



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**

TEMA:

**EL DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DEL ADULTO
MAYOR A PARTIR DE LOS 65 AÑOS DE EDAD EN UN SECTOR URBANO
PERTENECIENTE AL CANTÓN MILAGRO**

AUTOR: Psc. Hermida Bravo Karla Regina

DIRECTOR TFM: Moreta Herrera Carlos Rodrigo, MSc.

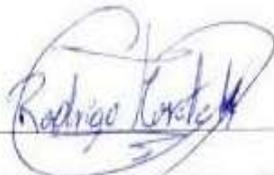
MILAGRO, DICIEMBRE 2021

ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar, que he analizado el proyecto de grado presentado por **Hermida Bravo Kara Regina**, para optar por el grado Magister en Psicología, mención Neuropsicología del Aprendizaje y que acepto tutoriar la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 28 días del mes de julio del 2021



MSc, Carlos Rodrigo Moreta Herrera

Tutor

C.I. 1802732063

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Comité Académico del Programa de Maestría en Psicología, mención Neuropsicología del Aprendizaje, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 15 de diciembre de 2021



Karla Regina Hermida Bravo
C.I. 0929138451

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

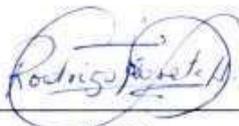
EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de MAGISTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[60,00]
DEFENSA ORAL	[40,00]
TOTAL	[100,00]
EQUIVALENTE	[EXCELENTE]



FIRMA

NARCISA CORDERO ALVARADO, MSc.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



FIRMA

CARLOS MORETA HERRERA, MSc.
DIRECTOR TFM



FIRMA

ERIKA RUPERTI LUCERO, MSc.
SECRETARIO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todas las personas que de una u otra forma han estado apoyándome emocional y económicamente para que este gran escalón profesional sea alcanzado a cabalidad.

En primer lugar, a mi esposo Raymond Cruz quien fue la persona quien apoyó en gran medida a todo lo que conlleva para poder realizar esta maestría la cual tengo presente y espero siempre ir de la mano en este camino llamado vida.

A mis padres que con su apoyo emocional y a pesar de las adversidades que este año se ha atravesado, con sus consejos de seguir adelante y de concentrarme en seguir puliendo como una profesional me permiten ver siempre al frente.

Es muy grato tener presente que hay personas alrededor que se alegran y viven la experiencia del desarrollo profesional del cual siempre espera y desea que todo salga de manera positiva para poder llegar a la meta y hoy es el día en que veo cristalizada esta meta que empezó como un sueño mágico de excelencia educativa.

Con amor

Karla Hermida B.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera particular a mi esposo Raymond Cruz el cual fue partícipe desde el primer momento para poder realizar la maestría y él fue el sustento de la mayor parte de lo que éste conllevaba.

A mis padres que también apoyaron con su granito de arena para poder concluir este gran paso, siempre teniendo presente que ellos son el apoyo incondicional en todo momento y que sin preguntas y cuestionamientos están presentes porque ellos viven y respiran las alegrías y triunfos de sus hijos.

También agradezco a lo más importante que todo ser humano tiene el cual es omnipotente y omnipresente y es la presencia de Dios el cual me ha permitido gozar de vida, salud y estar con mis seres queridos teniendo en cuenta que esos privilegios mencionados, en la actualidad es un gran milagro del cual estoy infinitamente agradecida.

Karla Hermida B.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Doctor.
Fabricio Guevara Viejó
Rector de la Universidad Estatal de Milagro
Presente

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del tabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Tituo de Cuarto Nivel , cuyo tema fue **El deterioro cognitivo y su relación con la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años de edad en un sector urbano perteneciente al cantón milagro** y que corresponde a la Direccion de Investigacion y Posgrado

Milagro, 15 de diciembre del 2021



Karla Regina Hermida Bravo
C.I. 0929138451

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
GLOSARIO DE TÉRMINOS	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Delimitación del problema	5
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Preguntas de investigación.....	5
1.5 Determinación del tema.....	6
1.6 Objetivo general	6
1.7 Objetivos específicos	6
1.8 Hipótesis.....	6
1.9 Declaración de las variables	6
1.10 Justificación	11
1.11 Alcance y limitaciones.....	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	14
2.1 Antecedentes Históricos y Referenciales	14
2.1.1 Deterioro Cognitivo	14

2.2	Fundamentación Teórica.....	16
2.2.1.	Aproximaciones conceptuales	16
2.3	Deterioro Cognitivo	17
2.3.1	Tipos de Deterioro Cognitivo.....	18
2.3.2	Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	20
2.3.3	Signos y síntomas del deterioro cognitivo	20
2.3.4	Consecuencias del deterioro cognitivo	22
	Otras consecuencias son:.....	23
2.4	La depresión en adultos mayores	23
2.4.1	Antecedente histórico de la depresión.....	23
2.4.2	Conceptualización de la Depresión	24
2.4.3	Epidemiología de la depresión	24
2.4.4	Tipos de depresión.....	25
2.4.5	Características de la depresión	27
2.4.6	Signos y síntomas de la depresión.....	29
2.4.7	Consecuencias de la depresión	31
2.4.8	Relación entre deterioro cognitivo y depresión	32
CAPÍTULO III.....	35	
METODOLOGÍA.....	35	
3.1	Tipo y diseño de investigación	35
3.2	La población y la muestra	36
3.2.1	Características de la población	36
3.2.2	Tipo de muestra	37
3.2.3	Tamaño de la muestra	37
3.2.4	Proceso de selección del muestreoCriterios de inclusión	37
	Criterios de exclusión.....	38
3.3	Los métodos y las técnicas	38
3.3.1	Observación estructurada	38

3.3.2 Entrevista psicológica	38
3.3.3 Entrevista estructurada	39
3.4 Instrumentos	40
3.4.1 Ficha Sociodemográfica.....	40
3.4.2 Fototest: El Test de las fotos.....	41
3.4.3 Escala de Depresión geriátrica – (GDS) Yesavage	42
3.4.4 Plan de tabulación y análisis de datos.....	42
3.4.5 Aspectos bioéticos: consentimiento y asentimiento informado	42
3.4.6 Propuesta de procesamiento estadístico de la información.	43
CAPÍTULO IV	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
4.1 Análisis e interpretación de datos obtenidos	45
4.2 Análisis descriptivos de los resultados	51
4.2.2. Análisis del test de Yesavage	52
Criterio:	53
Análisis:	53
Análisis:	54
CAPÍTULO V	55
DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Discusión.....	55
5.2 Recomendaciones	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7
TABLA 2 EDAD DE LOS PARTICIPANTES.....	45
TABLA 3 GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES.....	46
TABLA 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	47
TABLA 5 ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES.....	48
TABLA 6 OCUPACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	49
TABLA 7 NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PARTICIPANTES.....	50
TABLA 8 TEST DE FOTO.....	51
TABLA 10 PRUEBA DE NORMALIDAD - PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	53
TABLA 11 PRUEBA DE CORRELACIÓN - CORRELACIONES POR SPEARMAN.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 TEST DE FOTO	51
GRÁFICO 2 TEST DE YESAVAGE	52

ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1	FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	66
ANEXO 2	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES	71
ANEXO 3	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73
ANEXO 4	TEST DE FOTO.....	74

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adulto mayor: es una etapa del ciclo vital que se inicia a partir de los 60 años, y se le considera como la última etapa y forma parte del envejecimiento Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018).

Ansiedad: es el estado de angustia o aflicción por alguna causa en específico (OMS, 2017)

Alzheimer: es una forma común de la demencia o del deterioro cognitivo severo, se caracteriza por la pérdida de la memoria y del lenguaje, del intelecto y de las capacidades manuales, alteración del comportamiento (OMS, 2020).

Cognición: es la capacidad de procesar la información, a partir de la percepción del entorno, a través de los sentidos, por ende, en el conocimiento que se adquiere por la experiencia (Benavides, 2017).

Envejecimiento: es el proceso fisiológico y morfológico que se inicia desde la concepción del ser humano y, ocasiona cambios durante todo el ciclo vital, los cuales con el tiempo generan limitaciones en la adaptabilidad del organismo con el medio (Rico, Rico, Vega, 2018).

Demencia: es una condición de salud que se denomina también deterioro cognitivo severo, en la cual se observa un gran deterioro cognitivo adquirido, que se fundamentan en trastornos conductuales que impactan en su funcionalidad debido a los grandes trastornos cognitivos, aunado a la progresiva pérdida de la capacidad de autonomía e independencia (Jauregui, 2018).

Dependencia: necesidad de ayuda o apoyo total, para la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, entre ellas, asearse, alimentarse, desplazarse, otras

Depresión: es un trastorno mental, que se caracteriza por la sensación de tristeza, manifestación de desinterés, tristeza, falta de autoestima, alteración o trastorno del sueño y del apetito, cansancio y una ausencia de concentración (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

Depresión del adulto mayor: es la manifestación de las características de la depresión, aunado a episodios de soledad, pensamientos suicidas, afectando el comportamiento y los pensamientos del adulto mayor, ocasionando grandes alteraciones, negativas, en sus relaciones sociales, personales y quienes le rodean (Association, 2016).

Deterioro: es la decadencia o degeneración de algo o de una persona, bien sea en el nivel biológico, como psíquico.

Deterioro cognitivo en el adulto mayor: es la degeneración de las funciones cognitivas, muestran cuadros de olvidos y de un procesamiento más lento de información (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018).

Geriatría: es la rama de la medicina que se encarga del estudio de las enfermedades y deterioro del adulto mayor (RAE, 2020).

Gerontología: es la ciencia que se ocupa del estudio del envejecimiento, en todos los aspectos: desde lo biológico, psicológico hasta lo social (RAE, 2020).

Trastorno de Ansiedad: es la intensificación de la angustia o aflicción sin tener alguna causa en específico (OMS, 2017)

RESUMEN

La vejez como un avance de daños celulares y moleculares, que aumenta con el tiempo, conllevando al deterioro de capacidades entre ellas las cognitivas, que incrementa el riesgo de desarrollar patologías neurodegenerativas, ocasionando estados depresivos. Por ello, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación del deterioro cognitivo y la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años de edad en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo, exploratorio y correlacional, de corte transversal, con una población total de 138 adultos mayores de 65 años en adelante. Se utilizó dos tipos de instrumentos: el instrumento empleado para la primera variable que es el deterioro cognitivo fue el Test de las Fotos (TF); el cual evidenció que, el 62% de los encuestados se ubican en el nivel leve de deterioro; y para la segunda variable; la depresión: se empleó la escala de depresión Yesavage (GDS), donde el 95% de los encuestados se ubica en el nivel moderado. Una vez aplicado cada instrumento, se pudo concluir que existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en el adulto mayor, por cuanto, el resultado, 5 es mayor de 0,05 lo cual era lo establecido para la comprobación de la hipótesis, la mayoría de este grupo de estudio, presentó un deterioro leve, pero un nivel de depresión fue moderado, por lo que se afirma que, es inexistente esa relación entre las variables.

Palabras Clave: adulto mayor, deterioro cognitivo, depresión.

ABSTRACT

Old age as a progression of cellular and molecular damage, which increases with time, leading to the deterioration of abilities including cognitive, which increases the risk of developing neurodegenerative pathologies, causing depressive states. Therefore, the present research aims to determine the relationship between cognitive impairment and depression in older adults over 65 years of age in an urban sector belonging to the Canton Milagro. Through a quantitative, descriptive, exploratory and correlational approach, cross-sectional, with a total population of 138 older adults aged 65 years and older. Two types of instruments were used: the instrument used for the first variable, cognitive impairment, was the Photo Test (TF), which showed that 62% of the respondents were in the mild level of impairment; and for the second variable, depression, the Yesavage Depression Scale (GDS) was used, where 95% of the respondents were in the moderate level. Once each instrument was applied, it was possible to conclude that there is a relationship between cognitive impairment and depression in the elderly, since the result, 5 is greater than 0.05, which was established for the verification of the hypothesis, most of this study group presented a slight impairment, but a moderate level of depression, so it is affirmed that the relationship between the variables is nonexistent.

Key words: elderly, cognitive impairment, depression.

INTRODUCCIÓN

Con el incremento de la expectativa de vida de la población a nivel mundial, y con el consiguiente progresivo envejecimiento de la población, algunas enfermedades están adquiriendo cada vez mayor interés en el ámbito clínico de la neurología, la psiquiatría y la neuropsicología.

Las enfermedades mentales más frecuentes en la tercera edad son en las que se encuentran relacionadas la demencia, depresión y, por tanto, deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo presenta una incidencia proporcional a la edad y se ha estimado que se presentan en aproximadamente 5% de las personas de 65 años y en 20% de las personas de 80 años o más (Garre y Olmo, 2018).

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia (Park, 2007). El deterioro cognitivo y la depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) (Vega Alonso, 2018).

La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres (Klug, 2014).

El deterioro cognitivo, es un síndrome geriátrico muy prevalente que afecta a aproximadamente 24 millones de personas (Wagner, 2011). Es considerado uno de los motivos más frecuentes en la consulta en atención primaria, con una prevalencia estimada de entre el 12 y el 18% en personas mayores a 60 años (Petersen, 2004).

Además, diversos estudios han estimado una tasa global de DC leve de 7,6%, asociado con la edad, quejas subjetivas de memoria, deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria y antecedentes de un menor rendimiento cognitivo; en España, para el periodo febrero 2014-marzo 2015, se tuvo una prevalencia ajustada del 18,5% (Vega Alonso, 2018).

La depresión en la tercera edad, puede afectar hasta 10 % de los adultos mayores que viven en la comunidad (Sheline, 2006) y puede comportarse como factor de riesgo de demencia, fragilidad y mayor índice de mortalidad.

Por lo tanto, la detección precoz de la depresión, la identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales es de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas, asistenciales que pretenda prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad, lo cual será más probable en los primeros estadios de la enfermedad (Vickers, 2004).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Los pacientes deprimidos se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos.

Aquellos pacientes con un trabajo que intelectualmente es más demandante son a menudo incapaces de funcionar de forma adecuada, por todo ello, los déficits cognitivos pueden ser la razón para buscar tratamiento, especialmente en casos donde haya una clara interferencia con su rendimiento laboral.

Se ha demostrado que el compromiso de las áreas cognitivas de los pacientes deprimidos se explica por reducción en la velocidad de los procesos de información; aunque se supone que la disfunción ejecutiva fue un fuerte mediador de los otros déficits, no obstante, los factores de riesgo vascular podrían mediar una gran parte de las deficiencias de los procesos de la información (Sheline *et al.*, 2006).

Bhalla y colaboradores, evaluaron prospectivamente 56 pacientes con depresión sin aparente deterioro cognitivo, y luego al año, después del tratamiento cuando estuvieron en remisión. Ellos demostraron, que después de un año las áreas que permanecieron más frecuente y severamente afectadas fueron velocidad en el proceso de la información, función viso-espacial y memoria retrasada (Bhalla, 2006).

Sin embargo, los estudios de comunidad no comparten los mismos hallazgos. El compromiso cognitivo puede observarse reflejado principalmente en depresión y otros problemas mentales de aquellas personas de la tercera edad, pero el patrón típico del compromiso difiere en cada una de las condiciones.

Los pacientes con depresión, típicamente exhiben deficiencias en la memoria cuando se usan pruebas cognitivas que emplean tareas de recuerdo libre de la información previamente aprendida (sin claves), mientras que las tareas que requieren el reconocimiento o con claves de ítems recientemente aprendidos son generalmente normales (Park, 2007).

En un estudio español, en donde el objetivo fue comparar el rendimiento neuropsicológico de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer (EA), con y sin depresión asociada, pacientes con depresión mayor unipolar y un grupo de sujetos control en diferentes tareas de memoria (verbal y no verbal).

