estas personas, ya que el 38.7% (n=84) presentó deterioro cognitivo y el 25.8% (n=56) presentó depresión, lo cual representa una probabilidad de riesgo mayor a 4 veces.

Toda esta situación representa un desafío para los cuidadores de las personas ancianas, debido a que el deterioro cognitivo y la depresión conlleva a la dependencia funcional, por lo cual es necesario constituir nuevas estrategias para ayudar a los familiares y cuidadores a lograr funcionalidad en estas personas (Durán et al., 2013)

Los psicólogos como profesionales de la salud tienen la posibilidad de crear medidas de prevención y diagnóstico temprano. Es por ello que, el propósito de esta investigación fue dar a conocer con los resultados obtenidos, la importancia de detectar la depresión a causa del deterioro cognitivo, y si esta es la única causa derivada a la depresión en el adulto mayor, para brindar una orientación adecuada por medio de un protocolo y así fortalecer las habilidades cognitivas y disminuir la depresión en cada uno.

Considerando la importancia de conocer el deterioro cognitivo y depresión del adulto mayor se formularon las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es el nivel de

depresión a causa del deterioro cognitivo en el adulto mayor comprendidos entre las edades de 70 a 85 años del centro de atención al adulto mayor “mis años dorados” zona 5 de Mixco colonia primero de julio? ¿cuál es el nivel de depresión a causa del deterioro cognitivo en los adultos mayores? ¿cuáles son los diversos grados de deterioro cognitivo en el adulto mayor? ¿cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor? ¿qué comparación existe entre los niveles de deterioro cognitivo y depresión?

1.02 Objetivos

1.02.1 Objetivo general

Identificar el nivel de depresión a causa del deterioro cognitivo en el adulto mayor comprendidos entre las edades de 70 a 85 años del centro de atención al adulto mayor “mis años dorados” zona 5 de Mixco colonia primero de julio.

1.02.2 Objetivos específicos

- a. Identificar los diversos grados de deterioro cognitivo en el adulto mayor.
- b. Establecer el nivel de depresión en el adulto mayor.
- c. Comparar los diferentes grados de deterioro cognitivo y los niveles de depresión en el adulto mayor.

1.03 Marco teórico

1.03.1 Adulto mayor

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: Edad avanzada 60 – 74 años Viejos o Ancianos: 75 – 89 años Grandes viejos- Longevos: 90 – 99 años Centenarios: Más de 100 años.

El concepto de adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años, que también pueden ser llamadas de la tercera edad. Este adulto mayor por naturaleza ha alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico (esfera biopsicosocial), que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar enfrentadas durante toda su vida. Sin duda alguna un concepto que considero ideal, apropiado y por lo tanto útil

- **Envejecimiento**

Según Watson (2001) es un proceso físico inevitable de detener por otra parte, Bixie y Vallier (1983), confirman que este proceso afecta a los tejidos y a las funciones de la persona y aseguran que el envejecimiento comienza desde la concepción, puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir.

El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social inevitable que experimentan los seres vivos a medida que pasa el tiempo. El envejecimiento se aborda desde diversas disciplinas, como la gerontología, psicología, sociología y medicina, definiéndose como un proceso multidimensional y gradual que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren a lo largo del tiempo en las personas. Desde la perspectiva biológica, el envejecimiento se caracteriza por una disminución gradual en la capacidad de las células, tejidos y sistemas orgánicos para funcionar eficientemente, lo que lleva a una mayor vulnerabilidad a enfermedades y a la reducción de la capacidad de adaptarse frente a situaciones estresantes.

En un ámbito psicológico, el envejecimiento influye en aspectos como la memoria, cognición, personalidad y el bienestar emocional. A medida que las personas envejecen, es común experimentar cambios en la velocidad de procesamiento de información y en la memoria, aunque la experiencia varía entre cada individuo. Además, las personas pueden desarrollar estrategias de afrontamiento para lidiar con los desafíos psicológicos asociados con el envejecimiento, como la adaptación a roles cambiantes y la gestión de pérdidas.

Desde una perspectiva social, se examina como la sociedad y la cultura influyen en la percepción y el tratamiento de las personas mayores. Se exploran temas como el papel fundamental de los adultos en la familia y la comunidad, los sistemas de apoyo social, la discriminación por edad y la participación en actividades sociales y laborales. Además, el envejecimiento se aborda desde un punto de vista de salud pública y la atención médica, se investigan estrategias para promover un envejecimiento saludable, prevenir enfermedades crónicas asociadas con la edad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de intervenciones médicas, terapias y programas de ejercicio.

- **Vejez**

Debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años (OPS y OMS, 2003). Según Cornachione (2008), la vejez ha de contemplarse como un proceso 11 diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica. Según García (2005), el término tercera edad fue acuñada por los franceses para denominar a las personas de sesenta y cinco años. Los especialistas suelen utilizar la palabra “gerente” para definir a las personas mayores. La extensión de la vida humana ha provocado el surgimiento de fases en las edades de los hombres. Si, como se piensa, la jubilación es el ingreso oficial a la vejez, la etapa próxima posterior que le sigue será lo que se conoce como tercera edad, coincidiendo con la definición viejos jóvenes (60-75 años). Esta fase culmina cuando la declinación de la salud se convierte en lo central de la vida y es cuando aparece la dependencia. Si se considera el período posterior a la jubilación como la tercera edad, entonces esta fase

siguiente de la vejez, caracterizada por la declinación de la salud y el surgimiento de la dependencia, se la denominará la cuarta edad coincidiendo con la definición de viejo-viejo (75 y más) (Montero, 2012).

Según Moragas (1991) existen tres concepciones de la vejez que son: la vejez cronológica que se fundamente en la vejez histórica del organismo es la que se mide con el transcurso del tiempo; la vejez funcional es aquella en la que origina reducciones de la capacidad funcional debido al transcurso del tiempo, aunque no representa necesariamente incapacidad. Por último, la vejez, etapa vital basada en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, es una etapa con una realidad propia y diferenciada de las anteriores.

- **Educación en el adulto mayor**

La educación implica, entonces, la posibilidad de brindar al adulto mayor recursos cognitivos, que faciliten la comprensión de los condicionantes sociales que se le imponen y les permitan el acceso a cuerpos de conocimiento social necesarios para mantenerse integrado. La educación aporta elementos teóricos y prácticos que potencien el descubrimiento, el autoconocimiento y refuercen el sentido de competencia social necesaria para que las personas mayores se sientan integradas y con posibilidad de realizar aportes en el ámbito de la producción cultural y de las relaciones comunitarias. La educación favorece los procesos de adaptación en tanto permite que el sujeto mayor desarrolle respuestas activas y creativas para afrontar las necesidades y despliegue de las propias capacidades. Desde esa perspectiva, las actividades educativas potencian el aprendizaje en tanto recurso/proceso adaptativo por excelencia (Urbano, 2005).

- **Ingresos del adulto mayor**

Según Torres, citado por Villarreal (2002), la seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en

condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias. A primera vista se puede notar que tiene muchas implicaciones y encierra gran complejidad, pues no sólo denota que los adultos mayores tienen recursos, sino cuántos tienen (que además sean suficientes), la periodicidad con que los reciben (que deben llegarles regularmente) y, además, que los adultos mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos (Sánchez y Algado, 2009). Según la Organización Internacional del Trabajo (2006), tradicionalmente, en el estudio de la seguridad económica se han identificado tres pilares de protección: la familia, el mercado y el Estado. De estas tres fuentes de ingresos, dos son consideradas como formales y una como informal. Las fuentes formales corresponden a la participación económica (salarios y remuneraciones al trabajo) y a la seguridad social (pensiones, seguros de salud, subsidios por discapacidad), mientras que los apoyos familiares (ayuda monetaria, regalos, etc.) son reconocidos como una fuente informal de ingreso para los adultos mayores, pero cuya importancia es extremadamente alta (Bleda, 1997)

- **Servicios sociales para el adulto mayor**

Según Martínez (2004), la organización institucional y comunitaria debe prepararse para prevenir y tratar adecuadamente estos problemas, que ameritan un abordaje integral e interdisciplinario (médicos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, psiquiatras y terapeutas). El contar con la comunidad con recursos de apoyo grupal donde la persona mayor pueda socializar, recrearse o capacitarse; contar con cursos de preparación para la jubilación; y entrenar al personal y la comunidad en la detección y abordaje de estos casos.

- **Instituciones que brindan apoyo al adulto mayor**

En Guatemala, existen varias instituciones gubernamentales que brindan apoyo al adulto mayor. Algunas de ellas son el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Consejo Nacional de Atención al Adulto Mayor (CONAM), que se dedican a promover políticas y programas que

mejoren la calidad de vida de esta población. Estas instituciones ofrecen servicios de salud seguridad social y programas de bienestar dirigidos específicamente a los adultos mayores.

La secretaria de Obras Sociales de la Esposa del presidente -SOSEP- es una institución que no tiene como objeto primordial brindar colaboración en la erradicación de la pobreza que afecta, en caso concreto a las personas mayores y población en estado de vulnerabilidad, mediante políticas encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud, capacitación, y alimentación. Por ello, se han diseñado programas y reorientado los existentes, con la finalidad de establecer soluciones que beneficien a estos sectores de la población. Esto mediante un plan operativo anual que consiste en la preparación sobre el control de cada una de las actividades que se realizan durante el año. Se centra en el desarrollo integral de las familias que se encuentran en condición de pobreza optando por la implementación de acciones en las áreas de salud, educación, promoción del desarrollo económico comunitario y alimentación con el objeto de que la población guatemalteca se encuentre sana, que tenga mayores oportunidades y una calidad de vida digna.

La municipalidad de Guatemala cuenta con una oficina municipal del adulto mayor, tiene como objetivo brindar atención al adulto mayor de manera integral en cuanto a su participación social y su salud. Por ello, se promueven las mismas para lograr que tengan atención debidamente especializada con la que se les garantice el mejoramiento de sus condiciones físicas, así como también reconocerles ante la sociedad. Reiterando, se trata de que este grupo alce la voz y recuperen su rol dentro de la sociedad, permitiéndoles así su participación y satisfacción de necesidades. El adulto merece respeto, que se le valore y sobre todo contar con oportunidades. La Oficina Municipal del Adulto Mayor ha logrado que las personas de la tercera edad participen y tomen decisiones de forma integral, así como también brindar una atención coordinada a algunos problemas de salud que padecen. Por eso implementan técnicas que brindan ayuda a su mejoramiento físico y mental, o también imparten capacitaciones y servicios que permiten que se mantengan sanos

1.03.2 Depresión

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos de una persona. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad de afrontar las actividades y retos diarios y la pérdida de interés en actividades que le resultaban placenteras. Las personas que sufren de depresión tienen un enlentecimiento o descenso en todos o algunos de los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas como alimentación, sueño y autocuidado se ven afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje y la sexualidad. (Velazco, 2015)

La depresión en los ancianos es de difícil diagnóstico porque los médicos atribuyen los síntomas a enfermedades físicas o al envejecimiento, o porque los ancianos tienden a no quejarse de sentirse deprimidos. Los hombres tienen menos probabilidad que las mujeres de consultar a médicos o reportar problemas de salud.

