



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO
EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE
SALUD DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL
DEL CALLAO, PERÚ, 2023”**

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciada de Psicología

Autores:

Lidia Julyssa Lescano Dominguez

Consuelo Diana Moron Cardenas

Asesor:

Mg. Maritza Elizabeth Somocurcio Arangurí

<https://orcid.org/0000-0002-9520-8386>

Lima - Perú

2024

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Dra. Rosa Diana Pedroza San Miguel
	Nombre y Apellidos

Jurado 2	Lic. Claudia Karina Guevara Cordero
	Nombre y Apellidos

Jurado 3	Mg. Maritza Elizabeth Somocurcio Aranguri
	Nombre y Apellidos

INFORME DE SIMILITUD



Página 2 of 87 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega tm:oid::1:3148040895




12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Especialmente para nuestros primeros pacientes que sin su ayuda y cooperación no hubiésemos descubierto esta pasión por nuestra carrera.

AGRADECIMIENTO

A Dios por regalarnos la gracia necesaria para el estudio y fortaleza de continuar a pesar de las adversidades.

A nuestra familia que siempre estuvo pendiente de cada paso.

A nuestros docentes y compañeros, por ser testigos y forjadores de nuestra formación.

TABLA DE CONTENIDOS

JURADO EVALUADOR	2
INFORME DE SIMILITUD	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
TABLA DE CONTENIDOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	34
CAPÍTULO III. RESULTADOS	43
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS	60
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Confiabilidad Inventario de Depresión de Beck	43
Tabla 2. Confiabilidad de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	43
Tabla 3. Datos demográficos y generarles de los adultos mayores del centro de salud de la Provincia Constitucional del Callao	44
Tabla 4. Niveles de depresión.....	44
Tabla 5. Niveles de funcionamiento neurocognitivo.....	45
Tabla 6. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov	46
Tabla 7. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y el funcionamiento neurocognitivo.....	47
Tabla 8. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión visoespacial/ejecutiva.....	47
Tabla 9. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión identificación y nominación.....	48
Tabla 10. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión memoria y recuerdo diferido.....	48
Tabla 11. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión atención y concentración.....	49
Tabla 12. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión lenguaje	49
Tabla 13. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión abstracción .	50
Tabla 14. Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión orientación .	50
Tabla 15. Niveles de depresión según la edad.....	51
Tabla 16. Niveles de funcionamiento cognitivo según la edad	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de depresión según la edad	51
Figura 2. Niveles de funcionamiento cognitivo según la edad.....	53

RESUMEN

La presente investigación tiene como objeto de estudio determinar la relación entre la depresión y funcionamiento cognitivo en los adultos mayores de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

La metodología que se utilizó en la investigación fue bajo un enfoque cuantitativo, no experimental del tipo transversal con diseño correlacional. Tuvo como muestra de estudio a 103 adultos mayores de 60 a 85 años. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) para tamizaje de deterioro cognitivo y la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) para tamizaje de depresión. Los resultados obtenidos son relevantes, pues muestra una depresión muy significativa que incrementa en relación inversa con el deterioro cognitivo; es decir, a mayor depresión hay menor funcionamiento cognitivo. Por tanto, se concluye que la variable depresión si está en correlación con el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores.

Palabras clave: Depresión, funcionamiento cognitivo, adulto mayor

ABSTRACT

The present research has as its object of study determine the relationship between depression and cognitive functioning in older adults in a health center in the Constitutional Province of Callao, Peru, 2023.

The methodology used in the research was a quantitative, non-experimental, cross-sectional approach with correlational design. The study sample consisted of 103 older adults between 60 and 85 years of ages. Two instruments were used for data collection: Montreal Cognitive Assessment (MOCA) to screen for cognitive impairment and the Beck Depression Scale (BDI-II) to screen for depression. The results obtained are relevant, since they reveal a highly significant depression that increases in inverse relation with cognitive impairment; in other words, the greater the depression, the lower the cognitive functioning. Therefore, it is concluded that the variable depression is correlated with cognitive functioning in older adults.

Key words: Depression, cognitive functioning, older adults.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Hablar de salud mental va más allá de la simple ausencia de una enfermedad mental, pues influye tanto en la salud en general como en calidad de vida. Esta incluye el bienestar emocional, psicológico y social, National Institute of Mental Health (2024).