Los resultados demostraron que los grupos EA sin depresión y EA con depresión no difieren en ninguna de las tareas de memoria utilizadas (Contador y Castillo, 2009). Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos por el grupo de Bäckman y colaboradores (1999), cuando refieren que la depresión no incrementa el deterioro de la memoria episódica (verbal y no verbal).

El deterioro cognitivo y la depresión son síndromes clínicos muy prevalentes, especialmente en la edad avanzada, que comparten órgano diana el cerebro y mantienen una estrecha relación.

Múltiples hipótesis fisiopatológicas tratan de ilustrar esta relación alumbrando un panorama complejo y multidireccional.

Se estudia el papel del estrés oxidativo, las alteraciones en la microglía, la reducción del factor de crecimiento nervioso, que condiciona una neurogenia disminuida, y la inflamación, por mencionar las líneas de investigación más importantes. Por su parte, el estrés psicológico incrementaría la inflamación y reduciría así la neurogenia y la neuroplasticidad.

Los posibles vínculos fisiopatológicos entre la depresión y el deterioro cognitivo se han estudiado principalmente en modelos experimentales y en pacientes con cierto deterioro cognitivo de cualquier nivel posible; pero también se han descrito vínculos entre la depresión y otros tipos de demencia neurodegenerativa y, por supuesto, entre la enfermedad cerebrovascular y la depresión.

Los objetivos de los autores, de este artículo consistían en analizar de forma longitudinal la influencia de la depresión en el diagnóstico cognitivo y en la situación cognitiva y funcional, tanto inicial como evolutiva, de los pacientes remitidos por quejas o sospecha de deterioro cognitivo, así como analizar la influencia de los fármacos antidepresivos y de los ansiolíticos/hipnóticos en el diagnóstico inicial y evolutivo.

“Para ello, (Pont Dalmau, 2018). Incluye en el estudio, de forma consecutiva, a todos los pacientes remitidos a una consulta de neurología por quejas o sospecha de deterioro cognitivo que no tenían un diagnóstico psiquiátrico distinto de la depresión. Los pacientes fueron incluidos durante un periodo ininterrumpido de 9 años, y todos ellos fueron estudiados por el investigador principal durante la práctica clínica habitual, la mayoría de los pacientes (85,5%) habían sido remitidos por médicos de atención primaria.

Se incluyeron 535 pacientes, la mayoría de los cuales (99,4%) acudió a la consulta acompañados de un informador fiable. La media de edad de los pacientes era de 77,6 años, y 347 eran mujeres.

Tenían depresión a la visita inicial 136 pacientes, mientras que habían tenido depresión (de cualquier tipo) en el pasado 92 pacientes.

La frecuencia de toma de antidepresivos y de ansiolíticos/hipnóticos en la visita inicial fue, respectivamente, del 20,6 y el 31,2% “.

En el análisis de regresión, los autores encontraron una asociación entre el tratamiento con fármacos ansiolíticos/hipnóticos y una peor puntuación en la Escala de Gravedad de la Demencia de Hughes en la visita inicial.

Asimismo, pudieron observar una asociación entre el antecedente de depresión en el pasado y una evolución cognitiva favorable (MMSE), y entre la presencia de distinta en la visita inicial y una evolución menos desfavorable en la situación cognitivo ivo-funcional del Test de Gravedad de Demencia.

1.2 Delimitación del problema

La investigación se desarrollará en el sector urbano perteneciente al Cantón Milagro. Ecuador.

1.3 Formulación del problema

Con los antecedentes establecidos y la problemática identificada se crea la siguiente interrogante que eventualmente será sometido a prueba con la finalidad de establecer o evidenciar si existe una relación del deterioro cognitivo con la depresión en los adultos mayores. ¿Existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión que presentan los adultos mayores que habitan en el sector av. Colón y Pérez Guerrero (Nuevo Milagro)?

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Se evidencia deterioro cognitivo en los adultos mayores que habitan en el sector av. Colón y Pérez Guerrero?
- ¿Presentan depresión los adultos mayores que tienen deterioro cognitivo?
- ¿Existe una relación relevante entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores?

1.5 Determinación del tema

Determinar si existe relación entre la depresión del adulto mayor de los 65 años de edad y el deterioro cognitivo quienes pertenecen a un sector urbano del Cantón Milagro.

1.6 Objetivo general

Identificar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la depresión del adulto mayor en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro.

1.7 Objetivos específicos

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la muestra.
- Diagnosticar el estado actual del deterioro cognitivo y la depresión en una muestra de adultos mayores del Cantón Milagro.
- Realizar un análisis estadístico de correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión en la muestra de trabajo.

1.8 Hipótesis

El deterioro cognitivo se correlaciona con la depresión en adultos mayores del sector urbano del Cantón Milagro.

1.9 Declaración de las variables

Variable independiente

Deterioro Cognitivo es un trastorno neurocognitivo mayor, el cual se evidencia un declive cognitivo significativo, en comparación con el nivel previo al mismo, del rendimiento en uno o más dominios cognitivos tales como el lenguaje, aprendizaje, memoria, cognición social atención, habilidad perceptual motora función ejecutiva.

Variable dependiente

La depresión es considerada como un estado de ánimo llevándolo en algunos casos a un trastorno mental, evidenciado por la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, momentos agradables reduce el nivel de actividad y del cansancio exagerado, siendo un factor negativo para su entorno social.

Tabla 1 Operacionalización de Variables

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Modifica la dependencia del hombre respecto de los demás cuando es muy joven o anciano, haciendo proporcionalmente más digno de la atención médica.	1. 65 años en adelante	Personas que son consideradas ante la sociedad adulto mayor	Ficha sociodemográfica
Sexo	Está referido al conjunto de individuos que comparten las mismas características orgánicas y biológicas, diferenciándose como machos y hembras.	1. Nivel Anatómico 2. Características físicas.	1.1 Diferencia cromosómica 2.1 Hembras: mamas, caderas anchas, escaso vello corporal, voz aguda, mayor cantidad de grasa Corporal. 2.2 Machos: voz grave, musculatura más desarrollada, vello corporal más abundante 2.3 órganos reproductivos.	Ficha sociodemográfica
Nivel de instrucción	Es aquel grado de estudio o curso más elevado que un individuo ha sido capaz de realizar, sin tener en cuenta el hecho de si pudo terminarlo o están provisionalmente incompletos.	Sin estudios. Estudios primarios. Estudios secundarios. Post secundarios.	No posee certificación académica alguna. Pueden ser personas analfabetas o no. 2.1. Personas que saben leer y escribir, pero no han Finalizado el campo educativo.	Ficha sociodemográfica

			<p>2.2. Posee certificado de estudio de educación Básica.</p> <p>3.1. Conocimientos generales y básicos que abarcan temáticas más Complejas.</p> <p>3.2. Posee certificado de estudio de educación básica y secundaria.</p> <p>4. 1. Certificado de educación primaria y Secundaria.</p> <p>4.1. Especialización de carrera sobre un Conocimiento en particular.</p>	
Ocupación	Actividad u oficio que desempeña o desempeño una persona de manera profesional y en algunas ocasiones de forma remunerada.	Empleado Desempleado	<p>Actividades profesionales que se dedica una persona a cambio de una remuneración.</p> <p>2.1 No se encuentra activo en el mercado laboral.</p>	Ficha demográfica
Nivel Socioeconómico	Es definido como aquella posición que posee algún individuo u hogar dentro una estructura social jerárquica, esto basándose en factores como; ingresos y educación.	Nivel económico alto Nivel económico medio. Nivel económico bajo.	<p>Posee estado económico holgado y no tiene ninguna necesidad de la misma.</p> <p>2.1. Sus necesidades económicas son justas, pero no posee problemas Económicos.</p> <p>3.1. Poseen necesidades económicas graves.</p>	Ficha demográfica
Deterioro Cognitivo	Disminución en la capacidad para procesar el pensamiento que llega a Estar dentro de las	Denominación. Fluidez verbal Recuerdo	Reconocimientos de Objetos comunes por medio de imágenes.	Test de foto

Consecuencias del
envejecimiento o en ciertas
ocasiones por factores
externos.

Dificultad de reconocer
objetos
Necesidad de colaboración
para poder reconocer
objetos.
No reconoce ninguno.
Rapidez en reconocer
objetos
2.1. Capacidad de recordar
nombres de ambos sexos.
2.2. Nivel de razonamiento
para discernir nombres de
Hombres y mujer
2.3. Repite nombres de
manera consecutiva.
2.4. No recuerdas nombres
de ningún sexo.
3.1. capacidad de recuerdo
libre es decir de recordar
Los objetos de
las imágenes
3.2. Recuerda objetos por
medio de ayuda.
3.3. No recuerda nada de
lo que se le ha presentado
Con anterioridad.

Depresión	Problema médico que afecta en el diario vivir de los ancianos y en el funcionamiento normal de sus actividades. No es consecuencia habitual del envejecimiento, ni producto de debilidad o defecto del carácter.	Cognitiva. Emocional. Conductual.	Insatisfacción con su vida Ideación suicida Dificultades para emprender nuevos proyectos 2.1. Melancolía 2.2. Pensamientos y emociones negativas 2.3 Disminuye la autoestima 2.4 Pensamiento recurrente sobre la muerte Temor al rechazo familiar y Social Llanto sin motivo aparente Temor del entorno Mutismo selectivo	Test de Yesavage
-----------	--	---	---	------------------

Elaborado por: Hermida Karla (2021)

1.10 Justificación

El número de personas en el mundo con deterioro cognitivo a inicios de siglo fue de 20 millones aproximadamente y esta cifra se estima a duplicarse cada 20 años hasta alcanzar los 81.1 millones en el 2040 (Ferri, Prince, y Blaine 2005). Aunado a esto, la demencia es uno de los mayores determinantes para el desarrollo de dependencia y deterioro funcional en los adultos mayores de 65 años, con la consiguiente carga para el cuidador primario, además de ser un fuerte predictor de mortalidad con un riesgo de 2 a 3 veces mayor al compararse con otras enfermedades que acortan la esperanza de vida (Tschanz, 2004).

Beneficiarios. Con esta clase de trabajo no solo llegan a beneficiarse los adultos mayores que pertenecen al sector Urbano de la ciudad de Milagro si no también aquellos que trabajen con ciudadanos de la tercera edad y necesitan cierta guía investigativa con todo lo que tiene que ver al deterioro cognitivo y su relación con la depresión, dos factores que no tiene que ser ignorados, sino al contrario, deben ser tomados con prioridad para asegurar el bienestar de sus pacientes y la integridad de sus instalación, Inclusive, la investigación beneficia bibliográficamente a cualquier persona de alguna generación posterior que desarrolle un tema investigativo en el mismo campo o que necesite ampliar su enfoque a través de antecedentes y discusión.

Valor teórico. Distintos estudios han demostrado que no se realiza un adecuado diagnóstico del deterioro cognitivo, el cual puede derivar en demencia, y con frecuencia ni siquiera se sospecha, se estima que alrededor del 50% de los pacientes no son diagnosticados por los médicos con problema mental en su primer contacto. De igual manera, alrededor de 60% de los pacientes a quienes se les realiza un diagnóstico con criterios estándar para algún problema cognitivo, los familiares o cuidadores no habían identificado que tenían problemas de memoria (Ponte corvo, 2017). Por otro lado, muchas enfermedades crónicas y agudas, así como ciertos fármacos, pueden imitar la forma de presentación del deterioro cognoscitivo y erróneamente etiquetar al paciente con demencia, perdiendo la oportunidad de corregir esta causa por lo regular reversible.

Implicaciones prácticas. Esta investigación brinda además información que puede ser ocupada por toda clase de persona natural con la finalidad de saber más sobre un deterioro cognitivo y sus posibles efectos sobre los adultos mayores que se conocen en el diario vivir o aquellos con los que incluso se comparte una vivienda. Es decir, funcionaria para sacar de la ignorancia a aquellas personas que acusan de locos a sus abuelos o vecinos de la tercera, inclusive llegan a apartarlos socialmente, influenciando directamente en el aumento de su depresión. Esta investigación busca dar respuesta a todas aquellas dudas que algún individuo pueda llegar a tener con todo lo que conlleva un deterioro cognitivo, para con ello evaluar la situación y tomar una decisión objetiva al respecto.

Relevancia Social. Por todas esas razones previas, es importante identificar a los individuos con deterioro cognitivo de manera oportuna y precisa, ya que las intervenciones que se realicen pueden prolongar la independencia funcional y conservar la calidad de vida del paciente y de su familia; esto repercute directamente en la prevención de la sobrecarga del cuidador y en la desintegración familiar, así como se disminuye el riesgo de institucionalización del paciente, con un impacto secundario en un menor costo para las instituciones de salud.

Utilidad Metodológica. Una investigación como está desarrollada para asociar el deterioro cognitivo con la depresión puede llegar a tener gran importancia bibliográfica para posteriores investigaciones que busquen ampliar el campo de investigación en esta clase de problemas psicosociales de las personas de la tercera edad, así también, contribuir para futuras discusiones investigativas y contrastar resultados para dar conclusiones cada vez más sólidas.

Línea de investigación. Pertenece a un estudio biopsicosocial el cual al ser un enfoque práctico de salud y enfermedad que analiza el factor biológico, psicológico y social, desempeñando un papel significativo con un seguimiento del deterioro cognitivo del adulto mayor en el contexto del apareamiento de depresión. De esta manera, se logra mantener la salud de esta población en términos biológicos, psicológicos y sociales y no solamente en términos biológicos.

1.11 Alcance y limitaciones

Alcance:

- Encontrar por medio de la investigación si se relaciona el deterioro cognitivo con la depresión en personas a partir de los 65 años en adelante.
- Tener una pauta para continuar con el estudio y así de esta manera lograr contribuir al estudio hacia las personas vulnerables como son los adultos mayores.
- La investigación abarca únicamente a un sector urbano de la ciudad de Milagro.

Limitaciones:

- Personas que quieran participar en la investigación por el estado de pandemia que se vive en la actualidad.
- Tamaño de la muestra ya que el objeto de estudio por su cantidad se ha tomado en su totalidad.
- Las faltas de estudios específicamente realizados en el Ecuador limitan tener un precedente del tema a investigar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes Históricos y Referenciales

2.1.1 Deterioro Cognitivo

La primera mención escrita que se relaciona con el término demencia, según Custodio y otros (2018) es en un poema de Tito Lucrecio en el Siglo I a. C., denominado “De reuma natura”. Mientras que, en el ensayo de Cicerón “De senectudes” o “Arte de envejecer” entre 106-143 a.C., se aprecia la pérdida de memoria del anciano. Posteriormente, Celsius (30-50 a. C.) se le considera como la primera persona en utilizar el término, pero dentro del contexto médico.

Luego se agregó la “demencia senil” en el siglo 2 d. C., introducido por Atareos de Capadocia y registrado en su Obra Médica, específicamente en libro III, y quien atribuyó como única característica mental de este grupo etareo.

Por su parte, Pablo de Agina, pública Epitome, Hypomnema o Memorandum, en el siglo VII, allí procuró hacer una diferenciación del deterioro cognitivo debido a demencia como un proceso adquirido, que se asocia a la oligofrenia y al retraso Mental. No es hasta el año de 1700 que se usa el término de demencia como una disfunción cognitiva que tiene implícito la connotación médica, el cual lo introdujo Andrea Slachevsky, en Francia y luego se extendió por otros países de Europa. En el año de 1838 Jean-Étienne Dominique Esquirol, publicó en 1838 un libro titulado “Des maladies mentales” donde hizo la distinción entre demencia y retardo mental (Álvarez, 2012).