El episodio depresivo agudo, es la forma más severa de depresión clínica, es aquel que continúa durante al menos dos semanas, en las que una persona muestra tanto extrema tristeza o pérdida de interés o placer en la vida, como al menos otros cuatro síntomas más, como cambios en peso o apetito; insomnio; agitación; fatiga; sentimientos de minusvalía o culpa inadecuada; incapacidad para pensar, concentrarse o decidirse; y pensamientos de muerte o suicidio. Los síntomas no se deben al abuso de drogas, medicamentos, enfermedad o una pérdida reciente, y deben causar significativa aflicción o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1994). Otras formas de depresión clínica son tanto severas como transitorias, continuas o crónicas pero moderadas (Depression, 1995)

Alrededor de 15 a 17 por ciento de los estadounidenses, dos tercios de ellos mujeres, han experimentado alguna forma de depresión clínica, 9.5 por ciento dentro del periodo de un año (National Institute of Mental Health, 2003). En cualquier parte del mundo, entre el 50 y 65 por ciento de las personas deprimidas, incluido un

desproporcionado número de ancianos, no reciben tratamiento, en parte debido a una creencia errónea de que la depresión es un signo de debilidad o que pasará sola. En realidad, en uno de cada cinco casos la depresión se vuelve crónica, y de hecho puede conducir al suicidio (Papalia, 2018).

- **Causas**

La depresión puede tener varias causas que actúan en conjunto. Algunas personas pueden hallarse genéticamente predispuestas por un desequilibrio biológico. El fracaso en el mantenimiento de un estilo de vida saludable, junto con la falta de un ejercicio adecuado, puede fomentarla. Los eventos estresantes o la soledad pueden dispararla (Listening to Depression, 1995). Estimaciones conservadoras muestran que, durante el primer año después de la muerte de un cónyuge, del 10 al 20 por ciento de los viudos sufren de depresión clínica (Vierck y Hodges, 2003). Casi la mitad de todos los cuidadores de pacientes con Alzheimer la padecen. (Light y Niederehe, 1994). Una red social bien establecida conformada por la familia y los amigos puede ayudar a los ancianos a alejarse de la depresión o a enfrentarla. La depresión puede ser un efecto colateral del consumo de ciertos medicamentos, como tranquilizantes, sedantes, píldoras para dormir y drogas prescritas para presión arterial alta, en especial cuando se acompaña con ingesta excesiva de alcohol (Jefferson y Greist, 1993).

Un anciano puede tomar una docena o más de diferentes medicamentos, algunos de ellos sin prescripción (“a escondidas”). Puesto que los médicos no siempre preguntan qué medicinas ya toma un paciente, pueden prescribir drogas que interactúan de manera dañina. Y debido a cambios en el metabolismo relacionados con la edad, una dosis que sería correcta para una persona de 40 años puede convertirse en sobredosis para una de 80” (Papalia, 2018).

- **Niveles de depresión**

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden

provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión (Geosalud, 2018).

Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, auto recetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo. Existen varios tipos de trastornos depresivos; en general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad: ligera, moderada o grave.

- **Depresión leve o ligera**

Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente (Gonzales y Robles ,2011).

- **Depresión moderada**

Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma suave de la depresión y son generalmente más obvios. En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido (Gonzales y Robles,2011).

- **Depresión grave**

Es un estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida (Gonzales y Robles ,2011).

- **Clasificación de la depresión**

- **Trastorno depresivo mayor**

El DSM-IV-TR que la depresión mayor, es llamada también como depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores.” Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente (Masson, 1980).

- **Trastorno distímico**

Masson, indica que el trastorno distímico es un estado de ánimo depresivo en el cual la persona se encuentra la mayor parte del día deprimido, existiendo pérdida del apetito o aumento de este, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Jiménez, 2012). La característica principal del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo, entre 25 y el 50% de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de las características.

La distimia, es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos y de larga duración y aunque no incapacitan tanto, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona (Sánchez, 2008). Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios parecidos severos en algún momento de la vida. Esta segunda condición es la más difícil de diagnosticar por tres razones: llegan menos a los servicios clínicos profesionales, el inicio es gradual y sutil y muchas veces el propio paciente y los familiares se adaptan a la condición, atribuyendo al carácter o a la personalidad la

negatividad, el pesimismo y la abulia que acompañan a esta afección (Monterroso, 2012).

- **Trastorno depresión severa**

La depresión severa, mejor conocida como el trastorno depresivo unipolar mayor, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras (Sánchez, 2008). Los episodios depresivos, francamente incapacitantes, pueden ocurrir varias veces en el curso de la vida y ocasionar episodios de psicosis o suicidio si es muy severo (Sánchez, 2008).

- **Diagnóstico de depresión en ancianos**

Una creencia común es que los ancianos, debido a sus pérdidas físicas y emocionales, son particularmente vulnerables a la depresión. Los ancianos sí muestran más síntomas de perturbaciones del estado de ánimo que los más jóvenes, pero, sorprendentemente, tienen menos probabilidad de ser diagnosticados como deprimidos.” (Marin et al., 2015).

Sólo un estimado, del 2 al 30 por ciento de los ancianos no institucionalizados cumple con los criterios diagnósticos de la depresión, aunque del 8 al 15 por ciento poseen algunos síntomas. Alguien que no satisfaga los criterios de depresión muy probablemente padece una depresión menor o una depresión sub-síndrome, éstas pueden resultar en un funcionamiento deteriorado, similar al de la depresión mayor (Dick, 2000). Los hallazgos de la investigación acerca de la frecuencia de la depresión en relación con la edad son inconsistentes. Algunos estudios encuentran aumento en los índices de la depresión, otros hablan de una disminución e incluso otros no localizan cambios a través del ciclo de vida. Otra explicación puede ser que “los cambios relacionados con la edad en los componentes somáticos y psicológicos de la depresión” pueden hacer que los adultos jóvenes y los ancianos experimentan la depresión de manera diferente. Además, los ancianos pueden ser menos capaces de darse cuenta, recordar y reportar cambios relacionados con la depresión (Snowdon, 2001).

Una razón por la que la depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos es que los médicos atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas o los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento. De 8 a 20 por ciento de los ancianos sufren de depresión (U. S Department of Health and Human Services, 1999).

Los síntomas de la depresión con frecuencia se traslapan con los cambios normales asociados con el envejecimiento, tales como pensamientos acerca de la muerte, cambios en el impulso o deseo sexual y en el patrón de sueño y energía reducida. (Jacome, 2019). Es más probable que la depresión en los ancianos sea detectada por un médico cuando un paciente presenta síntomas más concretos, como ganancia o pérdida de peso (Pfaff y Almeida, 2004).

Puesto que la depresión acompaña a algunas condiciones médicas como la enfermedad de Parkinson, apoplejía, trastornos tiroideos y ciertas deficiencias vitamínicas, identificar los síntomas puede ser una labor difícil (Greist y Knigh, 1993a, 2004b). Los criterios diagnósticos estándares pueden fracasar en la detección de algunos casos de depresión en ancianos. Esto también puede suceder en los miembros de las minorías raciales y étnicas cuya situación de pobreza los pondría en un alto riesgo de padecer depresión, pero que no parecen volverse clínicamente deprimidos con más frecuencia que las personas blancas (George y Bois, 1992a, 1993b). Acaso la explicación más simple, que se apoya en un estudio a gran escala en Baltimore y la región de Durham-Piedmont de Carolina del Norte, es que los ancianos tienen menos probabilidades que los más jóvenes de decir que se sienten deprimidos y sus síntomas se pueden describir como quejas referidas a sus condiciones físicas (Gallo et al., 1994)

1.03.3 Deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo constituye un frecuente motivo de consulta. En la actualidad el deterioro cognitivo refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectuales como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, capacidad para el

cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial (Pérez, 2005).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONS) en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones. Calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas. (Benavides, 2017). En Latinoamérica y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial, seguida de Asia (66%), Oceanía (47%), Norteamérica (41%) y Europa (23%) (Benavides, 2017).

El crecimiento de la población de adultos mayores implica que se realicen cambios a nivel social, económico y político, parte de estos cambios recaen de manera importante en el sistema de salud, que requieren un énfasis en la prevención de patologías propias del adulto mayor, y la importancia del manejo apropiado del concepto de anciano sano, lo que implica la autonomía de ciertas actividades de la vida diaria, bienestar, participación social, no padecer enfermedades crónicas y no tener alteración funcional o cognitiva y la supervivencia hasta una edad determinada. (Benavides, 2017)

En nuestra población guatemalteca se ha dejado a un lado al adulto mayor, ya que se considera una carga para el entorno familiar, social e incluso político, por lo que se le discrimina en el ámbito laboral. En temas de la salud, no se enfoca que la identificación previa del deterioro cognitivo como una de las patologías más frecuentes en el adulto mayor ayuda para una calidad de vida del paciente mayor y una buena salud mental.

Para la evaluación del estado cognitivo del paciente La Agencia para el Cuidado en Salud, Investigación y Calidad en Estados Unidos, realizó un reporte basado en búsqueda de la literatura, encontrando que existen múltiples pruebas que permiten

iniciar la evaluación cognitiva de los pacientes, como por ejemplo el mini mental, el test mental abreviado, test del dibujo del reloj, si el resultado de la evaluación es positivo no implica un diagnóstico de demencia, indican la necesidad de iniciar una evaluación más completa para reconocer el estado del paciente y así tener un diagnóstico (Benavides, 2017)

Sin embargo, son el comienzo, y antes de una cirugía en un paciente mayor debe siempre realizarse alguna evaluación que permita orientar el manejo y cuidado perioperatorio; en este mismo reporte se sigue considerando el Mini-Mental State Examination (MMSE) por sus siglas en inglés, como la evaluación más usada y exacta con un 88.3% de sensibilidad y un 86.2% de especificidad” (Benavides, 2017).

