

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

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES.**

ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACION ASCASVIP 2024

ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA

GUATEMALA, OCTUBRE 2024

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES”.**

ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACION ASCASVIP 2024.

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

POR
ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina.

DIRECTOR

M.Sc. 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. 050-2024

UG. 399-2024

CODIPs. 2897-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

23 de septiembre de 2024

Estudiante

Allan Dennis Vásquez Villanueva

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Vásquez Villanueva:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO TERCERO (23°.)** del **Acta CINCUENTA Y DOS - DOS MIL VEINTICUATRO (52-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 19 de septiembre 2024, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO TERCERO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado:

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.
ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024**

de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Allan Dennis Vásquez Villanueva

Registro Académico 2011-15711

CUI: 2425-66545-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Licenciada Gabriela María Guerrero Véliz** y revisado por **Licenciada Rosario Elizabeth Pineda Mazariegos de García**.

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-399-2024

Guatemala, 19 de septiembre 2024

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores miembros:

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, el estudiante **ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA, Carné No. 2425-66545-0101; Registro Académico No. 2011-15711 y Expediente de Graduación No. EPS-79-2017-S, ha completado los siguientes requisitos de Graduación:**

- 10 créditos académicos del área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 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 **"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES. ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024"**, aprobado por la Coordinación del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- el 26 de agosto de 2024.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Docente Encargada
UNIDAD DE GRADUACIÓN



CC. Archivo
Adjunto expediente impreso y digital. Informe Final de Investigación



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

CIEPs. 050-2024
REG. 050-2024



INFORME FINAL

Guatemala, 26 de agosto de 2024

Señores

Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Rosario Elizabeth Pineda de García** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES”.
ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024.

ESTUDIANTE:

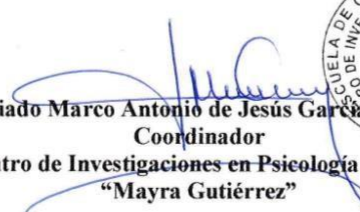
Allan Dennis Vásquez Villanueva
CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.

2425665450101

El cual fue aprobado el 26 de agosto de 2024 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 20 de agosto de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García
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. 050-2024
REG. 050-2024

Guatemala, 26 de agosto 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:

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES”.**

ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024.

ESTUDIANTE:

Allan Dennis Vásquez Villanueva

CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.

2425665450101

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 26 de agosto de 2024,
por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Rosario Elizabeth Pineda de García
DOCENTE REVISOR



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

Guatemala, 30 de Julio del 2,024

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

Deseándole éxitos al frente de sus labores:

Por este medio le informo que el estudiante Allan Dennis Vásquez Villanueva, CUI 2425665450101 realizó en esta institución en el tiempo estipulado, cumpliendo con el trabajo programado de la Investigación **"Relación entre Depresión y el Estado Cognitivo"**

Con adultos mayores que se realizó en la Asociación, Ascavip 2024.

en el periodo comprendido del 29 de mayo al 17 de junio del 2,024, en el horario de 9am a 12am Hrs.

Doy fé, que el estudiante en mención cumplió 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 Silvia Lucrecia Córdón
Psicóloga

+502 57279100

Silvia Lucrecia Córdón Borillas
Terapeuta del Lenguaje Y Psicología Clínica
Colegiada 1414

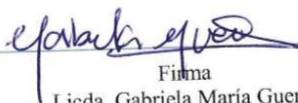
Guatemala, 2 de Febrero del 2024

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 **“La relación entre niveles de depresión y el estado cognitivo-conductual en adultos mayores en una asociación de ancianos, Ascavip 2024”** realizado por el estudiante: Allan Dennis Vásquez Villanueva con número de DPI 2425 66545 0101. El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente. Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Firma
Licda. Gabriela María Guerrero Veliz
Licenciada en Psicología
Colegiado Activo 3842
Asesor/a de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA

GLORIA ESPERANZA VILLANUEVA CORDÓN.

ABOGADA Y NOTARIA

COLEGIADO 8433.

DAVID RICARDO PALMA VILLANUEVA

INGENIERO CÍVIL

COLEGIADO 8461.

Dedicatoria

A:

A los adultos mayores, por ser fuente inagotable de sabiduría y experiencia, y por inspirarme a seguir adelante en este camino académico.

A Ascasvip por haberme permitido realizar esta investigación y facilitarme los espacios y tiempo necesarios.

A mis asesores, cuyo conocimiento y orientación fueron fundamentales para la culminación de este proyecto. Su apoyo constante y dedicación hicieron posible este logro.

A las instituciones que contribuyeron a mi formación académica, brindándome las herramientas y oportunidades necesarias para crecer y aprender.

Y, especialmente, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, por su respaldo y por proporcionarme un entorno de excelencia académica que me permitió alcanzar esta meta.

Agradecimientos.

A: mis padres, Sori Vásquez y Gloria Villanueva, por ser parte fundamental en el proceso de lograr mis metas académicas. Su apoyo incondicional y amor han sido mi mayor inspiración.

A mi hermano David, gracias por tu constante iniciativa y motivación para cerrar este ciclo académico con éxito. También agradezco a mi familia por su constante aliento y comprensión.

A mis amigos, gracias por estar siempre presentes. Un agradecimiento especial a la Licenciada Gabriela María Guerrero Veliz por su orientación experta. Por último, a todas las personas que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo, mi más profundo agradecimiento.

Tabla de contenido

Contenido	Pág.
Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	4
1 Planteamiento del problema y marco teórico.	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
1.3 Marco teórico	8
1.3.1 Antecedentes	8
1.3.2 Asociación de adultos mayores, Ascavip 2024	10
1.3.3 Depresión	11
1.3.3.1 Síntomas de la depresión	11
1.3.4 Modelo cognitivo	14
1.3.4.1 Estado mental	16
1.3.4.2 Modelo cognitivo	18
1.3.5 Estado conductual	20
1.3.6 Teoría Aaron Beck	22
1.3.7 Adulto mayor	24

1.4	Consideraciones éticas.....	25
	Capítulo II.....	27
2.	Técnicas e instrumentos	27
2.1.	Enfoques, modelos y nivel de investigación.....	27
2.2.	Técnicas	28
2.2.1.	Técnicas de muestreo.....	28
2.2.2.	Técnicas de recolección de datos.....	30
2.2.3.	Técnicas de análisis de datos	33
2.3.	Instrumentos.....	34
2.3.1.	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	34
2.3.2.	Mini Mental State Examination (MMSE)).	36
2.3.3.	Encuesta	37
2.4.	Operacionalización de objetivos	39
2.4.1.	Categorías.....	39
2.4.2.	Hipótesis.....	41
	Capítulo III	42
3.	Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	42
3.1.	Características del lugar y la muestra	42
3.1.1.	Características del lugar.	42
3.1.2.	Características de la muestra.....	43
3.2.	Presentación, interpretación y análisis de los resultados	44
3.2.1.	Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson.....	45

3.2.2.	Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI)	48
3.2.3.	Resultados del Mini Mental State Examination (MMSE)	50
3.2.4.	Resultados de la Encuesta de Aplicación:	51
3.3.	Análisis general	59
Capítulo IV		63
4.	Conclusiones y recomendaciones	63
4.1.	Conclusiones	63
4.2.	Recomendaciones	64
4.3.	Lista de referencias	66
Anexos.....		71
Anexo 1: Consentimiento informado		72
Anexo 2: Encuesta de aplicación		75
Anexo 3: Inventario de depresión de Beck.....		77
Anexo 4: Mini Mental State Examination.....		81

Resumen

“Relación entre Depresión y el Estado Cognitivo en Adultos Mayores”.

Estudio realizado en la Asociación ASCASVIP 2024.

Allan Dennis Vásquez Villanueva

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación de adultos, Ascavip 2024. Los objetivos específicos fueron evaluar la depresión de acuerdo con el estudio científico de Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación de adultos mayores, Ascavip 2024; identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación y describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024. El estudio se abordó desde la teoría psicológica cognitiva de Aaron Beck, así mismo, se utilizó la técnica de muestro no probabilístico por conveniencia con una muestra de 50 adultos mayores del sexo femenino y masculino con edades entre un rango de 65 años en adelante previamente diagnosticados con depresión. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI); y del estado cognitivo-conductual con Mini Mental State Examination (MMSE) y una encuesta realizada por el estudiante. El enfoque implementado fue cuantitativo con un diseño correlacional, las técnicas de recolección de datos se aplicaron mediante la escala de Likert y encuesta, por último, para la técnica de análisis de datos través gráficas de pie y con el coeficiente correlacional de Spearman. Dando como resultado que no existe una correlación significativa entre los resultados del BDI y el MMSE aplicados a los 50 pacientes de la muestra.

Prólogo

El siguiente trabajo lleva como título “Relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores”. Estudio realizado en la Asociación, Ascavip 2024. La investigación forma parte de los requisitos del investigador para elaborar su trabajo con fines de graduación para obtener el título de Licenciado en Psicología, se llevó a cabo en una institución que le da albergue a un grupo de adultos mayores en donde en su mayoría tienen un diagnóstico de depresión y que en el momento de buscar una muestra con las características que eran necesarias para realizar el estudio la institución abrió sus puertas a la investigación. El objetivo general fue determinar la relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación sin fines de lucro dirigida a la población más necesitada del país y que presentan condición de pobreza en la ciudad de Guatemala.

Se tomó la decisión de trabajar con adultos mayores porque son una población que a pesar de que existen varios estudios que se enfocan en explicar las etapas por las que ellos atraviesan y las situaciones a los que se enfrentan al llegar a esta edad, son muy escasas las investigaciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida en base a resultados específicos en las distintas instituciones que albergan a los adultos mayores y sobre todo que pueda dar luces que aclaren como se podrían mejorar ciertos procesos cognitivos por los que se atraviesa en la adultez. De por si esta población suele ser excluida o es invisibilizada y se da mucho más este fenómeno en países subdesarrollados como es el caso de Guatemala.

Por lo anterior Ascavip al ser un lugar de residencia para esta población permitió la realización del presente estudio ya que una de sus problemáticas principales es la depresión. Por otro lado, el presente estudio fue dividido en varias fases iniciando en un anteproyecto, luego un

trabajo de campo y finalmente luego de obtener resultados, se realiza un informe general con datos observables y medibles que podrán servir a la institución para mejorar la calidad de vida de la población que albergan.

El informe final que leerán a continuación fue dividido en 4 capítulos; en el primero se plantea el problema del estudio, la justificación y lo que conforma el marco teórico que explica por qué se pueden dar ciertos deterioros en determinadas poblaciones y los criterios éticos considerados durante el estudio, en un segundo capítulo se abarca el enfoque, las técnicas e instrumentos utilizados por el investigador, así como la operacionalización de sus objetivos.

Luego en un tercer capítulo ya basándose en una evidencia luego de aplicar las técnicas e instrumentos respectivos se presentan y analizan los resultados de la investigación para llegar al cuarto y último capítulo que se enfoca en las conclusiones y recomendaciones a las que llega el investigador y que serán las que servirán a la institución para tomar la decisión de utilizar o implementar estrategias adecuadas para la institución y su población.

Por lo anterior, se agradece a Ascavip por abrir las puertas para la realización de este estudio, el cual hace presente la importancia del abordaje y exploración de nuevos conocimientos vinculados a este grupo etario.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico.

1.1 Planteamiento del problema.

El aumento de la esperanza de vida y el control de la natalidad han dado como resultado incremento de la población (Organización Mundial de la Salud, 2016). Antes del 2015 existía un promedio de vida con resultados poco esperanzadores, y posiblemente ya no represente diferencias significativas del proceso de vida tanto para jóvenes y adultos.

Por otro lado, para la persona mayores implica desafíos personales, familiares, económicos y sociales. A mayor edad, mayor es el riesgo de padecer enfermedades, y el padecer una o más enfermedades, aumenta la probabilidad de ser hospitalizado, y provocar con ello estados de ansiedad y depresión, alteración cognitiva y dependencia funcional (Duran-Badillo, et.al, 2021).

Los antecedentes encontrados en esta temática afirman que en América Latina y en especial los países centroamericanos reflejan la dificultad de buena atención al adulto mayor. Dentro de estas investigaciones cabe mencionar una en particular porque está muy relacionada con este estudio y que se centra en el síndrome depresivo debido a su alta prevalencia. Países como Chile, Brasil, México y Colombia (Bohrquez et al., 2015) han contribuido significativamente aportando información epidemiológica valiosa sobre este trastorno en la población de edad avanzada. Un ejemplo notable es el estudio realizado en Perú en el año 2020 por Flores, titulado "Deterioro cognitivo en adultos mayores en Sudamérica".

La depresión es un trastorno mental muy frecuente, según la (Organización Mundial de la Salud, 2017) y la evidencia científica muestra que los pacientes hospitalizados en cuidados

intensivos presentan cifras de depresión de 20 a 30 % (American Psychiatric Association.) en medicina interna de 22. % y 28. % respectivamente. Esto puede significar que los adultos mayores no pueden adaptarse o bien para ellos puede ser difícil conceptualizar el significado de la etapa de adulto mayor y puede que esto representa un declive del disfrute de la vida.

Relacionado con la edad se presentan también en el adulto mayor otro tipo de enfermedades y no solo físicas, sino también mentales particularmente las distorsiones cognitivas. Arón Beck sostiene que las cogniciones juegan un papel importante en la forma en que las personas perciben y responden a sus experiencias, por lo tanto, influyen en cómo las personas interpretan la vida, en ese sentido, Beck define algunas distorsiones cognitivas como la descalificación de lo positivo, el razonamiento emocional o la sobregeneralización. (Beck A. T., 1979)

También desde la perspectiva del mismo autor refiere la depresión como pensamientos perturbados como consecuencia del proceso erróneo o sesgado de la información. (Beck & et.al, 1961)

En Guatemala se han hecho pocas investigaciones en cuanto a la evolución y los diversos estados o etapas en las que pasa cada uno de ellos puede estar pasando y en consecuencia existen pocos programas o proyectos que se enfoquen en la atención y acompañamiento de la población que se encuentra en una etapa final de su vida.

El investigador al buscar un lugar en donde poder realizar su estudio, se acerca a varias instituciones entre ellas Ascavip quien le abre las puertas del centro para que pueda realizar la investigación ya que llenaba con todas las características que el estudiante buscaba. Ascavip acoge a las personas adultas varias de ellas ya con un diagnóstico de depresión y les proporciona

un hogar brindándoles la oportunidad de que en esta etapa de su vida encuentren un lugar seguro donde puedan habitar. En ese primer acercamiento las autoridades del centro relatan los problemas que ellos se enfrentan como institución y la poca ayuda que reciben para el apoyo emocional de los residentes. Dentro de estos problemas le mencionan al investigador que muy frecuentemente los adultos mayores presentaban algunas características muy particulares como el olvido de las cosas, incapacidad de ubicarse en el espacio y tiempo o incapacidad para identificar algunos objetos, incluso una tendencia a sobregeneralizar y era entendible dada la etapa por la que estaban atravesando, pero que particularmente era más notorio en los adultos que ya contaban con un diagnóstico de depresión y que esto en algún momento impedía una buena relación con los otros. Este relato hace que surjan en el estudiante una serie de cuestionamientos que son los que dan inicio al estudio, dudas que necesitan tener respuestas como las que a continuación se redactan.

¿Cuál es relación que existe entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascavip 2024?, ¿Cómo es el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación?, ¿Cuáles son los estados cognitivos en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación?, ¿Cuál son las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación de adultos, Ascavip 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la depresión de acuerdo con el estudio científico de Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación de adultos mayores, Ascavip 2024.
- Identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación.
- Describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

El ser humano en su desarrollo normal atraviesa generalmente etapas cruciales, para la última de ellas es la etapa de adulto mayor y que trae consigo una serie de complicaciones a nivel físico y cognitivo o enfermedades. Dentro de estas complicaciones es frecuente encontrar enfermedades como depresión o deterioro cognitivo, etc.

Existen muchos estudios que se relacionan con la vejez y el poco acceso a instituciones de apoyo o bien con la calidad de vida que el adulto mayor no puede tener. Además del estado emocional que vive cada persona al final de esta etapa, que puede ser o no depresivo para cada individuo, dentro de estos estudios se encontraron los siguientes.

En un estudio realizado en Barcelona llamado “Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto Share” (Portellano, 2018) donde tuvo como objetivo analizar la influencia de la depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores de 50 años obteniendo como resultado que la media de depresión oscilaba entre el 2,5, 2,2 y el 2,6 $\pm$, con una prevalencia media de síntomas depresivos clínicamente significativo (EURO-D $\geq$ 4) en torno al 30%. Así mismo, en este estudio se demostró que, en comparación con otros países, la depresión presentó una mayor prevalencia en Italia, Francia y España.

En el estudio realizado en México llamado “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” de (Durán-Badillo, y otros, 2013), con el objetivo de identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa. En el estudio se utilizó el método de estudio descriptivo-transversal-correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos. Se

utilizó el instrumento: Test de Yesavage (sensibilidad del 84% y especificidad del 95% y Mini-mental State Examination (sensibilidad de 82% y especificidad del 95%), mediante el análisis con SPSS versión 18 con correlación de Spearman. Por lo que se logró encontrar que al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Al final se concluyó que en estos valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron posible asociación en el sentido esperado.

En el estudio de “Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve” de los autores (Pérez-Lao, Oviedo, & Britton, 2020) en la cual se tuvo como objetivo demostrar que la depresión y el deterioro cognitivo leve (DCL) en el adulto mayor están relacionados con el desarrollo de distintos tipos de demencia y disminución en la funcionalidad. Según (Pérez-Lao, Oviedo, & Britton, 2020) para medir síntomas depresivos se puede utilizar la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30), en su estudio realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) comparando sujetos con y sin posible depresión para cada dominio cognitivo, en sujetos con DCL y cognición normal (CN) y controlando por las variables de edad y escolaridad.

Como resultado se demostró que existe una asociación entre menor desempeño en el dominio de cognición global, en personas con DCL y depresión, en comparación con sujetos con solamente DCL, o cognición normal con depresión. Al mismo tiempo mayor cantidad de síntomas depresivos estuvo asociado con peor rendimiento en los dominios cognitivos de funciones ejecutivas y atención.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 73 adultos mayores panameños de 65 años o más, de la cohorte del Panamá Aging Research Initiative (PARI). Se midió estado de salud y funcionalidad en las actividades de la vida diaria. El funcionamiento cognitivo fue medido con pruebas neuropsicológicas cuyos puntajes se combinaron para formar seis dominios: cognición global, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, atención y funciones ejecutivas.

Esto deja evidencia que es necesario el abordaje de este tipo de estudio en Guatemala, dada la alta afluencia de adulto mayores y de la necesidad de atención para este grupo poblacional. En ese sentido, el presente estudio abordó esta temática con adultos mayores, se realizó en la Asociación de adultos mayores Ascavip.

1.3.2 Asociación de adultos mayores, Ascavip 2024.

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, es una asociación civil privada, no lucrativa, creada esencialmente para dar servicio social. Católica, apolítica y de duración indefinida. Con personalidad jurídica plena, para ejercer los derechos y contraer las obligaciones que sean indispensables para realizar sus fines. En el hogar de ancianas San Vicente de Paúl, fundado en 1870 y con 150 años de servicio, responden a una de las mayores necesidades detectadas, se funda la primera obra de la asociación. Actualmente brinda alojamiento alimentación, atención médica, psicológica, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social y servicio de enfermería. Pese a todos estos beneficios en la institución existe un alto número de adultos mayores diagnosticados con depresión.

1.3.3 Depresión

Según el autor Beck, indica que son pensamiento perturbados consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del mundo medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos, (Beck & et.al, 1961). El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tantos distintos axiomas de partida. Sin embargo, la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento).

Existen otros conceptos y definiciones de lo que es depresión como el que se describe a continuación. Según Beck, “en los síntomas emocionales pueden presentarse excesos de llanto parecer angustiado y ser incapaz de sentir placer alguno, pero no todas las personas deprimidas experimentan estos cambios de humor. La depresión especialmente en el adulto mayor puede estar oculta expresándose por sí misma sólo como molestias físicas exageradas. Puede ser muy difícil de diagnosticar la depresión en el adulto mayor cuando sólo se manifiesta por cansancio excesivo, dolor cardíaco o algún otro síntoma físico (Beck & et.al, 1961).

1.3.3.1 Síntomas de la Depresión

(Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011) cita a Beck utilizando su clasificación de síntomas depresivos divididas en cuatro categorías que son: emocionales, cognitivos, físicos y volitivos, que posteriormente fueron modificadas y destacando los siguientes síntomas.

Síntomas afectivos: estos síntomas son los relacionados directamente con las emociones de las personas y la alteración de estas por lo que conoce divisiones también de estos síntomas. Entre ellas se pueden mencionar los siguiente.

- **El sufrimiento:** la concepción cristiana de la vida habla de la disposición al sufrimiento y del sentido de la enfermedad como forma de expiar pecados (Hernandez, 2007).
- **Tristeza patológica:** según Ghedin (Ghedin, 2009) esta tristeza se incrementa de tal forma que inunda la totalidad de las funciones psíquicas. La pesadumbre, la desesperanza, el pesimismo, la sensación profunda de sin sentido cubre al ser. No hay nada que ayude a encontrar el interés perdido. El cuerpo acompaña la caída: marcha lenta, los brazos caídos, la facies melancólica. En el trastorno depresivo mayor la tristeza patológica se presenta en toda su magnitud.
 - a) **Disforia:** según (André, 2010), la disforia es cuando no se puede seguir soportando nada, se sitúa entre la tristeza normal y la enfermedad depresiva, es una mezcla de todos los estados de ánimo desagradables que pudieran afectar al ser humano.
 - b) **Anhedonia:** según Ghedin (2009) acompaña a la tristeza patológica. es la pérdida del hedonismo, de placer. Típica del discurso depresivo: “ya no tengo entusiasmo”, “perdí el interés de todo”, “nada me llama la atención”.
 - c) **Ansiedad y angustia:** la persona que presenta una ansiedad secundaria a la depresión experimenta un estado de alerta continuo con miedo intenso sin causa conocida que se acompaña de inquietud, intranquilidad, desesperación, desasosiego y necesidad urgente de alivio o ayuda. La irritabilidad: se manifiesta con reacciones desproporcionadas e injustificadas, en ocasiones violentas, ante estímulos, lo que demuestra la presencia de una hipersensibilidad patológica.

- d) **Apatía:** es el sentimiento de “no puedo”, es ese momento en el que la persona siente que todo el mundo está contra de él y que nadie lo va a ayudar a salir de algún problema o de la enfermedad propia de la depresión, es ese sentimiento de derrota y desánimo que incluso nubla las posibles soluciones que puedan existir ante la situación que está viviendo.

Síntomas cognitivos: estas están relacionadas directamente con el pensamiento de la persona y la alteración de este, este se relaciona ampliamente porque la depresión también causa daños a lo que la forma de pensar y de ver la realidad, pueden incluso hasta surgir alucinaciones de todo tipo, por lo que se explicara según (Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011).

Síntomas somáticos: la frecuencia y gravedad de estos síntomas se incrementan con la gravedad de la depresión, porque son síntomas que afectan al cuerpo y sus funciones, por lo tanto, también conoceremos a profundidad cada uno de ellos por su relación con la depresión.

Trastornos vegetativos: puede aparecer astenia y fatigabilidad que son más marcadas durante las primeras horas del día, trastornos digestivos, trastornos del equilibrio. **Trastorno de los ritmos vitales:** pueden estar alterados el ritmo circadiano, el ritmo del sueño, insomnio de segunda y/o tercera fase y en lo relativo al ritmo estacional, se producen reagudizaciones o re-intensificaciones sintomáticas. (Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011)

Síntomas conductuales: en este sentido el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus pensamientos. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explorar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo

1.3.4 Modelo Cognitivo

Conocido como tríada cognitiva de Beck se habla de un modelo llamado modelo cognitivo que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. La tríada cognitiva implica un conjunto de esquemas que llevan al depresivo a evaluar de forma negativa y poco realista sus experiencias pasadas, sus experiencias futuras y a sí mismo, maximizando o prestando atención sólo a los aspectos negativos de una situación determinada y subestimando o ignorando los positivos. (Beck & et.al, 1961)

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Beck & et.al, 1961).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, en interpretar sus experiencias de una manera negativa. A él le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles (Beck & et.al, 1961).

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en

hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Beck & et.al, 1961).

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo, de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. El modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck busca dar una amplia explicación en cuanto al origen y mantenimiento, así como en la manera de abordar esta patología (Beck & et.al, 1961).

Para tal efecto este modelo se vale de tres conceptos principales; los esquemas, los errores o estados cognitivos y la triada cognitiva. Los esquemas son entendidos como un conjunto de patrones cognitivos relativamente estables en el tiempo que se forman a lo largo de las diversas experiencias desde la infancia, es decir, no son producto de una única situación sino de la recurrencia de situaciones similares que por algún u otro motivo tienen un alto grado de significancia en la vida de una persona.

La función cognitiva es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño (Durán-Badillo, y otros, 2013). En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Algunos reportes de investigación realizados en México muestran prevalencia de deterioro cognitivo muy variable, que va desde el 7% al 56%. La mayor prevalencia de deterioro

cognitivo se encuentra en sujetos con nivel socioeconómico bajo, sin escolaridad, sexo femenino, diabetes mellitus, deterioro visual y polifarmacia. Dentro de los cambios cognitivos que se asocian con la vejez, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje. (Durán-Badillo, y otros, 2013)

Estos cambios pueden estar asociados con la presencia de depresión en los adultos mayores. Investigaciones realizadas en busca de relación de la depresión y función cognitiva del adulto mayor, reportan correlación negativa baja de -0.242 y -0.27 realizadas en Bucaramanga, Colombia y México, respectivamente. Tradicionalmente, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar (Cano & et.al, 2018).