A principio del Siglo XIX, refieren Custodio y otros (2018) se logró introducir diferentes clasificaciones de la demencia e identificar la demencia senil. Para 1857 Morel en su Tratado de degeneración de la especie humana hace una diferenciación de los trastornos mentales en seis categorías hereditarias, tóxicas, asociadas con las neurosis, idiopáticas, simpáticas, y las demencias, además que la pérdida del volumen del cerebro es progresiva con el envejecimiento.

El concepto actual de demencia se definió a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, como el resultado de trastornos irreversibles de las funciones irreversibles Esta argumentación, se dirige hacia el envejecimiento de las personas, que se caracteriza por dos etapas bien diferenciadas:

La primera se denomina envejecimiento primario, que consisten en los cambios que se generan en el sistema y estructura corporal, los cuales están dentro de la normalidad del envejecimiento, se comienza a reducir las capacidades sensoriales, así como el sistema nervioso y los órganos internos.

La segunda etapa son los cambios propios que se producen a nivel neurobiológico, y que se observan en el adulto mayor de la siguiente manera: el cerebro, de manera paulatina, va perdiendo neuronas, se afecta las estructuras cerebrales subcorticales, es decir, el hipotálamo (Tirro, 2016).

Desde el punto de vista neurológico, durante la etapa de envejecimiento, el número de neuronas disminuye, la síntesis de neurotransmisores, así como los receptores, dendritas y enzimas, las dopaminérgicos como catecolinérgicos, que establecen de alguna manera el descenso cognitivo, como la memoria, atención, inteligencia general, la capacidad visoespacial, conceptualización, la concentración, aunado a deficiencias en la coordinación motora.

Asimismo, Cachi refiere que, el adulto mayor y su manifestación hacia la vejez, donde el 66% tienen una percepción desfavorable de su envejecimiento; y el 34% favorable. Mientras que, la percepción en la dimensión física, se ubicó en el 75% como desfavorable y el 25% favorable; en la dimensión psicológica se aprecia que, el 68% de adultos mayores poseen una percepción desfavorable, y el 32% favorable, por tanto, la percepción entre este grupo etareo, acerca de su envejecimiento, es desfavorable.

Por esa razón en la actualidad tanto el deterioro cognitivo como la depresión, han motivado a la comunidad científica a realizar numerosos estudios, entre ellos, se encuentra el estudio titulado: "Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas" su objetivo fue analizar su prevalencia de sintomatología y deterioro cognitivo en las mujeres mayores no institucionalizadas de la ciudad de Cali.

La desarrollaron empleando un enfoque descriptivo de corte transversal, en la ciudad de Cali (Colombia), donde se seleccionó 416 mujeres mayores de 60 años, que asistían a diferentes centros de la ciudad, donde se aplicaron 2 instrumentos la escala de depresión Yesavage la versión abreviada de 15 ítems y la prueba de Pfeiffer.

Entre los hallazgos, se evidenció que el riesgo de padecer deterioro cognitivo es 3,17 veces superior en las mujeres con depresión y que el riesgo de posible deterioro cognitivo aumenta con la edad teniendo como resultado 6 veces superior a un grupo que tiene de 80 años en comparación a un grupo que tiene de 60 a 69 años. (Uribe Rodríguez, 2008).

De la misma forma se presentó un estudio titulado “depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”, tuvo como objetivo entrelazar si la depresión y el deterioro cognitivo leve son comunes en adultos mayores el cual se realizó en ocho provincias o municipios en China utilizando datos basados en encuesta nacional de la Evaluación integral de la salud de los ancianos del 2011, teniendo como participante 8113 adultos mayores con edades mayor a 60 años que se encuentran hospitalizados y que viven en comunidades.

Las herramientas utilizadas fueron la escala de depresión geriátrica para evaluar la depresión, y el Mini-examen del estado mental, este estudio fue aprobado por la junta de revisión institucional del hospital de Beijing del Ministerio de salud.

El resultado de la investigación de un total de 8113 adultos mayores entre los cuales 1422 (17.5%) fueron identificados con deterioro cognitivo leve en comparación con aquellos adultos mayores sin deterioro cognitivo menciona, que más propensas eran las mujeres de edad avanzada, actualmente no casado o no viviendo con conyugue analfabetos o los que tiene nivel primario.

En la muestra se clasificaron 1276 adultos mayores como deprimidos y la prevalencia fue 15.9% porcentaje para considerar una relación entre las variables. (Durán Badillo, 2012).

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1. Aproximaciones conceptuales

Se define envejecimiento como el proceso fisiológico y morfológico que se inicia desde la concepción del ser humano y, ocasiona cambios durante todo el ciclo vital, los cuales con el tiempo generan limitaciones en la adaptabilidad del organismo con el medio, siendo esta el resultado de las respuestas a cada etapa de la vida, siendo irreversible, individual, universal, letal e intrínseco, donde intervienen diversos factores desde los genéticos hasta los ambientales (Rico, Rico y Vega, 2018).

Dentro de la literatura médica-científica, se han investigado diversas teorías relacionadas con el ciclo de envejecimiento, entre ellas se encuentra la Teoría del Envejecimiento Programado, la cual establece que los seres humanos nacen con un programa genético, donde el cuerpo posee un reloj genético, el cual estipula el inicio del envejecimiento, y de acuerdo al mismo, se manifiesta con un predeterminado número de divisiones celulares, donde, el proceso de envejecimiento se desarrolla a nivel de genes (Niedmann y Nieme, 2017).

Esta teoría implica que, el envejecimiento se genera a partir de un reloj biológico, lo que regula el crecimiento y desarrollo, los cuales dependen de los cambios que se produzcan en los genes, y que afectarán al organismo. La detección de las diversas condiciones tanto internas como externas que afectan la vida útil de la persona, puede optimizar el ajuste de la duración de la misma, de esta manera logra adaptarse a las condiciones del ambiente.

2.3 Deterioro Cognitivo

La cognición en términos generales se entiende como el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos (Benavides y Caro, 2017), por tanto, se considera como la capacidad que poseen las personas de procesar la información, a partir de la percepción del entorno, a través de los sentidos, por ende, en el conocimiento que se adquiere por la experiencia.

Por otra parte, el deterioro cognitivo en el adulto mayor a partir de los 65 años de edad, se manifiesta a través de una condición incapacitante, a medida que avanza la edad. Desde un enfoque neuropsicológico, se aprecian dos tipos de envejecimiento:

- (a) el envejecimiento normal el cual es aquel se desarrollan en todas las personas sin que esté asociado a patologías neurodegenerativas, por ende, el deterioro cognitivo se atribuye a los cambios que experimenta un cerebro sano al envejecer.
- (b) envejecimiento patológico, que se asocia a patologías neurodegenerativas (López, 2018).

El deterioro cognitivo, se produce en las personas mayores de 60 años, y se presenta como el déficit de las funciones cognitivas, pueden estar asociados a diversos factores, entre ellos, la genética, la filología y el ambiente.

Es importante resaltar que, las funciones cognitivas comprenden la atención, la memoria, los pensamientos abstractos, la concentración, planificación y ejecución, la orientación espacial y temporal, el razonamiento lógico matemático, el lenguaje.

Otra definición interesante consiste en caracterizarla como lo típico de la vejez, donde todos los adultos mayores, muestran cuadros de olvidos y de un procesamiento más lento de información, a consecuencia del deterioro o degeneración neurológica, por ende, los trastornos de la memoria son los signos más evidentes y frecuentes del deterioro cognoscitivo de este grupo de personas (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018).

En estudios efectuados, se han determinado diferentes formas de dividir el esquema cognitivo de los adultos mayores, entre ellos se encuentran dos tipos de mecanismos; (a) mecanismos representacionales que permiten comprender el conocimiento y la memoria y (b) mecanismos de control, abarcan el procesamiento intencional de la información que reciben del medio y cómo funciona su adaptación cognitiva a los mismos (Martínez, 2020).

Las principales manifestaciones que pueden conducir hacia un diagnóstico de un posible deterioro cognitivo se encuentran los siguientes indicadores: “dificultades con la memoria, problemas para recordar nombres de personas que conocieron recientemente, dificultades para seguir conversaciones, tendencia a no encontrar objetos o problemas similares (Montes y Velásquez, 2017)

2.3.1 Tipos de Deterioro Cognitivo

Dentro del aspecto cognitivo el envejecimiento, afecta todos los procesos cognitivos, no obstante, el tipo de deterioro cognitivo, no es homogéneo, por cuanto, existen unas áreas que son más afectadas que otras (Custodio, Montesinos y Alarcón, 2018).

Se caracteriza por la alteración de una, varias o todas las dimensiones de las funciones mentales superiores. El deterioro intelectual, que se asocia con la edad, es decir, con los adultos mayores suele presentarse como un trastorno que va desde los más leves, donde conservan su autonomía e independencia, pero con manifestaciones clínicas que pueden variar desde olvidos cotidianos que se perciben como normales o transitorios hasta los más severos que afectan la capacidad de recordar y actuar (Martínez, 2020).

De igual manera se aprecian los siguientes tipos de deterioro:

Deterioro cognitivo leve: se define como aquel deterioro cognitivo que supera lo normalmente esperable para la edad, no obstante, no cumple con los criterios de demencia, porque su funcionalidad se encuentra preservada. Asimismo, es producto de un envejecimiento normal, y el cual se caracteriza por presentar problemas asociados a la memoria, al pensamiento o al juicio y lenguaje.

Es significativo que, los adultos mayores que comienzan a presentar un deterioro cognitivo leve, son más propensos a desarrollar demencia, donde, el 1 % al 3 % de los de este grupo de personas desarrollan demencia cada año.

Según una investigación, aproximadamente del 10 % al 15 % por año de las personas que son diagnosticada con deterioro cognitivo leve desarrollan demencia.

Asimismo, este tipo de deterioro se pueden subdividir en: (a) deterioro cognitivo leve de tipo amnésico, que solo involucra la memoria, que puede evolucionar en una demencia denominada Alzheimer y se asocia con la depresión; (b) deterioro cognitivo leve de tipo amnésico involucra a varios aspectos de las funciones cognitivas; (c) deterioro cognitivo leve de tipo no amnésico, se caracteriza por una sola alteración entre ellas: el lenguaje, el viso espacial, otros (Benavides, 2017).

- Deterioro cognitivo moderado: este tipo de deterioro, se caracteriza por la gran pérdida de la memoria, aunado a graves problemas de conducta, de comunicación y de movilidad, asimismo presentan deficiencias en la ejecución de las ejecuta sus labores diarias por cuanto pueden realizar, solamente, actividades básicas, no obstante, mantienen cierto grado de relación con su entorno (Jara, 2019).
- Deterioro severo: también se denomina demencia: es una condición de salud, en la cual se observa un gran deterioro cognitivo adquirido, que se fundamentan en trastornos conductuales que impactan en su funcionalidad debido a los grandes trastornos cognitivos, aunado a la progresiva pérdida de la capacidad de autonomía e independencia (Jauregui, 2018).

De acuerdo a la definición anterior, la demencia impide a los adultos mayores a realizar actividades cotidianas, conduciéndolos a la pérdida de la independencia y autocuidado, por lo que requieren de asistencia y ayuda en todo momento.

En cuanto a las funciones físicas, comienzan a perder la facultad de caminar solos, porque se desorientan y desconocen dónde se encuentran o hacia dónde van, otros pierden la movilidad y con ella la masa muscular, aumentando su vulnerabilidad y dependencia (Jara, 2019).

2.3.2 Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor

El deterioro cognitivo, tal como se ha estudiado, se presenta como un síndrome geriátrico, que está afectando, aproximadamente, 24 millones de adultos mayores, y se le considera uno de los motivos, con mayor incidencia en la atención primaria, con un estimado de la prevalencia estimado del 12 y el 18% en personas mayores entre 60 y 34 años (Petersen, 2016).

Mientras que, la tasa de deterioro cognitivo leve se ubica en el 7.6%, el cual está asociado a la edad, y manifestación de deterioro de la memoria, atención en actividades instrumentales para realizar actividades cotidianas, en España durante 2014-2015, la prevalencia de este tipo de deterioro en los adultos mayores fue del 18,5% (Olazarán J, 2016)

Según estudios realizados, un 7% de la población de adultos mayores, presentan depresión unipolar, siendo importante que reciban tratamiento, ya que la ausencia del mismo, acelera, significativamente, el deterioro cognitivo, el social y funcional, lo que incide en un aumento de atención médica. Asimismo, los que tienen depresión severa, menores a los 70 años se asoció en un 67% con deterioro cognitivo (Vilchez, 2017).

2.3.3 Signos y síntomas del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo en el adulto mayor, según lo señalan Leiva, Sánchez, León y Palacios (2016), evidencia signos y síntomas que es necesario identificar para abordarlos a tiempo y, poder brindarles una mejor calidad de vida, por cuanto, el mismo se define como la pérdida de algunas o todas las funciones cognitivas, por ello se puede hablar de los siguientes signos.

- Depresión
- Deterioro de la capacidad funcional
- Pérdida de autonomía e independencia.
- Disminución en las capacidades para realizar actividades instrumentales.
- Pérdida de la memoria.

- Pérdida de la atención y concentración.
- Cambios significativos de conductas
- Rechazo a ser ayudado.
- Alteraciones en la afectividad observándose pérdidas en la motivación y desapego a la familia y amigos.
- Disminución de velocidad en el procesamiento de la información.

Mientras que, los síntomas del deterioro cognitivo, indican (Leiva *et al.*, 2016), varían de acuerdo a la individualidad del adulto mayor, a sus antecedentes Médicos, mentales, sociales, familiares, de nutrición, además se debe considerar el tipo de deterioro, ya que los síntomas no se presentan de manera igual en los diferentes tipos, no obstante, el primero y más común a cada uno de ellos, es la pérdida de la memoria. Por ello es importante analizarlos tomando en consideración el tipo de deterioro:

1. Deterioro leve: Entre sus síntomas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), se observan:

- Olvidos cada vez más frecuente;
- Olvidos de compromisos sociales, citas,
- Se les dificulta tomar decisiones de manera rápida, así como planificar actividades, comprender instrucciones verbales;
- Pierden la conexión entre el pensamiento y las conversaciones;
- Se vuelven más impulsivos, y dan la impresión de reaccionar sin pensar las reacciones;
- Se inician dificultades para orientarse en entornos familiares.

2. Deterioro cognitivo moderado: El deterioro cognitivo moderado, en los adultos mayores, lo describen Arriola y otros (2017) se caracteriza por los mismos síntomas que los leves, pero con una mayor pronunciación, como; pérdida total de la memoria, acompañado de incapacidad para escribir y de cuidar de sí mismo. Se consideran, además los siguientes síntomas.

- Comienzan a olvidar los acontecimientos más recientes, además de los nombres de las personas, entre ellos sus familiares;
- Se desubican en todos los espacios, incluyendo en su propio hogar;
- Aumenta las dificultades para comunicarse;
- Comienzas a necesitar ayuda para realizar las labores cotidianas como el aseo y cuidado personal;
- Evidencian cambios de comportamiento (OMS, 2020).

3. Deterioro severo o demencia: de acuerdo a la OMS (2020), es un síndrome que tiene implícito el deterioro cognitivo, entre los que se pueden mencionar, la memoria, el comportamiento, el intelecto y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, siendo uno de ellos la enfermedad de Alzheimer, siendo ésta la más común de la demencia entre los adultos mayores, ya que, se ubica en un 60% y un 70% de los casos. Sus síntomas, son los siguientes:

- Pérdida de la memoria a corto, medio o largo plazo.
- Pérdida en las áreas del lenguaje: comprensión, expresión, vocabulario, elaboración
- Pérdida de las praxias o habilidades manuales
- Deterioro de todas las funciones cerebrales, dirigidas a la resolución de problemas o ejecución de acciones.
- Se alteran los rasgos de la personalidad y del comportamiento, que pueden encolerizar y desembocar en agresiones.