El deterioro cognitivo se refiere a la disminución de las capacidades cognitivas, debido a la edad. Los indicadores del deterioro cognitivo, según Benavides (2017), son:

- Memoria: proceso de almacenamiento y recuperación de la información. La memoria a corto plazo se ve afectada en el adulto mayor, no así la memoria a largo plazo
- Comprensión: Entender y penetrar en la naturaleza de las personas y objetos. Para la mayoría de las personas de la tercera edad, resulta difícil asimilar nuevos conocimientos, el proceso se vuelve lento, no imposible
- Análisis: Distinción y separación de las partes de un todo, hasta llegar a conocer sus principios
- Atención: Facultad de comprender, juzgar o razonar cada situación o información. Con la edad, el grado de atención de una persona aumenta, pero al llegar a la tercera edad decae y resulta difícil lograr que una persona de la tercera edad mantenga su atención por mucho tiempo. Se debe tener en cuenta el interés que despierte una acción o actividad
- Emociones: Agitación del ánimo producido por ideas, recuerdos o acciones y que se manifiestan orgánicamente. Una persona de la tercera edad puede cambiar de ánimo con facilidad o incluso presentar afecto plano
- Lenguaje: Facultad del hombre que permite la expresión de pensamientos e ideas. Es común que una persona relata una y otra vez una misma historia cuando llega a

la tercera edad, aunque esto se relaciona también con la memoria. Cuando el deterioro cognitivo avanza se pueden presentar perseveraciones al repetir una misma frase o palabra y cuando este deterioro cognitivo llega al grado de severo es común que se pierda.

- **Cambios cognitivos en el adulto mayor**

Según López (2012), el efecto que se tenga en los cambios cognoscitivos depende de muchos factores, como son la capacidad cognitiva, la posición socio económica y el nivel educativo del adulto mayor. En general los cambios en las capacidades de procesamiento vinculados con la edad pueden reflejar algún deterioro neurológico, existe una variación individual, lo que sugiere que dichos deterioros no son inevitables, pero quizá puedan corregirse.

El envejecimiento cognoscitivo se muestra en los siguientes cambios intelectuales:

- Pérdida significativa de funciones intelectuales que no pueden ser revertidas.
- Declinación que producen cambios intelectuales en los cuales pueden ser empleados mecanismos compensatorios para mantener el adecuado funcionamiento.
- Pérdidas por desuso de ciertas destrezas y pérdida de obligaciones.
- Pequeños incrementos en algunas capacidades ganadas por la edad, de acuerdo con nuevas actividades y obligaciones adquiridas.

En esta etapa se podrá tomar en consideración cuatro conceptos o factores de gran importancia en la vejez y en los cambios cognoscitivos: la inteligencia, la sabiduría, la creatividad y la memoria. Se comenzará con la inteligencia, la cual tiene diferentes tipos de inteligencia, algunos de estos tipos aumentan mientras que otros disminuyen, luego se aborda la sabiduría, la cual se asocia con los últimos años debido a la

experiencia y conocimientos adquiridos en la vejez, para terminar con el tema fundamental, que será la memoria y por consiguiente la pérdida de memoria.

- **Causas del deterioro cognitivo**

Según OMS (2017), estudios más recientes a través de neuroimagen revelan que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral que alerta las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, no obstante, un porcentaje variable de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

Pérez (2005), refiere que las causas de un deterioro cognitivo son varias, entre ellas se encuentra: demencia, depresión, alcoholismo, daño cerebral traumático, cirugía cerebral, entre otras. El deterioro funcional es común en los adultos mayores y tiene múltiples causas potenciales, incluyendo cambios relacionados con la edad, factores sociales y enfermedad.

- **Tipos de deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo se clasifica en: normal, leve y severo. El deterioro cognitivo normal mantiene las cualidades de las funciones neurocognitivas, necesarias para que la persona pueda adaptarse al diario vivir. Deterioro cognitivo leve en el envejecimiento se evidencia la existencia de un declive de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido, es indispensable valorar la condición en que se encuentra ya que solo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria, no se asocia a deterioro del nivel de conciencia. Lo principal que se produce en el deterioro cognitivo leve es un deterioro en la memoria, esto se debe al proceso de envejecimiento, y a factores como puede ser el consumo de sustancias estimulantes, psicoactivas y medicamentos que con el pasar de los años causan que esta función se deteriore y por lo tanto se produce lo que es un deterioro cognitivo” (Barrera et al., 2017)

El término más aceptado para denominar al deterioro cognitivo debido a una depresión severa es el de pseudo-demencia. Este tipo de depresión puede ocurrir como resultado de la falta de estimulación proveniente del ambiente, o porque la persona sea física o mentalmente inactiva. También se sabe que el estrés y los problemas físicos contribuyen a la pseudodemencia (Weis, 1999).

Algunos investigadores prefieren emplear el término de demencia transitoria pues las personas que son tratadas por depresión a veces mejoran un tiempo y luego recaen (Oxman, 1994). La demencia asociada con la depresión evolucionó en demencia degenerativa o irreversible. Esto sugiere que el deterioro real sí ocurre en la demencia depresiva, aunque en la actualidad se desconocen los factores asociados con tal progresión” (Papalia, 2018)

- **Accidentes cerebrovasculares**

La mayoría de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos (generalmente debido a la obstrucción de una arteria), pero algunos son hemorrágicos (debido a la ruptura de una arteria). Los síntomas se producen repentinamente e incluyen debilidad muscular, parálisis, pérdida o alteración en la sensibilidad de un lado del cuerpo, dificultad para hablar, confusión, problemas relacionados con la visión, mareos, pérdida de equilibrio y coordinación y, en un tipo concreto, dolor de cabeza repentino e intenso

El diagnóstico se basa principalmente en los síntomas, pero también se realizan pruebas de diagnóstico por imagen y análisis de sangre. La recuperación de un accidente cerebro vascular depende de muchos factores, tales como la localización y la magnitud del daño, la edad de la persona y la presencia de otros trastornos. El control de la hipertensión, la reducción de los niveles elevados de colesterol, el control de los niveles altos de glucosa en sangre y dejar de fumar son medidas para evitar los accidentes cerebro vasculares El tratamiento incluye medicamentos para hacer la sangre menos propensa a coagularse o para disolver los coágulos y, a veces, puede consistir en cirugía o una angioplastia (Chong, 2020).

- **Clasificación de accidentes cerebrovascular**

Existen dos tipos de accidentes cerebro vascular:

A. Isquémico hemorrágico

Alrededor del 80% de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos, por lo general debido a la obstrucción de una arteria, a menudo a causa de la presencia de un coágulo de sangre. Las neuronas, privadas de irrigación, no reciben suficiente oxígeno y glucosa, que son transportados por la sangre. El daño resultante depende del tiempo que las neuronas se ven privadas de irrigación. Si la privación es sólo durante un breve periodo de tiempo, las neuronas sufren daños, pero pueden recuperarse (Chong, 2020).

Si las células del cerebro se ven privadas por más tiempo, se produce su muerte pudiendo perder algunas funciones, a veces de forma permanente. El tiempo transcurrido hasta que se produce la muerte de las células cerebrales después de verse privadas de sangre varía. En algunas áreas del cerebro mueren después de sólo algunos minutos, pero en otras áreas no se produce la muerte hasta pasados 30 minutos o más. En algunos casos, cuando las neuronas mueren, un área diferente del cerebro puede aprender a llevar a cabo las funciones que previamente realizaba el área dañada (Chong, 2020).

Un accidente isquémico transitorio también llamado mini accidente cerebro vascular, es frecuentemente una señal de alarma precoz de un accidente cerebro vascular isquémico inminente. Los accidentes isquémicos transitorios tienen su origen en una breve interrupción de la irrigación de una parte del cerebro. Dado que la irrigación se restablece de forma rápida, el tejido cerebral no muere, como sí ocurre en un accidente cerebro vascular, y la función cerebral se recupera con rapidez (Chong, 2020).

B. Hemorrágico

En este tipo de accidentes cerebro vasculares se rompe un vaso sanguíneo, lo que afecta a la irrigación normal y permite que la sangre se filtre hacia el tejido cerebral o hacia el tejido situado a su alrededor. La sangre que entra en contacto directo con el tejido cerebral irrita el tejido y, a lo largo de un periodo prolongado, puede conllevar la formación de tejido cicatricial en el cerebro, lo que posteriormente puede provocar convulsiones” (Chong, 2020). El 20% restante corresponde a accidentes

cerebrovasculares hemorrágicos, cuyo origen es una hemorragia en el cerebro o en su proximidad.

- **Demencia senil**

La demencia es el desarrollo de múltiples déficits cognitivos, incluido el deterioro de la memoria, no es una sola enfermedad sino una docena o más que manifiestan síntomas similares, pero causas diferentes. Las demencias se pueden deber a una combinación de varias condiciones médicas; la que más comúnmente se presenta es la enfermedad de Alzheimer. La demencia también puede deberse a otras condiciones, como enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Parkinson y el abuso de sustancias; pero no todas las personas que presentan estas condiciones desarrollan demencia.

La demencia puede llegar gradual o súbitamente. Las personas con demencia pierden su habilidad para aprender nueva información, recordar la antigua o ambas. Además, sufren deterioro en al menos una de las siguientes áreas: habla y escritura; actividades motoras; reconocimiento de objetos y personas, y planificación, ejecución y monitoreo de su propio comportamiento (por lo general una función de los lóbulos frontales). Para padecer una demencia, tales deterioros deben ser lo suficientemente severos como para causar problemas en el trabajo, en las actividades diarias o en las relaciones sociales. Las personas con demencia pueden tener problemas para empacar una maleta; mostrar pobreza de juicio (por ejemplo, pueden conducir en una nevada); volverse violentos o suicidas; tropezar y caer con frecuencia; hacer bromas pesadas, dejar de bañarse y no preocuparse por otras convenciones sociales, o acusar a los miembros de la familia de robar sus pertenencias (Papalia y Feldman, 2004)

Con frecuencia, las personas con demencia no son conscientes de su condición y hacen planes que son completamente irreales, como decidir nominar a la presidencia (Ortiz y Karina). La demencia es rara incluso en la vejez, pero (excepto por la demencia

causada por VIH, el virus del SIDA) es más probable que ocurra en la vida tardía que en cualquier otra época.

Un relevante estudio británico encontró que las tasas de demencia se duplican aproximadamente cada cinco años después de los 75, desde ligeramente por arriba de 2 por ciento para las personas de 75 a 79 años, a casi 8.5 por ciento para las edades de 85 a 89 (Paykel, 1994). La demencia mínima, que involucra un deterioro moderado, se eleva más pronunciadamente, desde casi 3 por ciento a la edad de 75, a casi 30 por ciento después de los 90 años. En el pasado, la demencia fue definida mediante un patrón progresivo de deterioro. En la actualidad, el diagnóstico se basa simplemente en la presencia de los déficits descritos anteriormente, ya sea que empeoren o que no lo hagan. Si la demencia se puede detener o revertir depende de la causa subyacente y también del cronograma y la efectividad del tratamiento.

La forma más común de demencia entre los ancianos es la demencia del tipo Alzheimer el inicio de esta demencia progresiva y degenerativa es gradual. La siguiente forma de demencia más común entre los ancianos es la vascular (anteriormente llamada demencia multiinfarto), un síndrome en el que el cerebro se daña por una serie de pequeñas apoplejías o por alguna de una amplia variedad de otras enfermedades vasculares, incluida la arteriosclerosis. Las anormalidades crónicas de la presión arterial, tanto baja como alta, pueden conducir a la demencia vascular y a un deterioro cognitivo.