1.3.4.1 Estado mental

La salud mental tiene un impacto enorme en la calidad de vida de las personas mayores y viceversa. En esa línea, para la operacionalización del riesgo en salud en las personas mayores se ha desarrollado un modelo comprensivo basado en la funcionalidad, que incorpora la salud mental. Buchner y Warner (1992), proponen clasificar el estado general de la persona en tres categorías: sanos, frágiles y en situación de discapacidad. Las personas mayores frágiles se caracterizan por una reserva funcional reducida, que fácilmente se agota frente a estresores agudos y por esto presentan alto riesgo de caer en situación de discapacidad (Confinamiento prolongado en Personas Mayores, 2020)

La (Organización Mundial de la Salud, 2016) ha señalado que: a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las

personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. También la situación de estar a cargo del cuidado de otros también es un factor de riesgo para la salud mental en este grupo. (COVID 19: Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society., 2020)

El enfrentamiento de esta problemática se ve más complicada aún, porque los hombres en riesgo de este grupo escapan de las estrategias implementadas desde salud para su detección y rescate. Los factores de riesgo de suicidio en las personas mayores que se han observado son: presencia de enfermedad mental: implica un riesgo diez veces mayor, sobre todo en aquellas

personas que presentan trastornos del ánimo y abuso alcohol entre otros. En autopsias psicológicas, se ha observado que 9 de cada 10 personas que se suicidaron tenían una enfermedad mental. Intentos suicidas previos, con un riesgo doce veces mayor en los primeros seis a doce meses. Variables psicosociales: percepción de falta de apoyo social, soledad, pérdida de rol social, pérdida de autovalencia y autonomía, disponibilidad de medios letales, desesperanza, entre otros. (Ministerio de Salud, Chile, 2019)

1.3.4.2 Modelo cognitivo

Una de las variables que más atención ha recibido en los últimos años es la reserva cognitiva (RC), definida como la forma eficiente y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno (Scarmeas & Stern, 2003). La capacidad de respuesta del sujeto es explicada por la forma en que una eficiente red neuronal es utilizada y modulada en el envejecimiento normal, pero también en presencia de patología (Barull & Stern, 2013). La RC se acumula a lo largo de la vida e incluye elementos innatos y adquiridos, como, por ejemplo, la escolaridad, tipo de ocupación y la realización de actividades cognitivamente desafiantes y de ocio en la adultez y la adultez mayor (Tucker & Stern, 2011). Los sujetos con una alta RC tienen menor riesgo de ser diagnosticados con demencia, o presentar una progresión más lenta de esta.

Otra variable que ha recibido creciente atención en relación con el funcionamiento cognitivo es la depresión. Al respecto, la evidencia teórica y empírica es divergente; por una parte se sostiene que la presencia de sintomatología depresiva es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y la posterior conversión a demencia, especialmente la de tipo Alzheimer y vascular (Diniz, Butters, Alberto, Dew, & Reynolds , 2013), por lo tanto, esta

tendría un efecto en el funcionamiento cognitivo, principalmente cuando la depresión se presenta tardíamente en el ciclo vital, aumentando considerablemente el riesgo de demencia de tipo vascular (Diniz, Butters, Alberto, Dew, & Reynolds , 2013), por otra parte, se plantea que la disminución en el rendimiento cognitivo podría ser explicada por la presencia de sintomatología depresiva aguda, especialmente por la reducción en los tiempos de reacción, memoria y funcionamiento ejecutivo, originando perfiles heterogéneos de declive en los diferentes dominios cognitivos.

Adicionalmente, un estudio reciente reportó que los síntomas depresivos moderan la relación entre RC y cognición, concluyendo que los adultos mayores que alcanzaron mayores niveles de RC tuvieron un menor rendimiento cognitivo en la medida que los síntomas depresivos aumentaron. La asociación entre depresión y cognición ha sido probada en diferentes estudios, destacando que los síntomas depresivos correlacionan con un rendimiento deficiente en lenguaje, memoria, función ejecutiva y atención (Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell , 2014). De esta forma, es posible postular que la depresión puede ser una variable que medie la relación entre RC y funcionamiento cognitivo.

Si bien los síntomas depresivos y la depresión son un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y diferentes tipos de demencia, es sabido que el apoyo social es una variable que puede moderar los efectos negativos de la depresión y el estrés (Vivaldi & Barra , 2012); un estudio reporta que, en presencia de altos niveles de apoyo social percibido, disminuyen los niveles de soledad percibida, lo cual se asocia con sintomatología depresiva. El apoyo social es un factor protector del curso del envejecimiento, los individuos que reciben más apoyo social experimentan menos declive del funcionamiento cognitivo. Este efecto podría explicarse porque

los adultos mayores que tienen una mayor integración y vínculos sociales desarrollan más y mejores estrategias de comunicación e interacción interpersonal, lo que reduce las consecuencias de la depresión y ejerce beneficios en el bienestar y la cognición (Vivaldi & Barra , 2012).

1.3.5 Estado conductual

El conductismo surgió como una alternativa a la psicología experimental centrada en el análisis de la conciencia y en su lugar propuso a la conducta en sí misma, en tanto actividad, como el objeto de estudio psicológico (cf. Watson, 1913a). La posibilidad de encontrar orden en estas relaciones funcionales se expresó como la búsqueda de la predicción y el control del comportamiento.

Haciendo una revisión cuidadosa de su obra indica que llegó a plantear la conducta compleja como una organización del comportamiento basado en tres tipos de respuestas (kinestésicas, viscerales y verbales-que no vocales), con dominancia de estas últimas, según una relación de sustitución de estímulos y respuestas.

El desarrollo del conductismo privilegió algunos enfoques más que otros, que descendían directa o indirectamente de los anteriores, pero finalmente fue el sistema de Skinner (1938) el que llegó a ser dominante desde la década de los cuarenta. Skinner (1957) insistió en que el pensamiento es conducta sin importar su carácter verbal o no verbal, encubierto o no encubierto, considerando que esta última distinción sería accesorio. Un problema central en el tratamiento skinneriano de las relaciones verbales es tratarlas como cualitativamente idénticas a las no verbales, pero implicando una diferencia en cualidad (para un análisis detallado, Pérez-Almonacid y Quiroga, 2010).

Por otra parte, Pávlov (1951, como se cita en Vygotsky 1931/1997) hizo un señalamiento semejante respecto a la distinción entre las relaciones condicionadas y las que implicaban palabras: Para el hombre, la palabra es el mismo estímulo real condicionado como todos los demás que tiene en común con los animales, pero al mismo tiempo, más que cualquier otro estímulo... (p.37). Una gran parte de la conducta de los organismos se organiza en función de tales contingencias, ya sea que el establecimiento de la contingencia de ocurrencia no dependa (condicionamiento clásico) o sí (condicionamiento operante) de la actividad del organismo.

Deacon (1997) presenta ideas similares que pueden ayudar a precisar las características distintivas de los "procesos superiores", en contraste con los del condicionamiento. La primera se define por la similitud morfológica entre el signo y el objeto, siendo el primero un ícono; la segunda se basa en la asociación física o temporal entre ambos, considerando el signo como un índice; y la tercera se fundamenta en la convención social, donde el signo se convierte en un símbolo. Esta jerarquía en los procesos conductuales implica que la relación simbólica se apoya en relaciones entre señales, y estas a su vez en relaciones entre íconos.

Sidman y Tailby (1982), inauguraron una nueva vía de indagación de los procesos verbales y complejos, añadiendo dos conceptos: emergencia de relaciones y clases de estímulos equivalentes. La clase equivalente se define por presentar propiedades de reflexividad, simetría y transitividad, implicando con esto que se reproduce la bidireccionalidad característica de las relaciones verbales.

Barnes-Holmes y Roche (2001) señalaron que, dentro del paradigma sidmaniano, las relaciones emergentes estaban limitadas a la equivalencia funcional, lo que implicaba que un estímulo adquiría la misma función que otro con el que se asociaba, y que las relaciones

emergentes se basaban en esta equivalencia de funciones. El paradigma sidmaniano, desarrollado por Murray Sidman en la década de 1950, se centra en el estudio de las relaciones condicionales entre estímulos y en cómo los organismos aprenden estas relaciones a través de la discriminación condicional y la formación de clases de equivalencia. Una de sus características distintivas es su énfasis en las relaciones funcionales entre estímulos. En contraste, la Teoría de Marcos Relacionales (TMR), propuesta por Hayes y colaboradores (2001), busca superar esta limitación al proponer un enfoque que se fundamenta en relaciones múltiples entre estímulos en lugar de uno basado en clases. La TMR se presenta como una alternativa conductual para abordar la conducta humana compleja, superando las deficiencias tanto del enfoque skinneriano como del sidmaniano.

Así mismo, otra teoría como un esquema de ED-R-C, característico de la tradición operante lleva a suponer que la conducta es una respuesta, que mantiene una relación de contingencia entre un estímulo discriminativo y una consecuencia. Esto ha llevado a problemas irresolubles basados en el supuesto de que el “pensamiento” una respuesta “privada”, discreta y repetitiva (v.gr. Anderson, Hawkins, Freeman & Scotti, 2000). Por lo cual, después de investigar a varios autores, a continuación, el estudio se enfocará en una teoría que se adecúa mayormente en la depresión desde un punto de vista clínico y de evaluación psicológica.

1.3.6 Teoría Aaron Beck

Según la Asociación Americana de Psicología, es uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos. El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos

intrapésicos, en cambio se puede decir que la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento).

La principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares; por ejemplo, Albert Bandura con su Teoría del aprendizaje social o Aaron T. Beck con su Terapia cognitiva.

A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. Una serie de investigaciones se están realizando actualmente para evaluar su eficacia como tratamiento primario o coadyuvante para la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión de hospitalización, el dolor crónico, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y problemas de relación.

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología.

Si bien algunos autores han calificado a los pensamientos automáticos como “irracionales” o “ilógicos” las concepciones más actuales proponen sustituir estos términos por “disfuncionales” o “desadaptativos”. Siguiendo el postulado central de esta terapia, en tanto el

hombre es un constructor activo de su realidad habría tantas realidades posibles como seres humanos.

1.3.7 Adulto mayor

El adulto mayor, este término o nombre que reciben quienes son del grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados; por lo general se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conoce como pertenecientes a la tercera edad, o adultos mayores. El proceso de envejecimiento se inicia desde el mismo momento de la concepción, implica deterioro orgánico–progresivo, disminución de habilidades, aumento de incapacidades, producto de todos los cambios y reajustes que se presentan en las personas durante toda la vida. (Santos & Cando, 2015).

La definición del envejecimiento normal es dinámica y se ve influenciada por diversas variables. Desde una perspectiva estadística, se refiere al estado que más comúnmente se observa en la población en términos físicos y mentales. Por otro lado, desde un enfoque biológico funcional, se distinguen tres patrones de envejecimiento.

- Normal o habitual, caracterizado por la ausencia de patología biológica o mental.
- Óptimo o saludable, que implica un buen funcionamiento cognitivo y físico con baja probabilidad de enfermedad o discapacidad.
- Patológico, determinado por la presencia de enfermedad.

El diagnóstico del envejecimiento y la vejez es crucial para la formulación de políticas sociales, pero en ocasiones la información disponible es insuficiente. Los datos disponibles, o la falta de ellos, guían las decisiones de política pública y requieren un esfuerzo conjunto del estado

y la sociedad para superar los obstáculos derivados de la falta de conocimiento sobre la situación (Santos & Cando, 2015).

1.4 Consideraciones éticas

En este punto se indican las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta durante esta investigación para la aprobación de la muestra mediante la hoja de consentimiento informado para las 50 personas adultos mayores. El documento implicó la responsabilidad ética del investigador y para el participante confirió que su información es conservada con la total discreción posible. Así mismo, se respaldaron los beneficios, la confidencialidad y los posibles riesgos del estudio y las medidas que se tomaron en caso de que existiese algún riesgo de forma inmediata o a largo plazo.

En cuanto a los documentos de consentimiento informados estuvo sujetos a dos convicciones éticas; la primera que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y en segundo lugar las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección (Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación, 1979) los mismos estuvieron sujetos al reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

Tomando en cuenta (La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 1964) se tomó en cuenta un protocolo donde incluirá información sobre el objetivo de este estudio, los intereses e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas.

El consentimiento fue aplicado de manera presencial por el investigador durante 1 a 2 horas en 3 días seguidos a los 50 adultos mayores y se aplicó con un documento físico en grupos

de 10 personas contando con la presencia de la psicóloga titular de la asociación, tomando en cuenta las medidas de seguridad e higiene sanitaria. Se tomaron 15 minutos para la presentación al investigador, a qué se dedican y por qué abordaría el tema y la importancia del estudio, así como las intenciones que se alcanzaría y cómo éste aportaría a la sociedad guatemalteca. Luego se solicitó el apoyo de la psicóloga titular para generar confianza para comenzar a trasladar cada hoja para cada adulto mayor. La actividad se realizó en un salón previamente solicitado a la asociación Ascavip.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos.

2.1. Enfoques, modelos y nivel de investigación.

En la siguiente investigación se trabajó bajo el modelo cuantitativo, que utiliza la recolección de datos fundamentada en la medición y análisis de datos cuantificados, se desarrolló más directamente en la tarea de verificar por medio de estudios muestrales representativos haciendo uso de diferentes herramientas.

Desde este enfoque cuantitativo se realizó un estudio descriptivo, con tipo de diseño correlacional, en el periodo comprendido aproximado de 2 meses. El universo estará constituido por 50 adultos mayores que residen en Ascasvip de Guatemala. El estudio es una investigación cuantitativa y se adecúa a este estudio derivado que es necesario determinar el nivel de depresión y el estado cognitivo-conductual para determinar la relación que existe entre estas dos variables de las personas adultos mayores, lo cual se hace necesario de un coeficiente de correlación de Pearson lo cual mide la relación estadística entre dos variables continuas. Además, esta investigación cuantitativa le dará a este estudio mayor objetividad al momento de hablar sobre depresión y por otro lado el estado cognitivo puede medirse de forma estadística.

Se utilizó una investigación cuantitativa para evaluar el estado cognitivo por lo que pese a que se obtuvo información subjetiva está no fue utilizada para determinar la correlación, sin embargo, fundamentan algunas unidades de análisis de este estudio.

Esta investigación es objetiva e independiente de las creencias que el investigador puede llegar a tener sobre la realidad de la muestra. Así mismo resultará posible conocer una realidad externa e independiente del sujeto.

2.2. Técnicas.

2.2.1. Técnicas de muestreo.

2.2.1.1. Técnica de muestreo no probabilístico.

La muestra del presente estudio es de tipo descriptivo correlacional con adultos mayores. Se realizó la toma de muestreo por conveniencia del cual se seleccionaron aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Se tomó una muestra de 50 personas con el criterio de inclusión adultos mayores desde 65 años en adelante con diagnóstico de depresión. Con este muestreo se trabajó directamente con personas que han se han presentado en la institución tanto en corto, mediano o largo plazo.

En ese sentido se excluyeron aquellos adultos mayores que no tienen un diagnóstico de depresión confirmado. Al aplicar esta técnica, se aseguró que la muestra esté compuesta únicamente por individuos que cumplan con el criterio de interés para el estudio, lo que permitió examinar de manera más precisa la relación entre la depresión y el estado cognitivo.

A continuación, se describen los siguientes criterios ético, según el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Principio I: respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos en donde se explicó que la información que se le consultó a la muestra no interrumpe su privacidad, ni juzga en ninguna circunstancia su historia social, clínica, física o cualquier otro factor que haya vivido.

Principio II: cuidado competente del bienestar de los otros, esto significa que el investigador se comprometió a cuidar la toda la información relacionada con la muestra y que en ninguna circunstancia afectó a la muestra por intereses personales o profesionales.

Principio III: Integridad de las relaciones, lo que significa que, así como a cada participante proporcionó la información, esta misma se resguardó de tal forma que ninguna otra persona o sujeto tuvo acceso a ello para usos personales, y cada uno de los participantes de la muestra estuvieron en el anonimato.

Así mismo, se tomó en cuenta la capacidad de decidir del participante adulto mayor y en ninguna circunstancia se exigió obligatoriamente una participación para que prevalezca las características de la ausencia de coacción. Éste es especialmente relevante con respecto a la ética en las investigaciones. A veces hay presiones para participar en investigaciones científicas y presiones familiares para participar o no.

En cuanto a la confidencialidad se le indicó a cada uno de los participantes que la investigación no comprometía datos personales en otras instancias o que se estuviera prejuzgando alguna forma de identificación del participante. En el tema de riesgo, se informó de forma escrita en el mismo documento de consentimiento que no permite en ninguna circunstancia que el participante no esté consciente de la información que comparte, así mismo este estudio no permite que se publiquen datos personales en ninguna otra forma de comunicación verbal o escrita. Por otro lado, en los beneficios de este estudio fueron de impacto en el entendimiento de la edad madura y de los factores emocionales, cognitivas y conductuales en que puede estar inmersos los adultos mayores y que pueden requerir atención personalizada, sin embargo, al no tenerse un punto de partida o base de estudio se ha hecho complejo la atención que los adultos mayores hayan o no recibido.

2.2.2. Técnicas de recolección de datos.

2.2.2.1. *Escala de Likert en test de depresión y en cognitivo-conductual.*

Esta técnica se implementó con dos herramientas esenciales para cumplir con los objetivos específicos indicados:

2.1.1.1.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En una primera parte se usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) con el objetivo de evaluar los niveles de depresión en adultos mayores. El inventario de depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados a la hora de detectar la depresión. La técnica se llevó a cabo con 50 personas adultas mayores en un salón previamente solicitado y con el apoyo de la psicóloga titular de la asociación. Este proceso llevó un tiempo estimado de 13 horas ya que se realizó individualmente con cada participante y la prueba tuvo una duración de 15 a 20 minutos. El inventario de Beck es una de las pruebas más comunes en la práctica clínica por diversas razones. La primera, por tener una elevada fiabilidad. La segunda, por permitir diferenciar a ese paciente con un trastorno depresivo mayor de aquel que simplemente, evidencia un ánimo bajo.

2.1.1.1.2. Mini Mental State Examination (MMSE) Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.

La siguiente prueba se aplicó para identificar el estado cognitivo-conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión. El instrumento de evaluación cognitiva de (MMSE), evalúa las siguientes dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. Se utilizó la adaptación de las autoras María D. Castro Rojas y Mónica Salazar Villanea situando así su validez y confiabilidad del 95% en 2007 realizada y adaptada al

contexto costarricense validados en distintos momentos de investigación en el marco de la línea de estudio sobre envejecimiento que se desarrollen el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR.

La prueba está creada para explorar áreas cognitivas y son adecuadas para su uso en atención primaria al ser más breves y afectarse menos por el nivel educativo de la muestra. El instrumento puede ser para población en niveles de educación avanzada, nivel medio o bajo y toma en cuenta las barreras idiomáticas. El tiempo estimado para su realización es de 10-15 minutos o máximo se destina 30 minutos para un paciente con dificultades cognitivas, y destinada para edades geriátricas de 65 años o más. Incluye preguntas y tareas sobre orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidades visuoespaciales. Las respuestas correctas suman puntos, evaluando el deterioro cognitivo. se puntúan de 0 a 30, con puntajes de 24 a 30 indicando función cognitiva normal, 19 a 23 sugiriendo deterioro cognitivo leve, 10 a 18 señalando deterioro cognitivo moderado, y 0 a 9 reflejando deterioro cognitivo grave. Estos rangos pueden variar ligeramente según la edad y el nivel educativo del individuo. Es esencial considerar otros factores clínicos y contextuales al interpretar los resultados para una evaluación precisa. (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975)

2.1.1.2. Encuesta

En la siguiente técnica tuvo como objetivo describir las características de depresión y estados cognitivo-conductuales en adultos. Para ello se corresponde un cuestionario de 8 preguntas con opción múltiple y que se llevó a cabo en modalidad presencial y se realizó de forma escrita y coordinado con el supervisor de la institución.

En cuanto a los criterios éticos de la recolección de datos se tomó en cuenta el principio de justicia que implica que todos los participantes estuvieron en igualdad de condiciones para la recepción de beneficios como de riesgos cuando se trata de una investigación científica (Medina, 2019). Es decir, en relación con lo que les corresponde de alguna manera en igualdad de condiciones, tanto en la distribución equitativa de derechos, beneficios, responsabilidades y cargas en la sociedad.

Se consideraron los aspectos de acuerdo con el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2002) desde una muestra de población con discapacidad se ha tomado en cuenta los efectos de la presente norma, se consideraron las siguientes categorías:

Categoría II (Riesgo Moderado): Este estudio comprendió las técnicas observacionales, y de cuestionario con lo que la intervención o modificación intencional en las variables son psicológicas y sociales de la muestra, también se incluyen la extracción de sangre, ejercicios moderados o voluntarios sanos, como las pruebas psicológicas individuales o grupales con los cuales nos e manipulan la conducta de las personas y que estén en uso probable de medicamentos o especialidades autorizadas como indicaciones, dosis y vías de administración, así mismo se ha considerado los siguientes principios:

Principio de beneficencia: Se garantizó la dignidad de la muestra y de la población con quien se tuvo contacto dentro de la institución y promovió en la persona la conciencia, la libertad y la capacidad para convivir armónicamente durante el estudio.

Principio de justicia: Según (Rawls, 1979), se tomó en consideración dentro del estudio la igualdad de consideración y respeto por todas las personas que estuvieron implicados dentro de

este estudio. Por lo cual, se evitó cualquier tipo de discriminación, y se prohibió el descarte a cualquier persona que quisiera participar en este estudio, ya sea por motivo de edad, condición social, credo religioso, raza o nacionalidad.

Adicionalmente para los instrumentos aplicados se tomaron en cuenta los principios éticos de confidencialidad, veracidad y el manejo de la fidelidad de la información que se tendrá acceso al momento de aplicar las pruebas y los cuestionarios al personal de la institución.

2.2. Técnicas de análisis de datos.

Para el análisis de los datos o resultados de la aplicación de las técnicas e instrumentos se utilizó la extracción y ordenamiento de categorías dentro de método cuantitativo. Se realizó un análisis cuantitativo de datos secundarios extraídos para correlacionar las escalas Likert como instrumentos con coeficiente de correlación de Pearson. Se utilizó la estadística descriptiva exponiéndolo a través gráficas de Pearson y demostrar los indicadores correlacionales. Así mismo, para los datos obtenidos de la encuesta se expusieron los resultados a través gráficas de Pie.

En cuanto a los criterios éticos para la técnica de análisis se tomaron en cuenta los principios de Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas – CIOMS-. (2017). Que dentro del análisis de resultados de este estudio se encuentran en la categoría de riesgo mínimo, según -CIOMS-, ya que la intervención se realizó en variable psicológicas y sociales con la muestra y también la forma de análisis únicamente es cuantitativa, lo que no reveló datos complejos de los individuos. Respetando lo indicado en este criterio que es propio para el uso en estudios, por ejemplo, encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas u otros documentos, que no invadan la intimidad de la persona.

En cuanto a las consideraciones éticas se protegió la dignidad de los sujetos de investigación mediante la concientización durante el primer acercamiento que se tuvo con la población institucional, luego durante las encuestas y en la aplicación de pruebas se hizo de forma individual y dentro de un salón con asientos con mínimo de 1.00 metro de distancia y en caso de la muestra con las personas sordas se realizó con una persona que utilizara lenguaje de señas (representante de recursos humanos) y se consideró el uso del consentimiento informado para resguardar la información sensible de los datos recolectados.

Se garantizó a los participantes que en todo momento se mantuvo la confidencialidad y el anonimato. Los resultados del estudio, al ser publicados a través de la tesis, no incluyen datos sensibles. Al publicar los resultados, toda la información física y digital que esté en manos del investigador fue entregada en un sobre manila cerrado al Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez” para su custodia, quienes, transcurridos dos años después de la publicación de los resultados, destruirá toda evidencia. Al mismo tiempo, el investigador se comprometió a borrar cualquier información relacionada con este estudio de sus dispositivos electrónicos.

2.3. Instrumentos.

2.3.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Esta prueba consta de 21 ítems con las respuestas de opción múltiple y los participantes valoraron por sí mismos si se identifica o no con esas cuestiones. La prueba está dividida en 4 tipos de respuesta. Estas últimas van en una escala de Likert de 0 hasta 3 y describen el grado en que se identificarán con la realidad descrita. En este caso 0 sería no se identifica en absoluto y un 3 describiría un hecho con el que el participante se identificará casi al 100%. Se realizó con un

tiempo determinado de 20 a 30 minutos, aunque la prueba puede realizarse en 20 minutos máximo. Se aplicó en un salón con la prueba impresa y lápiz para contestarse. (Anexo 3)

Ficha técnica

Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Autores: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Adaptación: Jesús Sanz y Carmelo Vásquez en colaboración con el departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Finalidad: Permite apreciar la intensidad de la depresión en pacientes psiquiátricos y detectar posible depresión en población normal.

Administración: Individual y colectiva, Preferentemente autoadministrada.

Duración: 20 minutos., aproximadamente.

Aplicación: 13 años en adelante

Formato de aplicación: Tipo Likert

Año: 1996

Ver anexo: 3

2.3.2. Mini Mental State Examination (MMSE) Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang (1975).

Para medir el estado cognitivo se utilizó la prueba de MMSE, que tiene un puntaje total de 30 puntos en ítems que evalúan el rendimiento en orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. La calificación se obtiene sumando los puntajes asignados en cada ítem. Para calificar el profesional: Puntuó cada respuesta, conforme a las instrucciones proporcionadas; luego sumó todos los puntos obtenidos por el paciente, el máximo es 30 puntos. Luego ubicó la puntuación total obtenida en la tabla de correspondencia.

Se dejó constancia de cualquier deficiencia motora o sensorial, que pueda afectar a la capacidad del sujeto para responder adecuadamente a las tareas planteadas. Cuando se hayan omitido ítems por no imposibilidad de su realización, se pondera la nota, aplicando una simple regla de tres. Es decir que si un paciente que por incapacidad no pueda realizar las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo a una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizará la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtenemos el número entero más cercano, en este caso 27 puntos que debe interpretarse como una puntuación normal sobre 30 puntos. (Anexo 4).

Ficha técnica

Nombre original: Mini Mental State Examination (MMSE)

Nombre corto: MINI-MENTAL

Autor/res: Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang (1975).

Adoptada por: María D. Castro Rojas y Mónica Salazar Villanea (2007)

Editorial: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica

Población dirigida: Para personas de 65 en adelante.

Finalidad: Permite evaluar el deterioro cognitivo medido en 5 dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva.

Administración: Individual y colectiva, Preferentemente administrada por un evaluador.

Material de aplicación: Manual de aplicación y hoja de anotación

Resultado: El puntaje de promedio de 27 puntos o más es considerado normal.

Duración de la prueba: Aproximadamente 10 a 15 minutos

Año: 2007

Ver anexo: 4

2.3.3. Encuesta

Se aplicó una encuesta que contiene 8 preguntas de selección múltiple de modo que el participante pueda seleccionar solamente una respuesta de las cuales se validaron las siguientes variables: Identificación de sí mismo, lenguaje, percepción de vida irritable y adaptabilidad. Se trabajará con la muestra de adultos mayores y se trasladará a los participantes de forma física contando con el apoyo del investigador (Ver anexo 2).