2.3.4 Consecuencias del deterioro cognitivo

Para Camargo y Laguado (2017), el deterioro cognitivo que se manifiesta en los adultos mayores, se considera, uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en este grupo de personas, que, en su mayoría de las veces, es producto del envejecimiento, donde la función cognitiva permite el desarrollo de las percepciones: la atención, memoria, lenguaje y cálculo orientación, habilidades, otros, que, con el envejecimiento, sufren deterioro.

En este sentido (Béjar, Runzer y Parodi 2019), exponen entre las consecuencias: (a) Sufren de caídas, la incidencia de caídas en los adultos

mayores, es dos o tres veces mayor en aquellos que sufren deterioro cognitivo, que en lo que no presentan dicho deterioro, es decir, más del 30% de adultos mayores de 65 años, sufren una o más caídas, en el transcurso de un año y la tercera parte reporta lesiones, entre ellas fracturas, a consecuencia de las caídas y (b) manifiestan alteraciones en el equilibrio estático, que están, directamente relacionados con el tipo de deterioro cognitivo.

Otras consecuencias son:

Pérdida o disminución del sueño.

Delirium o síndrome confusional: los adultos mayores con demencia, presentan mayor delirium que aquellos que no la poseen y está presente en 8-17% (Rodríguez,2020)

Desnutrición: se asocia con el deterioro cognitivo en los adultos mayores, por cuanto al perder facultades mentales, y disminuye sus funciones cognitivas, comienzan a olvidarse de cómo alimentarse, en muchos casos desconocen su tiene o no hambre (Bazalar, Runzer y Parodi, 2019).

2.4 La depresión en adultos mayores

2.4.1 Antecedente histórico de la depresión

Entre los Siglos V y VI a.C., los hipocráticos denominan a la depresión melancolía y lo definía como el conjunto de conductas que alteraba el estado emocional de la persona como; insomnio, irritabilidad, intranquilidad, desesperación, aversión a la comida, siendo el más distinto la tristeza y el miedo. En el Siglo II d.C., aparece como parte de los escritos médicos, tanto occidentales como islámicos.

Sus características clínicas se basaron en: estados no febriles, cansancio, tristeza, la melancolía se consideró una forma de locura crónica, triste, misántropo, cansancio de vivir, problemas gastrointestinales, ideas suicidas. (Cobo, 2015).

Así se mantuvo a la melancolía, hasta el siglo XIX, cuando investigadores como Rush y Esquirol, introdujeron otra definición para alejarla de la melancolía: tristimanía y lipemanía.

En el siglo XX, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, se da inicio a un cambio importante, y se define depresión y sus características como locura maniaco-depresivo. Ya en el presente siglo, se logró una definición más real y se define

como un trastorno de ánimo o afectivo que altera la capacidad de pensar, la concentración y el razonamiento (García, 2018).

2.4.2 Conceptualización de la Depresión

La depresión, la conceptualiza Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. V. reconocido mundialmente como DMS-V, (2016), como un trastorno mental, que afecta el comportamiento y los pensamientos del adulto mayor, ocasionando grandes alteraciones, negativas, en sus relaciones sociales, personales y quienes le rodean, y se caracteriza porque las personas pierden el deseo de vivir, y tanto, la percepción de su entorno se torna negativa. Asimismo, informa que existe una mayor frecuencia de síntomas melancólicos en los episodios depresivos de este grupo etario.

Por su parte, Conde (2015) define la depresión en el adulto mayor, como la presencia de la incapacidad para sentir y experimentar alegría y placer ante las cosas que antes les solían hacer feliz, tristeza, además de síntomas psicósomáticos, los que se producen por los procesos emocionales, entre ellos dolores de cabezas, musculares, de espalda, fatiga crónica, entre otros.

2.4.3 Epidemiología de la depresión

Según la OMS (2020), la depresión afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, donde los más afectados son los adultos mayores, y es la causa principal de discapacidad, lo que incide en la carga mundial general de morbilidad. Lo que, puede estar convirtiéndose en un problema de salud, ya que, causa sufrimiento y altera, significativamente, las actividades.

Para el año 2016, la OMS (2017), estimó que, 7% de la población de adulto mayor padece de depresión unipolar, la población de personas mayores de 60 años, se les consideran como el grupo de individuos que tienen un alto índice de vulnerabilidad a este padecimiento se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento, además de influir en la disminución en la calidad de vida, lo que produce un rendimiento bajo en sus funciones mentales y sociales.

La depresión, con la edad aumentan significativamente, en estudios comparativos en Latinoamérica citado por (Borges, 2018), con la edad prevalece la depresión tardía en países que tienen medio y bajos ingresos, esta afirmación,

se extrae de una investigación efectuada con una población de 17000 individuos con edad de 65 años e incluso mayor, quienes viven en zonas, tanto urbanas como rurales, en 9 países de todo el mundo entre ellos Venezuela, Perú, República Dominicana, Puerto Rico, Cuba, México, Nigeria, China e India. Los hallazgos permitieron concluir que, la depresión en este grupo etario se ubicó en un 19%.

En Ecuador, (Chan 2017), señala que, la OMS indica que Ecuador ocupa el undécimo lugar, como el país con más casos de depresión y, el décimo país, por casos de desórdenes de ansiedad en Latinoamérica. “Se estima que para el año 2050, la prevalencia de este trastorno será del 22%. En cifras absolutas esto quiere decir que aproximadamente 2 mil millones de personas, mayores de 60 años, para ese entonces podrán sufrir de depresión” (Erazo y Fors, 2018, p. 1230), es decir, Ecuador posee un índice alto de depresión. Estas tasas se pueden comparar con las obtenidas en años anteriores, por cuanto resulta interesante como la depresión ha ido en cuanto en este grupo atareo. Un argumento importante lo expresan (Cardona, 2015).

Si bien el 13 % de la población de los Estados Unidos tiene más de 65 años, es en este grupo en el que se da el 20 % de los suicidios. La más alta tasa de suicidio en el mundo en cualquier grupo de edad se encuentra entre los hombres que tienen 75 años o más, y el 90 % de quienes se suicidan tienen, por lo menos, una dolencia mental diagnosticable (p. 74).

2.4.4 Tipos de depresión

La depresión, según Institutos Nacionales de la Salud (OMSP, 2017), se trata de un trastorno, el cual presenta diferentes tipos, y en todas las edades, pero específicamente, en el adulto mayor, se aprecian dos, sin que estén asociados a otros tipos depresivos como el trastorno bipolar, por ello, se analizan los que están intrínsecamente relacionados con este grupo etario, por ello su aparece:

- (a) depresión de inicio temprano
- (b) depresión de inicio tardío la cual aparece después de los 60 años y, se asocia a cambios a nivel neurológico.

De igual explicaque, los tipos de depresión se clasifican en tres grandes grupos.

- **Depresión grave o mayor o trastorno unipolar:**

según síntomas severos que obstaculizan la capacidad para trabajar, concentrarse, prestar atención, comer y dormir, perder el interés por las actividades que solían hacerlo feliz o disfrutaba, se caracteriza porque puede ocurrir una sola vez, pero no se acepta que puede haber varios episodios.

Asimismo, puede aparecer por episodios de tristeza, por infelicidad, melancolía, idea de suicidio, las alucinaciones suelen ser más comunes (Piñar, Suárez y De La Cruz, 2020).

Sus causas son diversas, y en los adultos mayores, puede estar asociado a los cambios que se originan en el cerebro, a problemas genéticos, a la observación de su deterioro mental o físico, o ambos, a las dificultades, hechos de estrés por la pérdida de un ser querido, para conciliar el sueño, entre otros, que lo sumerge en esos episodios.

Entre otras características se pueden mencionar desde la perspectiva de Piñar y otros (2020): (a) estado de ánimo depresivo, de manera constante: (b) disminuye drásticamente el interés en todas las actividades que antes le gustaba, y optan por no hacer nada o estar sentados o acostados largas horas en el día; (c) aumento o pérdida importante del peso, o disminución o aumento desproporcionado del apetito, (e) fatiga o pérdida de energía; (f) sentimiento de culpa o de inutilidad, (g) recurrentes pensamientos de suicidio.

- **Trastorno depresivo persistente o distimia:** puede durar hasta dos años, y suele alternarse entre síntomas leves hasta episodios de depresión mayor, pueden manifestar las siguientes conductas (a) falta o exceso de apetito, baja autoestima, (c) altos niveles de sentimientos de desesperanza, (d) hipersomnía o insomnio y fatiga (Escobar y Zumárraga, 2018).

- **Depresión menor:** su duración es muy corta, pero sumerge a la persona en un estado de aislamiento, por tanto, sus síntomas se ubican entre los graves y los persistentes en la depresión menor (Álvarez, Pereira y Ortuño, 2017)

2.4.5 Características de la depresión

El adulto mayor, son un grupo etario que se considera como aquellos, donde se inicia un deterioro del organismo y de la capacidad cognitiva, y son más propensos a sufrir depresión, tal como lo ha manifestado (OMS 2017).

Es por ello que este trastorno posee características que es importante describir, ya que, es unade la población más vulnerable a padecer.

El adulto mayor con depresión, expresa tristeza en sus acciones y facciones del rostro, suelen tener los ojos llenos de lágrimas, con el ceño fruncido, su postura es con los hombros caídos, no hace contacto visual.

Se les puede confundir con la enfermedad de Parkinson. Si nutrición se ve afectada, significativamente, porque se niegan a comer, incluso llegan a descuidar su aseo personal, sus seres queridosy mascotas (Pocomucha, 2019)

Otras características interesantes, la aporta Institutos Nacionales de la Salud (2017), por cuanto señala que, el adulto mayor, manifiesta conductas negativas y pesimistas de manera habitual, pierden el sentido del humor, se vuelven o pasivos o agresivos, ofuscados, además pueden desarrollar el trastorno de ansiedad, o trastornos de la personalidad. Tal como lo señala el Instituto Nacional de Salud Pública, citado por (Velasco 2018) lo siguiente.

La depresión del adulto mayor afronta problemas característicos relacionados con el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos, la inseguridad económica, la dependencia de parientes, las enfermedades crónicas y la cercanía de la muerte. Todas estas son situaciones provocadoras de tensión y se presentan a menudo durante los últimos añosde la vida (p. 11).

De acuerdo a la cita anterior, la depresión en el adulto mayor presenta características que se relacionan con la pérdida de un ser querido, el aislamiento social, el factor económico, la soledad, las enfermedades crónicas, inseguridades, entre otros, siendo importante mencionar que este grupo etario es vulnerables a dificultades que esta interrelacionadas con el proceso en sí de envejecer, aunado a las reacciones psicológicos y emocionales que les produce el deterioro físico

mental, todos estos factores inciden, de manera negativa en la reacción ante los mismos, lo que les generan depresión, además de los cambios en su ritmo de vida. Se considera relevante mencionar, las posibles causas que generan la depresión en los adultos mayores, desde la perspectiva (Conde, 2015), ya que toma en cuenta tres grandes factores que están presente en todo ser humano, y que se alteran, con mayor facilidad en este grupo etario.

- **Factor biológico:** cuando se generan alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, esto incluye la regulación de neurotransmisores, específicamente en la noradrenalina, serotonina y la dopamina. También cuando hay presencia de la falta de vitaminas, minerales como el hierro, las enfermedades crónicas, infecciones virales, de condición metabólica como la ausencia del complejo de vitaminas B12, alteraciones en las glándulas tiroides y paratiroides.
- **Psicológico:** a medida que se envejece, la persona puede desarrollar pensamientos y emociones negativas, aumenta la sensación de inseguridad y de pérdida de control sobre su entorno, así como de sentir que no es útil a su familia y la sociedad, disminuye la autoestima, escasez de motivación intrínseca y extrínseca, temor del entorno y de eventos que teme como aparición de enfermedades, la muerte, el rechazo y abandona de la familia.
- **Social:** manifiesta por la pérdida de sus seres queridos, de la jubilación, por el temor a ser rechazado por las amistades.

La teoría cognitiva de Beck, según Mateo (2020), se basa en cuatro conceptos que se interrelacionan entre sí, y con la depresión, siendo estas bases: los sesgos cognitivos, los esquemas, la triada cognitiva y los pensamientos automáticos. Los sesgos; están referidos a los errores lógicos, que se activan por medio de una deficiente formulación de los esquemas, los cuales modifican la realidad.

- La segunda base, son los esquemas, allí se encuentran las creencias generales y profundas que operan como destiladores en el análisis de toda la información que perciben, por ende, son las representaciones de experiencias que están cargadas emocionalmente y, por tanto, son duraderas. Los adultos mayores, tienden a tergiversar esa realidad, cuando sufren de depresión, por ello, manifiestan episodios de olvidos, que realmente no solo son, ya que se trata de una distorsión de los esquemas.

La tríada cognitiva, se forma a partir de tres deficitarios esquemas, (a) la negativa visión de sí mismos, en los adultos mayores con depresión, suelen responsabilizarse por las experiencias negativas y desagradables; (b) la negativa visión hacia el futuro, lo cual lo visualizan como llena de desesperanzas y (c) la negativa visión de su entorno y del mundo, a través de sus percepciones negativas de sus experiencias. Mientras que, la última base, los pensamientos automáticos, se establecen como negativas y ocasionan que se activen las emociones en los adultos mayores depresivos, y es, precisamente aquí, donde se origina los signos y síntomas como el ser repetitivos en una actitud, incontrolables, inconscientes de sus acciones o de su entorno, entre otros.

2.4.6 Signos y síntomas de la depresión

Los signos y síntomas de la depresión son diversos, a modo general se puede decir que, las personas presentan varios episodios de depresión, y durante los mismos, tanto síntomas como síntomas se producen en el día, en su mayor parte, y escasamente durante noche, en parte por los fármacos que le son administrados, entre ellos se mencionan los siguientes (Jácome, 2020).

- Manifiestan sentimientos de tristeza, desesperanza.
- Muestra episodios de enojo, frustración e irritabilidad.
- Pérdida de interés en las actividades habituales y pasatiempos.
- Alteraciones en el ritmo del sueño.
- Cansancio aún en la realización de actividades pequeñas que no requieren esfuerzo.
- Alimento o disminución del apetito.
- Ansiedad e inquietud.
- Lentitud para razonar, al hablar o moverse.
- Sentimientos de culpa, con una fijación en fracasos del pasado.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte y pensamientos suicidas.
- Problemas físicos inexplicables.

En cuanto, al adulto mayor que presentan depresión, explica Calderón (2018) los síntomas y síntomas son casi los mismos de los que se describieron en el epígrafe anterior, no obstante, importante acotar otras que son, propios de las personas que pertenecen a este grupo atareo, por cuanto suenan ser menos evidentes, y no se diagnostica, porque se le atribuye a la edad y no a una depresión real.

- Presentan problemas de memoria, aunado a cambios en la personalidad
- Manifiestan dolores físicos que, por lo general, no existen.
- Presentan fatiga, aumento o pérdida del apetito, problemas del sueño que no están asociados a medicamentos o enfermedades.
- Desea quedarse en casa, rechazando la socialización o hacer algo diferente.
- Recurrentes ideas hacia el suicidio.
- Siente la necesidad de buscar a las personas con las cuales se ha había mantenido distanciado,
- Interrupción abrupta de los tratamientos médicos.