Las estimaciones de la demencia mixta (demencia de Alzheimer y vascular combinadas) varían ampliamente, del 9 al 39 por ciento de todos los casos de demencia, pues es difícil diagnosticarla (Gold, 2003). Se cree que la demencia vascular es más prevalente en los varones que en las mujeres. En este tipo de demencia, son más comunes los cambios rápidos que una lenta progresión, y el patrón de deficiencias puede depender de qué áreas del cerebro son las afectadas.

Como con otras demencias irreversibles, el tratamiento se dirige a mitigar o controlar el avance de la enfermedad o a tratar de aminorar sus síntomas. El tratamiento de la demencia vascular por lo general se enfoca en el control de la hipertensión y en tomar otras medidas para reducir el riesgo de una apoplejía masiva. En años recientes, la atención se ha enfocado en la demencia con cuerpos de Lewy (DLB, por sus siglas en inglés).

Los cuerpos de Lewy son depósitos en el cerebro que contienen neuronas dañadas. La DLB explica de 15 a 25 por ciento de los casos de demencia y frecuentemente ocurre concomitantemente con enfermedad de Parkinson, depresión y enfermedad de Alzheimer. Es difícil diagnosticarla, pues muchas de las características se confunden con otros trastornos de demencia. La DLB se caracteriza por alucinaciones visuales, fluctuación en el funcionamiento cognitivo y síntomas de Parkinson (más comúnmente bradiquinesia e inestabilidad postural). Se requieren dos de estos síntomas para un diagnóstico de DLB; además de que las deficiencias cognitivas deben ser lo suficientemente severas para interferir con la actividad social y la ocupacional normal de la persona que la padece (Rampello, 2004),

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico que progresa lentamente y se caracteriza por temblor, rigidez, movimientos lentos y postura inestable. Los pacientes que la padecen también experimentan dificultades en las funciones cognitivas y de memoria, y muchos sufren de depresión (Riley, 1999). En cualquier parte del mundo, entre el 20 y el 60 por ciento de las personas con enfermedad de Parkinson sufren de demencia. Los síntomas físicos de la enfermedad se pueden tratar con drogas diseñadas para aumentar el nivel del neurotransmisor denominado dopamina o para frenar su pérdida. Tanto la educación como tener un empleo desafiante parecen ser protectores contra la demencia (Mortimer et al., 2002a, 2004b). El deterioro cognitivo es más probable en las personas con una salud física deficiente, especialmente en aquellos que han padecido apoplejías o diabetes (Tilvis, 2004).

El riesgo de deterioro cognitivo se puede reducir al caminar o mediante otra actividad física regular a largo plazo) y posiblemente mediante complementos

nutricionales (Weuve y Manders, 2004). En un estudio, mujeres ancianas que bebieron cantidades moderadas de alcohol cada día tuvieron un riesgo de deterioro cognitivo o demencia 40 por ciento menor que las que no lo hicieron (Espeland, 2005).

Un estudio longitudinal en el que participaron 354 adultos con edades de 50 años y más encontró que las personas que poseían grandes redes sociales, que mantenían contacto social frecuente, o bien, que podían obtener apoyo emocional de la familia o de amigos presentaron menos probabilidades de mostrar un deterioro cognitivo durante doce años después de la evaluación (Hotlzman, 2004). Dado que las víctimas de depresión severa con frecuencia muestran pérdidas cognitivas, como por ejemplo fallas de memoria y dificultad para pensar y concentrarse, puede ser difícil, particularmente en los ancianos, identificar la causa de dicho deterioro en la demencia, la depresión o en ambas.

- **Niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores**

Por lo general se suele clasificar el deterioro cognitivo por niveles los cuales son leve, moderada o grave. Según Martin (2004), Las características generales de los grados son los siguientes:

- **Deterioro leve**

Se comienza a afectar la situación funcional del paciente. Comienzan a resentirse y a debilitarse las actividades de la vida diaria. Suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, se evidencian problemas con la memoria reciente ya que poseen dificultad para recordar acontecimientos recientes o de poco tiempo (1 mes o 1 semana). También, puede presentar algunos cambios en su conducta. Las personas con deterioro cognitivo leve pueden cuidarse a sí mismas y pueden desarrollar sus actividades normalmente.

- **Deterioro moderado**

Los síntomas cognitivos se hacen evidentes, en esta fase el adulto mayor tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda para completar las actividades diarias. Hay deterioro en la orientación. La afección comienza a hacerse evidente y progresiva. La alteración de la conducta se torna frecuente, apareciendo ansiedad, agresividad, agitación, compulsiones, entre otras. La persona en esta fase requiere ayuda para realizar actividades diarias.

- **Deterioro grave**

En esta fase el adulto mayor posee dificultad severa con la comunicación verbal, la comunicación se torna casi imposible. Requiere ayuda con las actividades diarias. Se convierte en una persona totalmente dependiente. Hay pérdida total de la memoria remota y pérdida de las habilidades psicomotoras.

Consideraciones éticas

Esta sección fue dedicada a la explicación de los cuidados éticos que se tuvieron en cuenta en esta investigación. Para esto se utilizó el código de ética del psicólogo guatemalteco (Jurado, 2010). En relación con la ubicación y acceso a los datos, se tuvo la intención de hacer público a la comunidad científica lo concerniente a los datos, procedimientos y muestras utilizadas, exceptuando los datos personales de los participantes. Asimismo, se aseguró que las prácticas realizadas en esta investigación son replicables y que los resultados hallados no fueron manipulados para su publicación.

Respecto al consentimiento, confidencialidad e intimidad, se garantizó que las personas que participaron en la investigación lo hicieran de manera voluntaria, para asegurarse de esto se les entregó un documento o consentimiento informado el cual fue incluido en el instrumento, donde ellos podrán declarar y firmar que están de acuerdo con formar parte del estudio. Asimismo, desde el inicio se garantizó el anonimato de los participantes, indicando en el cuestionario que sus nombres no serán divulgados ni publicados en la investigación.

En cuanto al engaño de los participantes, desde el inicio del estudio se les indicó a los adultos cuál era el objetivo del estudio, asegurando la transparencia de la investigación. Finalmente, en torno a la rendición de cuentas, los investigadores aseguraron que serán responsables en cuanto a las intenciones de la investigación, garantizando que los participantes no se sentirán aludidos de ninguna manera después del ejercicio.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

La investigación se trabajó bajo un enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección y el análisis de datos, permitiendo que los resultados obtenidos en la investigación se trabajaron a través del modelo no experimental, mediante la observación del entorno donde se presentaba el tema a investigar y transversal debido a que la muestra fue estudiada en un solo momento, realizando un estudio con una sintomatología ya observada en los adultos, para determinar el nivel de depresión y deterioro cognitivo, indagando los objetivos propuestos.

2.02 Técnicas

2.02.01 Técnicas de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, el cual se caracterizó por no brindar a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. (Hernández, 2010). El criterio de selección fue basado en la accesibilidad, factibilidad de la investigación y, también, las necesidades de la institución; todo esto de acuerdo con los objetivos planteados. En este sentido la muestra fue conformada por 15 personas entre 70 y 85 años del centro de atención al adulto mayor “Mis años Dorados” zona 5 de Mixco Colonia Primero de Julio.

2.02.02 Técnicas de recolección de datos

La investigación de campo consistió en la recolección de toda la información obtenida por medio de las siguientes técnicas:

- **Método de observación**

Este método permitió observar el comportamiento y conducta de cada adulto mayor, los cuales mostraron diferentes indicadores como aspecto general, aseo personal, peso corporal, micro expresiones; conductas de hostilidad, indiferencia, sumisión, comportamiento grupal, convivencia, adaptabilidad, capacidad de iniciar una conversación, capacidad de integración. Estos fueron observados al momento de realizar

varias actividades grupales dentro del centro de atención, para recabar y registrar información importante sobre los niveles presentados de depresión en las personas diagnosticadas con grados de deterioro cognitivo.

- **Entrevista dirigida**

Se utilizó como medio de recopilación de información, los cuales fueron confirmados en un cuestionario con una serie de preguntas específicas escritas, se realizó en un ambiente agradable y propositivo denotando interés y entrega. Cada entrevista realizada con ellos conllevó un promedio de 30 minutos, la información recopilada tanto por parte de los adultos mayores como por parte de las personas encargadas fue valiosa y permitiendo alcanzar los objetivos propuestos, la entrevista accedió a indagar mejor varios indicadores como datos generales de cada adulto mayor entre ellos nombre, dirección, número de teléfono, edad, ocupación, con quién vive; así mismo se preguntaron síntomas como dolores de cabeza, mareos, dolor de cuerpo, tristeza frecuente, miedo, anhedonia, olvidos frecuentes, pérdida de visión, pérdida constante de objetos, falta de memorización y concentración, falta de coordinación y equilibrio, entre otros. La entrevista permitió conocer a profundidad a cada adulto mayor, manteniendo al mismo tiempo una relación interpersonal.

2.02.03 Técnicas de análisis de datos.

Para la interpretación de los resultados se procesaron los datos en hojas de Excel colocando la información recabada del test mini-mental y test de Burns, por medio de una tabla donde fueron ubicados los resultados en rango de edades y los distintos niveles de depresión y deterioro cognitivo. Así mismo, estos datos fueron trasladados a través de gráficas para la descripción de la muestra obtenida. El tamaño de la muestra fue de 15 adultos mayores, de los cuales fueron 4 hombres y 11 mujeres.

2.03 Instrumentos

Se utilizaron instrumentos de medición los cuales fueron test mini mental y una escala de depresión, estos permitieron recabar los datos necesarios logrando una adecuada investigación de tipo transversal, en la cual los datos se recolectaron en un solo momento, es decir, en un único tiempo permitiendo la colaboración de la población.

A continuación, se presentan los instrumentos a utilizar:

- **Test Mini-mental de deterioro cognitivo**

Fue creado por el Doctor Folstein en 1975, existiendo una versión traducida al castellano por Lobo. Este instrumento evaluó el estado mental y permitió un seguimiento en la progresión del estado cognitivo. Se trata de una prueba rápida que consiste en 11 preguntas que miden las siguientes áreas:

- Orientación espacial y temporal.
- Memoria inmediata.
- Atención y cálculo.
- Memoria diferida.
- Lenguaje y praxis: nominación, repetición, comprensión de órdenes verbales, lectura, escritura espontánea y copia de dibujo.
- Construcción visual

Se debe tener en cuenta que se trata de una prueba de selección, por lo tanto, no fue utilizada por sí sola para establecer el diagnóstico de demencia. Se necesitó ampliación de la información presentada por el personal a cargo de los adultos, asimismo, utilizando el método de observación que permitió indagar la sintomatología presentada en la muestra de esta investigación.