En cuanto a los criterios éticos de los instrumentos se implica en priorizar los siguientes, según Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-CIOMS-. También se hace mención de que cada instrumento aplicado se le asignó un código de referencia para no entrometer los datos reales de la muestra.

Confidencialidad que se tuvo con los datos como obligación primaria del psicólogo salvaguardar la información sobre un individuo. Se tomó en cuenta también la veracidad de la información para que sea respetado como fin y no utilizado como medio. Que exista una autonomía mediante el instrumento del consentimiento informado. Por último, pero no menos importante la fidelidad a las promesas hechas ya que existe un compromiso que el investigador asume de realizar u omitir en el futuro, alguna conducta que afecta a las decisiones de otra persona.

Así mismo, la pertinencia cultural de las dos pruebas indicadas es para la cultura latinoamericana y que cumplen con la confiabilidad del 95% y se han validado desde el año 1975. Mientras que la encuesta tendrá validación con la asesora de tesis en conjunto con una prueba piloto de 5 personas. Vale decir que el investigador posee los manuales de cada uno de los instrumentos y una vez presentado el trabajo de proyecto ante CIEPs se procederá a eliminar cada uno de los instrumentos previamente realizada la recopilación de los datos y aprobado por la entidad correspondiente. En cuanto a los criterios éticos a tomar en cuenta dentro del manejo de información tanto en técnica como en instrumentos se debe tomar en cuenta los siguiente:

- ✓ Toda evidencia en físico y digital será entregada en sobre manila al Centro de Investigaciones CIEPs” Mayra Gutiérrez”, al concluir el estudio.
- ✓ El investigador se compromete a destruir cualquier evidencia digital que tenga en sus dispositivos.
- ✓ CIEPs será el custodio de toda la información que resulte del estudio y se compromete a destruir toda evidencia pasado un período de 2 años.

Se garantizó a los participantes que en todo momento se mantuvo la confidencialidad y el anonimato. Los resultados del estudio, al ser publicados a través de la tesis, no incluirán datos

sensibles. Al publicar los resultados, toda la información física y digital que esté en manos del investigador será entregada en un sobre manila cerrado al Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez” para su custodia. Será el CIEPs quien, dos años después de la publicación de los resultados, destruirá toda evidencia. Al mismo tiempo, el investigador se comprometerá a borrar cualquier información relacionada con este estudio de sus dispositivos electrónicos.

2.4. Operacionalización de objetivos.

2.4.1. Categorías.

Objetivos /Hipótesis	Definición conceptual Categoría/variable	Definición operacional Categorías/variables	Técnicas /Instrumentos
Determinar la relación entre de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascasvip 2024.	Depresión. “Pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del mundo medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos (Beck & et.al, 1961).	➤ Estado de ánimo ➤ Síntomas de depresión ➤ Estado cognitivo ➤ Estado mental ➤ Estado conductual ➤ Adulto mayor (Organización Mundial de la Salud, 2016).	Encuesta y Escala Likert: Escala Tipo Likert de depresión de Beck,
Evaluar la depresión de acuerdo con Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación, Ascasvip 2024.	<u>Autopercepción:</u> Son pensamientos negativos de sí mismo: son entendidos como un conjunto de patrones cognitivos relativamente estables en el tiempo que se forman a lo largo de las diversas experiencias desde la infancia. <u>Percepción de control y satisfacción:</u> Son	➤ Tristeza ➤ Pesimismo ➤ Fracaso ➤ Pérdida de Placer ➤ Sentimientos de culpa ➤ Sentimiento de castigo ➤ Autocrítica ➤ Llanto ➤ Agitación ➤ Pérdida de interés	Inventario de Depresión de Beck (BDI)

	pensamientos negativos sobre el mundo que le rodea. <u>Pensamientos negativos sobre el futuro</u>: Se percibe que los eventos venideros van a ser catastróficos sin más remedio.	➤ Indecisión	
Identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.	Estado Cognitivo: Es la característica particular en adultos mayores, el cual trae como consecuencia en distintos niveles a todas las personas que tienen más de 60 años, presentando expresiones de olvidos, deficiencia en la rapidez para procesar datos, consecuencia de una deficiencia neurológica. Tales trastornos vinculados a la memoria son los signos más resaltantes de este padecimiento. (Hernández , Malagón, & Rodríguez, 2006)	➤ Visuoespacial ➤ Abstracción ➤ Orientación ➤ Visuoespacial ➤ Orientación ➤ Memoria	Mini Mental State Examinat ion MMSE (1975).
Describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.	Cognitivo -Conductual: El modelo de Aaron Beck se centra, principalmente, en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas. Los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación. se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación.	➤ Identificación de sí mismo ➤ Lenguaje ➤ Percepción de vida ➤ Irritabilidad ➤ Adaptabilidad	Encuesta

2.4.2. Hipótesis.

Hipótesis de Investigación (Hi): Existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.

Hipótesis Nula (Ho): No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.

3.1. Características del lugar y la muestra.

3.1.1. Características del lugar.

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl con siglas – ASCASVIP- es una asociación sin fines de lucro, con personalidad jurídica plena para ejercer los derechos y contraer las obligaciones que sean indispensables para la realización de sus fines. Creada bajo los principios de San Vicente de Paúl, orientada al servicio social que facilita y promueve el desarrollo integral de niños, adultos mayores y familias en situación de pobreza presenta un entorno acogedor y bien organizado, diseñado para brindar una atención integral y de alta calidad a sus residentes. Las instalaciones destacan por su limpieza impecable, tanto en las áreas comunes como en las habitaciones individuales, garantizando un ambiente saludable y seguro para todos los residentes.

El personal de atención es suficiente y altamente capacitado, asegurando que cada residente reciba una atención personalizada y adecuada a sus necesidades. El equipo incluye personal especializado, que ofrece servicios profesionales en diversas áreas como medicina, enfermería, nutrición y psicología, entre otros.

El hogar se distingue por sus horarios estructurados que incluyen una variedad de actividades recreativas. Estas actividades están diseñadas para promover el bienestar físico, mental y emocional de los residentes, fomentando una vida activa y socialmente enriquecida.

La calidad de la atención se refleja en la satisfacción de los residentes, quienes experimentan un cuidado atento y respetuoso en un entorno que prioriza su comodidad y dignidad. Este hogar para adultos mayores se posiciona como un modelo de excelencia en el cuidado y atención de personas mayores, ofreciendo un lugar donde pueden disfrutar de una vida plena y con sentido.

En resumen, el hogar para adultos mayores combina un ambiente acogedor, limpieza rigurosa, organización eficiente y atención especializada, creando un entorno óptimo para el bienestar y la calidad de vida de sus residentes.

3.1.2. Características de la muestra.

La muestra consta de 50 personas adultos mayores, comprendidas entre las edades de 54 a 95 años, encontrando a la mayor cantidad de personas entre los 75 y 85 años. La muestra incluye hombres y mujeres, sin embargo, la distribución es poco homogénea encontrando un 80% mujeres y un 20% hombres.

Los adultos mayores cuentan con diversas profesiones dentro de las que se pueden destacar, maestros, jardineros, pilotos, agricultores, zapateros, sastres, pintores, cocineros y amas de casa, siendo este último la mayoría. El nivel de escolaridad predominante es la primaria, encontrando también una buena cantidad de personas que cursaron el nivel básico, por otro lado, se destacan 3 personas que acreditan el nivel de diversificado y una persona con título universitario.

Los adultos mayores incluidos en la muestra son en su totalidad guatemaltecos, hablantes del idioma español, asimismo, pertenecientes a familias con un nivel socioeconómico bajo

predominantemente. Cabe destacar que estos adultos mayores expresaban que en su mayoría mucha nostalgia por su pasado y tristeza por las pocas o nulas visitas de sus familias.

3.2. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.

Tabla No. 1
Resultados de Inventario de depresión de Beck y el Mini mental state examination.

Paciente	BDI	MMSE
1	18	19
2	28	12
3	22	16
4	26	0
5	11	21
6	16	3
7	21	18
8	33	2
9	28	3
10	26	21
11	11	4
12	17	4
13	12	21
14	20	19
15	11	10
16	26	15
17	10	10
18	33	20
19	12	10
20	22	11
21	22	7
22	10	10
23	8	7
24	44	0
25	35	11
26	33	20
27	36	19
28	13	14
29	43	1
30	18	14
31	9	19
32	17	18
33	13	7
34	17	10
35	27	0
36	22	21
37	11	13
38	19	6
39	15	10
40	8	4
41	19	18
42	48	2
43	38	21
44	28	11
45	19	18
46	18	10
47	25	2

48	27	7
49	18	8
50	16	0

Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión, implementando el Inventario de Depresión propuesto por Aaron Beck, con el estado cognitivo de los adultos mayores, evaluado a través del Mini Mental State Examination, en ese sentido, se realizó la aplicación de ambos instrumentos; obteniendo los resultados descritos en tabla no. 1.

Como se evidencia en la tabla 1 se describen los resultados del BDI y del MMSE para cada uno de los pacientes a los cuáles les fueron aplicadas las pruebas, en ese sentido, cada uno de estos resultados fue cuidadosamente registrado según el paciente para garantizar la eficacia de la prueba de correlación.

La tabla no 1 también refleja la diversidad de perfiles de cada uno de los adultos mayores, lo mismo que se puede constatar en la aplicación de los instrumentos, ya que se encontraron personas de diferentes estratos sociales, también con diferencias en el nivel educativo y el acceso a la educación, por otro lado, también personas con distintos oficios, todo ello se explica las variaciones en la muestra.

3.2.1. Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Tabla No. 2

Desviación estándar del Inventario de Depresión de Becker (BDI)

Paciente	BDI	BDI - Media BDI	BDI - Media BDI ²
1	18	-3.58	12.8164
2	28	6.42	41.2164
3	22	0.42	0.1764
4	26	4.42	19.5364
5	11	-10.58	111.9364
6	16	-5.58	31.1364
7	21	-0.58	0.3364

8	33	11.42	130.4164
9	28	6.42	41.2164
10	26	4.42	19.5364
11	11	-10.58	111.9364
12	17	-4.58	20.9764
13	12	-9.58	91.7764
14	20	-1.58	2.4964
15	11	-10.58	111.9364
16	26	4.42	19.5364
17	10	-11.58	134.0964
18	33	11.42	130.4164
19	12	-9.58	91.7764
20	22	0.42	0.1764
21	22	0.42	0.1764
22	10	-11.58	134.0964
23	8	-13.58	184.4164
24	44	22.42	502.6564
25	35	13.42	180.0964
26	33	11.42	130.4164
27	36	14.42	207.9364
28	13	-8.58	73.6164
29	43	21.42	458.8164
30	18	-3.58	12.8164
31	9	-12.58	158.2564
32	17	-4.58	20.9764
33	13	-8.58	73.6164
34	17	-4.58	20.9764
35	27	5.42	29.3764
36	22	0.42	0.1764
37	11	-10.58	111.9364
38	19	-2.58	6.6564
39	15	-6.58	43.2964
40	8	-13.58	184.4164
41	19	-2.58	6.6564
42	48	26.42	698.0164
43	38	16.42	269.6164
44	28	6.42	41.2164
45	19	-2.58	6.6564
46	18	-3.58	12.8164
47	25	3.42	11.6964
48	27	5.42	29.3764
49	18	-3.58	12.8164
50	16	-5.58	31.1364
Suma de las diferencias al cuadrado			4778.18
			97.51387755
sBDI			9.874911521

Fuente: Tabla no.1.

Tabla No. 3

Desviación estándar del Mini mental state examination (MMSE)			
Paciente	MMSE	MMSE-MEDIA MMSE	MMSE - MMSE ²
1	19	8.06	64.9636
2	12	1.06	1.1236
3	16	5.06	25.6036
4	0	-10.94	119.6836
5	21	10.06	101.2036
6	3	-7.94	63.0436
7	18	7.06	49.8436
8	2	-8.94	79.9236
9	3	-7.94	63.0436
10	21	10.06	101.2036
11	4	-6.94	48.1636
12	4	-6.94	48.1636

13	21	10.06	101.2036
14	19	8.06	64.9636
15	10	-0.94	0.8836
16	15	4.06	16.4836
17	10	-0.94	0.8836
18	20	9.06	82.0836
19	10	-0.94	0.8836
20	11	0.06	0.0036
21	7	-3.94	15.5236
22	10	-0.94	0.8836
23	7	-3.94	15.5236
24	0	-10.94	119.6836
25	11	0.06	0.0036
26	20	9.06	82.0836
27	19	8.06	64.9636
28	14	3.06	9.3636
29	1	-9.94	98.8036
30	14	3.06	9.3636
31	19	8.06	64.9636
32	18	7.06	49.8436
33	7	-3.94	15.5236
34	10	-0.94	0.8836
35	0	-10.94	119.6836
36	21	10.06	101.2036
37	13	2.06	4.2436
38	6	-4.94	24.4036
39	10	-0.94	0.8836
40	4	-6.94	48.1636
41	18	7.06	49.8436
42	2	-8.94	79.9236
43	21	10.06	101.2036
44	11	0.06	0.0036
45	18	7.06	49.8436
46	10	-0.94	0.8836
47	2	-8.94	79.9236
48	7	-3.94	15.5236
49	8	-2.94	8.6436
50	0	-10.94	119.6836
Suma de las diferencias al cuadrado			2384.82
			48.66979592
sMMSE			6.976374124

Con base a la información descrita en la tabla no. 1 se procedió a aplicar el coeficiente de correlación de Pearson, para lo cual en primer lugar se determinó la desviación estándar de cada una de las pruebas, como se evidencia en las tablas 2 y 3.

Posteriormente para realizar el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, en donde se obtuvo una correlación entre el BDI y el MMSE de -0.13, según la tabla de interpretación de los rangos y los criterios de correlación de Pearson, indican una correlación

muy débil negativa, lo cual sugiere que no hay una relación lineal significativa entre las puntuaciones del BDI y el MMSE en la muestra de 50 participantes.

Al iniciar esta investigación, se sostenía la hipótesis de que cada vez existía una correlación entre la depresión y el deterioro cognitivo de los adultos mayores, sin embargo como se muestra en los resultados, se pudo evidenciar que la correlación en realidad no es significativa, esto mismo pudo constatarse en la experiencia de aplicación de los instrumentos, ya que en la muestra hubieron resultados diversos, algunos adultos mayores tenían un excelente estado cognitivo y con otros incluso la aplicación de las pruebas resultó un reto. En ese sentido, cabe mencionar que algunos adultos mayores pudieron resolver el MMSE con relativa facilidad, sin embargo, evidenciaban aspectos vinculados a lo que Beck denominaba la triada cognitiva, como pensamientos negativos sobre sí mismos, del mundo y sobre su futuro. Esto respalda los resultados de la prueba de correlación respecto a lo encontrado al aplicar los instrumentos.

3.2.2. Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI)

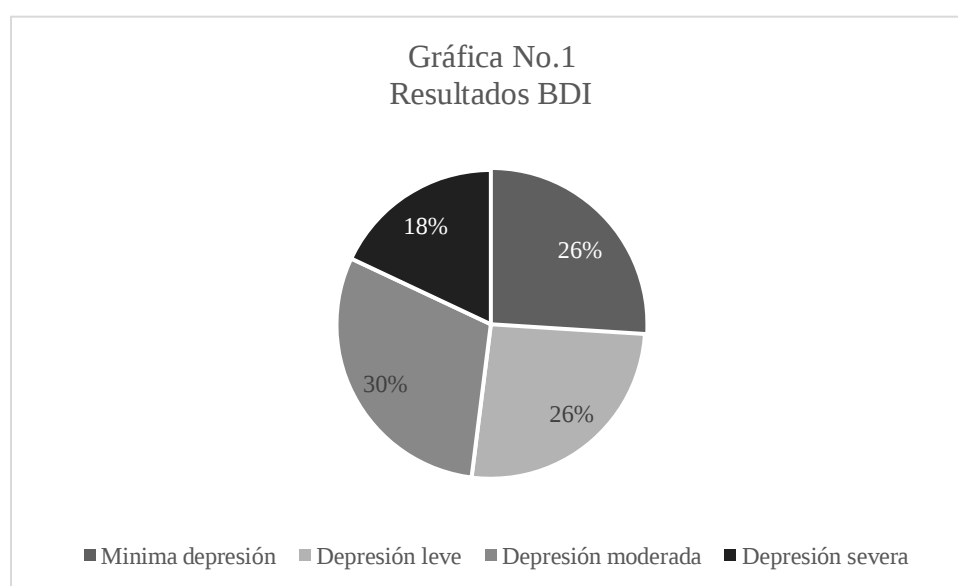
Tabla No. 4

Resultados BDI			
Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
13	13	15	9

Por otro lado, los resultados del inventario de depresión de Beck se pueden evidenciar en la tabla no.4, en la misma se encuentran que de los 50 casos de la muestra 9 presentan depresión severa, 15 depresión moderada, 13 depresión leve y 13 mínima depresión.

Al aplicar el Inventario de depresión de Beck se pudo constatar que indicios de depresión en todos los adultos mayores de la muestra, sin embargo, hubo una tendencia hacia el punto

medio del espectro, en este caso una depresión leve y moderada, siendo los casos más comunes identificados por observación por parte del investigador, en ese sentido, al evaluar todos los elementos ambientales se puede explicar a través del apoyo de profesionales de la psicología, lo que de alguna manera podría reducir los signos y síntomas de la depresión. Por otro lado, el buen estado en general de las instalaciones y los programas existentes puede contribuir en la misma línea, a pesar de que muchos expresaron la necesidad de que su familia los buscase más.



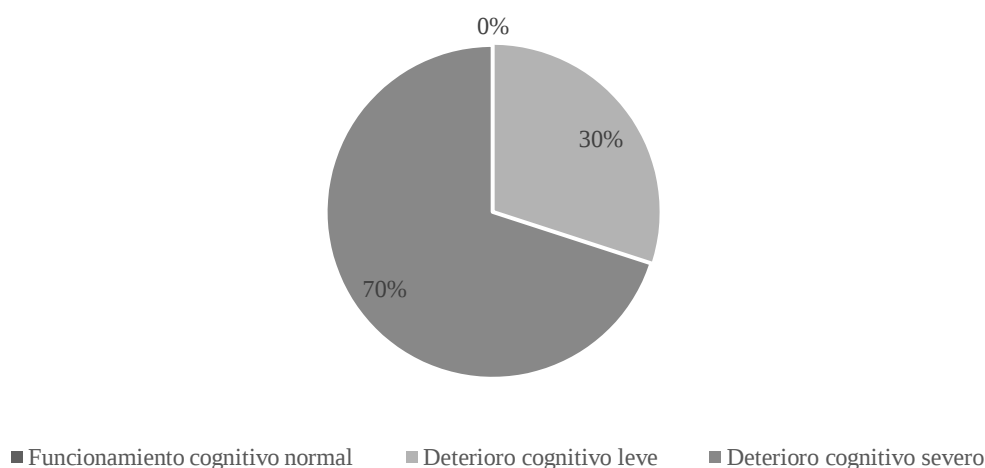
Grafica N0.1. Lo anterior corresponde al 18% de depresión severa, 30% a depresión moderada y 26 en depresión leve y mínima respectivamente. Al observar la gráfica se hace más evidente lo descrito anteriormente, asimismo, al haber una distribución tan variada en cada uno de los niveles de depresión, también puede explicarse a través de las variaciones e individualidades de cada adulto mayor, como la personalidad, historia de vida, escolaridad o experiencia.

3.2.3. Resultados del Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabla No. 5

Resultados MMSE		
Funcionamiento cognitivo normal	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo severo
0	15	35

Gráfica No. 2
Resultados del MMSE



Los resultados obtenidos por el mini mental se pueden evidenciar en la tabla no. 5 y la gráfica N0.2 en donde de los 50 casos de la muestra 35 presentan un deterioro cognitivo severo y 15 un deterioro cognitivo leve. Es decir que los resultados obtenidos en porcentajes reflejan que un 70% de deterioro severo y un 30 a un deterioro cognitivo leve.

Al aplicar el MMSE se pudo constatar una fuerte tendencia a un deterioro cognitivo severo lo que efectivamente se evidencia en los resultados de la prueba, asimismo, caso contrario al BDI no existen variaciones, lo que puede explicarse por la avanzada edad y por otro lado al identificar elementos ambientales como los programas ocupacionales de los adultos mayores, se

encontró que existen pocos o nulos programas que favorezcan el ejercicio cognitivo, lo que no ayudaría a frenar los efectos del deterioro cognitivo.

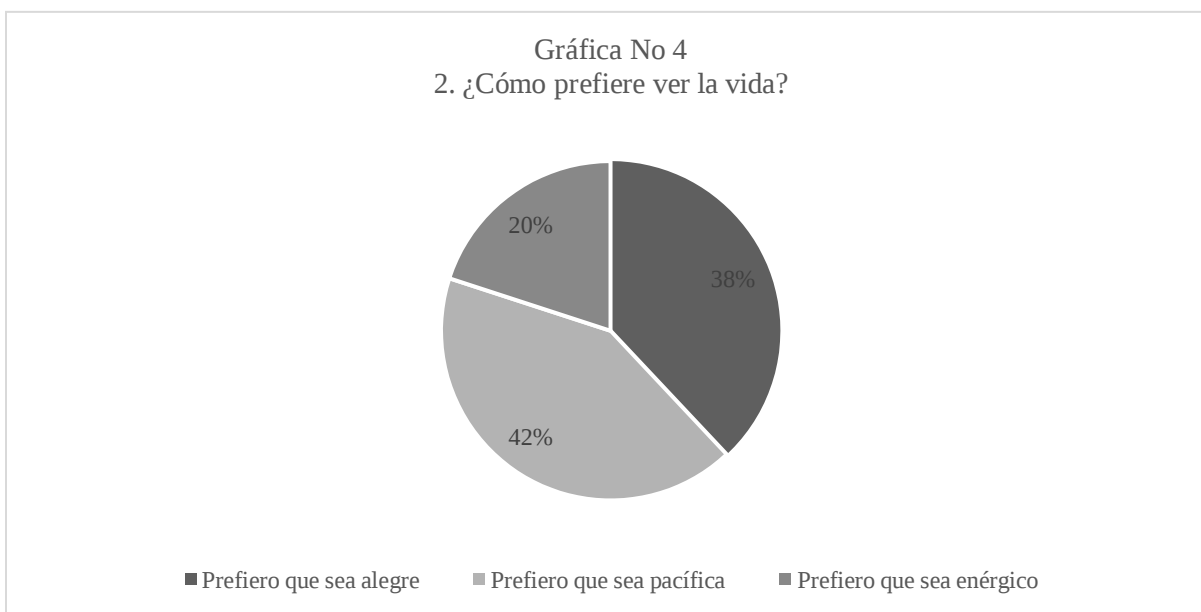
3.2.4. Resultados de la Encuesta de Aplicación.

Este instrumento tenía como objetivo describir las características de la depresión y estados cognitivos de los participantes de la muestra, esto se realizó a través de 8 preguntas con respuestas de selección múltiple en diferentes aspectos.



En la gráfica N0.3, la primera pregunta es ¿Cuándo usted quiere hablar de sí mismo con los demás, prefiere?, y las posibles respuestas son: a). Centrarse en lo que vivía antes, b). Centrarse en lo que los demás dicen de usted. c). Centrarse en lo que está sucediendo. Los resultados fueron muy interesantes porque un 40% respondió en lo que vivía antes, 56% en lo que está sucediendo y un 14% en lo que los demás dicen de usted. Mostrando que la respuesta menos seleccionada se refiere a la opinión de otras personas y la que cuenta con más respuestas conversar del presente.

Estos resultados se pudieron evidenciar al momento de aplicar el instrumento, ya que se encontraron varios casos en los que los adultos mayores preferían hablar sobre sus experiencias o sobre los acontecimientos importantes que sucedían, que en contra posición, fueron pocos los casos en los que los adultos mayores preferían hablar de lo que les sucedía a ellos o lo que los demás pensaban de ellos. En ese sentido, puede interpretarse como un pensamiento negativo sobre sí mismo o una realidad que les acerca más a un fin muy cercano, lo que encaja con lo argumentado por Beck en su triada cognitiva, como una distorsión de la realidad que por supuesto favorece a la depresión.



En esta gráfica N0.4 los resultados se presentaron de la siguiente manera; en la segunda pregunta es ¿Cómo prefiere ver la vida?, las posibles respuestas son: a). Prefiero que sea alegre, b). Prefiero que sea pacífica c). Prefiero que sea enérgico. Y los resultados obtenidos demuestran que un 42% la opción b, un 38% la opción a y un 20% la opción c. Mostrando una preferencia de la perspectiva de la vida hacia lo pacífico y la alegría.

En esta pregunta, algunos adultos mayores explicaban un poco más sus respuestas, mencionaron que el momento en que vivían no les era grato, ya que en general sentían mucha soledad, en este apartado puede interpretarse como lo que Beck menciona dentro de la triada cognitiva como una visión negativa sobre su propio futuro.



En esta gráfica N0.5 en respuesta a la tercera pregunta es ¿Cuándo usted está conversando?, las posibles respuestas son: a). A veces se me olvida alguna palabra, b). A veces se olvida muchas palabras c). No se me olvida ninguna palabra. La respuesta más seleccionada fue la opción a con un 36%, la opción b con un 30% y la opción c con un 34%, esto evidencia signos de deterioro en la memoria en al menos un 66% de la muestra.

En esta pregunta, se pudo reafirmar al momento de aplicar, no solo esta sino todas las pruebas, que mientras conversaban algunas palabras o ideas se les olvidaban a los adultos mayores, lo que en general también podría interpretarse como un reconocimiento de sí mismos

sobre este aspecto, y en reconocimiento que sus pensamientos o cogniciones no son igual que antes.