De ahí que, se puede decir que, existe una prevalencia en los signos y síntomas de la depresión, de acuerdo a lo anterior como: alteraciones psicológicas, cambios en la personalidad, apatía por los acontecimientos diarios. Además de minimizar la capacidad del sistema inmunitario para hacer frente a los invasores externos como microorganismos, poseen una alta probabilidad de sufrir infecciones, de aumentar los riesgos de contraer trastornos cardíacos y vasculares y accidentes cerebrovasculares.

Asimismo, los signos y síntomas se pueden observar desde distintos aspectos: (a) Psicológicos, muestran ansiedad que pueden tener su origen en pérdidas de seres queridos, ausencia de algunos de ellos, incluso de mascotas, sensación de amenazas del entorno familiar y/o externo; (b) sociales: manifiesta la necesidad de alejarse del medio social, se vuelve melancólico y hasta agresivo, soledad y tristeza; y (c) biológicos: desarrolla enfermedades psicosomáticas, además del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Por su parte, De Los Santos y Carmona (2018), explican que, el 74.3% de la población consultada, evidenciaron depresión, entre los síntomas se encontraron:

tristeza, agobio, ansiedad, no disfrutaban de la vida, infelicidad cansancio sueño intranquilo, durante dos semanas seguidas, e incluso más Acota este autor que, el

55.8% de las mujeres y el 44.2% de los hombres expresaron esos síntomas, lo que revela que, es mayor la depresión en mujeres mayores que en hombres.

2.4.7 Consecuencias de la depresión

La depresión es un trastorno, que se presentan, de manera frecuente, en los adultos mayores, el cual manifiesta a través de síntomas y signos que, en muchas ocasiones no se perciben como depresión, lo que permite que su atención no se realice con la prontitud necesaria, lo que agrava los síntomas y el deterioro de la persona, y de quienes le rodean, por ello es importante, además de conocer dichos síntomas, saber las consecuencias de la misma. Al respecto, Guevara, Díaz y Caro (2020), señalan como consecuencias (a) deterioro en la calidad de vida, (b) aparición de enfermedades, (c) el suicidio, el cual se acentúa después de los 75 años.

En concordancia con lo descrito en el epígrafe anterior, (Silva y Vivar 2016), explican que, las consecuencias, entre otras, de la depresión en el adulto mayor, es que la tasa de morbilidad es más alta, así como el distanciamiento social y la discapacidad física, también conlleva a una pérdida de peso, desarrollo de cardiopatía isquémica, aunado a una insuficiencia cardiaca, mala auto percepción de la salud, y se puede relacionar con el aumento de las enfermedades autoinmunes.

Además, el trastorno depresivo afecta el estado de ánimo, la forma de percibir la realidad., impacta negativamente, en el ciclo de sueño-vigilia y alimentación. Otra consecuencia es la alteración de la visión, en cuanto a la autovaloración y la autoestima, deteriora las interrelaciones con su entorno familiar y social, así como el deterioro de las emociones (Vílchez, 2017). Es relevante acotar las siguientes consecuencias.

- Deterioro de las relaciones familiares y sociales.
- La sensación de desprecio de quienes le rodean.
- Soledad, Disfunción social y familiar.
- Angustia de ser una carga económica para su familia.
- Disminución de la energía.

Como se ha estudiado, los síntomas y las consecuencias de la depresión en el adulto mayor, son diversas; por lo que se pueden mencionar: el pesimismo ante el presente y futuro; pensamientos de muerte o de suicidio; la pérdida de interés o placer en casi todas las cosas y actividades, tristeza patológica, disminución de la atención y de la concentración, irritabilidad, intranquilidad, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito, pérdida de confianza hacia sí mismo o en los demás. Y, como las consecuencias carga económica a la familia, pérdida de la familia, aumento de los conflictos familiares, incremento de la morbilidad y mortalidad, aumento del riesgo de suicidio y el deterioro funcional y social

2.4.8 Relación entre deterioro cognitivo y depresión

Para Quispe (2019) tanto la depresión como el deterioro cognitivo, son dos trastornos, que, al observarlos se aprecia que los índices de depresión aumentan a medida que aumenta la edad, por lo que es probable que el adulto mayor desarrolle trastorno neurocognitivo, a consecuencia de un cuadro depresivo, es por ello que estos autores argumentan que existe una asociación entre los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo en este grupo etario.

Asimismo, Vílchez (2017), señalan que: “se estima una prevalencia de depresión entre el 13 al 23% en aquellos adultos mayores a los 65 años” (p. 269), es decir, es significativo la relación que se suscita entre depresión y deterioro cognitivo, estos autores argumentan que: “Quienes presentaron depresión severa se predisponen 2,1 más veces a padecer un deterioro cognitivo, algunos reportes realizados demuestran que el padecer depresión es responsable de algunos procesos neurobiológicos como el deterioro del locus cereleus y la sustancia negra” (p. 270).

Un análisis interesante lo realiza Calderón (2018) “La depresión de inicio tardío se asocia más a menudo con deterioro cognitivo que la depresión temprana”(p. 19), y para sostener su tesis cita a Hashem y otros: “la depresión de inicio tardío era más severa y afectaba mayormente la cognición en cuanto a memoria, fluidez verbal y habilidades viso espaciales” (p.187), por tanto, se puede decir, que, si existe una relación entre la depresión y el deterioro cognitivo del adulto mayor, y explica que, “Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo, encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia”

Refieren Conde (2016), que, un 25% de este grupo etario, evidencian algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre ellos se encuentra como uno de los principales la depresión, siendo el de mayor frecuencia hasta la edad de 75 años. No obstante, la prevalencia de la depresión varía, y va a depender de las circunstancias en que se encuentren:

- El 10% del adulto mayor que vive en la comunidad.
- Entre el 15 y el 35% del adulto mayor que vive en residencias.
- Entre el 10 y el 20% están hospitalizados.
- El 40% del adulto mayor, que presenta un trastorno somático y, por tanto, recibe tratamiento.
- El 50% están hospitalizados en centros psiquiátricos.

Es importante acotar lo que Conde (2016), señalan que, la tasa de riesgo de suicidio, en los adultos mayores que presentan depresión y deterioro cognitivo, se estima que es cuatro veces mayor que en personas deprimidos de menor edad. Entonces, la depresión y la pérdida de las capacidades mentales en las personas mayores, se relaciona, e incluso pueden terminar en suicidio.

En los casos de demencia, el deterioro cognitivo se asocia a la depresión como fuerza ante cierta forma de conciencia de enfermedad; pero, este tipo de depresión, sólo se genera al inicio de la demencia. De igual manera, en otros tipos de deterioro cognitivo, la depresión puede ser un síntoma más de la misma, la cual viene a ser el reflejo de procesos neuroquímicos degenerativos en ciertas zonas que intervienen en la producción de neurotransmisores. Por ello, la depresión aparece en el 60% de este grupo de personas, donde el 10% corresponde a los que presentan la enfermedad de Alzheimer y el 30% de con demencia vascular (Conde, 2015)

Dentro de esta argumentación, Fernández, Gonzales y Guzmán (2016), señalan que, existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores en Cartagena Colombia, ya que, 7.7% en este grupo estaban los institucionalizados; el 6.7 presentaron depresión leve, el 1% con depresión severa y del restante 92.2% de los adultos mayores no presentaron depresión.

Este resultado concuerda con el aporte de Conde (2015), quien refiere que, las personas mayores que sufren de demencia como enfermedad de Alzheimer, sólo sufren de depresión en la fase inicial de la misma, pero en los otros tipos de demencia sí, es mayor el porcentaje.

Otra concordancia se observa por las contribuciones de Camacho y Galán (2021), quienes afirman, que a través de su estudio pudieron comprobar que, sus resultados indican altas tasas de síntomas depresivos en los adultos mayores, donde la depresión es cuatro veces mayor entre este grupo de personas que están institucionalizadas, “Los resultados del presente estudio, indican que la sintomatología depresiva correlaciona significativamente con el deterioro cognitivo” (p. 6), y acota lo siguiente.

Tanto la sintomatología depresiva como el deterioro cognitivo están relacionados con un mayor déficit en las funciones ejecutivas (...), la depresión es un síntoma frecuente en enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y la cerebrovascular), esta puede acompañar tanto en las fases iniciales como en las más avanzadas, a los síntomas de deterioro cognitivo (...). El progresivo envejecimiento de la población, y el mayor riesgo de padecer depresión en los ancianos, lo convierte en un serio problema sanitario (pp. 7-8).

Ahora bien, Guevara y otros (2020), establecieron que, la depresión y el deterioro cognitivo, son factores que inciden negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores, y, ambos están interrelacionados entre sí, por ende, como factores de riesgos similares, siendo factible que, lleguen a sufrir uno y otro, en algún momento de su vejez.

La depresión de inicio tardío se asocia al deterioro cognitivo, con mayor incidencia que, la depresión temprana, y afecta la fluidez verbal entre otros aspectos cognitivos.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

En este epígrafe se detallan los aspectos teóricos relacionados con la forma de tratamiento de la información y de los datos de la investigación, en este sentido se hace mención al paradigma, tipo, diseño, modalidad y alcance empleados en el desarrollo y estructuración de la presente investigación. Del mismo modo, se presentan las técnicas, herramientas e instrumentos manejados para la recolección de información por cada una de las variables de estudio; su validez y confiabilidad que denotan veracidad de los datos obtenidos.

Por otro lado, se evidencia la población de interés, su muestra y su respectivo muestreo para la selección de los participantes que son objetos de este estudio. Por último, y de forma detallada, se presenta el proceso metodológico sistemático optado para la realización de esta investigación.

La presente investigación se desarrolló a través de un enfoque cuantitativo que según Hernández, Fernández y Baptista (2017), el método cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4). Evidentemente los estudios cuantitativos arrojan resultados a partir de la evaluación de instrumentos de medición.

Por lo que para este estudio los resultados serán presentados a través de la cuantificación de los datos recolectados en el sector urbano perteneciente al Cantón Milagro. Además, están también las respuestas que fueron contabilizadas sobre los test demencia y escala de depresión aplicada para aquellos pacientes por sobre los 65 años de edad para su posterior análisis y discusión.

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, tomando en cuenta que son aquellas que se orientan con el estado real de las personas, objetos, situaciones o fenómenos, tal como se presentaron en el momento de su recolección (Chávez, 2007). Por tanto, se asume este tipo de investigación porque, permite observar la interacción de cada uno de los eventos sin la interferencia de factores ajenos a él, que pudieran alterar los resultados.

Es decir, que a través de este tipo de estudio se describe lo relacionado al deterioro cognitivo y a la depresión en adultos mayores, considerando la información que suministren los encuestados, para luego analizar sus actitudes y aptitudes hacia la temática. Por ende, se describe el fenómeno de estudio interpretándose tal como se percibe en su realidad, caracterizando los hechos más relevantes.

El estudio también se apoya en una investigación exploratoria, tal y como lo mencionan Palella y Martins (2017), se encarga de profundizar la investigación del problema desde su origen para comprender su comportamiento, saber el por qué se origina y los factores que pueden estar incidiendo en él. Es por ello que se explora lo relacionado con el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores.

También es correlacional, porque según Arias (2017): “Tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa” (p. 21). Por otro lado, la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas.

Cuenta además con un diseño de corte transversal, mismos que es definido como un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito sea este descriptivo y analítico, además como estudio de prevalencia o encuesta transversal donde su objetivo primordial es identificar la frecuencia de una condición en una población dada (Rodríguez y Mendivelso, 2018).

Esto indica que la mayor cantidad de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación fueron analizados a través de un pensamiento crítico valorativo el cual va a ser contrastado y comprobado con ayuda de la observación de los pacientes en un periodo de tiempo previo.

3.2 La población y la muestra

3.2.1 Características de la población

La ciudad de Milagro según el INEC, 2001 detalla un informe que evidencia la presencia de alrededor de 3,155 personas mayores de 65 años de edad. Por tal motivo la población dentro de este trabajo investigativo es de 138 adultos mayores habitante de Ecuador en

sector urbano de la Av. Colón y Pérez Guerrero (Nuevo Milagro) ubicado en la ciudad de Milagro de la provincia del Guayas, hombres y mujeres que rondan las edades de 65 años en adelante que vivan en este sector y que estén dispuestos y aptos para el proceso de la investigación.

3.2.2 Tipo de muestra

La muestra se considera así al subconjunto de elementos que pertenecen a ese grupo definido en sus características llamada población y la cual es representativa (Hernández Sampieri, 2014).

Para el trabajo de investigación se tomó una muestra de acuerdo a las características del estudio, siendo la muestra de tipo no probabilística que de acuerdo a ello el investigador es quien determina y selecciona a aquellos casos accesibles fundamentándose en la conveniente accesibilidad, proximidad y características que conoce el respecto la población. La muestra no probabilística usada en la investigación fue la de tipo de sujetos voluntarios conformada por 138 adultos mayores por participación libre y voluntaria.

3.2.3 Tamaño de la muestra

Por circunstancias que se está presentando en la actualidad del presente año debido a la pandemia a nivel mundial el cual se habido afectada la cantidad de la población a conseguir se consideró tomar en la totalidad sobre una población universo promedio de 138 adultos mayores en el sector urbano perteneciente a la ciudad de Milagro, para de esta forma no se vea afectado los resultados del estudio que se desea realizar.

3.2.4 Proceso de selección del muestreo

Criterios de inclusión

- Residente del sector de Nuevo Milagro, Ciudad de Milagro
- Participación voluntaria en la investigación y que presenten o no deterioro cognitivo, sin importar que bajo sea el aprendizaje.
- Sujetos de ambos sexos consten o no dentro de alguna de las etapas de depresión.
- Adultos mayores iguales o superiores a 65 años de edad.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no viven en el sector de Nuevo Milagro, Ciudad de Milagro
- Aquellos adultos mayores que presenten cualquier patología del SNC que pueda afectar la cognición como puede ser la, hidrocefalia, enfermedad de Parkinson y accidente vascular cerebral.
- Presencia de trastornos perceptivos visuales, auditivos o motores graves que limitan la realización de la prueba.
- Adultos mayores que se encuentran delicados de salud y no puedan ser visitados.
- Adultos mayores que estén recibiendo medicinas psiquiátricas
- Existencia de cualquier situación que pudiera hacer el sujeto voluntario, según el criterio del investigador que considere inadecuado para el estudio.

3.3 Los métodos y las técnicas

3.3.1 Observación estructurada

Como método se utilizó la observación estructurada misma que da paso a determinar en gran medida el área de estudio al que corresponde la presente investigación, es así que este método permite además la organización, coherencia y economía de los esfuerzos realizados durante el desarrollo del mismo. (Campos y Lule Martínez, 2012)

Por medio de la recolección de datos se puede obtener un registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías.

Este método fue importante puesto que con él se logró observar a través de los usuarios elementos muy puntuales que permitieron indagar sobre la necesidad del paciente y establecer quienes se encuentran en el parámetro de la investigación.

3.3.2 Entrevista psicológica

La entrevista psicológica se considera como el medio más común por las disciplinas humanas y de la salud para obtener información, misma que varía en las áreas de aplicación, por su parte, dentro de la psicología la entrevista es el instrumento para obtener y recabar datos (Morga Rodríguez, 2012).

Sin embargo, y a pesar de las posibles interrelaciones entre las disciplinas psicosociales, al hablar de entrevista psicológica nos queremos referir específicamente a la labor realizada por los psicólogos prácticos, cuyo propósito es atender problemas enmarcados en la disciplina psicológica como tal, por ejemplo, la selección y orientación profesional o el examen de la personalidad, entre muchos otros.

Por su parte los tipos de entrevista se clasifican en tres tipos: la entrevista de diagnóstico, la entrevista de investigación y la entrevista terapéutica o de consejo:

Entrevista de diagnóstico: donde la finalidad es recoger la biografía del entrevistado y determinar, a partir de lo que dice, sus opiniones, actitudes y demás características personales.