- **Inventario de depresión de Burns**

Este instrumento cuenta con 15 ítems, donde se evaluó pensamientos y sentimientos, actividades y relaciones personales, síntomas físicos y deseos suicidas. Este fue creado por el doctor David Burns, traducido por Mauricio Andino Molina año 2013. El puntaje total del nivel de depresión se evalúa de la siguiente manera:

0-4 depresión mínima o inexistente

5-10 depresión límite

11-20 depresión leve

21-30 depresión moderada

31-45 depresión grave

Esta prueba consistió en indagar el nivel de depresión de la muestra, por medio del método de observación y entrevista dirigida que permitieron determinar los diferentes indicadores que conllevan al diagnóstico para un trastorno depresivo en los adultos mayores.

2.04 Operacionalización de objetivos, categoría/variables.

Objetivos específicos	Definición conceptual	Indicadores	Técnicas/ Instrumentos
-Se identificó los diversos grados de deterioro cognitivo en el adulto mayor -Se estableció el nivel de depresión en el adulto mayor -Se compararon los diferentes grados de deterioro cognitivo y los niveles de depresión en el adulto mayor.	Deterioro cognitivo: Alteración en el pensamiento, memoria y juicio que produce el envejecimiento. Adulto mayor: Según la OMS, el término adulto mayor alude a personas mayores de 60 años, por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo. Depresión: Enfermedad grave y común que no afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. Puede causar pérdida del sueño, del apetito, falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.	-Pérdida de memoria -Olvidos -Pérdida de atención y velocidad de procesamiento de la información -Falta de interés en realizar actividades - Ideas irracionales	-Entrevista dirigida -Test mini mental -Inventario de depresión de Burns -técnica de observación

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

3.01.01 Características del lugar

La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente -SOSEP- por acuerdo Interno 22-2017, creó el programa Nacional: Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados” el cual está ubicado en la colonia Primero de Julio, zona 5 de Mixco. La salud mental es parte de la salud integral, por lo que SOSEP diseñó este programa para contribuir a mejorar la vida de las personas mayores de 60 años a nivel nacional, esto a través de sus 86 centros de atención diurna y dos centros de atención permanente. Este programa aporta al desarrollo integral, facilitando la alimentación, impulsando actividades sociales y recreativas trabajando bajo 7 ejes fundamentales: salud, terapia ocupacional, fisioterapia, sociocultural, lúdico, recreativo y educativo.

Las actividades las planifican y organizan por medio de un horario de atención que toma como eje principal las características y/o limitaciones de cada adulto mayor que se presenta en los Centros de Atención, fomentando con ello la atención individualizada y la mejora continua de los procesos desarrollados por el programa.

Con el objetivo de brindar un mejor servicio a los adultos mayores SOSEP desarrolló alianzas de cooperación interinstitucional, coordinaciones y gestiones locales, con entidades públicas y privadas, así como con la comunidad general, logrando sensibilizar a estos sectores con respecto a la atención que requieren los adultos mayores.

3.01.02 Características de la muestra

El Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados” atiende aproximadamente 30 adultos mayores al día, de lunes a viernes, en horario de 8:00 - 17:00 horas. La muestra seleccionada fue de 15 adultos, comprendidos entre las edades de 70 a 85 años, donde se toma en cuenta que cuatro participantes son de sexo masculino y 11 de sexo femenino.

Las personas que asisten al centro son en su mayoría de etnia latina provenientes de la zona 5 de Mixco o de sus alrededores, como lo son colonia Santa Marta y La Florida. El idioma utilizado por los adultos mayores es el idioma español, con una creencia religiosa Cristiana Evangélica y Católica.

La mayoría de los beneficiarios cuenta con casa propia, algunos alquilan o viven con algún familiar, pero cuentan con escasos ingresos que actualmente les impide mantenerse, ya que la mayoría no cuenta con un salario fijo o pensión gubernamental.

De los 11 participantes de sexo femenino, 7 de ellas estudiaron el ciclo de educación primaria, dos de ciclo básico y dos sin ninguno estudio. Asimismo, de los cuatro participantes de sexo masculino, dos estudiaron el ciclo de educación primaria y dos no cuentan con estudios.

Los adultos refieren su condición familiar siendo la siguiente: del sexo femenino, cuatro participantes son casadas, tres son solteras y cuatro son viudas. Además de cuatro participantes de sexo masculino, tres son viudos y uno es casado.

3.02 Presentación e interpretación de resultados

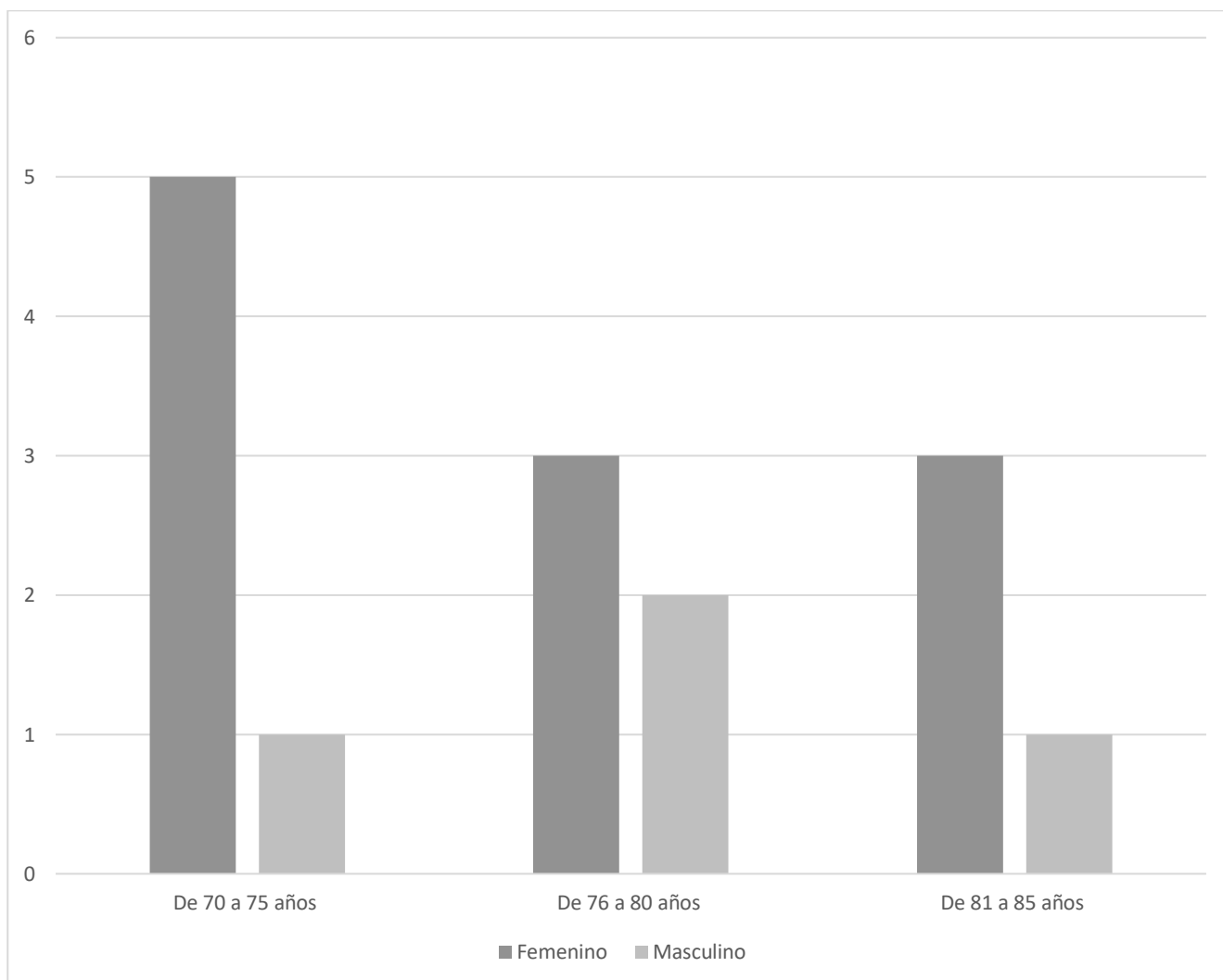
En el siguiente apartado se mostrarán los resultados obtenidos de la prueba minimal de deterioro cognitivo y el inventario de depresión de Burns realizados a los participantes de esta investigación, estos fueron agrupados y desarrollados según el instrumento utilizado.

Tabla No. 1

Datos de la prueba			
Personas	Sexo		
Rango de edad	Femenino	Masculino	Total
De 70 a 75 años	5	1	6
De 76 a 80 años	3	2	5
De 81 a 85 años	3	1	4
Total	11	4	15

Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Gráfica No. 1
Datos de la muestra



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

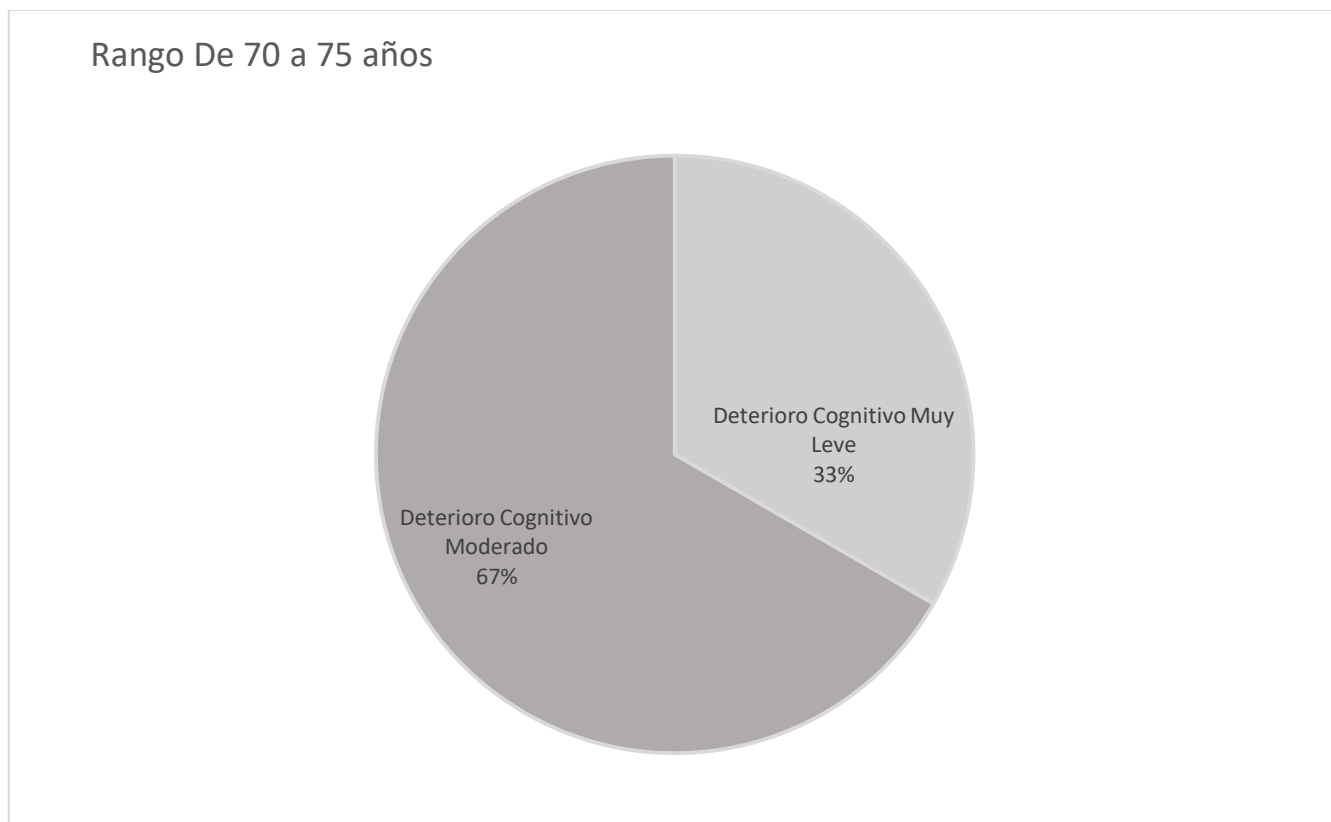
Se destaca que la taxonomía previamente delineada será mantenida a lo largo de la totalidad de la exposición investigativa. Dicha clasificación será aplicada a un conjunto de 15 individuos, meticulosamente caracterizados dentro de la muestra, incluyendo la especificación de los intervalos de edades y categorías de género.