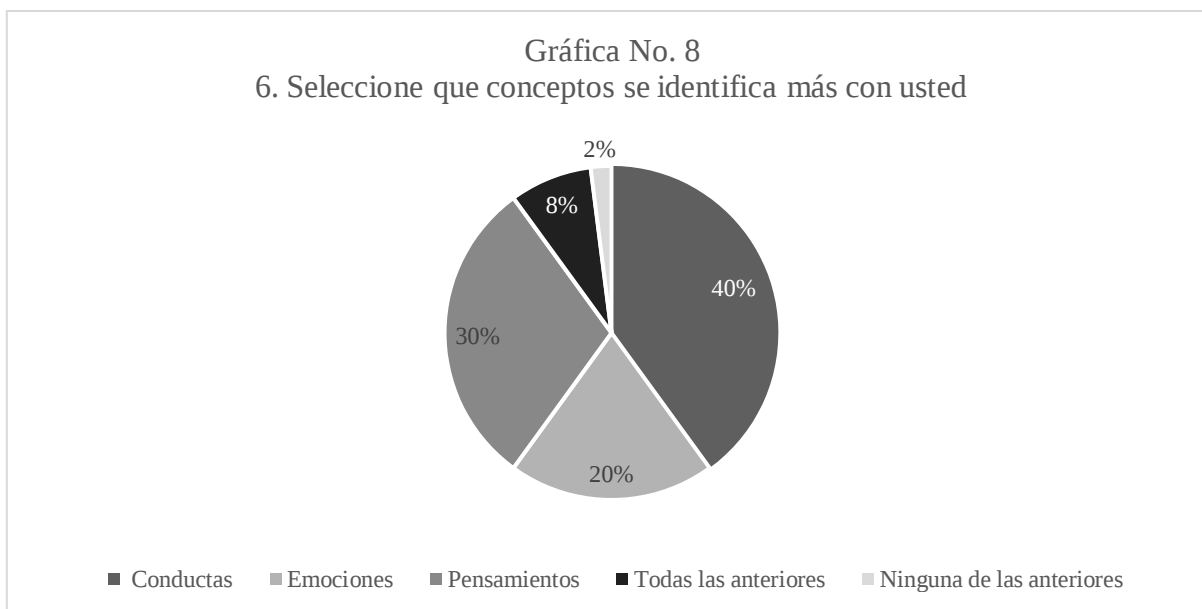
En la gráfica N0.6 refiriéndose a la cuarta pregunta es ¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?, las posibles respuestas son: a). Leyendo o escuchando algo, b). Hablar con otras personas, c). Prefiero estar en silencio. La respuesta más seleccionada fue la opción c con un 40%, continua con la opción a con un 34% y por último la opción b con un 26%, evidenciando una tendencia a preferir actividades que no requieren esfuerzo cognitivo o social. Lo cual podría sugerir una vinculación de los hábitos de los participantes con los resultados del MMSE.

Este apartado, precisamente los adultos mayores lo ampliaban un poco más durante la aplicación del instrumento, que en algunos casos sus pares interlocutores no prestaban atención o se distraían por lo que preferían estar en silencio y alejarse de las conversaciones. En ese sentido, puede interpretarse como una visión negativa del mundo exterior como lo menciona Beck en la triada cognitiva lo que por supuesto favorece la depresión.



La gráfica N0.7 en respuesta a la interrogante. “Para mí la vida puede ser”, las posibles respuestas son a). Un sentido de trabajo y eficiencia, b). Un sentido de dar y recibir c). Acciones y pensamientos. La opción b fue la más seleccionada con un 50%, la opción a con un 32% y la opción c con un 18%. Evidenciando una clara tendencia a seleccionar respuestas vinculadas a compartir con otras personas, lo cual podría dar indicios de necesidades sociales en la muestra.

En esta pregunta, se pudo evidenciar al momento de aplicar el instrumento, una tendencia a buscar el apoyo de sus familiares, incluso en algunos momentos lo expresaron tácitamente, este abandono también contribuye a las distorsiones cognitivas de la triada de Beck. Esta respuesta llamo la atención del investigador en relación con la respuesta anterior que preferían estar en silencio, dentro de ellos está latente la necesidad de afecto y compañía.

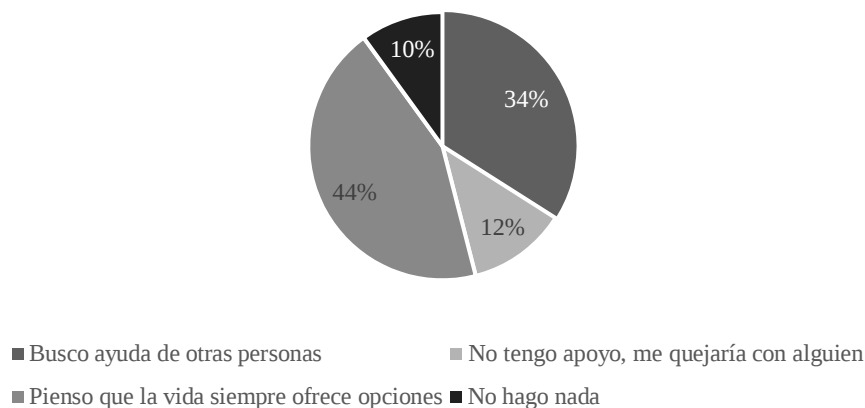


En esta gráfica N0.8 en donde se les hace la indicación que deben seleccionar que conceptos se identifica más con usted”, siendo las respuestas: a). Conductas, b). Emociones, c). Pensamientos, d). Todas las anteriores y e). Ninguna de las anteriores. La opción que tuvo más alto porcentaje fue la “a” con un 40% la opción c) la segunda con un 30%, la opción b) con un 20% y la opción d) con un 8% y la opción e) con un 2%. Estos resultados evidencian que hay una preferencia por los elementos conductuales y emocionales sobre los cognitivos.



La gráfica N0.9 que responde a la interrogante que solicita que el participante indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado”, las respuestas son: a). Prefiero retirarme, b). Me quedo callado o callada, c). Busco otra persona para platicar y la opción d). Quejarme con alguien de la situación. La respuesta más seleccionada la fue la opción “b” con un 50%, le sigue la opción a) con un 38%, la opción c) con un 8% y la opción d) con un 4%. Estos resultados evidencian preferencia por respuestas que eviten el contacto social para resolver la situación.

Gráfica No. 10
8. ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?



La gráfica N0.10 en relación con el octavo ítem es ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?, las posibles respuestas son a). Busco ayuda de otras personas, b). No tengo apoyo, me quejaría con alguien, c). Pienso que la vida siempre ofrece opciones, d). No hago nada. Los resultados evidencias claramente que un 44% se inclina en la opción c, un 34% en la opción a, un 12% en la opción b y un 10% en la opción e. Esto evidencia una tendencia hacia una perspectiva positiva, es decir buscarían ayuda si ocurriese el caso planteado.

3.3. Análisis general.

En los resultados obtenidos se pudo evidenciar que la correlación en realidad no es significativa, esto mismo pudo constatarse en la experiencia de aplicación de los instrumentos, ya que en la muestra hubo resultados diversos, algunos adultos mayores tenían un excelente estado cognitivo y con otros incluso la aplicación de las pruebas resultó un reto. En ese sentido, cabe mencionar que algunos adultos mayores pudieron resolver el MMSE con relativa facilidad, sin embargo, evidenciaban aspectos vinculados a lo que Beck denominaba la triada cognitiva, como pensamientos negativos sobre si mismos, del mundo y sobre su futuro. Esto respalda los resultados de la prueba de correlación respecto a lo encontrado al aplicar los instrumentos.

Los resultados ofrecidos por la el coeficiente de correlación de Pearson, entre el BID y el MMSE, muestran un índice de -0.13, lo que según la tabla de interpretación de rangos y criterios de la herramienta evidenciaría una correlación muy débil en el espectro negativo (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975), lo que en otras palabras, podría afirmarse que existe una correlación inversamente proporcional entre la depresión y el deterioro cognitivo, sin embargo, esta es muy débil.

Los resultados descritos anteriormente podrían afirmar que es válida la hipótesis nula de investigación planteada: “No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión”, sin embargo, cabe mencionar que esta relación es débil, por lo que es imprescindible realizar un análisis de los factores alrededor de estos resultados.

En ese sentido, es necesario establecer que dentro de las características del lugar de residencia de la muestra, existe un acompañamiento por parte de profesionales en diferentes ramas de la salud, entre ellas la psicología, lo que podría explicar un amortiguamiento en los

resultados del BID, bajo estas circunstancias, también es importante sugerir, que es necesario establecer una correlación entre los resultados del MMSE y los niveles de escolaridad de la muestra, lo cual, entre otros factores, ayudaría a explicar el deterioro alto evidenciado en los resultados de la prueba.

Respecto a los resultados del BID evidenciando un 18% con depresión severa siendo 9 personas y un 30% con depresión moderada, correspondiente a 15 pacientes, lo que en total sería un 48% de la muestra, es decir 24 de 50 personas, en ese sentido, es necesario establecer los factores que favorecen estos resultados. Tomando en cuenta los resultados presentados de la encuesta aplicada, es importante sugerir, la posibilidad de ampliar estudios sobre la correlación de estos altos índices de depresión con las redes de apoyo entre pares y familiares, ya que existe una tendencia marcada hacia el anhelo de contacto social por parte de los participantes.

Lo anterior se sustenta en los resultados del ítem 5; “Para mí la vida puede ser” en donde un 50% de la muestra respondió: “Un sentido de dar y recibir”, en contraposición el mismo instrumento evidencia debilidad en la dimensión social de los participantes, principalmente en el ítem 7 el cual plantea; “Indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado” donde un 50% de la muestra respondió: “Me quedo callado o callada”, lo que puede interpretarse como pocos recursos sociales para afrontar dicha situación, asimismo, en el mismo ítem, un 38% respondió: “Prefiero retirarme” reforzando aún más esta idea.

Los resultados del MMSE evidencian un deterioro cognitivo severo en un 70% de la muestra siendo un total de 35 personas y un deterioro cognitivo leve con un 30% siendo 15 pacientes del total de la muestra, lo que evidencia una tendencia claramente negativa en este apartado, sin embargo, ya que según el coeficiente de correlación de Pearson aplicado evidencia

una correlación muy débil, es necesario contrastarlo con otros factores evaluados en la encuesta aplicada, dentro de los cuales es posible destacar los resultados del ítem 4; “¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?” en donde un 40% de los participantes respondió “prefiero estar en silencio”, lo que evidencia una clara tendencia hacia hábitos que no favorecen el ejercicio cognitivo.

En el mismo orden de ideas, el ítem 6 de la encuesta aplicada menciona “seleccione que conceptos se identifica más con usted” en donde un 40% de los participantes respondió “conductas” y un 20% “emociones” sumando un 60% de la muestra que no se identifica con actividades cognitivas, lo que claramente contrasta con un 30% que respondió “pensamientos” lo que puede interpretarse como una tendencia que se aleja hacia procesos cognitivos en la muestra.

Al aplicar cada uno de los instrumentos y en las entrevistas que se realizaron con cada paciente se pudo identificar que, a pesar de que cada uno lo expresaba diferente, una marcada tendencia a sentimientos de soledad, expresando situaciones extremas, lo que según las distorsiones cognitivas de Beck se refiere a “pensamiento de todo o nada”. (Beck & et.al, 1961) Asimismo, en conflictos con otros pacientes se expresó, en algunas ocasiones, a extender el problema al resto o incluso al total de los residentes, evidenciando lo que Beck denomina “sobregeneralización”.

Por otro lado, en el mismo discurso de los pacientes se identificaron claras confusiones en fechas o vagos recuerdos de sucesos más próximos en el tiempo, lo que acentúa las evidencias encontradas en los resultados del MMSE.

En términos generales la teoría de la depresión de Beck menciona que esta se caracteriza por patrones de pensamientos negativos y distorsionados que se manifiestan principalmente en

tres áreas, conocidas como la triada cognitiva de Beck, una visión negativa del uno mismo, del mundo y del futuro. Estas distorsiones cognitivas, como el pensamiento de todo o nada y la sobregeneralización se observan en los pacientes evaluados, este aspecto es sumamente interesante, ya que según los resultados antes mencionados existen coincidencias con la teoría de Beck.

Por otro lado, el MMSE evalúa una capacidad cognitiva más objetiva. La correlación débil entre la depresión y el deterioro cognitivo encontrado sugiere que estos factores operan de manera independiente, por lo que resulta necesario considerar otros factores vinculados al contexto y a la historia de vida de los pacientes.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones.

4.1. Conclusiones.

- ✓ Los resultados en general reflejan la validación de la hipótesis nula planteada “No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.
- ✓ Tomando en cuenta los resultados presentados de la encuesta aplicada, es posible afirmar que existe un alto índice de depresión en los adultos mayores de Ascavip.
- ✓ Según el coeficiente de correlación de Pearson aplicado evidencia una correlación muy débil, es necesario.
- ✓ Se evidencia una tendencia marcada hacía el anhelo de contacto social por parte de los participantes. En contraposición el mismo instrumento evidencia debilidad en la dimensión social de los participantes y pocos recursos sociales para afrontar diferentes situaciones. Asimismo, Se evidenció una clara preferencia hacia hábitos que no favorecen el ejercicio cognitivo, en el mismo orden de ideas, tampoco se evidencia un interés en este aspecto por parte de los adultos mayores de Ascavip.

4.2. Recomendaciones.

- ✓ A la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda generar más estudios para establecer la correlación entre la depresión con otras variables del contexto de los adultos mayores, como el contacto social con pares y familiares, la atención brindada en centros especializados y condiciones individuales de cada caso. Asimismo, la correlación entre el deterioro cognitivo con otras variables como el nivel educativo, las redes sociales con pares y familiares y la actividad mental cotidiana. De esta manera, generar estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida de esta población.
- ✓ A los profesionales de psicología de Ascavip realizar una evaluación exhaustiva de los factores que contribuyen a los altos niveles de depresión evidenciados en los resultados del BDI, de esta manera, implementar programas de intervención psicológica individual y grupal, así como, actividades recreativas que promuevan el bienestar emocional, por otro lado, es necesario establecer mecanismos de monitoreo para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas.
- ✓ A los profesionales de psicología de Ascavip implementar programas de estimulación cognitiva y actividades específicas que favorezcan las capacidades cognitivas, también promover espacios de formación continua en diferentes habilidades según los intereses de los adultos mayores residentes en Ascavip, también es importante desarrollar investigaciones adicionales para identificar las causas del deterioro cognitivo severo en los adultos mayores de Ascavip.
- ✓ A los profesionales que atienden a los adultos mayores en Ascavip fomentar la creación y fortalecimiento de redes de apoyo social entre los residentes de Ascavip, así como sus familias y la comunidad, implementando programas de integración social y actividades

que promuevan el contacto social y el apoyo mutuo, también, introducir y promover actividades que estimulen el ejercicio cognitivo y físico, adecuándolas a los intereses de los residentes.

4.3. Referencias.

- Academia Nacional de Medicina (ANM). (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Mexico, D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Alvaro, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos. doi:ISSN 1134-928X.
- American Psychiatric Association. (s.f.). 2013. *Guía de Consulta de los Criterios de Diagnóstico del DSM-V*. ISBN 9780890425510.
- André, C. (2010). *Los estados del ánimo*. Barcelona: Kairos.
- Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. México: PAX.
- Barull, D., & Stern, y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: Emerging concepts in cognitive reserve. *Trends Cogn Sci*, 17(10), 9-502.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, A., & et.al. (1961). *An Inventory for measuring depression*. EE.UU: Saint.
- Bohrquez, A., Pinto , D., Gil , J., Rondón, M., Daz-Granados, N., & Gómez-Restrepo, C. (2015). Prevalencia de depresin y factores asociados con ella en la poblacin colombiana. *Panam Salud Publica*, 16(86), 378.
- Cano, C., & et.al. (2018). ILUMINANDO LAS DECISIONES E INTERVENCIONES PÚBLICAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR. *ESTUDIO SABE BOGOTÁ*.
- Comité Nacional de Proteccion a la vejez (CONAPROV. (s.f.).

Confinamiento prolongado en Personas Mayores. (2020). Obtenido de

https://drive.google.com/file/u/0/d/1Sw3RIIdOHVwMnMB_YA9GgzSiWC66bKj_I/view?usp=embed_facebook

Consejería de Salud y Bienestar Social. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

COVID 19: Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society. (2020). *Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society*. Obtenido de <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-dementia-and-cognitive-impairment>

Decreto 80-96 Ley de Protección Para las personas de la tercera edad. (1996). Decreto 80-96. Guatemala.

Diniz, B., Butters, M., Alberto, S., Dew, M., & Reynolds, C. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*, 202(5), 35-329.

Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutierrez, G., & Vásquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una. (U. A.-U. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Ed.) *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42. doi:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706313726277?token=B51A0A1B5A20AB2CF86FC3764A1C0948EF52DD183374F44DDDCBC5CC985D5F537428C789B725D0995C8CD4FE5CA7B66B&originRegion=us-east-1&originCreation=20220724223605>

Duran-Badillo, T., Benitez, V., Martinez, M., Gutierrez, G., Herrera, J., & Salazar, M. (2021).

Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. Mexico: Scielo.

Flores, R. (2020). *DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES EN SUDAMÉRICA.*

Pimentel-Perú: Universidad Señor de Sipan.

Folstein, M., Folstein, S. E., & Mchugh. (1975). "Mini-mental state". A practical method for

grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 189 - 198.

Galán, M. (2010). Ética de la investigación. *Revista Iberoamericana de Educación / Revista*

Ibero-americana de Educação, 54(4), 1-2. doi: ISSN: 1681-5653

Gallardo, R. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 29-40.

Ghedin, W. (2009). *Las enfermedades mentales.* Argentina: LEA.

Hernández , J., Malagón, C., & Rodríguez, J. (2006). *Demencia tipo Alzheimer y lenguaje.*

Universidad del Rosario. Obtenido de <https://editorial.urosario.edu.co/gpddemencia-tipo-alzheimer-y-lenguaje-2519.html>

Hernandez, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitarias*

Médicas, 228-248.

Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos en

investigación. (1979). Principios y Guías Éticos para la Protección de los sujetos

humanos de Investigación. *Principios y Guías Éticos para la Protección de los sujetos humanos de Investigación.*

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (1964). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.*

Ministerio de Salud, Chile. (2019). *ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS MAYORES*. Chile: Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores SENAMA .

Molina, L., & Martín, B. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona: Amat.

Moreno, A. (2008). La depresión y sus máscaras. *España Medica Panamericana*, 1(1), 16.

Ordoñez, A., Gonzalez, R., Montoya, I., & Schoeps, K. (2014). CONCIENCIA EMOCIONAL, ESTADOS DE ÁNIMO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO. *Infad Revista de Psicología*, 229-236.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2016). La Salud mental y los adultos mayores. *Programa de salud mental*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Las 10 principales causas de defunción. A:.

Ortiz, A., Alonso, I., & Ruiz, A. (2011). Trastornos del Estado del Animo. *ElsevierMasson*, 5(1), 133-145.

Ortuño, F. (2009). Lecciones de Psiquiaría. *España Médica Panamerican*, 1(1), 11-23.

- Pérez-Lao, A., Oviedo, D., & Britton, G. (2020). Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve. *Centro de Neurociencias y Unidad de Investigación Clínica, Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT AIP)*, 8(3), 05-17.
doi:<https://doi.org/10.37387/ipc.v8i3.166>
- Portellano, C. (2018). *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto Share (Survey and Health, Ageing and Retirement in Europe)*. España: Universidad de Barcelon.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real academia Española. *Depresón*.
Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=depresion>
- Rock, P., Roiser, J., Riedel, W., & Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 44(10), 40-2029.
- Rojas, E. (2011). *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable*. España: Grupo Planeta.
- Santos, N., & Cando, S. (2015). *DESARROLLO DE UN PROYECTO DE RECREACIÓN DIRIGIDO A*. Latacunga-Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE COTOPAXI.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive Reserve and Lifestyle. *J Clin Exp Neuropsychol*, 25(5), 33-625.
- Tucker, A., & Stern, Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*, 8(4), 60-354.
- Vivaldi, F., & Barra, F. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter psicológica*, 30(2), 9-23.
- Willard, H., & Spackman, C. (2005). *Terapia Ocupacional*. Argentina: Medica Panamericana.

Anexos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 1: Consentimiento Informado

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a **“Relación entre esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual”**. Estudio realizado con **adultos mayores en Asociación, Ascasvip 2024** del estudiante Allan Dennis Vásquez Villanueva y avalado por Licda. Gabriela María Guerrero Veliz.

El objetivo general de este estudio corresponde a determinar la relación entre los esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual”. Estudio realizado con adultos mayores en Asociación, Ascasvip 2024.

Actualmente el estudiante encargado de la investigación se encuentra terminando la licenciatura en Psicología en la Escuela de Ciencias Psicológicas del Centro Universitario Metropolitano CUM perteneciente a la Universidad de San Carlos de Guatemala. El estudio ayudará a dar mayor amplitud en el estado mental de las personas adultos mayores por medio del conocimiento y entendimiento de las características de los estados cognitivos y se podrá validar la hipótesis de investigación de la relación con la depresión. Esto es un precedente para comenzar a trabajar programas sociales, educativos y clínicos para la atención del estado cognitivo y de la relación que puede tener con la depresión.

Usted formará parte de una muestra del cual constará de 50 adultos mayores del sexo femenino y masculino con edades entre un rango de 65 años en adelante previamente diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024”

La Confidencialidad y publicidad final de los resultados no reportarán datos de dirección o nombres de los participantes en este estudio. Las únicas personas que tienen accesos a sus datos solo son las investigadoras de este estudio. Por otro lado, se le informa que este estudio será revisado por dos personas más, quienes tiene que autorizar o dar su visto bueno sobre el trabajo. Estas personas no tendrán acceso a sus datos. Al finalizar el estudio y una vez aprobado el informe final por un asesor y revisor asignados por la universidad todos los datos u hojas que usted llenó serán destruidos en su totalidad.

Con esta investigación se espera determinar la relación entre entre esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascavip 2024. Describir las características de depresión y estados cognitivo-conductuales en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024. También se logrará identificar el estado cognitivo y conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación y al final se evaluarán los esquemas de depresión Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación, Ascavip 2024.

En cuanto a la voluntariedad de su participación será sumamente importante contar con su apoyo y los datos que proporcione.

Si bien es voluntarioso y sin condiciones, debe comprenderse que así mismo no será excusa alguna para que su nombre, edad o cualquier otro dato sea compartido o divulgado en

ningún lugar fuera o dentro de este estudio. Por lo cual esperamos contar con todo su apoyo y desde ya agradecemos el tiempo y espacio proporcionado para este estudio.

Personal de contacto

Yo _____(nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información al paciente en relación con el estudio arriba citado
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles de este con el investigador Allan Dennis Vásquez Villanueva.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo: - en el momento en que lo desee, - sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio Firma
del participante

Fecha.....

Confirmo que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional.....

Fecha.....

Se requieren dos copias: una para el investigador y otra para el paciente.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 2: Encuesta de aplicación

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de aplicación _____

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas de acuerdo con tres respuestas en donde deberá seleccionar solamente una respuesta, no hay respuestas correctas e incorrectas, únicamente queremos su mayor sinceridad.

1. ¿Cuándo usted quiere hablar de sí mismo con los demás, prefiere?

- a. Centrarse en lo que vivía antes
- b. Centrarse en lo que los demás dicen de usted
- c. Centrarse en lo que está sucediendo

2. ¿Cómo prefiere ver la vida?

- a. Prefiero que sea alegre
- b. Prefiero que sea pacífica
- c. Prefiero que sea enérgico

3. ¿Cuándo usted está conversando?

- a. A veces se me olvida alguna palabra
- b. A veces se olvida muchas palabras
- c. No se me olvida ninguna palabra

4. ¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?

- a. Leyendo o escuchando algo
- b. Hablar con otras personas
- c. Prefiero estar en silencio

5. Para mí la vida puede ser:

- a. Un sentido de trabajo y eficiencia
- b. Un sentido de dar y recibir
- c. Acciones y pensamientos

6. Seleccione que conceptos se identifica más con usted

- a. Conductas
- b. Emociones
- c. Pensamientos
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna de las anteriores

7. Indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado

- a. Prefiero retirarme
- b. Me quedo callado o callada
- c. Busco otra persona para platicar
- d. Quejarme con alguien de la situación

8. ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?

- a. Busco ayuda de otras personas
- b. No tengo apoyo, me quejaría con alguien
- c. Pienso que la vida siempre ofrece opciones
- c. No hago nada



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de aplicación _____
Estado civil: _____ Sexo: _____
Oficio o Profesión: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.



Universidad de San Carlos de
Guatemala Escuela de Ciencias
Psicológicas

Centro de Investigaciones en Psicología –
CIEPs-“Mayra Gutiérrez”



Anexo 4: Mini Mental State Examination (MMSE) (1975).

Instrucciones: Esta prueba se divide en 8 etapas por favor siga las instrucciones de su evaluador en cada una de las etapas.

Nombre: _____	
Fecha: _____	
HC: _____	
Escolaridad: _____	
Explorar y puntuar siguiendo estrictamente las normas estandarizadas. Establecer puntuaciones ajustadas en personas iletradas.	Puntos:
ORIENTACIÓN	☐ 1
¿En qué año estamos?	☐ ☐
¿En qué estación del año estamos?	☐ ☐
¿Qué día del mes es hoy?	☐ ☐
¿Qué día de la semana es hoy?	☐ ☐
¿En qué mes del año estamos?	☐ ☐
¿En qué país estamos?	☐ ☐
¿En qué provincia estamos?	☐ ☐
¿En qué ciudad estamos?	☐ ☐
¿Dónde estamos en este momento?	☐ ☐
¿En qué piso (planta) estamos?	☐ ☐
FIJACIÓN	☐ 1 2 3
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 segundo: Bicicleta, cuchara, manzana	☐ ☐ ☐ ☐
Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda	
ATENCIÓN Y CÁLCULO	☐ 1 2 3 4 5
A. Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO	
Puntuar la mejor respuesta	
MEMORIA	☐ 1 2 3
Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana)	☐ ☐ ☐ ☐
Dar 1 punto por cada respuesta correcta	

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES”.**

ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACION ASCASVIP 2024.

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

POR
ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina.

DIRECTOR

M.Sc. 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. 050-2024

UG. 399-2024

CODIPs. 2897-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

23 de septiembre de 2024

Estudiante

Allan Dennis Vásquez Villanueva

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Vásquez Villanueva:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO TERCERO (23°.)** del **Acta CINCUENTA Y DOS - DOS MIL VEINTICUATRO (52-2024)** de sesión celebrada por el Consejo Directivo el 19 de septiembre 2024, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO TERCERO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado:

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.
ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024**

de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Allan Dennis Vásquez Villanueva

Registro Académico 2011-15711

CUI: 2425-66545-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por **Licenciada Gabriela María Guerrero Véliz** y revisado por **Licenciada Rosario Elizabeth Pineda Mazariegos de García**.

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-399-2024

Guatemala, 19 de septiembre 2024

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores miembros:

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, el estudiante **ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA, Carné No. 2425-66545-0101; Registro Académico No. 2011-15711 y Expediente de Graduación No. EPS-79-2017-S, ha completado los siguientes requisitos de Graduación:**

- 10 créditos académicos del área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 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 **"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES. ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024"**, aprobado por la Coordinación del Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- el 26 de agosto de 2024.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.Sc. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Docente Encargada
UNIDAD DE GRADUACIÓN



CC. Archivo

Adjunto expediente impreso y digital. Informe Final de Investigación



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

CIEPs. 050-2024
REG. 050-2024



INFORME FINAL

Guatemala, 26 de agosto de 2024

Señores

Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Rosario Elizabeth Pineda de García** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES”.
ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024.