Entrevista de investigación: misma que tiene como propósito es reunir, entre personas competentes, los datos útiles para la investigación que se lleva a cabo.

Entrevista terapéutica o de consejo: la cual procura readaptar socialmente al sujeto y reorganizar su afectividad (Nahoum, 1985).

3.3.3 Entrevista estructurada

Conjunto de procedimientos en el que el entrevistador utiliza preguntas dirigidas a un abordaje detallado, ajustado a ciertos objetivos preestablecidos que desea conocer o para los cuales el entrevistado solicita asistencia. La estructura de la entrevista cerrada es rígida, se fundamenta como método en preguntas directas. (Acevedo, 2009).

En este estudio se utilizó una guía de preguntas previamente estructuradas con la finalidad de obtener la información que realmente se necesitaba.

En el estudio se utilizó la técnica de la encuesta, misma que permite la recogida de datos que operativiza las variables objeto de investigación. Su construcción es

clave, puesto que miden cuantitativamente, características de la población (objetivas y/o subjetivas) mediante un cuestionario (conjunto de preguntas).

Por su parte (Hernández, 2012) resalta que la encuesta es una técnica empleada en investigaciones, las cuales se utilizan para recolectar información de personas respecto a varias características, es decir, mide la intensidad de los fenómenos o variables estudiadas, el cual permite obtener los datos necesarios de la muestra de estudio. Para este estudio fue necesaria aplicarla puesto que a través de ella se logró obtener los datos necesarios para dar respuestas a los objetivos planteados.

3.4 Instrumentos

Para la recolección de los datos necesarios, se utilizó como instrumento de medición el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas, que normalmente son de varios tipos y que es preparado sistemática y cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación y que además puede ser aplicado en formas variadas (García Muñoz, 1991).

La construcción del instrumento, se realiza considerando las variables con sus respectivas dimensiones e indicadores, además de las interrogantes y objetivos de la investigación, por cuanto se debe dar respuesta a cada uno de estos aspectos. Poner los conceptos a que se refiere cada uno que sean con referencias psicológicas, argumentado la razón por lo que está utilizando los mismos.

Para la recolección de información se diseñó un cuestionario que consta de dos partes:

Parte 1: datos sociodemográficos donde se recogerá información sobre la edad, sexo nivel de instrucción, estado civil, ocupación, y el nivel socioeconómico de los participantes.

Parte 2: la toma de test para medir las variables de la investigación y se realiza respecto a los dos test; el test de foto para detección del deterioro cognitivo y lo realizamos mediante la toma en la escala de depresión Yesavage.

3.4.1 Ficha Sociodemográfica

La ficha sociodemográfica es una herramienta que permite recolectar información general sobre un grupo de personas. Estos datos incluyen atributos como la edad, género, lugar de residencia, etnia, nivel de educación, ingresos, etc.

Para la realización de la ficha sociodemográfica se requiere de varios pasos:

Paso 1: Determinar el tamaño de la muestra y determinar la segmentación geográfica.

Paso 2: Construir el cuestionario.

Paso 3: Recolectar datos con herramientas puedes encontrar diferentes opciones para poder recopilar la información.

3.4.2 Fototest: El Test de las fotos

El Fototest o test de foto, ha sido desarrollado por el doctor Cristóbal Carnero Pardo, es un test cognitivo breve aplicable a analfabetos, válido y útil para la detección de deterioro cognitivo y demencia.

El Foto test es un test cognitivo breve que evalúa la capacidad de recordar seis elementos que previamente se le han mostrado al sujeto y se le ha pedido que nombre; entre denominación y recuerdo se inserta una tarea de fluidez verbal en la que el sujeto debe evocar nombres de personas agrupadas por sexo (Carnero Pardo, 2004).

El Fototest, al igual que otros test cognitivos breves, este test tiene como objetivo la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, tanto en Atención Primaria como en consultas especializadas, pero también es un instrumento adecuado para el seguimiento de pacientes o la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Este test cognoscitivo es capaz de evaluar componentes cognitivos variados de forma fácil y breve como, por ejemplo: lenguaje, funciones ejecutivas, memoria episódica, etc.

Se caracteriza principalmente porque puede ser aplicado a analfabetos ya que no se ve influenciado por el nivel educativo o el sexo (Carnero y Montoro 2004). Consiste en mostrar 6 figuras de objetos reales comunes, para que sean denominadas por el entrevistado, posteriormente se introduce una tareade fluidez verbal (el cual funciona como distractor), donde se mencionan nombres de hombres y mujeres por separado.

Es de resaltar que se otorga un punto a cada nombre, y se obvian las

repeticiones, errores o sinónimos.

Finalmente, se le pide al sujeto que recuerde los objetos presentados anteriormente, en el caso de cometer errores, por no recordar de forma espontánea, se le ofrece una clave semántica, grupo o categoría del objeto (Carnero y Montoro, 2004).

Se ha utilizado en investigaciones donde muestran un resultado de efectividad del 100% especificidad de 92% obteniendo entre el cribado cognitivo y la evaluación clínica de un 94.1 % (Zegarra, Denegri y Chino 2019).

3.4.3 Escala de Depresión geriátrica – (GDS) Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es una medida de autoinforme de depresión en adultos mayores, la cual consiste en que los usuarios responden en un formato "Sí / No". Este instrumento se desarrolló como un instrumento de 30 ítems. Dado que esta versión resultó lenta y difícil de completar para algunos pacientes, se desarrolló una versión de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986).

Tiene como finalidad detectar posible presencia de depresión, se centra como estudio de dimensiones el estado cognitivo, emocional y conductual, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14.

Cada respuesta errónea puntúa 1. Se ha utilizado en investigaciones donde se ha demostrado niveles de sensibilidad y especificidad de 0.97% y 0.95 % respectivamente. El alfa general de Cronbach fue de 0.80 % (Nyunt ,2009).

3.4.4 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el análisis de los resultados se utilizó el sistema informático SPSS-V20 para Windows en español (Herreras, 2005), la estadística utilizada fue descriptiva univariada para edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, adultos mayores que presenten síntomas de demencia leve y características de depresión cuyos resultados serán presentando en cuadros estadísticos con sus respectivos análisis.

Los niveles de significancia adoptados fueron la población total para la investigación la cual declarará que se comprobó la hipótesis.

3.4.5 Aspectos bioéticos: consentimiento y asentimiento informado

Con anterioridad a la aplicación del instrumento de evaluación, es obligación del profesional informar a los participantes adultos mayores, cuáles son los objetivos planteados para esta investigación su participación fue de manera voluntaria. Se solicitó el consentimiento luego se le explicó que no representa ningún riesgo para alcanzar seguridad, el consentimiento fue informado de forma verbal y firmado por cada uno de los participantes de esta investigación.

La participación fue voluntaria junto con la firma del consentimiento informado (anexo 3), en el cual se incluyó la información del estudio objetivos beneficios y riesgos. También hay que aclarar acerca de la libertad que tiene para retirarse en cualquier momento del proceso de investigación. Así mismo, que los pacientes del centro de atención San Francisco de Milagro no recibieron ninguna remuneración económica para participar en la investigación y que no existió en ningún momento algún tipo de riesgo en la investigación.

Otro requisito, que se debe cumplir es la confiabilidad de los datos obtenidos y la aplicación de pruebas, métodos y técnicas. También está en la obligación de declarar que no tiene ningún conflicto de intereses y que se garantizará el asesoramiento permanente por parte del docente tutor.

3.4.6 Propuesta de procesamiento estadístico de la información.

El presente estudio se llevó a cabo en el sector Av. Colón y Pérez Guerrero (Nuevo Milagro) de la ciudad de Milagro Luego de seleccionar a la muestra que formó parte de la población total, discriminando de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definida; se realizó la socialización sobre la importancia del tema a los adultos mayores y a los familiares que viven con ellos, de la misma manera se incentiva a los participantes mediante la explicación de la investigación y posterior firma del consentimiento informado.

Para describir el deterioro cognitivo, se realizó una revisión sistemática de artículos científicos y de literatura en base a PubMed, Scopus Scielo; de los que se escogieron los más significativos y relevantes en cuanto a resultados sobre el tema a investigar del deterioro cognitivo.

Por otra parte, se utiliza el “test de fotos” (anexo2), la cual será aplicada en cuestión de 10 minutos para asegurar respuestas con fluidez y con ello tener

resultados más reales, todo ello bajo revisión en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) La aplicación del test se llevó a cabo mediante visita domiciliaria durante el día por un periodo de 4 semanas aproximadamente respetando los protocolos de seguridad debido al COVID- 19.

Determinar si el deterioro cognitivo posee o no alguna relación con la depresión en los adultos mayores luego del mismo procedimiento de investigación adecuada sobre las variables y sus lecturas significativas y de analizar los resultados que se obtuvo del test de las fotos, se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (anexo 2). De manera individual se realizaron las preguntas al adulto mayor sin límite de tiempo durante el día en el periodo de 4 semanas mediante visitas domiciliarias con los respectivos protocolos de seguridad debido al COVID-19.

Una vez aplicado cada uno de los test a los individuos de muestra se procedió a contabilizar las respuestas y correspondientes puntajes con el fin de dar cumplimiento a los objetivos establecidos para la investigación, obtenemos resultados y bajo una opinión crítica valorativa se elaboraron conclusiones las cuales serán contrastadas con otras investigaciones para realizar una discusión y descubrir que tan eficiente y completa fue la investigación realizada.

Además, aquellos resultados podrán ser utilizados también como referencia para futuras investigaciones referente al estudio del adulto mayor.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de datos obtenidos

4.1.1. Caracterización de los participantes

En la tabla 2 se evidencia la edad de los participantes a quienes se les aplicó las pruebas necesarias para obtener los resultados de la investigación.

Tabla 2 *Edad de los participantes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65-74	96	69,3	69,6	69,6
	75-84	28	20,3	20,3	89,9
	+85	14	10,1	10,1	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores
Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

Como se puede visualizar en la presente tabla, respecto de la edad de los adultos mayores de un sector urbano perteneciente al cantón Milagro, agrupados por intervalos de frecuencia, salta a la vista que el sub intervalo comprendido entre los 65-74 años de edad, es el más representativo, con una frecuencia absoluta de 92 observaciones, y una frecuencia relativa cercana al 70%.

Dicho de otra forma, cerca de tres cuartas partes de la muestra analizada cae dentro de esta categoría, con lo cual se puede afirmar que la mayoría de las personas apenas está por encima de la edad considerada "Adulto mayor". Una proporción considerablemente menor, de 29 personas, que corresponden a alrededor del 22%, cae dentro del sub intervalo comprendido entre 75-84 años de edad.

Finalmente, la tabla indica que las observaciones por encima de los 85 años de edad, razonablemente en relación a la esperanza de vida de una persona en el Ecuador, corresponda a la menor cantidad de observaciones, con tan sólo 14, o, lo que es lo mismo, algo más del 10% de la muestra considerada.

En la tabla 3 se detalla el género de los participantes, donde se evidencia que

la población femenina encuestada es en un 71% adulto mayor y que, mientras que la población masculina se presenta en un 64%.

Tabla 3 Género de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	66	47,8	47,8	47,8
	Femenino	72	52,2	52,2	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores

Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

Como se puede evidenciar en la tabla, en relación al género de los participantes se detalla que 71 personas son de género femenino, mismo que equivale a un 52,6% de la población encuestada.

Mientras que un total de 64 personas son de género masculino, mismo que representan en la investigación un 47,4% de los encuestados.

Esto nos da paso a comprender que en los datos que se han obtenido por medio de las encuestas y demás instrumentos se ve reflejada la colaboración de la población femenina.

En la tabla 4 se evidencia el nivel de instrucción de educación de los adultos mayores que han sido encuestados.

Tabla 4 Nivel de instrucción de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin estudios	35	25,4	25,4	25,4
	Primarios	59	42,8	42,8	68,1
	Secundarios	37	26,8	26,8	94,9
	Post Secundarios	7	5,1	5,1	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores

Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

En la tabla 4 se puede evidenciar que un total de 58 adultos mayores encuestados han culminado sus estudios primarios lo que nos da un total del 43%, seguido este porcentaje por un 26,7% que es de aquellos que han logrado obtener un bachillerato, es decir 36 adultos mayores del total de los encuestados.

Además se observa que un 25,2% de adultos mayores no presentan estudios y que podemos deducir que a lo largo de su vida se han dedicado a otras actividades laborales para poder cubrir sus necesidades económicas.

Mientras que un 5,2% de los encuestados ha obtenido algún título universitario y que les ha servido para superarse en las relaciones interpersonales de sus actividades diarias.

En la tabla 5 se detalla el estado civil de aquellos adultos mayores a quienes se les aplicó las pruebas correspondientes.

Tabla 5 Estado civil de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	12	8,7	8,7	8,7
	Unión de Hecho	9	6,5	6,5	15,2
	Casado	86	62,3	62,3	77,5
	Viudo	17	12,3	12,3	89,9
	Divorciado	14	10,1	10,1	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores
Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

Como se puede evidenciar en la tabla 5 se detalla el estado civil de los adultos mayores encuestados, mismo que se puede observar que 86 personas que han sido encuestados están casadas, lo que equivale a un 63,7%.

Asimismo se refleja que un 11,1% de los adultos mayores han perdido a su compañero/a de vida, también se evidencia que el 9,6% han presentado problemas y se han divorciado, mientras que 12 adultos mayores de la población encuestada se encuentran solteros, mismo que equivale al 8,9%.

En la tabla 6 se detalla la ocupación de los adultos mayores y cómo ellos realizan actividades en su diario vivir.

Tabla 6 Ocupación de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	58	42,0	42,0	42,0
	Obrero	7	5,1	5,1	47,1
	Empleada doméstica	5	3,6	3,6	50,7
	Comerciante	21	15,2	15,2	65,9
	Profesor	4	2,9	2,9	68,8
	Jubilado	28	20,3	20,3	89,1
	Otros	15	10,9	10,9	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores
Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

En tabla 6 se detalla que, la mayor población de los adultos mayores al ser de género femenino se dedica a las actividades en casa con un 43% de los encuestados.

Luego se ubican las personas jubiladas con un 20% de los adultos mayores.

EL 15,6% aún se desempeñan en actividades de ventas comerciales, se detalla además que un 5,2% son obreros.

El 3,7% se dedican a trabajar como empleadas domésticas, además se evidencia que un 10,4% se dedican a otras actividades que pueden ser ligadas a su profesión.

En la tabla 7 se evidencia el nivel socioeconómico de las personas que han sido encuestadas y que se las clasifica por niveles de acuerdo a los porcentajes obtenidos.

Tabla 7 Nivel socioeconómico de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	6	4,3	4,3	4,3
	Medio	113	81,9	81,9	86,2
	Bajo	19	13,8	13,8	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores

Elaborado por: Hermida K. (2021)

ANÁLISIS

En la presente tabla se evidencia el nivel socioeconómico de los adultos mayores que ha sido encuestados, donde se detalla que un 83, % es considerado en un rango medio.

Siendo así que del total de la muestra seleccionada fueron 112 adultos mayores que se encuentran en este nivel.

Seguido del 13,3% donde se puede observar que el rango socioeconómico es de nivel bajo y que a su vez 18 adultos mayores se encuentran en este nivel.

Finalmente un 3,7% de adultos mayores que poseen un nivel socioeconómico alto y que nos da como resultado a 5 adultos mayores que presentan este nivel.