Es importante cuidar de la salud mental ya que influye en la forma en que pensamos, actuamos y sentimos; asimismo, sirve en el desempeño diario de nuestras labores, en las capacidades de discernimiento y razonamiento, a obtener relaciones interpersonales sanas, en el bienestar físico y a confrontar las dificultades de la vida, es tan significativa que no cuidarla aumenta el riesgo de problemas de salud física, como un accidente cerebrovascular, diabetes o enfermedades cardíacas y respiratorias, etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) la depresión es un trastorno mental común que puede afectar a cualquier persona sin distinción de su edad, sexo o alguna condición especial; sin embargo, hay una tendencia del 50% más en mujeres que en varones, además, aquellos que hayan vivido abusos, pérdidas no superadas, traumas o eventos estresantes fuertes, actuales o pasados son más propensos a sufrirlo. Se estima que 3.8% de la población ha experimentado este trastorno entre ellos un 5% son adultos y un 5.7% son adultos mayores de 60 años.

Según el último estudio profundo sobre depresión realizado por la OPS (2018), los países como Paraguay con 9.4%, Brasil con 9.3% y Perú con 8.6% lideraban el árbol de discapacidad por diagnósticos de trastorno depresivo a nivel de todo el continente americano.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2024) respecto al día mundial de la lucha contra la depresión, y con el fin de generar conciencia sobre esta realidad, reveló que en el 2023 se atendió un total de 280 914 casos de pacientes con diagnóstico depresivo a nivel

nacional y de ellos un 75.5% corresponde a mujeres de todas las edades y un 16.5% a menores de edad.

En cuanto a la afectación emocional tras la Pandemia COVID-19 se realizó un estudio, elaborado por Ochoa A., Villarreal, K., Flores S. (2021), sobre el impacto psicológico en adultos mayores residentes en Carabayllo. Este estudio determinó que el 20% de la población participante presentaba valores severos y extremadamente severos de impacto psicológico.

De acuerdo a Parada et al. (2021), hay evidencia científica de que los síntomas depresivos están asociados a un desbalance cognitivo, así como que son más propensos al deterioro e incluso demencia; Ocano (2023) indica que la depresión en el cerebro resulta algo muy complejo, puesto que inflama el cerebro, desconecta la amígdala cerebral y reduce el tamaño del hipocampo. Esto último resulta peligroso pues es en el hipocampo donde se da la neurogénesis; es decir, donde se producen diariamente nuevas neuronas, afectando colateralmente la corteza prefrontal.

Por otro lado, como trabajaremos con adultos mayores es necesario entender el proceso del envejecimiento. Según la OMS (2022), es un proceso diferente para cada quien, por ejemplo, en el plano biológico está asociado con una gran variedad de daños moleculares y celulares pues a lo largo del tiempo han ido disminuyendo gradualmente las reservas fisiológicas, esto aumenta el riesgo de muchas enfermedades y disminuye, en general, la capacidad intrínseca del individuo lo que a la larga puede sobrevenir en la muerte, sin embargo, no son cambios lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. La edad avanzada, con frecuencia, conlleva a cambios considerables más allá de las pérdidas biológicas, se trata de cambios en las funciones y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Frente a esta situación los adultos mayores deberían concentrarse en menos metas y

actividades, no obstante, sus actividades deben ser más significativas con la finalidad de optimizar sus capacidades existentes, de manera que puedan aprender nuevas cosas cada día y así compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar sus tareas diarias.

Asimismo, cuando hablamos del funcionamiento cognitivo se refiere a esa facultad intelectual propia del ser humano que permite interrelacionarse con nuestro entorno (Sotomayor et al., 2022). Entre los procesos cognitivos principales tenemos: la atención, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, las emociones, el razonamiento y la resolución de conflictos, estos procesos colaboran y trascienden hacia la toma de decisiones, que acompañadas de nuestras capacidades físicas dan como resultado la *autonomía*, esta es la capacidad independiente de valerse por sí mismo para desarrollarse en las actividades diarias (Salazar y Mayor, 2020). Por otra parte, algunos estudios neuropsicológicos han observado que existe relación entre la edad cronológica y los cambios en el volumen total del cerebro, tanto en la sustancia gris como en la blanca, encontrándose incluso que se pierde de 2 a 3 gramos de peso cerebral anual, aunque eso no determina una serie de problemas para algunos ancianos, pues se ha observado que hay quienes no presentan cambios significativos (Cerezo, 2019).

Ante lo mencionado, debemos tener en cuenta que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5 (APA, 2014), habla de sintomatologías propias del envejecimiento, como el trastorno neurocognitivo leve también conocido como deterioro cognitivo leve, este trae consigo alteraciones cognitivas que no afectan la autonomía del adulto mayor, sino que le permite realizar actividades cotidianas manteniendo su independencia. Cuando las alteraciones van en aumento, se trataría de un trastorno neurocognitivo mayor o anteriormente llamado: Demencia (DSM-4, APA, 1994). De acuerdo a Cerezo (2019), algunos de los síntomas generales del deterioro

cognitivo no necesariamente se atribuyen al envejecimiento sino a la afectación de los procesos cognitivos que repercuten a su vez, y significativamente, en la independencia del paciente, específicamente en el desempeño de sus actividades cotidianas, además, este deterioro se atribuye a una condición neurológica, una afección en el cerebro, un trauma por deficiencia nutricional o como consecuencia del uso crónico de medicamentos u otras sustancias nocivas, exposición a metales pesados, etc., (OMS, 2018, como se citó en Cerezo, 2019).