ESTUDIANTE:

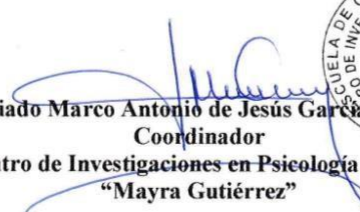
Allan Dennis Vásquez Villanueva
CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.

2425665450101

El cual fue aprobado el 26 de agosto de 2024 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 20 de agosto de 2024, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García
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. 050-2024
REG. 050-2024

Guatemala, 26 de agosto 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:

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL ESTADO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES”.**

ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN ASCASVIP 2024.

ESTUDIANTE:

Allan Dennis Vásquez Villanueva

CARRERA: Licenciatura en Psicología

DPI. No.

2425665450101

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 26 de agosto de 2024,
por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Rosario Elizabeth Pineda de García
DOCENTE REVISOR



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

Guatemala, 30 de Julio del 2,024

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

Deseándole éxitos al frente de sus labores:

Por este medio le informo que el estudiante Allan Dennis Vásquez Villanueva, CUI 2425665450101 realizó en esta institución en el tiempo estipulado, cumpliendo con el trabajo programado de la Investigación **"Relación entre Depresión y el Estado Cognitivo"**

Con adultos mayores que se realizó en la Asociación, Ascavip 2024.

en el periodo comprendido del 29 de mayo al 17 de junio del 2,024, en el horario de 9am a 12am Hrs.

Doy fé, que el estudiante en mención cumplió 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 Silvia Lucrecia Córdón
Psicóloga

+502 57279100

Silvia Lucrecia Córdón Borillas
Terapeuta del Lenguaje Y Psicología Clínica
Colegiada 1414

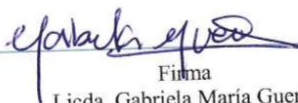
Guatemala, 2 de Febrero del 2024

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 **“La relación entre niveles de depresión y el estado cognitivo-conductual en adultos mayores en una asociación de ancianos, Ascavip 2024”** realizado por el estudiante: Allan Dennis Vásquez Villanueva con número de DPI 2425 66545 0101. El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente. Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Firma
Licda. Gabriela María Guerrero Veliz
Licenciada en Psicología
Colegiado Activo 3842
Asesor/a de contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: ALLAN DENNIS VÁSQUEZ VILLANUEVA

GLORIA ESPERANZA VILLANUEVA CORDÓN.

ABOGADA Y NOTARIA

COLEGIADO 8433.

DAVID RICARDO PALMA VILLANUEVA

INGENIERO CÍVIL

COLEGIADO 8461.

Dedicatoria

A:

A los adultos mayores, por ser fuente inagotable de sabiduría y experiencia, y por inspirarme a seguir adelante en este camino académico.

A Ascavip por haberme permitido realizar esta investigación y facilitarme los espacios y tiempo necesarios.

A mis asesores, cuyo conocimiento y orientación fueron fundamentales para la culminación de este proyecto. Su apoyo constante y dedicación hicieron posible este logro.

A las instituciones que contribuyeron a mi formación académica, brindándome las herramientas y oportunidades necesarias para crecer y aprender.

Y, especialmente, a la Universidad de San Carlos de Guatemala, por su respaldo y por proporcionarme un entorno de excelencia académica que me permitió alcanzar esta meta.

Agradecimientos.

A: mis padres, Sori Vásquez y Gloria Villanueva, por ser parte fundamental en el proceso de lograr mis metas académicas. Su apoyo incondicional y amor han sido mi mayor inspiración.

A mi hermano David, gracias por tu constante iniciativa y motivación para cerrar este ciclo académico con éxito. También agradezco a mi familia por su constante aliento y comprensión.

A mis amigos, gracias por estar siempre presentes. Un agradecimiento especial a la Licenciada Gabriela María Guerrero Veliz por su orientación experta. Por último, a todas las personas que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo, mi más profundo agradecimiento.

Tabla de contenido

Contenido	Pág.
Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	4
2 Planteamiento del problema y marco teórico.	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Objetivos	7
2.2.1 Objetivo general	7
2.2.2 Objetivos específicos	7
2.3 Marco teórico	8
2.3.1 Antecedentes	8
2.3.2 Asociación de adultos mayores, Ascavip 2024	10
2.3.3 Depresión	11
2.3.3.1 Síntomas de la depresión	11
2.3.4 Modelo cognitivo	14
2.3.4.1 Estado mental	16
2.3.4.2 Modelo cognitivo	18
2.3.5 Estado conductual	20
2.3.6 Teoría Aaron Beck	22
2.3.7 Adulto mayor	24

1.4	Consideraciones éticas.....	25
	Capítulo II.....	27
5.	Técnicas e instrumentos	27
5.1.	Enfoques, modelos y nivel de investigación.....	27
5.2.	Técnicas	28
5.2.1.	Técnicas de muestreo.....	28
5.2.2.	Técnicas de recolección de datos.....	30
5.2.3.	Técnicas de análisis de datos	33
5.3.	Instrumentos.....	34
5.3.1.	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	34
5.3.2.	Mini Mental State Examination (MMSE)).	36
5.3.3.	Encuesta	37
5.4.	Operacionalización de objetivos	39
5.4.1.	Categorías.....	39
5.4.2.	Hipótesis.....	41
	Capítulo III	42
6.	Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	42
6.1.	Características del lugar y la muestra	42
6.1.1.	Características del lugar.	42
6.1.2.	Características de la muestra.....	43
6.2.	Presentación, interpretación y análisis de los resultados	44
6.2.1.	Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson.....	45

6.2.2.	Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI)	48
6.2.3.	Resultados del Mini Mental State Examination (MMSE)	50
6.2.4.	Resultados de la Encuesta de Aplicación:	51
6.3.	Análisis general	59
Capítulo IV		63
7. Conclusiones y recomendaciones		63
7.1.	Conclusiones	63
7.2.	Recomendaciones	64
7.3.	Lista de referencias	66
Anexos		71
Anexo 1: Consentimiento informado		72
Anexo 2: Encuesta de aplicación		75
Anexo 3: Inventario de depresión de Beck		77
Anexo 4: Mini Mental State Examination		81

Resumen

“Relación entre Depresión y el Estado Cognitivo en Adultos Mayores”.

Estudio realizado en la Asociación ASCASVIP 2024.

Allan Dennis Vásquez Villanueva

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación de adultos, Ascavip 2024. Los objetivos específicos fueron evaluar la depresión de acuerdo con el estudio científico de Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación de adultos mayores, Ascavip 2024; identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación y describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024. El estudio se abordó desde la teoría psicológica cognitiva de Aaron Beck, así mismo, se utilizó la técnica de muestro no probabilístico por conveniencia con una muestra de 50 adultos mayores del sexo femenino y masculino con edades entre un rango de 65 años en adelante previamente diagnosticados con depresión. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI); y del estado cognitivo-conductual con Mini Mental State Examination (MMSE) y una encuesta realizada por el estudiante. El enfoque implementado fue cuantitativo con un diseño correlacional, las técnicas de recolección de datos se aplicaron mediante la escala de Likert y encuesta, por último, para la técnica de análisis de datos través gráficas de pie y con el coeficiente correlacional de Spearman. Dando como resultado que no existe una correlación significativa entre los resultados del BDI y el MMSE aplicados a los 50 pacientes de la muestra.

Prólogo

El siguiente trabajo lleva como título “Relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores”. Estudio realizado en la Asociación, Ascavip 2024. La investigación forma parte de los requisitos del investigador para elaborar su trabajo con fines de graduación para obtener el título de Licenciado en Psicología, se llevó a cabo en una institución que le da albergue a un grupo de adultos mayores en donde en su mayoría tienen un diagnóstico de depresión y que en el momento de buscar una muestra con las características que eran necesarias para realizar el estudio la institución abrió sus puertas a la investigación. El objetivo general fue determinar la relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación sin fines de lucro dirigida a la población más necesitada del país y que presentan condición de pobreza en la ciudad de Guatemala.

Se tomó la decisión de trabajar con adultos mayores porque son una población que a pesar de que existen varios estudios que se enfocan en explicar las etapas por las que ellos atraviesan y las situaciones a los que se enfrentan al llegar a esta edad, son muy escasas las investigaciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida en base a resultados específicos en las distintas instituciones que albergan a los adultos mayores y sobre todo que pueda dar luces que aclaren como se podrían mejorar ciertos procesos cognitivos por los que se atraviesa en la adultez. De por si esta población suele ser excluida o es invisibilizada y se da mucho más este fenómeno en países subdesarrollados como es el caso de Guatemala.

Por lo anterior Ascavip al ser un lugar de residencia para esta población permitió la realización del presente estudio ya que una de sus problemáticas principales es la depresión. Por otro lado, el presente estudio fue dividido en varias fases iniciando en un anteproyecto, luego un

trabajo de campo y finalmente luego de obtener resultados, se realiza un informe general con datos observables y medibles que podrán servir a la institución para mejorar la calidad de vida de la población que albergan.

El informe final que leerán a continuación fue dividido en 4 capítulos; en el primero se plantea el problema del estudio, la justificación y lo que conforma el marco teórico que explica por qué se pueden dar ciertos deterioros en determinadas poblaciones y los criterios éticos considerados durante el estudio, en un segundo capítulo se abarca el enfoque, las técnicas e instrumentos utilizados por el investigador, así como la operacionalización de sus objetivos.

Luego en un tercer capítulo ya basándose en una evidencia luego de aplicar las técnicas e instrumentos respectivos se presentan y analizan los resultados de la investigación para llegar al cuarto y último capítulo que se enfoca en las conclusiones y recomendaciones a las que llega el investigador y que serán las que servirán a la institución para tomar la decisión de utilizar o implementar estrategias adecuadas para la institución y su población.

Por lo anterior, se agradece a Ascavip por abrir las puertas para la realización de este estudio, el cual hace presente la importancia del abordaje y exploración de nuevos conocimientos vinculados a este grupo etario.

Capítulo I

5. Planteamiento del problema y marco teórico.

1.4 Planteamiento del problema.

El aumento de la esperanza de vida y el control de la natalidad han dado como resultado incremento de la población (Organización Mundial de la Salud, 2016). Antes del 2015 existía un promedio de vida con resultados poco esperanzadores, y posiblemente ya no represente diferencias significativas del proceso de vida tanto para jóvenes y adultos.

Por otro lado, para la persona mayores implica desafíos personales, familiares, económicos y sociales. A mayor edad, mayor es el riesgo de padecer enfermedades, y el padecer una o más enfermedades, aumenta la probabilidad de ser hospitalizado, y provocar con ello estados de ansiedad y depresión, alteración cognitiva y dependencia funcional (Duran-Badillo, et.al, 2021).

Los antecedentes encontrados en esta temática afirman que en América Latina y en especial los países centroamericanos reflejan la dificultad de buena atención al adulto mayor. Dentro de estas investigaciones cabe mencionar una en particular porque está muy relacionada con este estudio y que se centra en el síndrome depresivo debido a su alta prevalencia. Países como Chile, Brasil, México y Colombia (Bohrquez et al., 2015) han contribuido significativamente aportando información epidemiológica valiosa sobre este trastorno en la población de edad avanzada. Un ejemplo notable es el estudio realizado en Perú en el año 2020 por Flores, titulado "Deterioro cognitivo en adultos mayores en Sudamérica".

La depresión es un trastorno mental muy frecuente, según la (Organización Mundial de la Salud, 2017) y la evidencia científica muestra que los pacientes hospitalizados en cuidados

intensivos presentan cifras de depresión de 20 a 30 % (American Psychiatric Association.) en medicina interna de 22. % y 28. % respectivamente. Esto puede significar que los adultos mayores no pueden adaptarse o bien para ellos puede ser difícil conceptualizar el significado de la etapa de adulto mayor y puede que esto representa un declive del disfrute de la vida.

Relacionado con la edad se presentan también en el adulto mayor otro tipo de enfermedades y no solo físicas, sino también mentales particularmente las distorsiones cognitivas. Arón Beck sostiene que las cogniciones juegan un papel importante en la forma en que las personas perciben y responden a sus experiencias, por lo tanto, influyen en cómo las personas interpretan la vida, en ese sentido, Beck define algunas distorsiones cognitivas como la descalificación de lo positivo, el razonamiento emocional o la sobregeneralización. (Beck A. T., 1979)

También desde la perspectiva del mismo autor refiere la depresión como pensamientos perturbados como consecuencia del proceso erróneo o sesgado de la información. (Beck & et.al, 1961)

En Guatemala se han hecho pocas investigaciones en cuanto a la evolución y los diversos estados o etapas en las que pasa cada uno de ellos puede estar pasando y en consecuencia existen pocos programas o proyectos que se enfoquen en la atención y acompañamiento de la población que se encuentra en una etapa final de su vida.

El investigador al buscar un lugar en donde poder realizar su estudio, se acerca a varias instituciones entre ellas Ascavip quien le abre las puertas del centro para que pueda realizar la investigación ya que llenaba con todas las características que el estudiante buscaba. Ascavip acoge a las personas adultas varias de ellas ya con un diagnóstico de depresión y les proporciona

un hogar brindándoles la oportunidad de que en esta etapa de su vida encuentren un lugar seguro donde puedan habitar. En ese primer acercamiento las autoridades del centro relatan los problemas que ellos se enfrentan como institución y la poca ayuda que reciben para el apoyo emocional de los residentes. Dentro de estos problemas le mencionan al investigador que muy frecuentemente los adultos mayores presentaban algunas características muy particulares como el olvido de las cosas, incapacidad de ubicarse en el espacio y tiempo o incapacidad para identificar algunos objetos, incluso una tendencia a sobregeneralizar y era entendible dada la etapa por la que estaban atravesando, pero que particularmente era más notorio en los adultos que ya contaban con un diagnóstico de depresión y que esto en algún momento impedía una buena relación con los otros. Este relato hace que surjan en el estudiante una serie de cuestionamientos que son los que dan inicio al estudio, dudas que necesitan tener respuestas como las que a continuación se redactan.

¿Cuál es relación que existe entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascavip 2024?, ¿Cómo es el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación?, ¿Cuáles son los estados cognitivos en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación?, ¿Cuál son las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar la relación entre depresión de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación de adultos, Ascavip 2024.

1.5.2 Objetivos específicos

- Evaluar la depresión de acuerdo con el estudio científico de Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación de adultos mayores, Ascavip 2024.
- Identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación.
- Describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.

1.6 Marco teórico

1.3.8 Antecedentes

El ser humano en su desarrollo normal atraviesa generalmente etapas cruciales, para la última de ellas es la etapa de adulto mayor y que trae consigo una serie de complicaciones a nivel físico y cognitivo o enfermedades. Dentro de estas complicaciones es frecuente encontrar enfermedades como depresión o deterioro cognitivo, etc.

Existen muchos estudios que se relacionan con la vejez y el poco acceso a instituciones de apoyo o bien con la calidad de vida que el adulto mayor no puede tener. Además del estado emocional que vive cada persona al final de esta etapa, que puede ser o no depresivo para cada individuo, dentro de estos estudios se encontraron los siguientes.

En un estudio realizado en Barcelona llamado “Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto Share” (Portellano, 2018) donde tuvo como objetivo analizar la influencia de la depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores de 50 años obteniendo como resultado que la media de depresión oscilaba entre el 2,5, 2,2 y el 2,6 $\pm$, con una prevalencia media de síntomas depresivos clínicamente significativo (EURO-D $\geq$ 4) en torno al 30%. Así mismo, en este estudio se demostró que, en comparación con otros países, la depresión presentó una mayor prevalencia en Italia, Francia y España.

En el estudio realizado en México llamado “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” de (Durán-Badillo, y otros, 2013), con el objetivo de identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa. En el estudio se utilizó el método de estudio descriptivo-transversal-correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos. Se

utilizó el instrumento: Test de Yesavage (sensibilidad del 84% y especificidad del 95% y Mini-mental State Examination (sensibilidad de 82% y especificidad del 95%), mediante el análisis con SPSS versión 18 con correlación de Spearman. Por lo que se logró encontrar que al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Al final se concluyó que en estos valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron posible asociación en el sentido esperado.

En el estudio de “Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve” de los autores (Pérez-Lao, Oviedo, & Britton, 2020) en la cual se tuvo como objetivo demostrar que la depresión y el deterioro cognitivo leve (DCL) en el adulto mayor están relacionados con el desarrollo de distintos tipos de demencia y disminución en la funcionalidad. Según (Pérez-Lao, Oviedo, & Britton, 2020) para medir síntomas depresivos se puede utilizar la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30), en su estudio realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) comparando sujetos con y sin posible depresión para cada dominio cognitivo, en sujetos con DCL y cognición normal (CN) y controlando por las variables de edad y escolaridad.

Como resultado se demostró que existe una asociación entre menor desempeño en el dominio de cognición global, en personas con DCL y depresión, en comparación con sujetos con solamente DCL, o cognición normal con depresión. Al mismo tiempo mayor cantidad de síntomas depresivos estuvo asociado con peor rendimiento en los dominios cognitivos de funciones ejecutivas y atención.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 73 adultos mayores panameños de 65 años o más, de la cohorte del Panamá Aging Research Initiative (PARI). Se midió estado de salud y funcionalidad en las actividades de la vida diaria. El funcionamiento cognitivo fue medido con pruebas neuropsicológicas cuyos puntajes se combinaron para formar seis dominios: cognición global, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, atención y funciones ejecutivas.

Esto deja evidencia que es necesario el abordaje de este tipo de estudio en Guatemala, dada la alta afluencia de adulto mayores y de la necesidad de atención para este grupo poblacional. En ese sentido, el presente estudio abordó esta temática con adultos mayores, se realizó en la Asociación de adultos mayores Ascavip.

1.3.9 Asociación de adultos mayores, Ascavip 2024.

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, es una asociación civil privada, no lucrativa, creada esencialmente para dar servicio social. Católica, apolítica y de duración indefinida. Con personalidad jurídica plena, para ejercer los derechos y contraer las obligaciones que sean indispensables para realizar sus fines. En el hogar de ancianas San Vicente de Paúl, fundado en 1870 y con 150 años de servicio, responden a una de las mayores necesidades detectadas, se funda la primera obra de la asociación. Actualmente brinda alojamiento alimentación, atención médica, psicológica, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social y servicio de enfermería. Pese a todos estos beneficios en la institución existe un alto número de adultos mayores diagnosticados con depresión.

1.3.10 Depresión

Según el autor Beck, indica que son pensamiento perturbados consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del mundo medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos, (Beck & et.al, 1961). El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tantos distintos axiomas de partida. Sin embargo, la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento).

Existen otros conceptos y definiciones de lo que es depresión como el que se describe a continuación. Según Beck, “en los síntomas emocionales pueden presentarse excesos de llanto parecer angustiado y ser incapaz de sentir placer alguno, pero no todas las personas deprimidas experimentan estos cambios de humor. La depresión especialmente en el adulto mayor puede estar oculta expresándose por sí misma sólo como molestias físicas exageradas. Puede ser muy difícil de diagnosticar la depresión en el adulto mayor cuando sólo se manifiesta por cansancio excesivo, dolor cardíaco o algún otro síntoma físico (Beck & et.al, 1961).

1.3.10.1 Síntomas de la Depresión

(Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011) cita a Beck utilizando su clasificación de síntomas depresivos divididas en cuatro categorías que son: emocionales, cognitivos, físicos y volitivos, que posteriormente fueron modificadas y destacando los siguientes síntomas.

Síntomas afectivos: estos síntomas son los relacionados directamente con las emociones de las personas y la alteración de estas por lo que conoce divisiones también de estos síntomas. Entre ellas se pueden mencionar los siguiente.

- **El sufrimiento:** la concepción cristiana de la vida habla de la disposición al sufrimiento y del sentido de la enfermedad como forma de expiar pecados (Hernandez, 2007).
- **Tristeza patológica:** según Ghedin (Ghedin, 2009) esta tristeza se incrementa de tal forma que inunda la totalidad de las funciones psíquicas. La pesadumbre, la desesperanza, el pesimismo, la sensación profunda de sin sentido cubre al ser. No hay nada que ayude a encontrar el interés perdido. El cuerpo acompaña la caída: marcha lenta, los brazos caídos, la facies melancólica. En el trastorno depresivo mayor la tristeza patológica se presenta en toda su magnitud.
 - a) **Disforia:** según (André, 2010), la disforia es cuando no se puede seguir soportando nada, se sitúa entre la tristeza normal y la enfermedad depresiva, es una mezcla de todos los estados de ánimo desagradables que pudieran afectar al ser humano.
 - b) **Anhedonia:** según Ghedin (2009) acompaña a la tristeza patológica. es la pérdida del hedonismo, de placer. Típica del discurso depresivo: “ya no tengo entusiasmo”, “perdí el interés de todo”, “nada me llama la atención”.
 - c) **Ansiedad y angustia:** la persona que presenta una ansiedad secundaria a la depresión experimenta un estado de alerta continuo con miedo intenso sin causa conocida que se acompaña de inquietud, intranquilidad, desesperación, desasosiego y necesidad urgente de alivio o ayuda. La irritabilidad: se manifiesta con reacciones desproporcionadas e injustificadas, en ocasiones violentas, ante estímulos, lo que demuestra la presencia de una hipersensibilidad patológica.

- d) **Apatía:** es el sentimiento de “no puedo”, es ese momento en el que la persona siente que todo el mundo está contra de él y que nadie lo va a ayudar a salir de algún problema o de la enfermedad propia de la depresión, es ese sentimiento de derrota y desánimo que incluso nubla las posibles soluciones que puedan existir ante la situación que está viviendo.

Síntomas cognitivos: estas están relacionadas directamente con el pensamiento de la persona y la alteración de este, este se relaciona ampliamente porque la depresión también causa daños a lo que la forma de pensar y de ver la realidad, pueden incluso hasta surgir alucinaciones de todo tipo, por lo que se explicara según (Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011).

Síntomas somáticos: la frecuencia y gravedad de estos síntomas se incrementan con la gravedad de la depresión, porque son síntomas que afectan al cuerpo y sus funciones, por lo tanto, también conoceremos a profundidad cada uno de ellos por su relación con la depresión.

Trastornos vegetativos: puede aparecer astenia y fatigabilidad que son más marcadas durante las primeras horas del día, trastornos digestivos, trastornos del equilibrio. **Trastorno de los ritmos vitales:** pueden estar alterados el ritmo circadiano, el ritmo del sueño, insomnio de segunda y/o tercera fase y en lo relativo al ritmo estacional, se producen reagudizaciones o re-intensificaciones sintomáticas. (Ortiz, Alonso, & Ruiz, 2011)

Síntomas conductuales: en este sentido el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus pensamientos. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explorar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo

1.3.11 Modelo Cognitivo

Conocido como tríada cognitiva de Beck se habla de un modelo llamado modelo cognitivo que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. La tríada cognitiva implica un conjunto de esquemas que llevan al depresivo a evaluar de forma negativa y poco realista sus experiencias pasadas, sus experiencias futuras y a sí mismo, maximizando o prestando atención sólo a los aspectos negativos de una situación determinada y subestimando o ignorando los positivos. (Beck & et.al, 1961)

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Beck & et.al, 1961).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, en interpretar sus experiencias de una manera negativa. A él le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles (Beck & et.al, 1961).

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en

hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Beck & et.al, 1961).

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo, de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. El modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck busca dar una amplia explicación en cuanto al origen y mantenimiento, así como en la manera de abordar esta patología (Beck & et.al, 1961).

Para tal efecto este modelo se vale de tres conceptos principales; los esquemas, los errores o estados cognitivos y la triada cognitiva. Los esquemas son entendidos como un conjunto de patrones cognitivos relativamente estables en el tiempo que se forman a lo largo de las diversas experiencias desde la infancia, es decir, no son producto de una única situación sino de la recurrencia de situaciones similares que por algún u otro motivo tienen un alto grado de significancia en la vida de una persona.

La función cognitiva es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño (Durán-Badillo, y otros, 2013). En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Algunos reportes de investigación realizados en México muestran prevalencia de deterioro cognitivo muy variable, que va desde el 7% al 56%. La mayor prevalencia de deterioro

cognitivo se encuentra en sujetos con nivel socioeconómico bajo, sin escolaridad, sexo femenino, diabetes mellitus, deterioro visual y polifarmacia. Dentro de los cambios cognitivos que se asocian con la vejez, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje. (Durán-Badillo, y otros, 2013)

Estos cambios pueden estar asociados con la presencia de depresión en los adultos mayores. Investigaciones realizadas en busca de relación de la depresión y función cognitiva del adulto mayor, reportan correlación negativa baja de -0.242 y -0.27 realizadas en Bucaramanga, Colombia y México, respectivamente. Tradicionalmente, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar (Cano & et.al, 2018).

1.3.11.1 Estado mental

La salud mental tiene un impacto enorme en la calidad de vida de las personas mayores y viceversa. En esa línea, para la operacionalización del riesgo en salud en las personas mayores se ha desarrollado un modelo comprensivo basado en la funcionalidad, que incorpora la salud mental. Buchner y Warner (1992), proponen clasificar el estado general de la persona en tres categorías: sanos, frágiles y en situación de discapacidad. Las personas mayores frágiles se caracterizan por una reserva funcional reducida, que fácilmente se agota frente a estresores agudos y por esto presentan alto riesgo de caer en situación de discapacidad (Confinamiento prolongado en Personas Mayores, 2020)

La (Organización Mundial de la Salud, 2016) ha señalado que: a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las

personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. También la situación de estar a cargo del cuidado de otros también es un factor de riesgo para la salud mental en este grupo. (COVID 19: Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society., 2020)

El enfrentamiento de esta problemática se ve más complicada aún, porque los hombres en riesgo de este grupo escapan de las estrategias implementadas desde salud para su detección y rescate. Los factores de riesgo de suicidio en las personas mayores que se han observado son: presencia de enfermedad mental: implica un riesgo diez veces mayor, sobre todo en aquellas

personas que presentan trastornos del ánimo y abuso alcohol entre otros. En autopsias psicológicas, se ha observado que 9 de cada 10 personas que se suicidaron tenían una enfermedad mental. Intentos suicidas previos, con un riesgo doce veces mayor en los primeros seis a doce meses. Variables psicosociales: percepción de falta de apoyo social, soledad, pérdida de rol social, pérdida de autovalencia y autonomía, disponibilidad de medios letales, desesperanza, entre otros. (Ministerio de Salud, Chile, 2019)

1.3.11.2 Modelo cognitivo

Una de las variables que más atención ha recibido en los últimos años es la reserva cognitiva (RC), definida como la forma eficiente y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno (Scarmeas & Stern, 2003). La capacidad de respuesta del sujeto es explicada por la forma en que una eficiente red neuronal es utilizada y modulada en el envejecimiento normal, pero también en presencia de patología (Barull & Stern, 2013). La RC se acumula a lo largo de la vida e incluye elementos innatos y adquiridos, como, por ejemplo, la escolaridad, tipo de ocupación y la realización de actividades cognitivamente desafiantes y de ocio en la adultez y la adultez mayor (Tucker & Stern, 2011). Los sujetos con una alta RC tienen menor riesgo de ser diagnosticados con demencia, o presentar una progresión más lenta de esta.