Estos rangos se erigirán como parámetros fundamentales para la evaluación del deterioro cognitivo y la manifestación depresiva en la población de adultos mayores bajo consideración.

Tabla No. 2

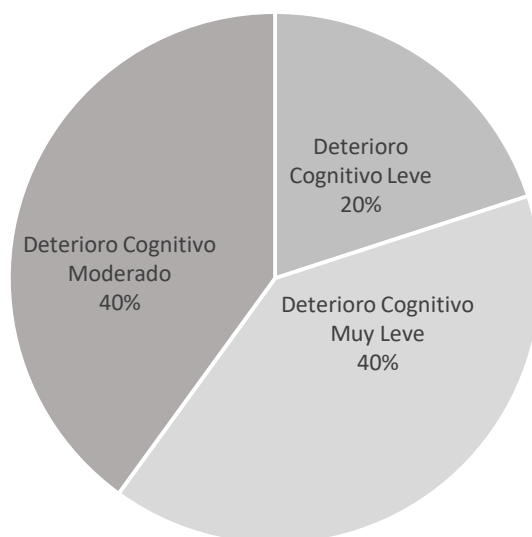
Datos prueba Mini mental					
Rango de edad	Sin deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo muy leve	Deterioro cognitivo moderado	Total
De 70 a 75 años	0	0	2	4	6
De 76 a 80 años	0	1	2	2	5
De 81 a 85 años	1	0	0	3	4
Total	1	1	4	9	15

Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Gráfica No. 2**Grados de deterioro cognitivo**

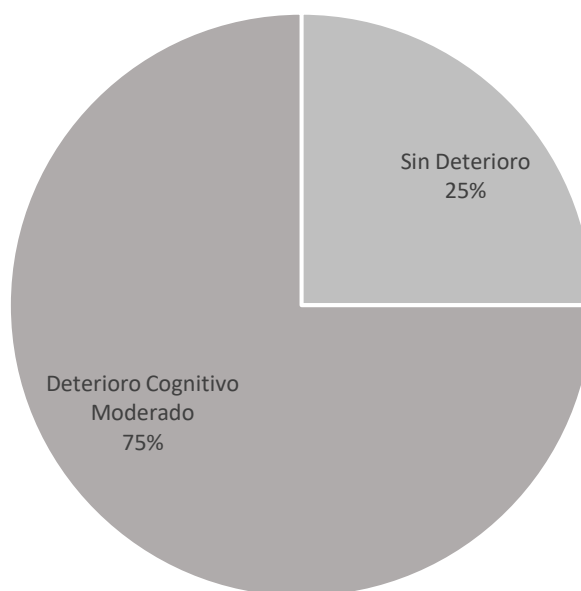
Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Rango De 76 a 80 años



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Rango De 81 a 85 años



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Se ha podido observar que, en la muestra analizada, un 60% de la población exhibe un deterioro cognitivo moderado, evidenciando síntomas más notorios al enfrentarse a tareas de comprensión e instrucción, lo que resulta en dificultades en el proceso de aprendizaje que desembocan en una sensación de apatía con respecto a la realización de actividades cotidianas. Por otro lado, el 26.67% de los adultos registrados muestran un deterioro muy leve, destacando problemas específicos relacionados con la memoria de corto plazo, también conocida como memoria reciente. Mientras que el 13.34% de la población se divide con un deterioro cognitivo leve y sin deterioro no impactando en las actividades diarias ni en las relaciones interpersonales de los adultos mayores.

- **Inventario de depresión de Burns**

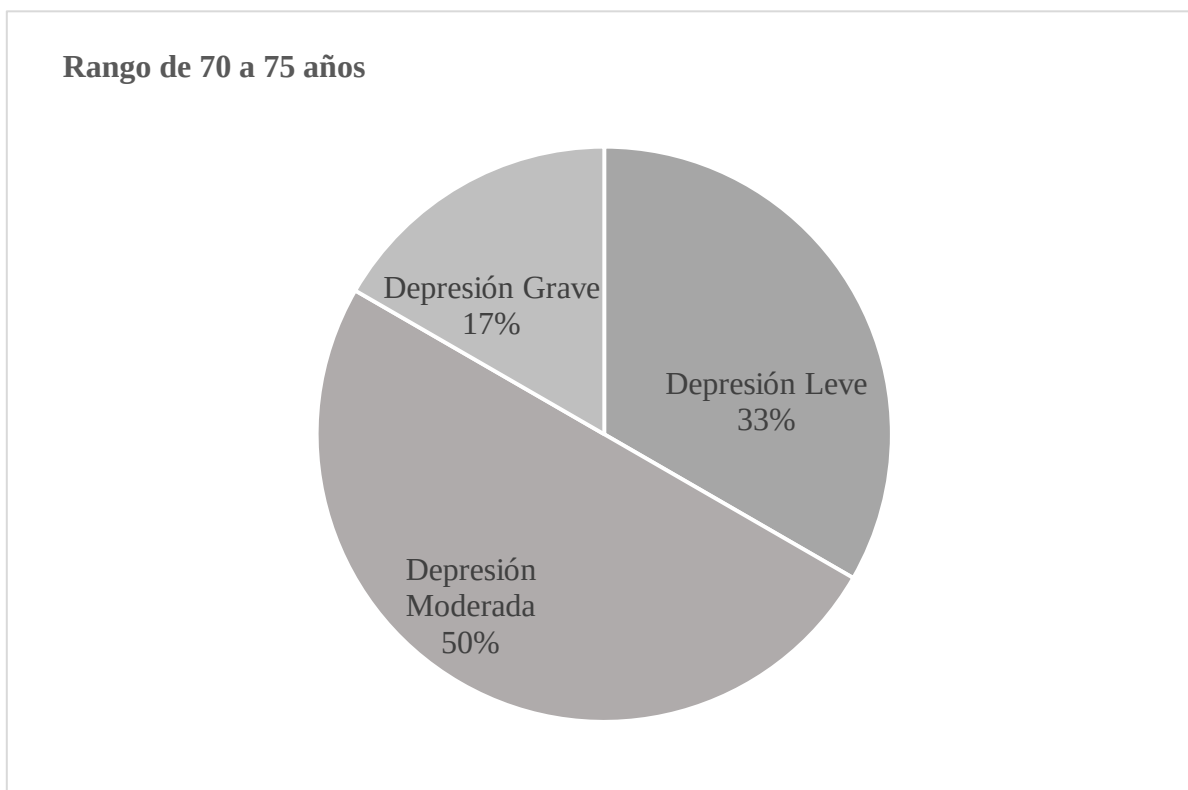
A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del inventario sobre la depresión propuesto por Burns. En principio se mantienen los mismos sectores de rango de edad y el nivel de depresión, tal como se muestran en lo siguiente.

Tabla No. 3

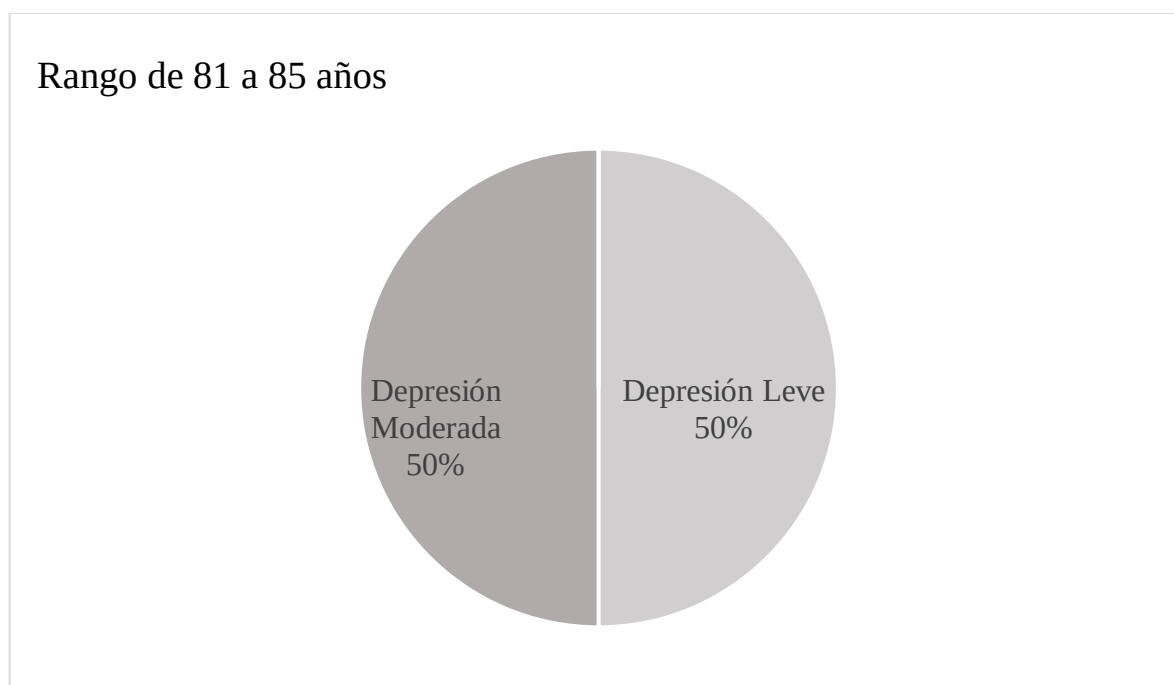
Datos de prueba						
Rango de edad	Sin depresión	Depresión límite	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total
De 70 a 75 años	0	0	2	3	1	6
De 76 a 80 años	0	1	1	2	1	5
De 81 a 85 años	0	0	2	2	0	4
Total	0	1	5	7	2	15

Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Gráfica No. 3
Niveles de depresión

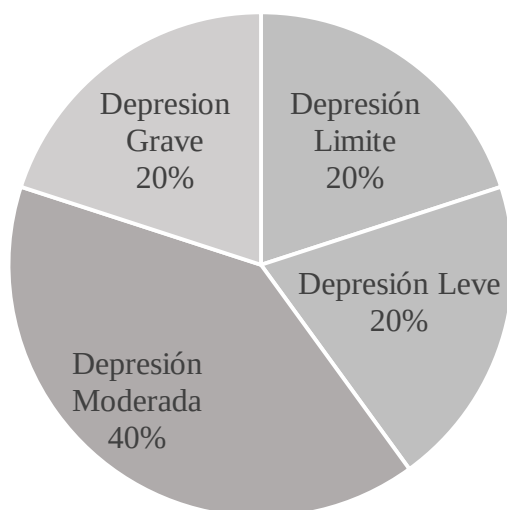


Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

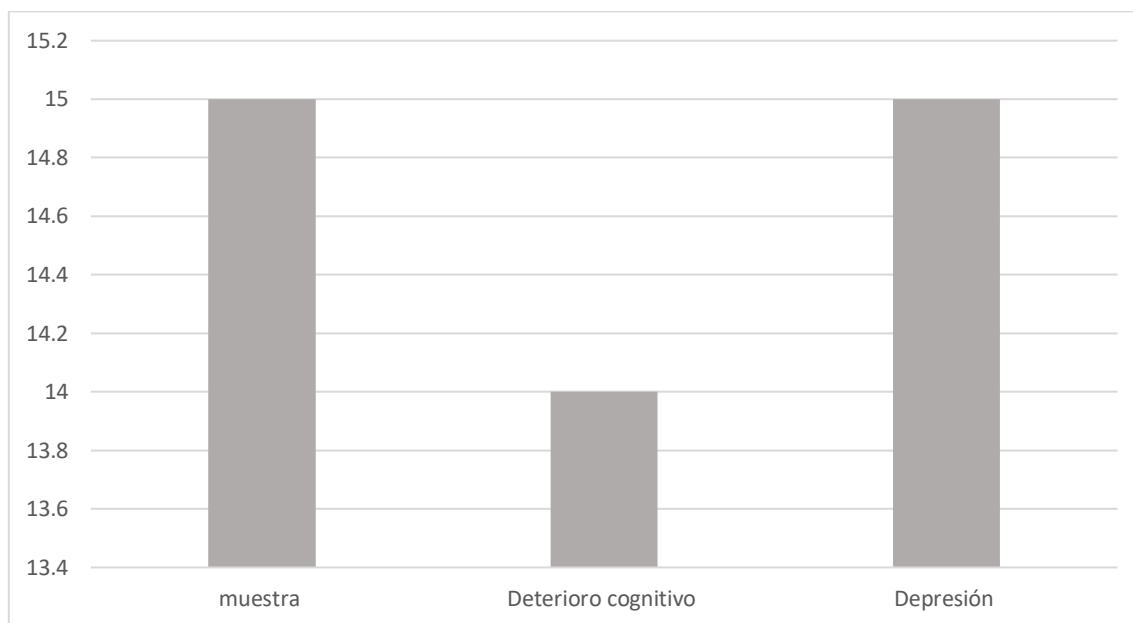
Rango de 76 a 80 años



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Mediante la representación gráfica de los resultados derivados de la aplicación del Inventario de Depresión de Burns, se han identificado patrones significativos en la muestra analizada. Dentro de este grupo, se ha observado que el 46.67% de los participantes ha sido clasificado en el nivel de depresión moderada, caracterizado por una sintomatología que incluye irritabilidad, confrontación, sentimientos de aislamiento y soledad. Así mismo, se ha constatado que el 33.33% de los adultos mayores muestra síntomas de depresión leve, marcados por tristeza, molestias físicas y un estado generalizado de ánimo decaído. Por otro lado, el 13.33% presenta un nivel depresión grave reflejando cambios de comportamiento como la pérdida de placer, ira o frustración que impactan en su rutina diaria. Finalmente, el 6.67% exhibe depresión limite manifestando agotamiento emocional y despersonalización, sintomatología que demanda de un profesional en salud mental.

Figura No. 4
Comparación de resultados



Fuente: Adultos mayores Centro de Atención al Adulto Mayor “Mis Años Dorados. Marzo 2021”

Tras analizar los resultados de manera comparativa, se ha determinado que la totalidad de la muestra estudiada presenta un diagnóstico de depresión. Este diagnóstico se fundamenta en el evidente deterioro cognitivo observado en la población de adultos mayores investigada. Cabe resaltar que simultáneamente, se ha identificado que este deterioro cognitivo no constituye el único factor determinante en el desarrollo de la depresión. En este escenario se evidencia la influencia de otros factores de naturaleza social y emocional, cuya interacción en la configuración del perfil depresivo se convierte en un aspecto de relevancia significativa.

3.03. Análisis general

El tema de deterioro cognitivo y la depresión ha sido motivo de estudio y análisis, por largo tiempo, sin embargo, cuando se relaciona con el adulto mayor se evidencia carencia referente a documentación y material que sea de utilidad como punto de referencia para futuras investigaciones. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o más tendrá un incremento del 56% a nivel mundial. Este crecimiento de adultos mayores implica que existan cambios sociales, de salud, autonomía de las actividades de la vida diaria, entre otros.

Durante el envejecimiento los adultos mayores presentan cambios físicos, morfológicos, bioquímicos, metabólicos, cognitivos y circulatorios dependiendo de la plasticidad cerebral, esto puede presentar deterioro y alteraciones cognitivas. La cognición es el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos, es primordial para llevar una vida sin disfuncionalidades a la hora de realizar actividades de la vida diaria.

Las funciones cognitivas son procesos integrales como: atención, orientación, percepción, habilidad, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales se ven afectados en el envejecimiento sufriendo algún grado de deterioro. Las alteraciones refieren al desempeño anormal de una o varias funciones mentales, lo que nos impide procesar la información que llega a nuestro cerebro y así poder recordarla, se producen por enfermedades o patologías específicas. El deterioro cognitivo es uno de los problemas de salud a nivel mundial que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La detección temprana del declinar de las funciones cognitivas es de importancia pues de este modo el paciente geriátrico podrá mantener su independencia, elevar su calidad de vida; esto se detecta y diagnóstica mediante pruebas psicométricas que ponen en juego las capacidades cognitivas del paciente donde hay una relevancia en la información aportada por los familiares del adulto mayor y el examen del estado mental.

Dentro de los problemas de salud mental que afectan a la población de Guatemala, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS- la depresión es el trastorno que más acecha a las personas, entendido éste como una alteración emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento.

La depresión es un trastorno del ánimo con síntomas como humor deprimido, pérdida del interés, pérdida de placer en las actividades de la vida diaria, pérdida o aumento de peso, cambios en los patrones de sueño, entre otros, constituyendo un padecimiento de alta prevalencia tanto en la población adulta mayor como en otros grupos etarios. Durante la adultez mayor, la depresión está asociada a factores biológicos, psicosociales, ligada a un deterioro en la calidad de vida y mayor riesgo a padecer enfermedades crónicas. Esta suele cursar con sintomatología de tipo cognitivo, afectando mayormente las funciones atencionales y mnésicas. A nivel mundial la prevalencia de la depresión en las personas adultas mayores es mucho menor a comparación de otros grupos etarios, uno de los factores que pueden influir corresponde a la complejidad en el diagnóstico dado que la presentación de este grupo de adultos en la clínica muchas veces es atípica, además de la existencia de factores culturales erróneos que consideran la depresión en el adulto mayor como un factor propio de la edad.

La presencia de deterioro cognitivo incipiente se ha relacionado con varios aspectos que afectan a la independencia funcional en los adultos mayores, lo que duplica la probabilidad de desarrollar una depresión. En este grupo de personas la depresión puede representar un factor de riesgo por la reacción de ajuste ante la percepción de la pérdida de habilidades cognitivas, depender de alguien y ser una carga para su familia.

El objetivo de la investigación implicó identificar que el adulto mayor se identifica con un nivel de depresión moderado a causa del deterioro cognitivo en adultos mayores de 70 a 85 años del centro de Atención “Mis Años Dorados” de la zona 5 de Mixco. Cabe destacar que, paralelamente, se ha constatado que dicho deterioro cognitivo no ostenta un carácter exclusivo en la determinación de la sintomatología depresiva. En este contexto, se observa la presencia de otras variables, de índole social y emocional, las cuales ejercen una influencia concomitante en la configuración y desarrollo del estado depresivo.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

- Según los resultados obtenidos en la prueba mini-mental y la observación por medio de actividades que se realizaron de forma grupal y una entrevista de forma individual llevó a un análisis detallado y riguroso, identificando los diversos grados de deterioro cognitivo en la población de adultos mayores. Logrando diferenciar tres niveles distintos de deterioro cognitivo: leve, muy leve y moderado. Estas categorías proporcionan una comprensión más refinada de la amplitud y la complejidad de los desafíos cognitivos que enfrenta esta población, tales como disminución de plasticidad cerebral, percepción visual, percepción auditiva, percepción motora, percepción espacial. Estos resultados obtenidos son esenciales para la formulación de estrategias de intervención y programas de apoyo específicamente adaptados a las necesidades individuales de cada grupo de deterioro cognitivo. En última instancia, estos hallazgos tienen implicaciones significativas para la atención psicológica y el bienestar general de los adultos mayores, al permitir un abordaje más personalizado y efectivo para mejorar su calidad de vida y su funcionamiento cognitivo.
- Se ha logrado establecer el nivel de depresión en la población de adultos mayores evaluada mediante un análisis minucioso y cuidadoso que permitió diferenciar y categorizar cuatro niveles distintos de depresión: límite, leve, moderada y grave. Estas categorías ofrecen una comprensión más profunda de la amplitud y la intensidad de las experiencias depresivas en este grupo demográfico. Los resultados obtenidos son fundamentales para guiar las estrategias de tratamiento y los enfoques de intervención, posibilitando una

atención más personalizada y efectiva para abordar los diversos niveles de afectación depresiva en los adultos mayores. En última instancia, estos descubrimientos contribuyen a mejorar la salud mental y el bienestar emocional de esta población vulnerable.

- En conclusión, este estudio cumplió la comparación de los diversos grados de deterioro cognitivo y los niveles de depresión en la población de adultos mayores. Los resultados obtenidos indican claramente que el deterioro cognitivo no es la causa principal de la depresión en este grupo demográfico. A pesar de las variaciones en los niveles de cognición se supervisa que otros factores, posiblemente sociales, emocionales o de salud, podrían estar desempeñando un papel más influyente en la presencia y la gravedad de la depresión. Estos hallazgos destacan la complejidad de la relación entre el estado cognitivo de la salud mental en los adultos mayores, y resaltan la importancia de adoptar enfoques integrales al abordar la depresión en esta población.