4.2 Análisis descriptivos de los resultados

4.2.1 Análisis del foto-test

Tabla 8 Test de Foto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	29	21,0	21,0	21,0
	Leve	85	61,6	61,6	82,6
	Severo	24	17,4	17,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Elaborado por: Hermida K. (2021)

Se determinó que existe una relación, entre el deterioro cognitivo y la depresión en este grupo etario, porque el valor que se obtuvo fue de 0,86, es decir, el nivel de significancia adoptado para la misma fue de 5% para las comparaciones generales de control interno, donde el valor de P debe ser hasta a 0.95. Por ende, al ser inferior se concluye que, la cual afirma que si existe una correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión en la muestra, y se acepta como válida la hipótesis alternativa que asume una correlación.

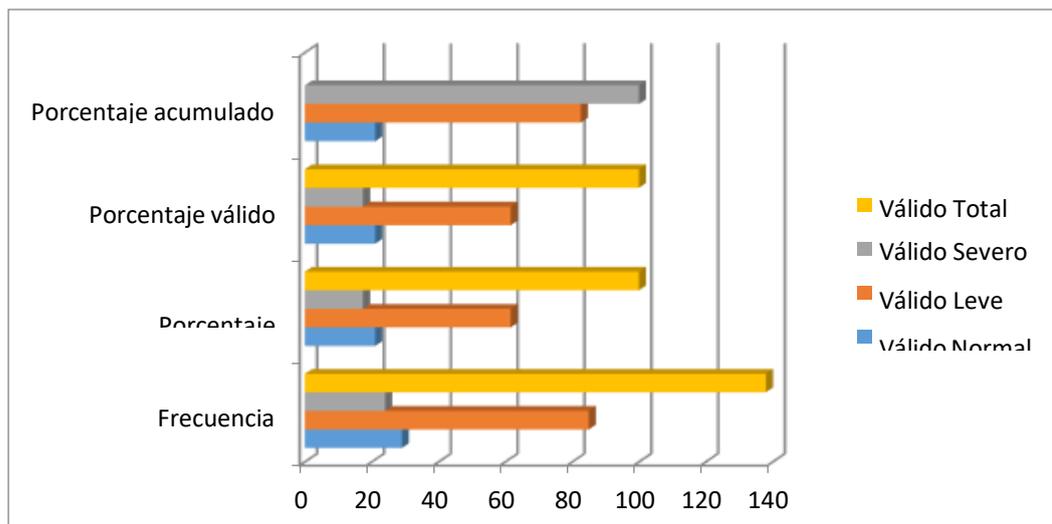


GRÁFICO 1 Test de Foto

Elaborado por: Hermida K. (2021)

Cabe señalar que se trata de una correlación positiva, es decir, los resultados indican que, a mayor deterioro cognitivo, mayor presencia de depresión. Pese a ello, la fuerza de la correlación ($r = 0,489$) es de nivel moderada.

4.2.2. Análisis del test de Yesavage

Del análisis realizado puede considerarse mediante los resultados obtenidos que, el 95% de los encuestados se ubican en el nivel leve de deterioro; y para la segunda variable; la depresión: se empleó la escala de depresión Yesavage (GDS), donde el 62% de los encuestados se ubica en el nivel moderado.

Una vez aplicado cada instrumento, se pudo concluir que, no existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en el adulto mayor, por cuanto, el resultado, 2,09 es mayor de 0,05 lo cual era lo establecido para la comprobación de la hipótesis.

Asimismo, al encontrar que, la mayoría de este grupo de estudio, presentó un deterioro leve, pero un nivel de depresión fue moderado, por lo que se afirma que, es inexistente esa relación entre las variables.

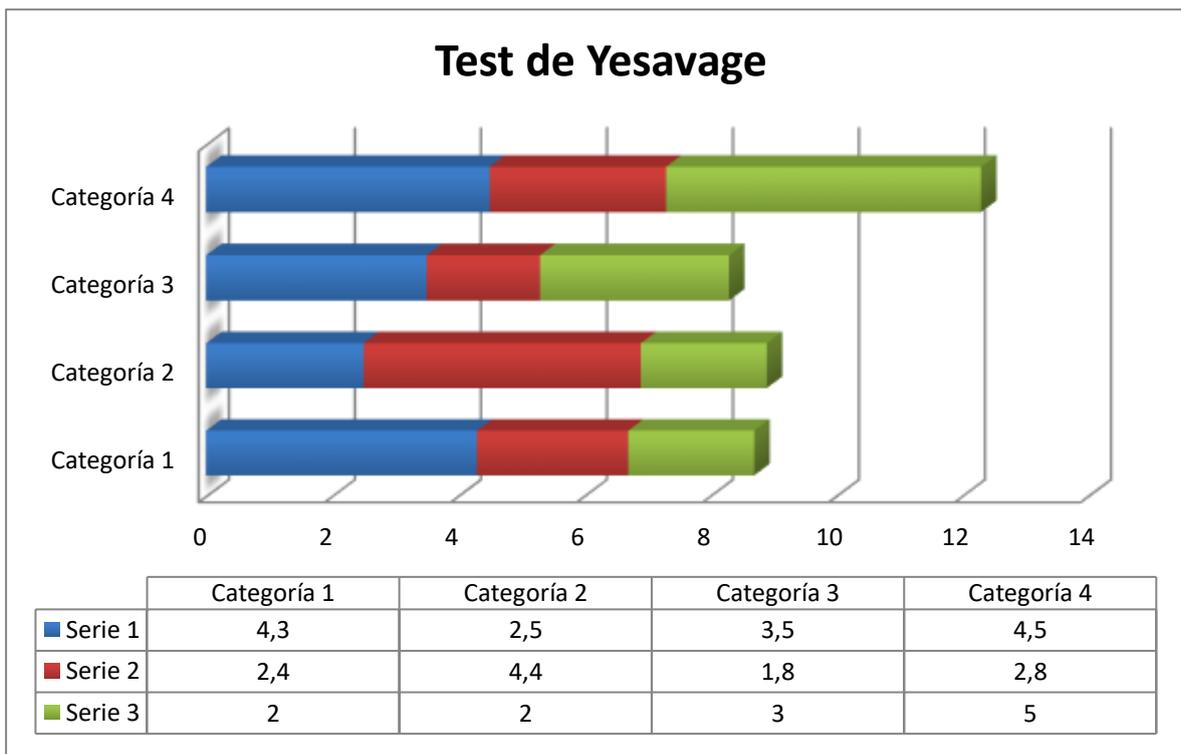


GRÁFICO 2 Test de Yesavage

Elaborado por: Hermida K. (2021)

En cuanto, a la depresión, el test de YESAVAGE, evidenció que, el 95% de los encuestados se ubica en el nivel moderado, siendo este el porcentaje más alto, el 55.1% de su población de estudio presenta este nivel de depresión, lo cual corresponde a la edad de entre 70 y 79 años. Lo que se puede afirmar, que este grupo etareo, se caracteriza por niveles de depresión moderada.

4.2.3 Análisis correlacional de los resultados

En la presente tabla se detallan los datos obtenidos en la prueba de normalidad realizada en los test que fueron aplicados a los adultos mayores escogidos para este trabajo investigativo.

Tabla 9 Prueba de normalidad - Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Test de Foto	Test de Yesavage
N		138	138
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,97	2,10
	Desv. Desviación	,610	,609
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,319	,326
	Positivo	,310	,326
	Negativo	-,319	-,296
Estadístico de prueba		,319	,326
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de la prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas a 138 adultos mayores

Elaborado por: Hermida K. (2021)

HO = la muestra sigue una distribución normal

H1= La muestra no sigue una distribución normal

Criterio:

$p > 0,05$ (aceptamos la hipótesis nula)

$P < 0,05$ (rechazamos la hipótesis nula, por ende, aceptamos la hipótesis alternativa)

Análisis:

Con el propósito de conocer si el comportamiento de los datos considerados para la muestra de un grupo de adultos mayores de un sector urbano perteneciente al cantón Milagro, presenta una distribución normal, por ende, poder aplicar estadígrafos paramétricos, o bien, una distribución asimétrica, aplicando los diferentes estadígrafos.

A través de la comparación de los Test de Foto y Test de Yesavage, se pudo determinar o que se evidencia lo siguiente:

Con un nivel de confianza del 95% y, correspondiente nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula ($p: 0,000 < 0,05$) la cual asume la existencia de normalidad en el comportamiento de los datos, con lo cual se concluye que la muestra no sigue una distribución normal, es decir, es necesario aplicar criterios no paramétricos para el consiguiente análisis de correlación.

Tabla 10 Prueba de correlación - Correlaciones por Spearman

Rho de Spearman	Test de Foto	Test de Foto	Test de Yesavage
	Coeficiente de correlación	1,000	,489**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	135	135
	Test de Yesavage	Coeficiente de correlación	,489**
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	138	138

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de test psicológicos a 138 adultos mayores

Elaborado por: Hermida K. (2021)

H0 = No existe correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión

H1 = Existe correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión

Criterio:

$p > 0,05$ (aceptamos la hipótesis nula)

$P < 0,05$ (rechazamos la hipótesis nula, por ende, aceptamos la hipótesis alternativa)

Análisis:

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del estadígrafo no paramétrico "Spearman" para medir la correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores pertenecientes a un sector urbano del cantón Milagro, pude determinar: A un nivel de significancia del 5%, o, lo que es lo mismo, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula ($p: 0,000 < 0,05$) la cual afirma que existe una correlación entre el deterioro cognitivo y la depresión en la muestra, y se acepta como válida la hipótesis alternativa que asume una correlación. Cabe señalar que se trata de una correlación positiva, es decir, los resultados indican que, a mayor deterioro cognitivo, mayor presencia de depresión. Pese a ello, la fuerza de la correlación ($r = 0,489$) es de nivel moderada.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

El estado cognitivo, de la muestra de estudio evidenció que, la mayoría se ubica en el nivel moderado de deterioro, por tanto, no presentan patologías neurodegenerativas, que pueden ser asociadas a dicho deterioro.

En cuanto, a la depresión, se aprecia que, los adultos mayores que constituyeron la muestra de estudio, quienes pertenecen a un sector urbano, ubicado en la ciudad de Milagro de la provincia del Guayas evidencian un nivel de depresión severa, siendo importante resaltar que, una minoría se encuentra en el nivel leve.

Ahora bien, dar respuesta a la hipótesis de la investigación: El deterioro cognitivo se correlaciona con la depresión en adultos mayores del sector Colón y Pérez Guerrero (Nuevo Milagro), se determinó que existe una relación, entre el deterioro cognitivo y la depresión en este grupo etario, porque el valor que se obtuvo fue de 0,05, es decir, el nivel de significancia adoptado para la misma fue de 5% para las comparaciones generales de control interno, donde el valor de P debe ser hasta a 0.05, por ende, al ser inferior se concluye que, existe correlación, es decir, a mayor deterioro cognitivo, mayor presencia de depresión.

El rango de las edades del adulto mayor que participaron en la investigación se ubican de la siguiente manera: 68,1% entre 65 y 74 años de edad, 21,5% que equivale entre los 75 y 84 años de edad, y 10,4% mayores de 85 años de edad.

En relación al sexo, el 47,4% forma parte de la población masculino y el 52,6% se encuentra en la población femenina. De igual manera se estableció como el nivel de instrucción escolar donde se detalla que el 43,0% ha culminado sus estudios primarios, el 26,7% culminó sus estudios secundarios, por ende, tiene un bachillerato concluido, el 25,2% no lograron ingresar a alguna institución educativa y se quedaron sin estudios, mientras que un 5,2% continuó sus estudios profesionales. En cuanto al estado civil de los adultos mayores encuestados se evidencia que un 63,7% son casados, el 11,1% viudo; 9,6% divorciados, los 8,9%

solteros y el 6,7% en unión de hecho, prevaleciendo el estado civil de casado.

Al analizar, cada uno de los resultados, se aprecia que, al medir el deterioro cognitivo, utilizando el test de foto; se obtuvieron diferentes valores; donde el 55% de los encuestados se ubican en el nivel moderado de deterioro. Resultados antagónicos, se observan en la investigación (Camargo y Laguado, 2017), quienes evidenciaron que, el 41,7% de los encuestados, que representan 25 individuos mayores de 70 años, tiene deterioro cognitivo grave, y en menor porcentaje leve.

Asimismo, se analizó el nivel normal, encontrando que el 20% se encuentran entre los valores normales, este hallazgo se contrapone con Barrera (2017), por cuanto, afirma que sus resultados demostraron que el 3% de los adultos mayores, se ubican en el nivel normal. Lo cual puede considerarse que, este grupo etario, presenta un deterioro cognitivo normal, que puede estar sujeto a diversos elementos, como la alimentación, cuidados entre otros.

Por último, se observó que, el 20% de los encuestados se encuentra en el nivel severo, lo que coincide con Barrera (2017), quien refiere que, 17% de los adultos mayores que constituyeron su encuesta, se ubican en este nivel. Por tanto, se aprecia una concordancia que permite inferir que, el deterioro cognitivo donde existe una concordancia en el severo.

En cuanto, a la depresión, el test de YESAVAGE, evidenció que, el 62% de los encuestados se ubica en el nivel moderado, siendo este el porcentaje más alto; lo que coincide con (Vílchez 2017), quienes señalan que, el 55.1% de su población de estudio presenta este nivel de depresión, lo cual corresponde a la edad de entre 70 y 79 años.

Lo que se puede afirmar, que este grupo etareo, se caracteriza por niveles de depresión moderada. Asimismo, se determinó que el 24% de los adultos mayores tiene su nivel de depresión en severa con un 23,7%, contrario a los resultados de (Vílchez y otros, 2017), ya que ellos consideran que, el 10,2% solamente presenta este nivel de depresión. Es decir, no existe una correlación entre ambas investigaciones.

De igual, manera se mantiene las discrepancias en el nivel normal o sin depresión, ya que en la presente investigación se pudo observar que, el 14% se

encuentra en este nivel, y según los hallazgos de estos autores el 34,7% no presentan ningún tipo de depresión, en las edades entre los 70 y 79 años.

Ahora bien, la correlación de Pearson determinó que existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en el adulto mayor, por cuanto, el resultado, 0,0 es menor de 0.05 lo cual era lo establecido para la comprobación de la hipótesis.

5.2 Recomendaciones

En virtud de los datos obtenidos, y establecidas las conclusiones se expresan las siguientes recomendaciones.

Para profundizar en los hallazgos de la investigación se recomienda que se diseñen, apliquen y evalúen programas o planes para adultos mayores, orientados a la estimulación cognitiva para tener bases para posteriores investigaciones.

En una futura investigación, se recomienda elaborar programas de ejercicios mentales, dirigidos a los adultos mayores, sobre el deterioro cognitivo y cómo se puede abordar para disminuirlo o evitarlo.

Se recomienda diseñar y aplicar en un futuro una investigación más detallada y a profundidad respecto al tema ya que por las limitaciones que la sociedad está pasando debido a la pandemia se ha complicado realizar un estudio con libertad de obtener las personas que son indispensables para el estudio.

De la misma forma se sugiere que en futuras investigaciones se complementará este estudio con personas profesionales a este campo donde a diario tengan contacto con personas adultas mayores con deterioro cognitivo y así tener un argumento profesional que pueda aportar si este está relacionado con la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. (15 de noviembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Álvarez, J. (2012). Jean-Étienne Dominique Esquirol, aliéniste. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(5), 644-650.
- Álvarez, M., Pereira, V., & Ortuño, F. (2017). *Tratamiento de la depresión. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica*. Pamplona, España.: Universidad de Navarra.
- Arias, F. (2017). *El proyecto de Investigación*. Caracas Venezuela. 7ma edición: Episteme.
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., y Olazarán, J. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor*. Madrid: España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Bazalar, L., Runzer, F., & Parodi, J. (2019). Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. *Acta Med Peru*. 36(1), http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100002.
- Béjar, C., Runzer, F., y Parodi, J. . (2019). Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" 2010-2015. *Acta méd. Perú vol.36 no.2 Lima abr./jun,* 110-115 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200006&lng=es&tlng=es.
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 107-112.