Otra variable que ha recibido creciente atención en relación con el funcionamiento cognitivo es la depresión. Al respecto, la evidencia teórica y empírica es divergente; por una parte se sostiene que la presencia de sintomatología depresiva es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y la posterior conversión a demencia, especialmente la de tipo Alzheimer y vascular (Diniz, Butters, Alberto, Dew, & Reynolds , 2013), por lo tanto, esta

tendría un efecto en el funcionamiento cognitivo, principalmente cuando la depresión se presenta tardíamente en el ciclo vital, aumentando considerablemente el riesgo de demencia de tipo vascular (Diniz, Butters, Alberto, Dew, & Reynolds , 2013), por otra parte, se plantea que la disminución en el rendimiento cognitivo podría ser explicada por la presencia de sintomatología depresiva aguda, especialmente por la reducción en los tiempos de reacción, memoria y funcionamiento ejecutivo, originando perfiles heterogéneos de declive en los diferentes dominios cognitivos.

Adicionalmente, un estudio reciente reportó que los síntomas depresivos moderan la relación entre RC y cognición, concluyendo que los adultos mayores que alcanzaron mayores niveles de RC tuvieron un menor rendimiento cognitivo en la medida que los síntomas depresivos aumentaron. La asociación entre depresión y cognición ha sido probada en diferentes estudios, destacando que los síntomas depresivos correlacionan con un rendimiento deficiente en lenguaje, memoria, función ejecutiva y atención (Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell , 2014). De esta forma, es posible postular que la depresión puede ser una variable que medie la relación entre RC y funcionamiento cognitivo.

Si bien los síntomas depresivos y la depresión son un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y diferentes tipos de demencia, es sabido que el apoyo social es una variable que puede moderar los efectos negativos de la depresión y el estrés (Vivaldi & Barra , 2012); un estudio reporta que, en presencia de altos niveles de apoyo social percibido, disminuyen los niveles de soledad percibida, lo cual se asocia con sintomatología depresiva. El apoyo social es un factor protector del curso del envejecimiento, los individuos que reciben más apoyo social experimentan menos declive del funcionamiento cognitivo. Este efecto podría explicarse porque

los adultos mayores que tienen una mayor integración y vínculos sociales desarrollan más y mejores estrategias de comunicación e interacción interpersonal, lo que reduce las consecuencias de la depresión y ejerce beneficios en el bienestar y la cognición (Vivaldi & Barra , 2012).

1.3.12 Estado conductual

El conductismo surgió como una alternativa a la psicología experimental centrada en el análisis de la conciencia y en su lugar propuso a la conducta en sí misma, en tanto actividad, como el objeto de estudio psicológico (cf. Watson, 1913a). La posibilidad de encontrar orden en estas relaciones funcionales se expresó como la búsqueda de la predicción y el control del comportamiento.

Haciendo una revisión cuidadosa de su obra indica que llegó a plantear la conducta compleja como una organización del comportamiento basado en tres tipos de respuestas (kinestésicas, viscerales y verbales-que no vocales), con dominancia de estas últimas, según una relación de sustitución de estímulos y respuestas.

El desarrollo del conductismo privilegió algunos enfoques más que otros, que descendían directa o indirectamente de los anteriores, pero finalmente fue el sistema de Skinner (1938) el que llegó a ser dominante desde la década de los cuarenta. Skinner (1957) insistió en que el pensamiento es conducta sin importar su carácter verbal o no verbal, encubierto o no encubierto, considerando que esta última distinción sería accesorio. Un problema central en el tratamiento skinneriano de las relaciones verbales es tratarlas como cualitativamente idénticas a las no verbales, pero implicando una diferencia en cualidad (para un análisis detallado, Pérez-Almonacid y Quiroga, 2010).

Por otra parte, Pávlov (1951, como se cita en Vygotsky 1931/1997) hizo un señalamiento semejante respecto a la distinción entre las relaciones condicionadas y las que implicaban palabras: Para el hombre, la palabra es el mismo estímulo real condicionado como todos los demás que tiene en común con los animales, pero al mismo tiempo, más que cualquier otro estímulo... (p.37). Una gran parte de la conducta de los organismos se organiza en función de tales contingencias, ya sea que el establecimiento de la contingencia de ocurrencia no dependa (condicionamiento clásico) o sí (condicionamiento operante) de la actividad del organismo.

Deacon (1997) presenta ideas similares que pueden ayudar a precisar las características distintivas de los "procesos superiores", en contraste con los del condicionamiento. La primera se define por la similitud morfológica entre el signo y el objeto, siendo el primero un ícono; la segunda se basa en la asociación física o temporal entre ambos, considerando el signo como un índice; y la tercera se fundamenta en la convención social, donde el signo se convierte en un símbolo. Esta jerarquía en los procesos conductuales implica que la relación simbólica se apoya en relaciones entre señales, y estas a su vez en relaciones entre íconos.

Sidman y Tailby (1982), inauguraron una nueva vía de indagación de los procesos verbales y complejos, añadiendo dos conceptos: emergencia de relaciones y clases de estímulos equivalentes. La clase equivalente se define por presentar propiedades de reflexividad, simetría y transitividad, implicando con esto que se reproduce la bidireccionalidad característica de las relaciones verbales.

Barnes-Holmes y Roche (2001) señalaron que, dentro del paradigma sidmaniano, las relaciones emergentes estaban limitadas a la equivalencia funcional, lo que implicaba que un estímulo adquiría la misma función que otro con el que se asociaba, y que las relaciones

emergentes se basaban en esta equivalencia de funciones. El paradigma sidmaniano, desarrollado por Murray Sidman en la década de 1950, se centra en el estudio de las relaciones condicionales entre estímulos y en cómo los organismos aprenden estas relaciones a través de la discriminación condicional y la formación de clases de equivalencia. Una de sus características distintivas es su énfasis en las relaciones funcionales entre estímulos. En contraste, la Teoría de Marcos Relacionales (TMR), propuesta por Hayes y colaboradores (2001), busca superar esta limitación al proponer un enfoque que se fundamenta en relaciones múltiples entre estímulos en lugar de uno basado en clases. La TMR se presenta como una alternativa conductual para abordar la conducta humana compleja, superando las deficiencias tanto del enfoque skinneriano como del sidmaniano.

Así mismo, otra teoría como un esquema de ED-R-C, característico de la tradición operante lleva a suponer que la conducta es una respuesta, que mantiene una relación de contingencia entre un estímulo discriminativo y una consecuencia. Esto ha llevado a problemas irresolubles basados en el supuesto de que el “pensamiento” una respuesta “privada”, discreta y repetitiva (v.gr. Anderson, Hawkins, Freeman & Scotti, 2000). Por lo cual, después de investigar a varios autores, a continuación, el estudio se enfocará en una teoría que se adecúa mayormente en la depresión desde un punto de vista clínico y de evaluación psicológica.

1.3.13 Teoría Aaron Beck

Según la Asociación Americana de Psicología, es uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos. El enfoque cognitivo clásico considera que dentro del proceso de pensamiento se pueden localizar explicaciones sobre la conducta. Desde el enfoque conductual la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos

intrapésquicos, en cambio se puede decir que la visión del enfoque cognitivo-conductual identifica una estrecha relación entre comportamiento y cognición (por lo que importa técnicas conductuales para modificar patrones emocionales y de pensamiento).

La principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares; por ejemplo, Albert Bandura con su Teoría del aprendizaje social o Aaron T. Beck con su Terapia cognitiva.

A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. Una serie de investigaciones se están realizando actualmente para evaluar su eficacia como tratamiento primario o coadyuvante para la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión de hospitalización, el dolor crónico, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y problemas de relación.

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología.

Si bien algunos autores han calificado a los pensamientos automáticos como “irracionales” o “ilógicos” las concepciones más actuales proponen sustituir estos términos por “disfuncionales” o “desadaptativos”. Siguiendo el postulado central de esta terapia, en tanto el

hombre es un constructor activo de su realidad habría tantas realidades posibles como seres humanos.

1.3.14 Adulto mayor

El adulto mayor, este término o nombre que reciben quienes son del grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados; por lo general se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conoce como pertenecientes a la tercera edad, o adultos mayores. El proceso de envejecimiento se inicia desde el mismo momento de la concepción, implica deterioro orgánico–progresivo, disminución de habilidades, aumento de incapacidades, producto de todos los cambios y reajustes que se presentan en las personas durante toda la vida. (Santos & Cando, 2015).

La definición del envejecimiento normal es dinámica y se ve influenciada por diversas variables. Desde una perspectiva estadística, se refiere al estado que más comúnmente se observa en la población en términos físicos y mentales. Por otro lado, desde un enfoque biológico funcional, se distinguen tres patrones de envejecimiento.

- Normal o habitual, caracterizado por la ausencia de patología biológica o mental.
- Óptimo o saludable, que implica un buen funcionamiento cognitivo y físico con baja probabilidad de enfermedad o discapacidad.
- Patológico, determinado por la presencia de enfermedad.

El diagnóstico del envejecimiento y la vejez es crucial para la formulación de políticas sociales, pero en ocasiones la información disponible es insuficiente. Los datos disponibles, o la falta de ellos, guían las decisiones de política pública y requieren un esfuerzo conjunto del estado

y la sociedad para superar los obstáculos derivados de la falta de conocimiento sobre la situación (Santos & Cando, 2015).

1.4 Consideraciones éticas

En este punto se indican las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta durante esta investigación para la aprobación de la muestra mediante la hoja de consentimiento informado para las 50 personas adultos mayores. El documento implicó la responsabilidad ética del investigador y para el participante confirió que su información es conservada con la total discreción posible. Así mismo, se respaldaron los beneficios, la confidencialidad y los posibles riesgos del estudio y las medidas que se tomaron en caso de que existiese algún riesgo de forma inmediata o a largo plazo.

En cuanto a los documentos de consentimiento informados estuvo sujetos a dos convicciones éticas; la primera que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y en segundo lugar las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección (Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación, 1979) los mismos estuvieron sujetos al reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

Tomando en cuenta (La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 1964) se tomó en cuenta un protocolo donde incluirá información sobre el objetivo de este estudio, los intereses e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas.

El consentimiento fue aplicado de manera presencial por el investigador durante 1 a 2 horas en 3 días seguidos a los 50 adultos mayores y se aplicó con un documento físico en grupos

de 10 personas contando con la presencia de la psicóloga titular de la asociación, tomando en cuenta las medidas de seguridad e higiene sanitaria. Se tomaron 15 minutos para la presentación al investigador, a qué se dedican y por qué abordaría el tema y la importancia del estudio, así como las intenciones que se alcanzaría y cómo éste aportaría a la sociedad guatemalteca. Luego se solicitó el apoyo de la psicóloga titular para generar confianza para comenzar a trasladar cada hoja para cada adulto mayor. La actividad se realizó en un salón previamente solicitado a la asociación Ascavip.

Capítulo II

6. Técnicas e instrumentos.

6.1. Enfoques, modelos y nivel de investigación.

En la siguiente investigación se trabajó bajo el modelo cuantitativo, que utiliza la recolección de datos fundamentada en la medición y análisis de datos cuantificados, se desarrolló más directamente en la tarea de verificar por medio de estudios muestrales representativos haciendo uso de diferentes herramientas.

Desde este enfoque cuantitativo se realizó un estudio descriptivo, con tipo de diseño correlacional, en el periodo comprendido aproximado de 2 meses. El universo estará constituido por 50 adultos mayores que residen en Ascavip de Guatemala. El estudio es una investigación cuantitativa y se adecúa a este estudio derivado que es necesario determinar el nivel de depresión y el estado cognitivo-conductual para determinar la relación que existe entre estas dos variables de las personas adultos mayores, lo cual se hace necesario de un coeficiente de correlación de Pearson lo cual mide la relación estadística entre dos variables continuas. Además, esta investigación cuantitativa le dará a este estudio mayor objetividad al momento de hablar sobre depresión y por otro lado el estado cognitivo puede medirse de forma estadística.

Se utilizó una investigación cuantitativa para evaluar el estado cognitivo por lo que pese a que se obtuvo información subjetiva esta no fue utilizada para determinar la correlación, sin embargo, fundamentan algunas unidades de análisis de este estudio.

Esta investigación es objetiva e independiente de las creencias que el investigador puede llegar a tener sobre la realidad de la muestra. Así mismo resultará posible conocer una realidad externa e independiente del sujeto.

6.2. Técnicas.

6.2.1. Técnicas de muestreo.

6.2.1.1. Técnica de muestreo no probabilístico.

La muestra del presente estudio es de tipo descriptivo correlacional con adultos mayores. Se realizó la toma de muestreo por conveniencia del cual se seleccionaron aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Se tomó una muestra de 50 personas con el criterio de inclusión adultos mayores desde 65 años en adelante con diagnóstico de depresión. Con este muestreo se trabajó directamente con personas que han se han presentado en la institución tanto en corto, mediano o largo plazo.

En ese sentido se excluyeron aquellos adultos mayores que no tienen un diagnóstico de depresión confirmado. Al aplicar esta técnica, se aseguró que la muestra esté compuesta únicamente por individuos que cumplan con el criterio de interés para el estudio, lo que permitió examinar de manera más precisa la relación entre la depresión y el estado cognitivo.

A continuación, se describen los siguientes criterios ético, según el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Principio I: respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos en donde se explicó que la información que se le consultó a la muestra no interrumpe su privacidad, ni juzga en ninguna circunstancia su historia social, clínica, física o cualquier otro factor que haya vivido.

Principio II: cuidado competente del bienestar de los otros, esto significa que el investigador se comprometió a cuidar la toda la información relacionada con la muestra y que en ninguna circunstancia afectó a la muestra por intereses personales o profesionales.

Principio III: Integridad de las relaciones, lo que significa que, así como a cada participante proporcionó la información, esta misma se resguardó de tal forma que ninguna otra persona o sujeto tuvo acceso a ello para usos personales, y cada uno de los participantes de la muestra estuvieron en el anonimato.

Así mismo, se tomó en cuenta la capacidad de decidir del participante adulto mayor y en ninguna circunstancia se exigió obligatoriamente una participación para que prevalezca las características de la ausencia de coacción. Éste es especialmente relevante con respecto a la ética en las investigaciones. A veces hay presiones para participar en investigaciones científicas y presiones familiares para participar o no.

En cuanto a la confidencialidad se le indicó a cada uno de los participantes que la investigación no comprometía datos personales en otras instancias o que se estuviera prejuzgando alguna forma de identificación del participante. En el tema de riesgo, se informó de forma escrita en el mismo documento de consentimiento que no permite en ninguna circunstancia que el participante no esté consciente de la información que comparte, así mismo este estudio no permite que se publiquen datos personales en ninguna otra forma de comunicación verbal o escrita. Por otro lado, en los beneficios de este estudio fueron de impacto en el entendimiento de la edad madura y de los factores emocionales, cognitivas y conductuales en que puede estar inmersos los adultos mayores y que pueden requerir atención personalizada, sin embargo, al no tenerse un punto de partida o base de estudio se ha hecho complejo la atención que los adultos mayores hayan o no recibido.

6.2.2. Técnicas de recolección de datos.

6.2.2.1. *Escala de Likert en test de depresión y en cognitivo-conductual.*

Esta técnica se implementó con dos herramientas esenciales para cumplir con los objetivos específicos indicados:

2.1.1.1.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En una primera parte se usó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) con el objetivo de evaluar los niveles de depresión en adultos mayores. El inventario de depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados a la hora de detectar la depresión. La técnica se llevó a cabo con 50 personas adultas mayores en un salón previamente solicitado y con el apoyo de la psicóloga titular de la asociación. Este proceso llevó un tiempo estimado de 13 horas ya que se realizó individualmente con cada participante y la prueba tuvo una duración de 15 a 20 minutos. El inventario de Beck es una de las pruebas más comunes en la práctica clínica por diversas razones. La primera, por tener una elevada fiabilidad. La segunda, por permitir diferenciar a ese paciente con un trastorno depresivo mayor de aquel que simplemente, evidencia un ánimo bajo.

2.1.1.1.4. Mini Mental State Examination (MMSE) Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.

La siguiente prueba se aplicó para identificar el estado cognitivo-conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión. El instrumento de evaluación cognitiva de (MMSE), evalúa las siguientes dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. Se utilizó la adaptación de las autoras María D. Castro Rojas y Mónica Salazar Villanea situando así su validez y confiabilidad del 95% en 2007 realizada y adaptada al

contexto costarricense validados en distintos momentos de investigación en el marco de la línea de estudio sobre envejecimiento que se desarrollen el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR.

La prueba está creada para explorar áreas cognitivas y son adecuadas para su uso en atención primaria al ser más breves y afectarse menos por el nivel educativo de la muestra. El instrumento puede ser para población en niveles de educación avanzada, nivel medio o bajo y toma en cuenta las barreras idiomáticas. El tiempo estimado para su realización es de 10-15 minutos o máximo se destina 30 minutos para un paciente con dificultades cognitivas, y destinada para edades geriátricas de 65 años o más. Incluye preguntas y tareas sobre orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidades visuoespaciales. Las respuestas correctas suman puntos, evaluando el deterioro cognitivo. se puntúan de 0 a 30, con puntajes de 24 a 30 indicando función cognitiva normal, 19 a 23 sugiriendo deterioro cognitivo leve, 10 a 18 señalando deterioro cognitivo moderado, y 0 a 9 reflejando deterioro cognitivo grave. Estos rangos pueden variar ligeramente según la edad y el nivel educativo del individuo. Es esencial considerar otros factores clínicos y contextuales al interpretar los resultados para una evaluación precisa. (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975)

2.1.1.2. Encuesta

En la siguiente técnica tuvo como objetivo describir las características de depresión y estados cognitivo-conductuales en adultos. Para ello se corresponde un cuestionario de 8 preguntas con opción múltiple y que se llevó a cabo en modalidad presencial y se realizó de forma escrita y coordinado con el supervisor de la institución.

En cuanto a los criterios éticos de la recolección de datos se tomó en cuenta el principio de justicia que implica que todos los participantes estuvieron en igualdad de condiciones para la recepción de beneficios como de riesgos cuando se trata de una investigación científica (Medina, 2019). Es decir, en relación con lo que les corresponde de alguna manera en igualdad de condiciones, tanto en la distribución equitativa de derechos, beneficios, responsabilidades y cargas en la sociedad.

Se consideraron los aspectos de acuerdo con el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2002) desde una muestra de población con discapacidad se ha tomado en cuenta los efectos de la presente norma, se consideraron las siguientes categorías:

Categoría II (Riesgo Moderado): Este estudio comprendió las técnicas observacionales, y de cuestionario con lo que la intervención o modificación intencional en las variables son psicológicas y sociales de la muestra, también se incluyen la extracción de sangre, ejercicios moderados o voluntarios sanos, como las pruebas psicológicas individuales o grupales con los cuales nos e manipulan la conducta de las personas y que estén en uso probable de medicamentos o especialidades autorizadas como indicaciones, dosis y vías de administración, así mismo se ha considerado los siguientes principios:

Principio de beneficencia: Se garantizó la dignidad de la muestra y de la población con quien se tuvo contacto dentro de la institución y promovió en la persona la conciencia, la libertad y la capacidad para convivir armónicamente durante el estudio.

Principio de justicia: Según (Rawls, 1979), se tomó en consideración dentro del estudio la igualdad de consideración y respeto por todas las personas que estuvieron implicados dentro de

este estudio. Por lo cual, se evitó cualquier tipo de discriminación, y se prohibió el descarte a cualquier persona que quisiera participar en este estudio, ya sea por motivo de edad, condición social, credo religioso, raza o nacionalidad.

Adicionalmente para los instrumentos aplicados se tomaron en cuenta los principios éticos de confidencialidad, veracidad y el manejo de la fidelidad de la información que se tendrá acceso al momento de aplicar las pruebas y los cuestionarios al personal de la institución.

2.5. Técnicas de análisis de datos.

Para el análisis de los datos o resultados de la aplicación de las técnicas e instrumentos se utilizó la extracción y ordenamiento de categorías dentro de método cuantitativo. Se realizó un análisis cuantitativo de datos secundarios extraídos para correlacionar las escalas Likert como instrumentos con coeficiente de correlación de Pearson. Se utilizó la estadística descriptiva exponiéndolo a través gráficas de Pearson y demostrar los indicadores correlacionales. Así mismo, para los datos obtenidos de la encuesta se expusieron los resultados a través gráficas de Pie.

En cuanto a los criterios éticos para la técnica de análisis se tomaron en cuenta los principios de Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas – CIOMS-. (2017). Que dentro del análisis de resultados de este estudio se encuentran en la categoría de riesgo mínimo, según -CIOMS-, ya que la intervención se realizó en variable psicológicas y sociales con la muestra y también la forma de análisis únicamente es cuantitativa, lo que no reveló datos complejos de los individuos. Respetando lo indicado en este criterio que es propio para el uso en estudios, por ejemplo, encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas u otros documentos, que no invadan la intimidad de la persona.

En cuanto a las consideraciones éticas se protegió la dignidad de los sujetos de investigación mediante la concientización durante el primer acercamiento que se tuvo con la población institucional, luego durante las encuestas y en la aplicación de pruebas se hizo de forma individual y dentro de un salón con asientos con mínimo de 1.00 metro de distancia y en caso de la muestra con las personas sordas se realizó con una persona que utilizara lenguaje de señas (representante de recursos humanos) y se consideró el uso del consentimiento informado para resguardar la información sensible de los datos recolectados.

Se garantizó a los participantes que en todo momento se mantuvo la confidencialidad y el anonimato. Los resultados del estudio, al ser publicados a través de la tesis, no incluyen datos sensibles. Al publicar los resultados, toda la información física y digital que esté en manos del investigador fue entregada en un sobre manila cerrado al Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez” para su custodia, quienes, transcurridos dos años después de la publicación de los resultados, destruirá toda evidencia. Al mismo tiempo, el investigador se comprometió a borrar cualquier información relacionada con este estudio de sus dispositivos electrónicos.

2.6. Instrumentos.

2.6.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Esta prueba consta de 21 ítems con las respuestas de opción múltiple y los participantes valoraron por sí mismos si se identifica o no con esas cuestiones. La prueba está dividida en 4 tipos de respuesta. Estas últimas van en una escala de Likert de 0 hasta 3 y describen el grado en que se identificarán con la realidad descrita. En este caso 0 sería no se identifica en absoluto y un 3 describiría un hecho con el que el participante se identificará casi al 100%. Se realizó con un

tiempo determinado de 20 a 30 minutos, aunque la prueba puede realizarse en 20 minutos máximo. Se aplicó en un salón con la prueba impresa y lápiz para contestarse. (Anexo 3)

Ficha técnica

Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Autores: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Adaptación: Jesús Sanz y Carmelo Vásquez en colaboración con el departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Finalidad: Permite apreciar la intensidad de la depresión en pacientes psiquiátricos y detectar posible depresión en población normal.

Administración: Individual y colectiva, Preferentemente autoadministrada.

Duración: 20 minutos., aproximadamente.

Aplicación: 13 años en adelante

Formato de aplicación: Tipo Likert

Año: 1996

Ver anexo: 3

2.6.2. Mini Mental State Examination (MMSE) Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang (1975).

Para medir el estado cognitivo se utilizó la prueba de MMSE, que tiene un puntaje total de 30 puntos en ítems que evalúan el rendimiento en orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva. La calificación se obtiene sumando los puntajes asignados en cada ítem. Para calificar el profesional: Puntuó cada respuesta, conforme a las instrucciones proporcionadas; luego sumó todos los puntos obtenidos por el paciente, el máximo es 30 puntos. Luego ubicó la puntuación total obtenida en la tabla de correspondencia.

Se dejó constancia de cualquier deficiencia motora o sensorial, que pueda afectar a la capacidad del sujeto para responder adecuadamente a las tareas planteadas. Cuando se hayan omitido ítems por no imposibilidad de su realización, se pondera la nota, aplicando una simple regla de tres. Es decir que si un paciente que por incapacidad no pueda realizar las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo a una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizará la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtenemos el número entero más cercano, en este caso 27 puntos que debe interpretarse como una puntuación normal sobre 30 puntos. (Anexo 4).

Ficha técnica

Nombre original: Mini Mental State Examination (MMSE)

Nombre corto: MINI-MENTAL

Autor/res: Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh y Gary Fanjiang (1975).

Adoptada por: María D. Castro Rojas y Mónica Salazar Villanea (2007)

Editorial: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica

Población dirigida: Para personas de 65 en adelante.

Finalidad: Permite evaluar el deterioro cognitivo medido en 5 dimensiones: Orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, lenguaje y praxis constructiva.

Administración: Individual y colectiva, Preferentemente administrada por un evaluador.

Material de aplicación: Manual de aplicación y hoja de anotación

Resultado: El puntaje de promedio de 27 puntos o más es considerado normal.

Duración de la prueba: Aproximadamente 10 a 15 minutos

Año: 2007

Ver anexo: 4

2.6.3. Encuesta

Se aplicó una encuesta que contiene 8 preguntas de selección múltiple de modo que el participante pueda seleccionar solamente una respuesta de las cuales se validaron las siguientes variables: Identificación de sí mismo, lenguaje, percepción de vida irritable y adaptabilidad. Se trabajará con la muestra de adultos mayores y se trasladará a los participantes de forma física contando con el apoyo del investigador (Ver anexo 2).

En cuanto a los criterios éticos de los instrumentos se implica en priorizar los siguientes, según Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-CIOMS-. También se hace mención de que cada instrumento aplicado se le asignó un código de referencia para no entrometer los datos reales de la muestra.