4.02 Recomendaciones

- Proporcionar a los familiares y cuidadores de los adultos mayores que manifiestan signos de deterioro cognitivo se orienten para conocer las características de la enfermedad y buscar apoyo para poder afrontar los cambios que se presentarán. Así como a los empleados de cada centro de atención incluyan programas de trabajo, métodos, técnicas que estimulen las habilidades y destrezas que se deterioran en dicho padecimiento, con el fin de que en la etapa geriátrica se sientan productivos y funcionales mejorando su calidad de vida. Al mismo tiempo capacitando regularmente al personal en procedimientos especiales para brindar una atención profesional y de calidad a los adultos mayores.
- Propiciar a la secretaria de Obras Sociales de la Esposa del presidente -SOSEP- y a la institución “Mis Años Dorados” una atención personalizada en cada centro, ubicando un profesional de la salud mental con el objetivo de contribuir al bienestar de los adultos mayores. Diseñando programas de intervención que contribuyan en mejorar la vida y disminuyan los factores causales de las afecciones durante la etapa geriátrica.
- Propiciar que la secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente -SOSEP- a través del programa del “Adulto Mayor” incluya a los familiares en actividades que permitan reforzar las áreas cognitivas, fortalecer las relaciones interpersonales, permitiendo una atención integral y así influir en la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores.

4.03 Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). (1994).
- Cajas, D. (2007). El Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Guatemala.
- Chong, J. (2020). Introducción a los accidentes cerebrovasculares. Manual MSD.
- Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. (30 de Marzo de 2013). Enfermería Universitaria.
- Sydney Harold Lovibond, Peter F. Lovibond y Psychology Foundation of Australia. (1995) Manual for the depression anxiety stress scales, second edition, Psychology Foundation of Australia, Sydney, N.S.W. y ©1995.
- Laidlaw, K. (2006). Cognitive Behavior Therapy with Older Adults. In S. H. Qualls & B. G. Knight (Eds.), Psychotherapy for depression in older adults (pp. 83–109). John Wiley & Son, Inc.
- Fernández, R. (2011). Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide.
- Hernández, F. y. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Jurado, A., Ruíz, M., Gasparico, R., Garavito, M., Lombardi, A., Figueroa, M.
- Asturias, M. (2010). Código de ética. Guatemala: Colegio de Psicólogos de Guatemala.
- La Psicología de la Vejez. (16 de abril de 2004). Encuentros Multidisciplinarios (16).
- Light, E., & Niederehe, G. &. (1994). Alzheimer 's and Stress.
- López-Trejo, L., Orozco-Sandoval, R., Borboa-García, C., & Flores-Alvarado, L. (2015). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. Revista Médica MD, 6(4), 258-262.
- U. S Department of Health and Human Services. (1999). NIMH. (2003).
- Monterroso, K. (2012). Tipos de Depresión en personas de Tercera Edad. Guatemala.

ANEXOS

Consentimiento informado

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El autor de esta investigación es un estudiante de pregrado de Ciencias Psicológicas. El objetivo de este estudio es explorar acerca de la depresión asociada a los problemas de memoria, lenguaje, pensamiento o juicio en adultos mayores de 70 años. Este estudio es de vital importancia, ya que aporta información valiosa para la concienciación y prevención de las dificultades que se presentan en la edad adulta.

Yo _____, DPI _____ certifico que he sido informado con claridad sobre mi participación en una investigación acerca de depresión asociada a los problemas de memoria, lenguaje, pensamiento o juicio en adultos mayores de 70 años, con la finalidad de descubrir cuáles son los elementos que se relacionan con este fenómeno. Doy mi pleno consentimiento a los estudiantes de Ciencias Psicológicas en su ejercicio, para que utilicen con fines académicos la información que he suministrado, aclaro que mi participación es totalmente voluntaria y que no se me dará ningún tipo de recompensa monetaria por ello. También soy conocedor de mi autonomía y del resguardo de mi derecho de retirarme de la investigación, si por algún motivo lo encuentro conveniente y de que esta actividad no es realizada con fines de tratamiento psicológico. Y finalmente que se respetará la buena fe, la intimidad y la confiabilidad de la información que he suministrado, al igual que mi seguridad física y mi integridad psicológica.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BURNS (IDB)

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Señale (✓) la casilla situada a la derecha de cada uno de los 15 grupos para indicar qué intensidad ha padecido este tipo de sensación durante los últimos días. Asegúrese de que contesta todas las preguntas. Si tiene dudas en algún caso, indique lo que más se aproxime.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. ¿Se ha sentido triste o con el ánimo por los suelos?				
2. ¿Le parece que no hay esperanza en el futuro?				
3. ¿Se desvaloriza a sí mismo se considera un fracaso?				
4. ¿Se siente incompetente o inferior a los demás?				
5. ¿Se vuelve autocrítico y se culpa a sí mismo por todo?				
6. ¿Tiene usted dificultades para tomar decisiones sobre determinadas cosas?				
7. ¿Ha sentido rencor o rabia durante gran parte del tiempo?				
8. ¿Ha perdido interés por su profesión, sus aficiones, su familia o sus amigos?				
9. ¿Se siente abrumado y tiene que obligarse a sí mismo a hacer cosas?				
10. ¿Le parece que tiene aspecto de mayor y que resulta poco atractivo?				
11. ¿Ha perdido apetito o come, acaso, en exceso o se atiborra de forma compulsiva?				
12. ¿Padece de insomnio y le cuesta dormir profundamente de noche? ¿O tiene excesivo sueño y duerme demasiado?				
13. ¿Ha perdido interés por el sexo?				
14. ¿Se preocupa mucho por su salud?				
15. ¿Ha llegado a pensar que no merece la pena vivir y que sería mejor que estuviese muerto?				

Sume el total y anótelos aquí: _____

INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BURNS (IDB)

HOJA DE RESUMEN Y BAREMO

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones:

Ponga un 0, 1, 2 ó 3 en el espacio situado a la derecha de cada uno de los 15 de la lista de síntomas según la intensidad de la molestia durante la última semana:

0 = nada

1 = algo

2 = bastante

3 = mucho

A continuación, sume el total de los puntos para los 15 síntomas y anótelos al pie de la página.

Fecha →							
	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
	5.	5.	5.	5.	5.	5.	5.
	6.	6.	6.	6.	6.	6.	6.
	7.	7.	7.	7.	7.	7.	7.
	8.	8.	8.	8.	8.	8.	8.
	9.	9.	9.	9.	9.	9.	9.
	10.	10.	10.	10.	10.	10.	10.
	11.	11.	11.	11.	11.	11.	11.
	12.	12.	12.	12.	12.	12.	12.
	13.	13.	13.	13.	13.	13.	13.
	14.	14.	14.	14.	14.	14.	14.
	15.	15.	15.	15.	15.	15.	15.
Total →							

BAREMO

Resultado Global	Grado de Depresión
0-4	Depresión mínima o inexistente
5-10	Depresión límite
11-20	Depresión leve
21-30	Depresión moderada
31-45	Depresión grave

ENTREVISTA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u oficio: _____

En dónde vive? _____

Con quién vive? _____

Qué es para usted la vejez? _____

Cómo describiría su vejez? _____

Cómo siente que lo perciben las personas que lo rodean? _____

Qué se necesita para una vejez feliz? _____

Mini-Examen del Estado Mental

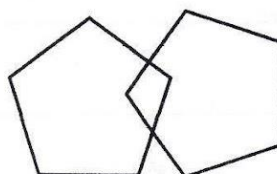
Paciente: _____ Edad: _____

Examinador: _____ Fecha: _____

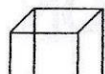
		Calificación	Punteo
ORIENTACION			
1. ¿Cuál es	el año?	_____	1
	la estación?	_____	1
	la fecha?	_____	1
	el día?	_____	1
	el mes?	_____	1
2. ¿En dónde estamos?	¿País?	_____	1
	¿Estado?	_____	1
	¿Ciudad?	_____	1
	¿En qué edificio?	_____	1
	¿Número de piso?	_____	1
CONCENTRACION			
3. Nombre tres objetos no relacionados, despacio y claramente, en un segundo cada uno. Después pedir al paciente que repita los tres nombres, la primera repetición determina la puntuación (0-3). Dar un punto por cada respuesta correcta. Repetir los nombres hasta que el paciente los aprenda.		_____	3
ATENCION Y CALCULO			
4. Contar de siete en siete: Pedir al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir, 93, 86, 79, etc. dejar de contar después de cinco intentos; dar un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa se puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés.		_____	5
MEMORIA			
5. Preguntar al sujeto si puede repetir las 3 palabras que le pidió antes que recordara. Dar 1 punto por cada respuesta correcta.		_____	3
LENGUAJE			
6. Enseñar al paciente un lápiz y un reloj, y pedirle que nombre cada uno conforme se le muestra.		_____	2
7. Pida al paciente que repita "No sé, o ver:"		_____	1
8. Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas: "Tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso."		_____	3
9. Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita "CIERRE SUS OJOS". (La frase debe estar escrita en un papel blanco con letras lo suficientemente grandes)		_____	1
10. Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto y un verbo, y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía.		_____	1
11. Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dar un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.		_____	1
			
		_____	1
El Mini-Examen del estado mental, que puede realizarse en el consultorio por el médico u otro trabajador de la salud con adiestramiento, ayudará a indentificar a los pacientes que sufren deterioro de las funciones cognitivas. Por lo general una calificación de 20-24 indica deterioro leve; 16-19, deterioro moderado; 15 o menos deterioro serio. La evaluación periódica del paciente a través de este método también demostrará la progresión de la enfermedad, y de esta manera se obtendrá información útil para otros profesionales que se dedican a la atención de la salud.			
		(Total)	30



Por favor copie la figura:



Otra opción
puede ser
dibujar un cubo:



 **NOVARTIS**

Para mayor información, dirijase a: Dirección Médica Novartis Farmacéutica, S.A. (AC).

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.

Nombre:

Ocupación: Edad:

1 ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA :

<i>Aspecto</i>	<i>Conducta</i>	SI	NO
Atuendo	Coopera	☐	☐
Higiene corporal	Franco	☐	☐
.....	Abierto	☐	☐
Mirada y expresión	Temeroso	☐	☐
.....	Hostil	☐	☐
Posturas	Reticente	☐	☐

2 CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE :

Cuantitativas

- Habla incesantemente ☐
- Habla normal ☐
- Habla escasa ☐

Observaciones :

.....

.....

Cualitativas

- ☐ Prolijidad
- ☐ Auto referencia
- ☐ Perseveración
- ☐ Inconsecuencia
- ☐ Incoherencia
- ☐ Incongruencia
- ☐ Neologismos
- ☐ Balbuceo
- ☐ Tartamudeo