- Borges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. España: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Tesis doctoral.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3) jul, 182-191 <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
- Camacho, J., y Galán, J. (2021). La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. *Psicología: Teoría e Investigación*, v.37, e37, <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37413>.
- Camargo, K., y Laguado, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Rev Univ. Salud*. 19(2), 163-170. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>.
- Campos, G., & Lule Martínez, N. (2012). La observación como método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai*, 45 - 60.
- Cardona, E., Segura, A., Segura, A., y Garzón, M. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica*, 35(1), 73-80. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2381>.
- Carnero Pardo, C. (2004). Test de las fotos. *Rev. Neurol*, 801 - 806.
- Chan, M. (24 de febrero de 2017). *Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica*. Obtenido de la Organización Mundial de la Salud. Redacción médica: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-pa-ses-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
- Chavez. (2007). Tipos de investigación. *Universidad privada de Rafael Belloso*, 135 - 138.
- Cobo, J. (agosto de 2015). *El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación*. Obtenido de psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definicion-es-nosologia-clasificacion/>
- Conde, E., y Cuadrado, K. (2016). Caracterización de la depresión en el adulto mayor. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*.

- Conde, J. (25 de septiembre de 2015). *Psicopatología en la Vejez*. Obtenido de Manual de psicopatología clínica: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi646iJk4_wAhVbSzABHdcfDfIQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F270684950_Psicopatologia_en_la_Vejez&usg=AOvVaw0JOaCdedyQhexR6-nZMrl1
- Custodio, N., Montesinos, R., y Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatria*; 81(4), 235-250.
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr vol.81 no.4 Lima oct./dic.*, <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>.
- De Los Santos, P., y Carmona, S. . (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica. PSM. Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio*, <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. V. DSM-V. (30 de septiembre de 2016). *DSM-V*. Obtenido de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Erazo, M., y Fors, M. (2018). Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018. *Bionatura. Volumen 5 / Número 3*, 1230-1236 <http://www.revistabionatura.com/>.
- Escobar, C., & Zumárraga, P. (2018). *La depresión bajo un enfoque médico, social y cultural en Ecuador*: UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ.
- Fernández, A., Gonzales, R. y Guzmán, R. (2016). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena*. Colombia: Universidad de Cartagena,.
- García Muñoz, T. (1991). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. *Pedagogía experimental*.
- García, D. (2018). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos*. Bogotá. Colombia: Universidad del Rosario.
- Goldberg, E. (2014). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: España. Reimpresión: Crítica.

- Guevara, F., Díaz, A., y Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*. Vol. 15. No. 26. Enero - junio / ISSN 1794-3159 – E ISSN: 2145-3101, https://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-senior-parado-solo-casa_2766043.htm#page=3 &query=envejecer position=49#position=49 &page=3 &query=envejecer.
- Hernández, O. (2012). Estadística Elemental para Ciencias Sociales. *Universidad de Costa Rica*.
- Hernández Sampieri, R. (2014). Selección de la muestra. *Espacio de formación multimodal*, 170 - 191.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). *Metodología de la Investigación* (6ta edición ed.). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado el 23 de 06 de 2020, de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, M. (2017). *Metodología de la investigación*. México. 7ma edición: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- INEC. (2001). *Instituto Nacional de Estadísticas y censos*.
- Institutos Nacionales de la Salud. (2017). Las personas mayores y la depresión. *Publicación de NIH Núm. SQF 16-7697. Traducida en enero del 2017*, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/index.shtml>.
- Jácome, A. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el covid-19 en el personal de cajas de un Hospital Privado de Quito-Ecuador 2020*. Ecuador: Universidad Internacional SEK.
- Jara, D. (2019). • *Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor-Santiago Távara" 2018*. Perú: Universidad Ricardo Palma.
- Jauregui, J. (2018). *Autoestigma en personas mayores con demencia en etapa leve: aproximación al fenómeno en población Chilena*. Chile: Universidad de Chile.

- Leiva, A, Sánchez, J., León, J., Palacios, L. (2016). Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enferm Clin.* ;26(2), 129-136.
- López, L. (2018). *Funcionamiento Cognitivo y Adaptación Familiar a la Institucionalización del Adulto*. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Martínez, V. (2020). *Características psicopatológicas y sociofamiliares en adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve del Centro Geriátrico "Plenitud"*. Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
- Mateo, A. (2020). *Percepción del proceso de envejecimiento y nivel de depresión en adultos mayores atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Regional Huacho. Noviembre-2019*. Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN.
- Montes, Y., & Velásquez, V. (2017). *Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores en un hospicio de la ciudad de Guayaquil*. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Morga Rodriguez, L. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. *Red tercer Milenio*, 11 - 27.
- Mori, J. (2016). Desarrollo histórico del estudio neuropsicológico de la memoria. *Revista de psicología*. 18(1), 87-100.
- Nahoum, C. (1985). *La entrevista psicológica*. México. New York: <http://menteypsicologia.blogspot.com/2011/08/que-es-la-entrevista.html>.
- Niedmann, C., & Nieme, A. (2017). *Actualización de las teorías biológicas del envejecimiento*. Chile: UNIVERSIDAD FINIS TERRAES.
- OMS. (21 de septiembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Demencia: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjhbzfvI3wAhXuYN8KHfLaC44QFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Fnews-room%2Ffact-sheets%2Fdetail%2Fdementia&usg=AOvVaw3Mt-TxNA6QnvzhWxmQd_BT
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de abril de 2017). *OMS*. Obtenido de Depresión: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad>

- =rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy--
S8xq_wAhWRdd8KHYjTAIEQFjABegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.
who.int%2Ftopics%2Fdepression%2Fes%2F%23%3A~%3Atext%3DLa%2
520depresi%25C3%25B3n%2520es%2520un%2520trastor
- Organización Mundial de la Salud OMS. (15 de noviembre de 2017). OMS. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (5 de febrero de 2018). *Adulto Mayor. Envejecimiento*. Obtenido de OMS: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj179W-yq_wAhUnEVkFHbFAAZwQFjAHegQIHRAD&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Ftopics%2Fageing%2Fes%2F&usg=AOvVaw1yZKsXvucG7mhtBbK3w35t
- Organización Mundial de la Salud OMS. (30 de enero de 2020). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=Se%20calcula%20que%20afecta%20a,depresi%C3%B3n%20puede%20llevar%20al%20suicidio.>
- Palella, S., y Martins, F. (2017). *Metodología de la investigación Cuantitativa*. Caracas Venezuela. 4ta edición.: FEDUPEL.
- Palella, S., y Martins, F. (2017). *Metodología de la investigación Cuantitativa*. Caracas Venezuela. 4ta edición. Primera reimpresión: FEDUPEL.
- Petersen, R. (2016). Mild cognitive impairment. . *Minneap Continuum*. ;22(2, 404-418.
- Piñar, G., Suárez, G., & De La Cruz, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>.
- Pocomucha, S. (2019). *Depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud Santa Rosa De Sacco, Yauli - Junín 2019*. Perú: Universidad Nacional De Huancavelica.
- Quintana, T., Ayala, M., Ortiz, M., Ordoñez, M. Fabelo, J. & Iglesias, S. (2018). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Rev haban cienc*

méd

[Internet],

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2326>.

- Quispe, A. (2019). *Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 puesto de salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018*. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca.
- RAE. (2020). *Diccionario de la Real Academia Americana (RAE)*. España: Larousse.
- Rico, M., Rico, D., & Vega, G. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.56(3), 287-294.
- Rodriguez , M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño e investigación de corte transversal. *Rev. Médica Sanitas*, 141 - 146.
- Rodríguez, V., Palacios, L., Cali, M., Villafuerte, E., Quingatuña., D., Ballesteros, E., Yamberla., Samaniego Y., y Ruiz G. (2020). Avances en el manejo del delirium en los pacientes geriátricos. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica Volumen 39, número 1*, <https://doi.org/10.5281/zenodo.4058882>.
- Sambrano, J. (2016). *PNL para todos*. Caracas-Venezuela. 10ma edición: Melvin.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. A. (1986). Escala de depresión geriátrica (GDS): evidencia reciente y desarrollo de una versión más corta. *Gerontólogo clínico*, 165 - 173.
- Silva, M., y Vivar, V. (2016). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado*. Ecuador: Universidad De Cuenca.
- Sobral A, Araújo C, Sobral M. . (2018). Mild cognitive impairment in the elderly Relationship between communication and functional capacity. (Deterioro cognitivo leve en ancianos Relación entre comunicación y capacidad funcional) . *Dement. neuropsychol*. 12(2);, 165-172.
- Tirro, V. (2016). La vejez y el cerebro. *Revista Nuevo Humanismo*. Vol. 4(1), Enero - Junio ISSN: 1405-0234, 73-80.
- Uribe, A., Molina, J, Barco, M., & González, L. (2007). Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 85-90.
- Velasco y Martínez. (2018). *Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi Divino Niño Jesús*.

Distrito de Morales periodo abril – septiembre 2018 . Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO.

Vilchez, J., Soriano, A, Saldaña, D., Acevedo, T., Bendezú, P., Ocampo, B., Portocarrera, B. . (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Med Peru.* 34(4), 266-72.

Vílchez, J., Soriano, A., Saldaña, D., Acevedo, TH., Bendezú, P., Ocampo, B. (2017). *Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos peruanos de tres regiones. Revista Acta Médica Peruana, 34(4),, 266-272*
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1 FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE.

Formulario N°.....

Título: el deterioro cognitivo y su relación con la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años de edad en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro

Instrucciones

Estimado paciente sírvase marcar la respuesta con una X en el casillero que Ud. crea conveniente. La información proporcionada en este formulario será utilizada en una investigación, sus datos servirán para posibles publicaciones en revistas científicas guardando absolutamente la confidencialidad y no se expondrá su identidad en ninguna circunstancia.

I. Variables Sociodemográficas

1.1 Edad.....

1.2 Sexo:.....

Masculino () femenino: ()

Nivel de instrucción:

Sin estudio () Primarios () Secundarios () Post secundarios ()

Estado civil

Soltero () Unión de Hecho () Casado () Viudo () Divorciado ()

Ocupación:

Ama de casa () Obrero () Empleada doméstica () Comerciante ()
 Profesor () Jubilado ()

Otros () Especifique:.....

Nivel socioeconómico

Alto () Medio () Bajo ()

Test de foto para detección de deterioro cognitivo en el adulto mayor

Este test consta de tres partes:

En la primera parte se le pide al sujeto que denomine seis fotografías en color de objetos comunes (baraja de cartas, coche, para, trompeta, zapatos y cuchara) pertenecientes a distintas categorías semánticas (Figura 1). dando 1 punto por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta el evaluador le ofrece la contestación correcta.

La segunda parte consiste en un test de fluidez verbal (TFV), semántica en el que se le pide al sujeto que diga durante 30 segundos nombres de persona del sexo contrario y posteriormente y durante el mismo tiempo nombres de persona del mismo sexo; se da 1 punto por cada respuesta válida.

La última parte evalúa el recuerdo de las fotografías mostradas inicialmente, en primer lugar, de forma libre, puntuando 2 puntos por cada recuerdo correcto, y posteriormente, para aquellos elementos que no haya recordado espontáneamente, utilizando como clave de ayuda la categoría semántica a la que pertenece, en este caso las respuestas correctas se puntúan sólo con 1 punto.

El formato completo del test quedaría como se presenta a continuación:

Nombre:

Edad: Fecha:

Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pídale que las nombre. Dé 1 punto por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquese el nombre correcto y no le dé ningún punto. (Una vez concluya esta tarea retire la lámina y apártese de la vista del sujeto)

Fluidez verbal (FH/FM)

«Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde» (comience siempre por el sexo contrario) (No dé ejemplos, conceda 30 segundos y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto. No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, Dolores-Lola, etc.).

«Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde» (termine preguntando por el mismo sexo). No dé ejemplos. Conceda 30 segundos y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto. No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, etc.).

Recuerdo

Recuerdo libre (RL): «Recuerdo qué fotos había en la lámina que le enseñé antes». (Máximo 20 s.) Dé 2 puntos por cada respuesta correcta.

Recuerdo facilitado (RF): ofrézcale como pista y ayuda la «categoría» de las imágenes que no haya recordado espontáneamente anteriormente diciéndole, por ejemplo: «También había una fruta, ¿la recuerda?». Dé 1 punto por cada respuesta correcta.

Categoría	Fotos	Den	RL	RF	Fluidez Hombres (FH)	Fluidez Mujeres (FM)
Juego	Cartas					
Vehículo	Coche					
Fruta	Pera					
Inst. Musical	Trompeta					
Prenda de vestir	Zapatos					
Cubierto	Cuchara					
Subtotal						
Total Test de las Fotos (Den+RL+RF+FH+FM)						

El estudio normativo del Fototest ha hallado en la muestra de normalización una media global (\pm desviación estándar) de $39,4 \pm 6,4$ puntos. En la siguiente tabla pueden apreciarse las medias normales en función del grupo de edad del sujeto: Valores normales y percentil clave según estrato (Inmaculada and P Levante Alto Almanzora Avda Dra Ana Parra n.d.).

Grupo de edad	<50 años	50-64 años	>65 años
Valores normales	$45,0 \pm 5,5$	$38,7 \pm 4,8$	$34,4 \pm 4,4$
Percentil clave	34	30	27

Puntos de Referencia

- +30: Normal

20-29: Leve

0-19: Severo



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE

Población diana: Población general mayor de 65 años.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa

1. Puntos de corte:

- 0 - 5: Normal
- 6 - 10: Depresión moderada
- + 10: Depresión severa

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	NO
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	NO
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO

Investigadora: Karla Hermida Bravo

Tutor de tesis: Msc. Rodrigo Moreta Herrera

Fecha de Evaluación: octubre 2021

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Título tesis: el deterioro cognitivo y su relación con la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años de edad en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro La presente tesis tiene como directora Magister - Ruperti Lucero Erika Marissa y es realizada por Karla Hermida Bravo estudiante de la Maestría en Neuropsicología del Aprendizaje. El objetivo de la presente investigación es determinar las principales causas del síndrome demencial, así como su influencia en la depresión de los adultos mayores pertenecientes a la unidad de atención San Francisco de Milagro a través de un examen AD8 y una escala de depresión geriátrica de Yesavage. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información del estudio.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación implica riesgo mínimo que no serán significativos en su integridad física ni emocional, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional. Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de los que contribuyen en el trabajo con el adulto mayor, pues con este estudio se conseguirá determinar las principales causas del síndrome demencial, así como su influencia en la depresión del adulto mayor Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: la participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Publicación: Se realizará posibles publicaciones en revistas científicas, pero no se expondrá su identidad. Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese al número del responsable de la investigación que se expone a continuación: 0991093082 correo electrónico: karlahermidab@gmail.com

Agradezco su participación

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende realizar sobre el deterioro cognitivo y su relación con la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años de edad en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro.

Yo entiendo que voy a ser sometido a un análisis y aplicación de test psicológicos. Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero para la investigación. Consiento que los resultados se publiquen en una revista científica sin mi identidad.

Yo _____ con CI _____ ,

libremente y sin ninguna presión, aceptó participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Fecha:

ANEXO 4 TEST DE FOTO



*Fuente: Aplicación de test de foto
Elaborado por: Hermida K. (2021)*



*Fuente: Aplicación de test de foto
Elaborado por: Hermida K. (2021)*