Confidencialidad que se tuvo con los datos como obligación primaria del psicólogo salvaguardar la información sobre un individuo. Se tomó en cuenta también la veracidad de la información para que sea respetado como fin y no utilizado como medio. Que exista una autonomía mediante el instrumento del consentimiento informado. Por último, pero no menos importante la fidelidad a las promesas hechas ya que existe un compromiso que el investigador asume de realizar u omitir en el futuro, alguna conducta que afecta a las decisiones de otra persona.

Así mismo, la pertinencia cultural de las dos pruebas indicadas es para la cultura latinoamericana y que cumplen con la confiabilidad del 95% y se han validado desde el año 1975. Mientras que la encuesta tendrá validación con la asesora de tesis en conjunto con una prueba piloto de 5 personas. Vale decir que el investigador posee los manuales de cada uno de los instrumentos y una vez presentado el trabajo de proyecto ante CIEPs se procederá a eliminar cada uno de los instrumentos previamente realizada la recopilación de los datos y aprobado por la entidad correspondiente. En cuanto a los criterios éticos a tomar en cuenta dentro del manejo de información tanto en técnica como en instrumentos se debe tomar en cuenta los siguiente:

- ✓ Toda evidencia en físico y digital será entregada en sobre manila al Centro de Investigaciones CIEPs” Mayra Gutiérrez”, al concluir el estudio.
- ✓ El investigador se compromete a destruir cualquier evidencia digital que tenga en sus dispositivos.
- ✓ CIEPs será el custodio de toda la información que resulte del estudio y se compromete a destruir toda evidencia pasado un período de 2 años.

Se garantizó a los participantes que en todo momento se mantuvo la confidencialidad y el anonimato. Los resultados del estudio, al ser publicados a través de la tesis, no incluirán datos

sensibles. Al publicar los resultados, toda la información física y digital que esté en manos del investigador será entregada en un sobre manila cerrado al Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez” para su custodia. Será el CIEPs quien, dos años después de la publicación de los resultados, destruirá toda evidencia. Al mismo tiempo, el investigador se comprometerá a borrar cualquier información relacionada con este estudio de sus dispositivos electrónicos.

2.7. Operacionalización de objetivos.

2.7.1. Categorías.

Objetivos /Hipótesis	Definición conceptual Categoría/variable	Definición operacional Categorías/variables	Técnicas /Instrumentos
Determinar la relación entre de acuerdo con Aaron Beck y estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascasvip 2024.	Depresión. “Pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del mundo medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos (Beck & et.al, 1961).	➤ Estado de ánimo ➤ Síntomas de depresión ➤ Estado cognitivo ➤ Estado mental ➤ Estado conductual ➤ Adulto mayor (Organización Mundial de la Salud, 2016).	Encuesta y Escala Likert: Escala Tipo Likert de depresión de Beck,
Evaluar la depresión de acuerdo con Aaron Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación, Ascasvip 2024.	<u>Autopercepción:</u> Son pensamientos negativos de sí mismo: son entendidos como un conjunto de patrones cognitivos relativamente estables en el tiempo que se forman a lo largo de las diversas experiencias desde la infancia. <u>Percepción de control y satisfacción:</u> Son	➤ Tristeza ➤ Pesimismo ➤ Fracaso ➤ Pérdida de Placer ➤ Sentimientos de culpa ➤ Sentimiento de castigo ➤ Autocrítica ➤ Llanto ➤ Agitación ➤ Pérdida de interés	Inventario de Depresión de Beck (BDI)

	pensamientos negativos sobre el mundo que le rodea. <u>Pensamientos negativos sobre el futuro</u>: Se percibe que los eventos venideros van a ser catastróficos sin más remedio.	➤ Indecisión	
Identificar el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.	Estado Cognitivo: Es la característica particular en adultos mayores, el cual trae como consecuencia en distintos niveles a todas las personas que tienen más de 60 años, presentando expresiones de olvidos, deficiencia en la rapidez para procesar datos, consecuencia de una deficiencia neurológica. Tales trastornos vinculados a la memoria son los signos más resaltantes de este padecimiento. (Hernández , Malagón, & Rodríguez, 2006)	➤ Visuoespacial ➤ Abstracción ➤ Orientación ➤ Visuoespacial ➤ Orientación ➤ Memoria	Mini Mental State Examinat ion MMSE (1975).
Describir las características de depresión y estados cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024.	Cognitivo -Conductual: El modelo de Aaron Beck se centra, principalmente, en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas. Los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación. se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación.	➤ Identificación de sí mismo ➤ Lenguaje ➤ Percepción de vida ➤ Irritabilidad ➤ Adaptabilidad	Encuesta

2.7.2. Hipótesis.

Hipótesis de Investigación (Hi): Existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.

Hipótesis Nula (Ho): No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.

Capítulo III

7. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.

7.1. Características del lugar y la muestra.

7.1.1. Características del lugar.

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl con siglas – ASCASVIP- es una asociación sin fines de lucro, con personalidad jurídica plena para ejercer los derechos y contraer las obligaciones que sean indispensables para la realización de sus fines. Creada bajo los principios de San Vicente de Paúl, orientada al servicio social que facilita y promueve el desarrollo integral de niños, adultos mayores y familias en situación de pobreza presenta un entorno acogedor y bien organizado, diseñado para brindar una atención integral y de alta calidad a sus residentes. Las instalaciones destacan por su limpieza impecable, tanto en las áreas comunes como en las habitaciones individuales, garantizando un ambiente saludable y seguro para todos los residentes.

El personal de atención es suficiente y altamente capacitado, asegurando que cada residente reciba una atención personalizada y adecuada a sus necesidades. El equipo incluye personal especializado, que ofrece servicios profesionales en diversas áreas como medicina, enfermería, nutrición y psicología, entre otros.

El hogar se distingue por sus horarios estructurados que incluyen una variedad de actividades recreativas. Estas actividades están diseñadas para promover el bienestar físico, mental y emocional de los residentes, fomentando una vida activa y socialmente enriquecida.

La calidad de la atención se refleja en la satisfacción de los residentes, quienes experimentan un cuidado atento y respetuoso en un entorno que prioriza su comodidad y dignidad. Este hogar para adultos mayores se posiciona como un modelo de excelencia en el cuidado y atención de personas mayores, ofreciendo un lugar donde pueden disfrutar de una vida plena y con sentido.

En resumen, el hogar para adultos mayores combina un ambiente acogedor, limpieza rigurosa, organización eficiente y atención especializada, creando un entorno óptimo para el bienestar y la calidad de vida de sus residentes.

7.1.2. Características de la muestra.

La muestra consta de 50 personas adultos mayores, comprendidas entre las edades de 54 a 95 años, encontrando a la mayor cantidad de personas entre los 75 y 85 años. La muestra incluye hombres y mujeres, sin embargo, la distribución es poco homogénea encontrando un 80% mujeres y un 20% hombres.

Los adultos mayores cuentan con diversas profesiones dentro de las que se pueden destacar, maestros, jardineros, pilotos, agricultores, zapateros, sastres, pintores, cocineros y amas de casa, siendo este último la mayoría. El nivel de escolaridad predominante es la primaria, encontrando también una buena cantidad de personas que cursaron el nivel básico, por otro lado, se destacan 3 personas que acreditan el nivel de diversificado y una persona con título universitario.

Los adultos mayores incluidos en la muestra son en su totalidad guatemaltecos, hablantes del idioma español, asimismo, pertenecientes a familias con un nivel socioeconómico bajo

predominantemente. Cabe destacar que estos adultos mayores expresaban que en su mayoría mucha nostalgia por su pasado y tristeza por las pocas o nulas visitas de sus familias.

7.2. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.

Tabla No. 1
Resultados de Inventario de depresión de Beck y el Mini mental state examination.

Paciente	BDI	MMSE
1	18	19
2	28	12
3	22	16
4	26	0
5	11	21
6	16	3
7	21	18
8	33	2
9	28	3
10	26	21
11	11	4
12	17	4
13	12	21
14	20	19
15	11	10
16	26	15
17	10	10
18	33	20
19	12	10
20	22	11
21	22	7
22	10	10
23	8	7
24	44	0
25	35	11
26	33	20
27	36	19
28	13	14
29	43	1
30	18	14
31	9	19
32	17	18
33	13	7
34	17	10
35	27	0
36	22	21
37	11	13
38	19	6
39	15	10
40	8	4
41	19	18
42	48	2
43	38	21
44	28	11
45	19	18
46	18	10
47	25	2

48	27	7
49	18	8
50	16	0

Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión, implementando el Inventario de Depresión propuesto por Aaron Beck, con el estado cognitivo de los adultos mayores, evaluado a través del Mini Mental State Examination, en ese sentido, se realizó la aplicación de ambos instrumentos; obteniendo los resultados descritos en tabla no. 1.

Como se evidencia en la tabla 1 se describen los resultados del BDI y del MMSE para cada uno de los pacientes a los cuáles les fueron aplicadas las pruebas, en ese sentido, cada uno de estos resultados fue cuidadosamente registrado según el paciente para garantizar la eficacia de la prueba de correlación.

La tabla no 1 también refleja la diversidad de perfiles de cada uno de los adultos mayores, lo mismo que se puede constatar en la aplicación de los instrumentos, ya que se encontraron personas de diferentes estratos sociales, también con diferencias en el nivel educativo y el acceso a la educación, por otro lado, también personas con distintos oficios, todo ello se explica las variaciones en la muestra.

7.2.1. Resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Tabla No. 2

Desviación estándar del Inventario de Depresión de Becker (BDI)

Paciente	BDI	BDI - Media BDI	BDI - Media BDI ²
1	18	-3.58	12.8164
2	28	6.42	41.2164
3	22	0.42	0.1764
4	26	4.42	19.5364
5	11	-10.58	111.9364
6	16	-5.58	31.1364
7	21	-0.58	0.3364

8	33	11.42	130.4164
9	28	6.42	41.2164
10	26	4.42	19.5364
11	11	-10.58	111.9364
12	17	-4.58	20.9764
13	12	-9.58	91.7764
14	20	-1.58	2.4964
15	11	-10.58	111.9364
16	26	4.42	19.5364
17	10	-11.58	134.0964
18	33	11.42	130.4164
19	12	-9.58	91.7764
20	22	0.42	0.1764
21	22	0.42	0.1764
22	10	-11.58	134.0964
23	8	-13.58	184.4164
24	44	22.42	502.6564
25	35	13.42	180.0964
26	33	11.42	130.4164
27	36	14.42	207.9364
28	13	-8.58	73.6164
29	43	21.42	458.8164
30	18	-3.58	12.8164
31	9	-12.58	158.2564
32	17	-4.58	20.9764
33	13	-8.58	73.6164
34	17	-4.58	20.9764
35	27	5.42	29.3764
36	22	0.42	0.1764
37	11	-10.58	111.9364
38	19	-2.58	6.6564
39	15	-6.58	43.2964
40	8	-13.58	184.4164
41	19	-2.58	6.6564
42	48	26.42	698.0164
43	38	16.42	269.6164
44	28	6.42	41.2164
45	19	-2.58	6.6564
46	18	-3.58	12.8164
47	25	3.42	11.6964
48	27	5.42	29.3764
49	18	-3.58	12.8164
50	16	-5.58	31.1364
Suma de las diferencias al cuadrado			4778.18
			97.51387755
sBDI			9.874911521

Fuente: Tabla no.1.

Tabla No. 3

Desviación estándar del Mini mental state examination (MMSE)			
Paciente	MMSE	MMSE-MEDIA MMSE	MMSE - MMSE ²
1	19	8.06	64.9636
2	12	1.06	1.1236
3	16	5.06	25.6036
4	0	-10.94	119.6836
5	21	10.06	101.2036
6	3	-7.94	63.0436
7	18	7.06	49.8436
8	2	-8.94	79.9236
9	3	-7.94	63.0436
10	21	10.06	101.2036
11	4	-6.94	48.1636
12	4	-6.94	48.1636

13	21	10.06	101.2036
14	19	8.06	64.9636
15	10	-0.94	0.8836
16	15	4.06	16.4836
17	10	-0.94	0.8836
18	20	9.06	82.0836
19	10	-0.94	0.8836
20	11	0.06	0.0036
21	7	-3.94	15.5236
22	10	-0.94	0.8836
23	7	-3.94	15.5236
24	0	-10.94	119.6836
25	11	0.06	0.0036
26	20	9.06	82.0836
27	19	8.06	64.9636
28	14	3.06	9.3636
29	1	-9.94	98.8036
30	14	3.06	9.3636
31	19	8.06	64.9636
32	18	7.06	49.8436
33	7	-3.94	15.5236
34	10	-0.94	0.8836
35	0	-10.94	119.6836
36	21	10.06	101.2036
37	13	2.06	4.2436
38	6	-4.94	24.4036
39	10	-0.94	0.8836
40	4	-6.94	48.1636
41	18	7.06	49.8436
42	2	-8.94	79.9236
43	21	10.06	101.2036
44	11	0.06	0.0036
45	18	7.06	49.8436
46	10	-0.94	0.8836
47	2	-8.94	79.9236
48	7	-3.94	15.5236
49	8	-2.94	8.6436
50	0	-10.94	119.6836
Suma de las diferencias al cuadrado			2384.82
			48.66979592
sMMSE			6.976374124

Con base a la información descrita en la tabla no. 1 se procedió a aplicar el coeficiente de correlación de Pearson, para lo cual en primer lugar se determinó la desviación estándar de cada una de las pruebas, como se evidencia en las tablas 2 y 3.

Posteriormente para realizar el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, en donde se obtuvo una correlación entre el BDI y el MMSE de -0.13, según la tabla de interpretación de los rangos y los criterios de correlación de Pearson, indican una correlación

muy débil negativa, lo cual sugiere que no hay una relación lineal significativa entre las puntuaciones del BDI y el MMSE en la muestra de 50 participantes.

Al iniciar esta investigación, se sostenía la hipótesis de que cada vez existía una correlación entre la depresión y el deterioro cognitivo de los adultos mayores, sin embargo como se muestra en los resultados, se pudo evidenciar que la correlación en realidad no es significativa, esto mismo pudo constatarse en la experiencia de aplicación de los instrumentos, ya que en la muestra hubieron resultados diversos, algunos adultos mayores tenían un excelente estado cognitivo y con otros incluso la aplicación de las pruebas resultó un reto. En ese sentido, cabe mencionar que algunos adultos mayores pudieron resolver el MMSE con relativa facilidad, sin embargo, evidenciaban aspectos vinculados a lo que Beck denominaba la triada cognitiva, como pensamientos negativos sobre sí mismos, del mundo y sobre su futuro. Esto respalda los resultados de la prueba de correlación respecto a lo encontrado al aplicar los instrumentos.

7.2.2. Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI)

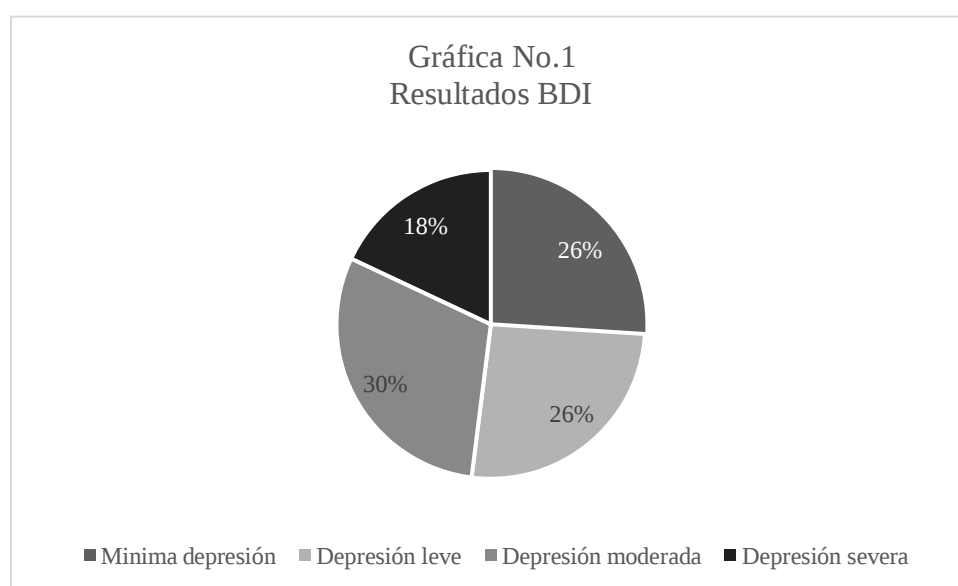
Tabla No. 4

Resultados BDI			
Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
13	13	15	9

Por otro lado, los resultados del inventario de depresión de Beck se pueden evidenciar en la tabla no.4, en la misma se encuentran que de los 50 casos de la muestra 9 presentan depresión severa, 15 depresión moderada, 13 depresión leve y 13 mínima depresión.

Al aplicar el Inventario de depresión de Beck se pudo constatar que indicios de depresión en todos los adultos mayores de la muestra, sin embargo, hubo una tendencia hacia el punto

medio del espectro, en este caso una depresión leve y moderada, siendo los casos más comunes identificados por observación por parte del investigador, en ese sentido, al evaluar todos los elementos ambientales se puede explicar a través del apoyo de profesionales de la psicología, lo que de alguna manera podría reducir los signos y síntomas de la depresión. Por otro lado, el buen estado en general de las instalaciones y los programas existentes puede contribuir en la misma línea, a pesar de que muchos expresaron la necesidad de que su familia los buscase más.



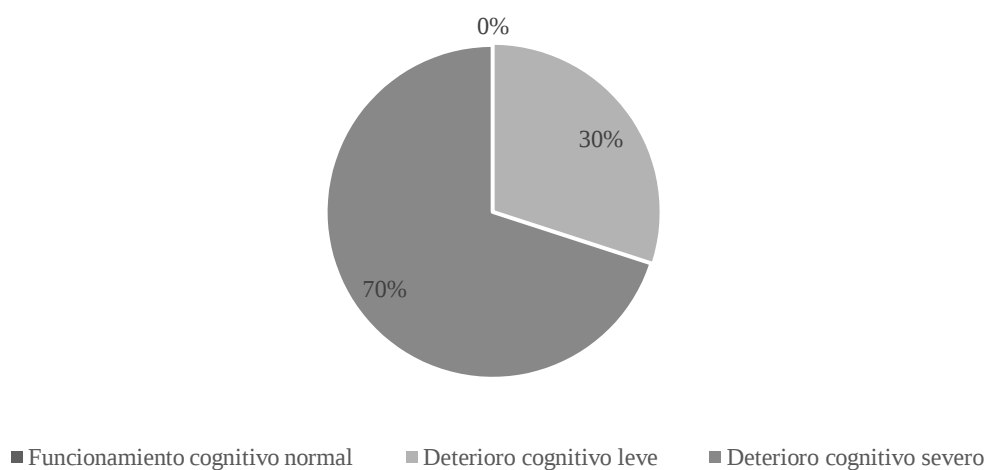
Grafica N0.1. Lo anterior corresponde al 18% de depresión severa, 30% a depresión moderada y 26 en depresión leve y mínima respectivamente. Al observar la gráfica se hace más evidente lo descrito anteriormente, asimismo, al haber una distribución tan variada en cada uno de los niveles de depresión, también puede explicarse a través de las variaciones e individualidades de cada adulto mayor, como la personalidad, historia de vida, escolaridad o experiencia.

7.2.3. Resultados del Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabla No. 5

Resultados MMSE		
Funcionamiento cognitivo normal	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo severo
0	15	35

Gráfica No. 2
Resultados del MMSE



Los resultados obtenidos por el mini mental se pueden evidenciar en la tabla no. 5 y la gráfica N0.2 en donde de los 50 casos de la muestra 35 presentan un deterioro cognitivo severo y 15 un deterioro cognitivo leve. Es decir que los resultados obtenidos en porcentajes reflejan que un 70% de deterioro severo y un 30 a un deterioro cognitivo leve.

Al aplicar el MMSE se pudo constatar una fuerte tendencia a un deterioro cognitivo severo lo que efectivamente se evidencia en los resultados de la prueba, asimismo, caso contrario al BDI no existen variaciones, lo que puede explicarse por la avanzada edad y por otro lado al identificar elementos ambientales como los programas ocupacionales de los adultos mayores, se

encontró que existen pocos o nulos programas que favorezcan el ejercicio cognitivo, lo que no ayudaría a frenar los efectos del deterioro cognitivo.

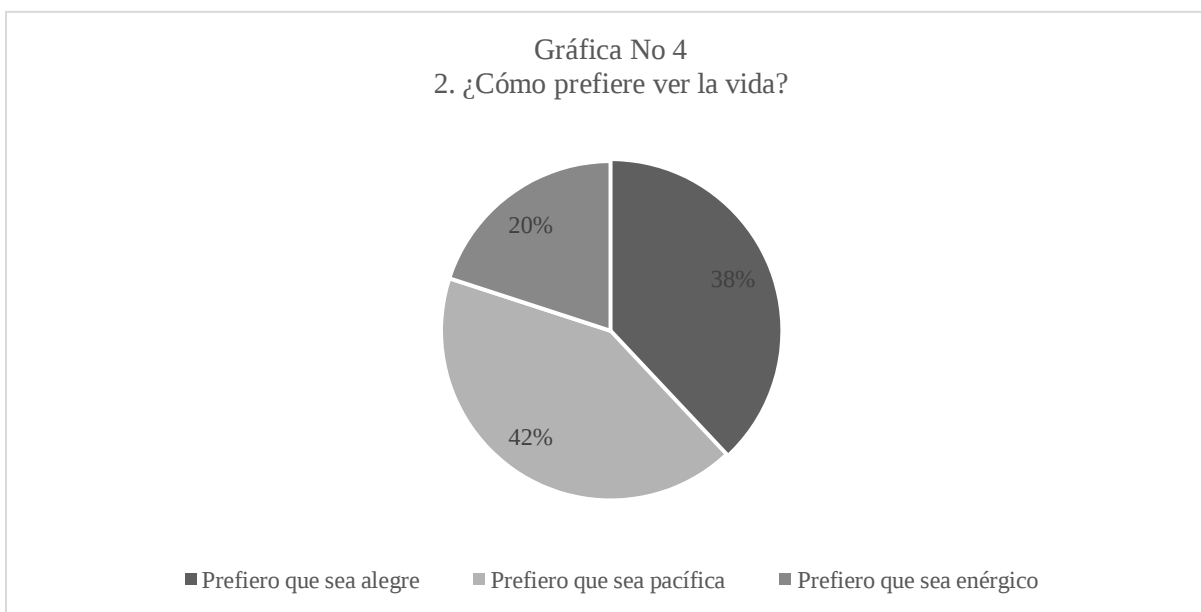
7.2.4. Resultados de la Encuesta de Aplicación.

Este instrumento tenía como objetivo describir las características de la depresión y estados cognitivos de los participantes de la muestra, esto se realizó a través de 8 preguntas con respuestas de selección múltiple en diferentes aspectos.



En la gráfica N0.3, la primera pregunta es ¿Cuándo usted quiere hablar de sí mismo con los demás, prefiere?, y las posibles respuestas son: a). Centrarse en lo que vivía antes, b). Centrarse en lo que los demás dicen de usted. c). Centrarse en lo que está sucediendo. Los resultados fueron muy interesantes porque un 40% respondió en lo que vivía antes, 56% en lo que está sucediendo y un 14% en lo que los demás dicen de usted. Mostrando que la respuesta menos seleccionada se refiere a la opinión de otras personas y la que cuenta con más respuestas conversar del presente.

Estos resultados se pudieron evidenciar al momento de aplicar el instrumento, ya que se encontraron varios casos en los que los adultos mayores preferían hablar sobre sus experiencias o sobre los acontecimientos importantes que sucedían, que en contra posición, fueron pocos los casos en los que los adultos mayores preferían hablar de lo que les sucedía a ellos o lo que los demás pensaban de ellos. En ese sentido, puede interpretarse como un pensamiento negativo sobre sí mismo o una realidad que les acerca más a un fin muy cercano, lo que encaja con lo argumentado por Beck en su triada cognitiva, como una distorsión de la realidad que por supuesto favorece a la depresión.



En esta gráfica N0.4 los resultados se presentaron de la siguiente manera; en la segunda pregunta es ¿Cómo prefiere ver la vida?, las posibles respuestas son: a). Prefiero que sea alegre, b). Prefiero que sea pacífica c). Prefiero que sea enérgico. Y los resultados obtenidos demuestran que un 42% la opción b, un 38% la opción a y un 20% la opción c. Mostrando una preferencia de la perspectiva de la vida hacia lo pacífico y la alegría.

En esta pregunta, algunos adultos mayores explicaban un poco más sus respuestas, mencionaron que el momento en que vivían no les era grato, ya que en general sentían mucha soledad, en este apartado puede interpretarse como lo que Beck menciona dentro de la triada cognitiva como una visión negativa sobre su propio futuro.



En esta gráfica N0.5 en respuesta a la tercera pregunta es ¿Cuándo usted está conversando?, las posibles respuestas son: a). A veces se me olvida alguna palabra, b). A veces se olvida muchas palabras c). No se me olvida ninguna palabra. La respuesta más seleccionada fue la opción a con un 36%, la opción b con un 30% y la opción c con un 34%, esto evidencia signos de deterioro en la memoria en al menos un 66% de la muestra.

En esta pregunta, se pudo reafirmar al momento de aplicar, no solo esta sino todas las pruebas, que mientras conversaban algunas palabras o ideas se les olvidaban a los adultos mayores, lo que en general también podría interpretarse como un reconocimiento de sí mismos

sobre este aspecto, y en reconocimiento que sus pensamientos o cogniciones no son igual que antes.



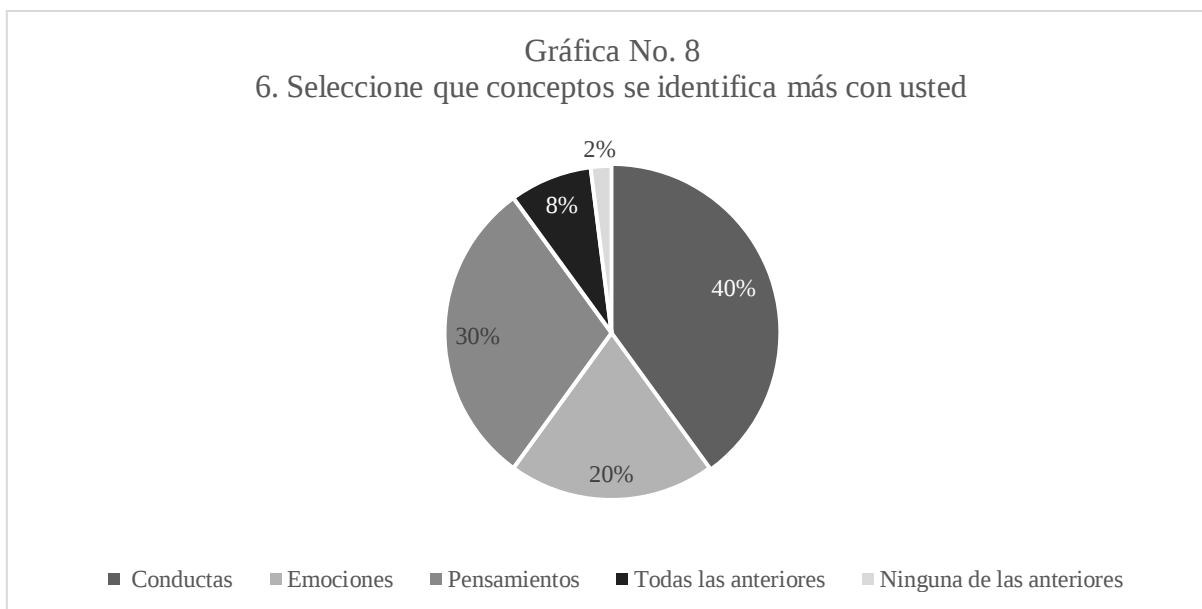
En la gráfica N0.6 refiriéndose a la cuarta pregunta es ¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?, las posibles respuestas son: a). Leyendo o escuchando algo, b). Hablar con otras personas, c). Prefiero estar en silencio. La respuesta más seleccionada fue la opción c con un 40%, continua con la opción a con un 34% y por último la opción b con un 26%, evidenciando una tendencia a preferir actividades que no requieren esfuerzo cognitivo o social. Lo cual podría sugerir una vinculación de los hábitos de los participantes con los resultados del MMSE.

Este apartado, precisamente los adultos mayores lo ampliaban un poco más durante la aplicación del instrumento, que en algunos casos sus pares interlocutores no prestaban atención o se distraían por lo que preferían estar en silencio y alejarse de las conversaciones. En ese sentido, puede interpretarse como una visión negativa del mundo exterior como lo menciona Beck en la triada cognitiva lo que por supuesto favorece la depresión.



La gráfica N0.7 en respuesta a la interrogante. “Para mí la vida puede ser”, las posibles respuestas son a). Un sentido de trabajo y eficiencia, b). Un sentido de dar y recibir c). Acciones y pensamientos. La opción b fue la más seleccionada con un 50%, la opción a con un 32% y la opción c con un 18%. Evidenciando una clara tendencia a seleccionar respuestas vinculadas a compartir con otras personas, lo cual podría dar indicios de necesidades sociales en la muestra.

En esta pregunta, se pudo evidenciar al momento de aplicar el instrumento, una tendencia a buscar el apoyo de sus familiares, incluso en algunos momentos lo expresaron tácitamente, este abandono también contribuye a las distorsiones cognitivas de la triada de Beck. Esta respuesta llamo la atención del investigador en relación con la respuesta anterior que preferían estar en silencio, dentro de ellos está latente la necesidad de afecto y compañía.

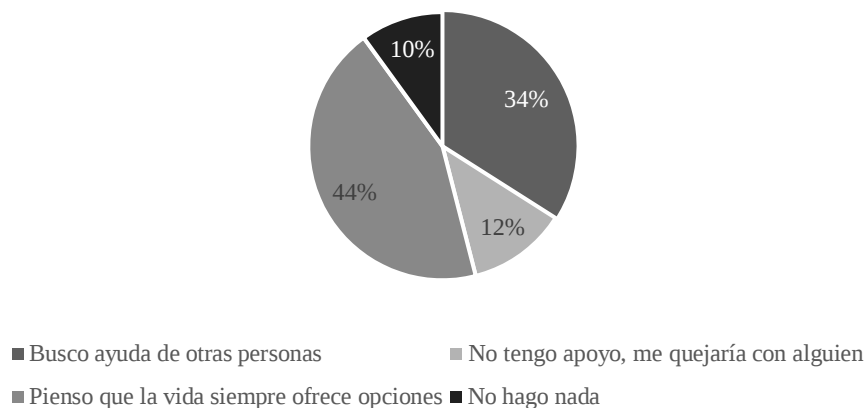


En esta gráfica N0.8 en donde se les hace la indicación que deben seleccionar que conceptos se identifica más con usted”, siendo las respuestas: a). Conductas, b). Emociones, c). Pensamientos, d). Todas las anteriores y e). Ninguna de las anteriores. La opción que tuvo más alto porcentaje fue la “a” con un 40% la opción c) la segunda con un 30%, la opción b) con un 20% y la opción d) con un 8% y la opción e) con un 2%. Estos resultados evidencian que hay una preferencia por los elementos conductuales y emocionales sobre los cognitivos.



La gráfica N0.9 que responde a la interrogante que solicita que el participante indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado”, las respuestas son: a). Prefiero retirarme, b). Me quedo callado o callada, c). Busco otra persona para platicar y la opción d). Quejarme con alguien de la situación. La respuesta más seleccionada la fue la opción “b” con un 50%, le sigue la opción a) con un 38%, la opción c) con un 8% y la opción d) con un 4%. Estos resultados evidencian preferencia por respuestas que eviten el contacto social para resolver la situación.

Gráfica No. 10
8. ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?



La gráfica N0.10 en relación con el octavo ítem es ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?, las posibles respuestas son a). Busco ayuda de otras personas, b). No tengo apoyo, me quejaría con alguien, c). Pienso que la vida siempre ofrece opciones, d). No hago nada. Los resultados evidencias claramente que un 44% se inclina en la opción c, un 34% en la opción a, un 12% en la opción b y un 10% en la opción e. Esto evidencia una tendencia hacia una perspectiva positiva, es decir buscarían ayuda si ocurriese el caso planteado.

7.3. Análisis general.

En los resultados obtenidos se pudo evidenciar que la correlación en realidad no es significativa, esto mismo pudo constatarse en la experiencia de aplicación de los instrumentos, ya que en la muestra hubo resultados diversos, algunos adultos mayores tenían un excelente estado cognitivo y con otros incluso la aplicación de las pruebas resultó un reto. En ese sentido, cabe mencionar que algunos adultos mayores pudieron resolver el MMSE con relativa facilidad, sin embargo, evidenciaban aspectos vinculados a lo que Beck denominaba la triada cognitiva, como pensamientos negativos sobre si mismos, del mundo y sobre su futuro. Esto respalda los resultados de la prueba de correlación respecto a lo encontrado al aplicar los instrumentos.

Los resultados ofrecidos por la el coeficiente de correlación de Pearson, entre el BID y el MMSE, muestran un índice de -0.13, lo que según la tabla de interpretación de rangos y criterios de la herramienta evidenciaría una correlación muy débil en el espectro negativo (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975), lo que en otras palabras, podría afirmarse que existe una correlación inversamente proporcional entre la depresión y el deterioro cognitivo, sin embargo, esta es muy débil.

Los resultados descritos anteriormente podrían afirmar que es válida la hipótesis nula de investigación planteada: “No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión”, sin embargo, cabe mencionar que esta relación es débil, por lo que es imprescindible realizar un análisis de los factores alrededor de estos resultados.

En ese sentido, es necesario establecer que dentro de las características del lugar de residencia de la muestra, existe un acompañamiento por parte de profesionales en diferentes ramas de la salud, entre ellas la psicología, lo que podría explicar un amortiguamiento en los

resultados del BID, bajo estas circunstancias, también es importante sugerir, que es necesario establecer una correlación entre los resultados del MMSE y los niveles de escolaridad de la muestra, lo cual, entre otros factores, ayudaría a explicar el deterioro alto evidenciado en los resultados de la prueba.

Respecto a los resultados del BID evidenciando un 18% con depresión severa siendo 9 personas y un 30% con depresión moderada, correspondiente a 15 pacientes, lo que en total sería un 48% de la muestra, es decir 24 de 50 personas, en ese sentido, es necesario establecer los factores que favorecen estos resultados. Tomando en cuenta los resultados presentados de la encuesta aplicada, es importante sugerir, la posibilidad de ampliar estudios sobre la correlación de estos altos índices de depresión con las redes de apoyo entre pares y familiares, ya que existe una tendencia marcada hacia el anhelo de contacto social por parte de los participantes.

Lo anterior se sustenta en los resultados del ítem 5; “Para mí la vida puede ser” en donde un 50% de la muestra respondió: “Un sentido de dar y recibir”, en contraposición el mismo instrumento evidencia debilidad en la dimensión social de los participantes, principalmente en el ítem 7 el cual plantea; “Indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado” donde un 50% de la muestra respondió: “Me quedo callado o callada”, lo que puede interpretarse como pocos recursos sociales para afrontar dicha situación, asimismo, en el mismo ítem, un 38% respondió: “Prefiero retirarme” reforzando aún más esta idea.

Los resultados del MMSE evidencian un deterioro cognitivo severo en un 70% de la muestra siendo un total de 35 personas y un deterioro cognitivo leve con un 30% siendo 15 pacientes del total de la muestra, lo que evidencia una tendencia claramente negativa en este apartado, sin embargo, ya que según el coeficiente de correlación de Pearson aplicado evidencia

una correlación muy débil, es necesario contrastarlo con otros factores evaluados en la encuesta aplicada, dentro de los cuales es posible destacar los resultados del ítem 4; “¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?” en donde un 40% de los participantes respondió “prefiero estar en silencio”, lo que evidencia una clara tendencia hacia hábitos que no favorecen el ejercicio cognitivo.

En el mismo orden de ideas, el ítem 6 de la encuesta aplicada menciona “seleccione que conceptos se identifica más con usted” en donde un 40% de los participantes respondió “conductas” y un 20% “emociones” sumando un 60% de la muestra que no se identifica con actividades cognitivas, lo que claramente contrasta con un 30% que respondió “pensamientos” lo que puede interpretarse como una tendencia que se aleja hacia procesos cognitivos en la muestra.

Al aplicar cada uno de los instrumentos y en las entrevistas que se realizaron con cada paciente se pudo identificar que, a pesar de que cada uno lo expresaba diferente, una marcada tendencia a sentimientos de soledad, expresando situaciones extremas, lo que según las distorsiones cognitivas de Beck se refiere a “pensamiento de todo o nada”. (Beck & et.al, 1961) Asimismo, en conflictos con otros pacientes se expresó, en algunas ocasiones, a extender el problema al resto o incluso al total de los residentes, evidenciando lo que Beck denomina “sobregeneralización”.

Por otro lado, en el mismo discurso de los pacientes se identificaron claras confusiones en fechas o vagos recuerdos de sucesos más próximos en el tiempo, lo que acentúa las evidencias encontradas en los resultados del MMSE.

En términos generales la teoría de la depresión de Beck menciona que esta se caracteriza por patrones de pensamientos negativos y distorsionados que se manifiestan principalmente en

tres áreas, conocidas como la triada cognitiva de Beck, una visión negativa del uno mismo, del mundo y del futuro. Estas distorsiones cognitivas, como el pensamiento de todo o nada y la sobregeneralización se observan en los pacientes evaluados, este aspecto es sumamente interesante, ya que según los resultados antes mencionados existen coincidencias con la teoría de Beck.

Por otro lado, el MMSE evalúa una capacidad cognitiva más objetiva. La correlación débil entre la depresión y el deterioro cognitivo encontrado sugiere que estos factores operan de manera independiente, por lo que resulta necesario considerar otros factores vinculados al contexto y a la historia de vida de los pacientes.

Capítulo IV

8. Conclusiones y recomendaciones.

8.1. Conclusiones.

- ✓ Los resultados en general reflejan la validación de la hipótesis nula planteada “No existe relación entre depresión y el estado cognitivo en adultos mayores diagnosticados con depresión.
- ✓ Tomando en cuenta los resultados presentados de la encuesta aplicada, es posible afirmar que existe un alto índice de depresión en los adultos mayores de Ascavip.
- ✓ Según el coeficiente de correlación de Pearson aplicado evidencia una correlación muy débil, es necesario.
- ✓ Se evidencia una tendencia marcada hacía el anhelo de contacto social por parte de los participantes. En contraposición el mismo instrumento evidencia debilidad en la dimensión social de los participantes y pocos recursos sociales para afrontar diferentes situaciones. Asimismo, Se evidenció una clara preferencia hacia hábitos que no favorecen el ejercicio cognitivo, en el mismo orden de ideas, tampoco se evidencia un interés en este aspecto por parte de los adultos mayores de Ascavip.

8.2. Recomendaciones.

- ✓ A la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda generar más estudios para establecer la correlación entre la depresión con otras variables del contexto de los adultos mayores, como el contacto social con pares y familiares, la atención brindada en centros especializados y condiciones individuales de cada caso. Asimismo, la correlación entre el deterioro cognitivo con otras variables como el nivel educativo, las redes sociales con pares y familiares y la actividad mental cotidiana. De esta manera, generar estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida de esta población.
- ✓ A los profesionales de psicología de Ascavip realizar una evaluación exhaustiva de los factores que contribuyen a los altos niveles de depresión evidenciados en los resultados del BDI, de esta manera, implementar programas de intervención psicológica individual y grupal, así como, actividades recreativas que promuevan el bienestar emocional, por otro lado, es necesario establecer mecanismos de monitoreo para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas.
- ✓ A los profesionales de psicología de Ascavip implementar programas de estimulación cognitiva y actividades específicas que favorezcan las capacidades cognitivas, también promover espacios de formación continua en diferentes habilidades según los intereses de los adultos mayores residentes en Ascavip, también es importante desarrollar investigaciones adicionales para identificar las causas del deterioro cognitivo severo en los adultos mayores de Ascavip.
- ✓ A los profesionales que atienden a los adultos mayores en Ascavip fomentar la creación y fortalecimiento de redes de apoyo social entre los residentes de Ascavip, así como sus familias y la comunidad, implementando programas de integración social y actividades

que promuevan el contacto social y el apoyo mutuo, también, introducir y promover actividades que estimulen el ejercicio cognitivo y físico, adecuándolas a los intereses de los residentes.

8.3. Referencias.

- Academia Nacional de Medicina (ANM). (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Mexico, D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Alvaro, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos. doi:ISSN 1134-928X.
- American Psychiatric Association. (s.f.). 2013. *Guía de Consulta de los Criterios de Diagnóstico del DSM-V*. ISBN 9780890425510.
- André, C. (2010). *Los estados del ánimo*. Barcelona: Kairos.
- Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. México: PAX.
- Barull, D., & Stern, y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: Emerging concepts in cognitive reserve. *Trends Cogn Sci*, 17(10), 9-502.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, A., & et.al. (1961). *An Inventory for measuring depression*. EE.UU: Saint.
- Bohrquez, A., Pinto , D., Gil , J., Rondón, M., Daz-Granados, N., & Gómez-Restrepo, C. (2015). Prevalencia de depresin y factores asociados con ella en la poblacin colombiana. *Panam Salud Publica*, 16(86), 378.
- Cano, C., & et.al. (2018). ILUMINANDO LAS DECISIONES E INTERVENCIONES PÚBLICAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR. *ESTUDIO SABE BOGOTÁ*.
- Comité Nacional de Proteccion a la vejez (CONAPROV. (s.f.).

Confinamiento prolongado en Personas Mayores. (2020). Obtenido de

https://drive.google.com/file/u/0/d/1Sw3RIIdOHVwMnMB_YA9GgzSiWC66bKj_I/view?usp=embed_facebook

Consejería de Salud y Bienestar Social. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

COVID 19: Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society. (2020). *Dementia and cognitive impairment British Geriatrics Society*. Obtenido de <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-dementia-and-cognitive-impairment>

Decreto 80-96 Ley de Protección Para las personas de la tercera edad. (1996). Decreto 80-96. Guatemala.

Diniz, B., Butters, M., Alberto, S., Dew, M., & Reynolds, C. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*, 202(5), 35-329.

Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutierrez, G., & Vásquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una. (U. A.-U. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Ed.) *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42. doi:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706313726277?token=B51A0A1B5A20AB2CF86FC3764A1C0948EF52DD183374F44DDDCBC5CC985D5F537428C789B725D0995C8CD4FE5CA7B66B&originRegion=us-east-1&originCreation=20220724223605>

Duran-Badillo, T., Benitez, V., Martinez, M., Gutierrez, G., Herrera, J., & Salazar, M. (2021).

Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. Mexico: Scielo.

Flores, R. (2020). *DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES EN SUDAMÉRICA.*

Pimentel-Perú: Universidad Señor de Sipan.

Folstein, M., Folstein, S. E., & Mchugh. (1975). "Mini-mental state". A practical method for

grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 189 - 198.

Galán, M. (2010). Ética de la investigación. *Revista Iberoamericana de Educación / Revista*

Ibero-americana de Educação, 54(4), 1-2. doi: ISSN: 1681-5653

Gallardo, R. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 29-

40.

Ghedin, W. (2009). *Las enfermedades mentales.* Argentina: LEA.

Hernández , J., Malagón, C., & Rodríguez, J. (2006). *Demencia tipo Alzheimer y lenguaje.*

Universidad del Rosario. Obtenido de <https://editorial.urosario.edu.co/gpddemencia-tipo-alzheimer-y-lenguaje-2519.html>

Hernandez, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitarias*

Médicas, 228-248.

Informe Belmont. Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos en

investigación. (1979). Principios y Guías Éticos para la Protección de los sujetos

humanos de Investigación. *Principios y Guías Éticos para la Protección de los sujetos humanos de Investigación.*

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (1964). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.*

Ministerio de Salud, Chile. (2019). *ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS MAYORES*. Chile: Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores SENAMA .

Molina, L., & Martín, B. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona: Amat.

Moreno, A. (2008). La depresión y sus máscaras. *España Medica Panamericana*, 1(1), 16.

Ordoñez, A., Gonzalez, R., Montoya, I., & Schoeps, K. (2014). CONCIENCIA EMOCIONAL, ESTADOS DE ÁNIMO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO. *Infad Revista de Psicología*, 229-236.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2016). La Salud mental y los adultos mayores. *Programa de salud mental*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Las 10 principales causas de defunción. A:.

Ortiz, A., Alonso, I., & Ruiz, A. (2011). Trastornos del Estado del Animo. *ElsevierMasson*, 5(1), 133-145.

Ortuño, F. (2009). Lecciones de Psiquiaría. *España Médica Panamerican*, 1(1), 11-23.

- Pérez-Lao, A., Oviedo, D., & Britton, G. (2020). Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve. *Centro de Neurociencias y Unidad de Investigación Clínica, Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT AIP)*, 8(3), 05-17.
doi:<https://doi.org/10.37387/ipc.v8i3.166>
- Portellano, C. (2018). *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto Share (Survey and Health, Ageing and Retirement in Europe)*. España: Universidad de Barcelon.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real academia Española. *Depresón*.
Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=depresion>
- Rock, P., Roiser, J., Riedel, W., & Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 44(10), 40-2029.
- Rojas, E. (2011). *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable*. España: Grupo Planeta.
- Santos, N., & Cando, S. (2015). *DESARROLLO DE UN PROYECTO DE RECREACIÓN DIRIGIDO A*. Latacunga-Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE COTOPAXI.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive Reserve and Lifestyle. *J Clin Exp Neuropsychol*, 25(5), 33-625.
- Tucker, A., & Stern, Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*, 8(4), 60-354.
- Vivaldi, F., & Barra, F. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter psicológica*, 30(2), 9-23.
- Willard, H., & Spackman, C. (2005). *Terapia Ocupacional*. Argentina: Medica Panamericana.

Anexos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 1: Consentimiento Informado

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a **“Relación entre esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual”**. Estudio realizado con **adultos mayores en Asociación, Ascasvip 2024** del estudiante Allan Dennis Vásquez Villanueva y avalado por Licda. Gabriela María Guerrero Veliz.

El objetivo general de este estudio corresponde a determinar la relación entre los esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual”. Estudio realizado con adultos mayores en Asociación, Ascasvip 2024.

Actualmente el estudiante encargado de la investigación se encuentra terminando la licenciatura en Psicología en la Escuela de Ciencias Psicológicas del Centro Universitario Metropolitano CUM perteneciente a la Universidad de San Carlos de Guatemala. El estudio ayudará a dar mayor amplitud en el estado mental de las personas adultos mayores por medio del conocimiento y entendimiento de las características de los estados cognitivos y se podrá validar la hipótesis de investigación de la relación con la depresión. Esto es un precedente para comenzar a trabajar programas sociales, educativos y clínicos para la atención del estado cognitivo y de la relación que puede tener con la depresión.

Usted formará parte de una muestra del cual constará de 50 adultos mayores del sexo femenino y masculino con edades entre un rango de 65 años en adelante previamente diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024”

La Confidencialidad y publicidad final de los resultados no reportarán datos de dirección o nombres de los participantes en este estudio. Las únicas personas que tienen accesos a sus datos solo son las investigadoras de este estudio. Por otro lado, se le informa que este estudio será revisado por dos personas más, quienes tiene que autorizar o dar su visto bueno sobre el trabajo. Estas personas no tendrán acceso a sus datos. Al finalizar el estudio y una vez aprobado el informe final por un asesor y revisor asignados por la universidad todos los datos u hojas que usted llenó serán destruidos en su totalidad.

Con esta investigación se espera determinar la relación entre entre esquemas de depresión Beck y estado cognitivo y conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión en una asociación, Ascavip 2024. Describir las características de depresión y estados cognitivo-conductuales en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación, Ascavip 2024. También se logrará identificar el estado cognitivo y conductual en adultos mayores diagnosticados con depresión en la asociación y al final se evaluarán los esquemas de depresión Beck en adultos mayores diagnosticados con depresión de una asociación, Ascavip 2024.

En cuanto a la voluntariedad de su participación será sumamente importante contar con su apoyo y los datos que proporcione.

Si bien es voluntarioso y sin condiciones, debe comprenderse que así mismo no será excusa alguna para que su nombre, edad o cualquier otro dato sea compartido o divulgado en

ningún lugar fuera o dentro de este estudio. Por lo cual esperamos contar con todo su apoyo y desde ya agradecemos el tiempo y espacio proporcionado para este estudio.

Personal de contacto

Yo _____ (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información al paciente en relación con el estudio arriba citado
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles de este con el investigador Allan Dennis Vásquez Villanueva.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo: - en el momento en que lo desee, - sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio Firma
del participante

Fecha.....

Confirmo que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional.....

Fecha.....

Se requieren dos copias: una para el investigador y otra para el paciente.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 2: Encuesta de aplicación

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de aplicación _____

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas de acuerdo con tres respuestas en donde deberá seleccionar solamente una respuesta, no hay respuestas correctas e incorrectas, únicamente queremos su mayor sinceridad.

9. ¿Cuándo usted quiere hablar de sí mismo con los demás, prefiere?

- a. Centrarse en lo que vivía antes
- b. Centrarse en lo que los demás dicen de usted
- c. Centrarse en lo que está sucediendo

10. ¿Cómo prefiere ver la vida?

- a. Prefiero que sea alegre
- b. Prefiero que sea pacífica
- c. Prefiero que sea enérgico

11. ¿Cuándo usted está conversando?

- a. A veces se me olvida alguna palabra
- b. A veces se olvida muchas palabras
- c. No se me olvida ninguna palabra

12. ¿Actualmente cómo prefiere pasar su tiempo libre?

- a. Leyendo o escuchando algo
- b. Hablar con otras personas
- c. Prefiero estar en silencio

13. Para mí la vida puede ser:

- a. Un sentido de trabajo y eficiencia
- b. Un sentido de dar y recibir
- c. Acciones y pensamientos

14. Seleccione que conceptos se identifica más con usted

- a. Conductas
- b. Emociones
- c. Pensamientos
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna de las anteriores

15. Indique como demuestra que no se siente a gusto en un momento o lugar determinado

- a. Prefiero retirarme
- b. Me quedo callado o callada
- c. Busco otra persona para platicar
- d. Quejarme con alguien de la situación

16. ¿Qué haría si en este momento le dicen que debe cambiarse de su actual hogar?

- a. Busco ayuda de otras personas
- b. No tengo apoyo, me quejaría con alguien
- c. Pienso que la vida siempre ofrece opciones
- c. No hago nada



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de aplicación _____
Estado civil: _____ Sexo: _____
Oficio o Profesión: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

11. Tristeza

- 2 No me siento triste.
- 3 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

12. Pesimismo

- 2 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 3 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

13. Fracaso

- 3 No me siento como un fracasado.

- 4 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 5 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

14. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 4 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 5 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

15. Sentimientos de Culpa

- 2 No me siento particularmente culpable.
- 3 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

16. Sentimientos de Castigo

- 2 No siento que este siendo castigado
- 3 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

17. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

18. Autocrítica

- 2 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 3 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

19. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 2 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 3 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

20. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 4 Lloro por cualquier pequeñez.
- 5 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 4 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

- 5 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 6 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 7 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 2 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 3 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

16. Indecisión

- 3 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 4 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 5 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

17. Desvalorización

- 2 No siento que yo no sea valioso
- 3 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

18. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 4. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 5. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 6. No tengo energía suficiente para hacer nada.

22. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

23. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

24. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

25. Dificultad de Concentración

3 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

4 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

5 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

26. Cansancio o Fatiga

3 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

4 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

5 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

27. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

4 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

5 He perdido completamente el interés en el sexo.



Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-

“Mayra Gutiérrez”

Anexo 4: Mini Mental State Examination (MMSE) (1975).

Instrucciones: Esta prueba se divide en 8 etapas por favor siga las instrucciones de su evaluador en cada una de las etapas.

Nombre: _____	
Fecha: _____	
HC: _____	
Escolaridad: _____	
Explorar y puntuar siguiendo estrictamente las normas estandarizadas. Establecer puntuaciones ajustadas en personas iletradas.	Puntos:
ORIENTACIÓN	0 1
¿En qué año estamos?	☐ ☐
¿En qué estación del año estamos?	☐ ☐
¿Qué día del mes es hoy?	☐ ☐
¿Qué día de la semana es hoy?	☐ ☐
¿En qué mes del año estamos?	☐ ☐
¿En qué país estamos?	☐ ☐
¿En qué provincia estamos?	☐ ☐
¿En qué ciudad estamos?	☐ ☐
¿Dónde estamos en este momento?	☐ ☐
¿En qué piso (planta) estamos?	☐ ☐
FLUJACIÓN	0 1 2 3
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 segundo: Bicicleta, cuchara, manzana	☐ ☐ ☐ ☐
Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda	
ATENCIÓN Y CÁLCULO	0 1 2 3 4 5
A. Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO	
Puntuar la mejor respuesta	
MEMORIA	0 1 2 3
Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana)	☐ ☐ ☐ ☐
Dar 1 punto por cada respuesta correcta	