Camacho y Galán (2021) realizaron un estudio a 70 adultos mayores españoles y encontraron que los adultos mayores independientes que presentan sintomatología depresiva son más vulnerables a un deterioro cognitivo leve e incluso demencia en comparación con aquellos que no presentan trastornos neuropsiquiátricos.

Un problema que agrava la realidad es que desde el punto de vista demográfico existen cifras que demuestran un aumento del envejecimiento poblacional, situación que es a su vez un tanto alarmante. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (2022), se realizó una proyección para América Latina y el Caribe al 2100. Se encontró que el porcentaje de personas mayores de 65 años aumentó entre el 1990 al 2020 en un 9% y hacia el 2100 aumentará en un 31.3% superando a África, Oceanía, Asia, América del Norte y Europa inclusive.

Por su parte, en el Perú, nuestra realidad no dista de la ya mencionada, en las últimas décadas se ha experimentado el mismo cambio demográfico, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021), considerando la población de 60 años a más, nos revela que la presencia de adultos mayores se elevó de un 5.7% en el año 1950 a un 13% en el año 2021.

En respuesta a lo ya mencionado, se ha considerado a las Personas Adultas Mayores (PAM) como el grupo de población más vulnerable del país, por este motivo se

ha considerado como problema público que requiere de la intervención del Estado, así el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) presenta la “Política Nacional Multisectorial para las personas Adultas Mayores al 2030” (PNMPAM), con Decreto Supremo N°006-2021-MIMP, cuyo presupuesto fue aprobado a partir del 2022 mediante el Pliego 039 de MIMP con la Resolución N°352-2021-MIMP. Este plan, PNMPAM, traza cinco objetivos prioritarios. *primero*, garantizar el derecho al cuidado y buen trato para la convivencia sin discriminación; *segundo*, promover el envejecimiento saludable; *tercero*, garantizar prestaciones contributivas y no contributivas; *cuarto*, garantizar el acceso, permanencia, culminación y calidad de educación en todos los niveles y modalidades educativas; y *quinto*, fortalecer la participación social, productiva y política de las personas adultas mayores, teniendo como expectativa que al 2030 en nuestro país se ejerza con plenitud los derechos de las personas adultas mayores garantizando un estilo de vida saludable.

Hay que reconocer que además del envejecimiento poblacional que se suscita a nivel mundial, la sintomatología depresiva en la adultez mayor constituye un riesgo grave pues no solo afecta al paciente, cuidadores y familia, sino que también sobrecarga el sistema de salud pública, la economía y la sociedad, según Torres y Torres (2023).

Dada la información expuesta con anterioridad, resulta importante realizar un estudio para responder a la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?

Asimismo responderemos a las siguientes preguntas específicas: ¿Qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento visoespacial/ejecutivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento de identificación y nominación en el adulto

mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre depresión y memoria y recuerdo diferido en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre la depresión y la atención y concentración en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre la depresión y el lenguaje en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre depresión y abstracción en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?, ¿Qué relación hay entre depresión y orientación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?

De acuerdo a las preguntas planteadas recientemente, resulta necesario definir el **objetivo general** que guiará la presente investigación, el cual será determinar qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023. De la misma manera los objetivos específicos fueron: determinar qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento visoespacial/ejecutivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; determinar qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento de identificación y nominación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; determinar qué relación hay entre la depresión y la memoria y recuerdo diferido en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; determinar qué relación hay entre la depresión y la atención y concentración en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; determinar qué relación hay entre la depresión y lenguaje en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; determinar qué relación hay entre la

depresión y la abstracción en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; finalmente, determinar qué relación hay entre la depresión y la orientación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Igualmente, es importante determinar el inicio de nuestra investigación por lo que asumimos la **siguiente hipótesis general**: existe relación entre depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023. También, analizaremos las hipótesis específicas que son: existe relación entre depresión y el funcionamiento visoespacial/ejecutivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; existe relación entre depresión y el funcionamiento de identificación y nominación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; existe relación entre depresión y memoria y recuerdo diferido en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; existe relación entre depresión y la atención y concentración en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; existe relación entre depresión y lenguaje en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; existe relación entre depresión y abstracción en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023; por último, existe relación entre depresión y orientación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Es preciso tomar como referencia las *investigaciones internacionales* realizadas hasta el día de hoy con respecto a la relación entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor, entre las cuales vamos a detallar las siguientes:

Flores y Calvo (2022) en su tesis para obtención de título profesional de psicólogo

general, realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de la Ciudad de Quito, Ecuador; en este estudio se utilizó una metodología cuantitativa con alcance correlacional y de corte transversal, así mismo, los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Pfeiffer, donde se contó, con una muestra de estudio de 70 adultos mayores, obteniendo como resultados que los altos niveles de depresión influyeron en el deterioro cognitivo, dando una relación inversa de ambas variables, es decir, que a mayor depresión menor es el funcionamiento cognitivo.

Por su parte, Gualotuña (2022) en su tesis para obtención de título profesional de psicología infantil y psico rehabilitación, realizó un estudio que tuvo como objetivo general determinar la relación entre deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores del Proyecto “Sonrisas doradas” de la Parroquia de Amaguaña, Ecuador, en la que se utilizó la metodología bajo un enfoque cuantitativo de tipo correlacional no experimental, en la cual, se tomó una muestra de tipo no probabilístico, se contó con la participación de 67 adultos mayores, para los cuales se emplearon los instrumentos: Examen Cognoscitivo Mini Mental (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), obteniendo como resultados, que existe una relación inversa entre ambas variables: es decir, que a mayor funcionabilidad cognitiva hay una menor depresión y que a menor funcionabilidad cognitiva hay mayor depresión.

Moreira, Navarrete y Briones (2022) en su artículo de investigación realizaron el estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en 23 adultos mayores del Centro Gerontológico “Renace” del Cantón, El Empalme, Ecuador; en esta investigación se realizó un estudio transversal de tipo correlacional, los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión de Yesavage y el Mini Mental (MMSE) en la evaluación de deterioro cognitivo, los principales hallazgos de esta investigación demostraron la

prevalencia de deterioro cognitivo, principalmente en mujeres con cuadros depresivos, asimismo, los factores de riesgo como enfermedades crónicas, la edad, situación socioeconómica y la falta de soporte familiar que son causantes de mayor incapacidad en los adultos mayores.

Finalmente, Cubillos y Castañeda (2020) en su tesis para la obtención de título profesional de psicólogo clínico, realizaron una investigación que tuvo como objetivo comparar la relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Fusagasugá, Colombia, donde se utilizó una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental transversal y con un alcance correlacional, así mismo, los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Depresión de Yesavage y el cuestionario de Pfeiffer, en una muestra de 124 adultos mayores, dando como resultado que existe una diferencia entre el nivel de depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, concluyendo que los niveles tanto de deterioro cognitivo y depresión se refleja en mayor grado en la población institucionalizada.

A continuación, presentamos *investigaciones a nivel nacional* que se han realizado respecto al tema en estos últimos años:

Rubio (2022) en su tesis para optar el grado de maestra en psicología clínica, realizó un estudio que tuvo como objetivo conocer la relación entre depresión y el funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión atendidos en el Hospital de Lima Metropolitana, para la investigación se utilizó una metodología con diseño correlacional retrospectivo y se tomó como referencia la base de datos de las historias clínicas de 220 adultos mayores de 60 a 85 años con depresión recurrente, pero se excluyeron pacientes con trastorno psicótico, demencia o enfermedades neurodegenerativas, entre los instrumentos utilizados están la Escala Geriátrica de

Yesavage y la Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI para evaluar el funcionamiento cognitivo. Como resultado se encontró una correlación inversa y moderada entre la depresión y el funcionamiento cognitivo, así como para sus dimensiones de atención, memoria y funciones ejecutivas, obteniendo como resultados, que existe relación inversa estadísticamente significativa entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en adultos mayores en el Hospital de Lima Metropolitana.

Por su parte, Guillén, Neyra, Runzer y Gutiérrez (2022), en su artículo de investigación, realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la “Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un Centro de Atención Integral de Lima”, entre enero a julio 2017, para lo cual se desarrolló un estudio transversal analítico en adultos de 60 años y más, habiendo utilizado la escala de depresión geriátrica de Yesavage para evaluar el nivel de depresión y se utilizó el test de Pfeiffer para evaluar el nivel cognitivo, como resultado, se obtuvo que el promedio de edad fue de $67,4 \pm 7,4$ años, también se encontró que el 20,7% presentó depresión y el 31,0% deterioro cognitivo. Asimismo, en el análisis bivariado se encontró que la edad de 70 años a más ($p < 0,001$; OR=23,0 I.C. [6,68-79,15]), el nivel educativo no superior ($p = 0,015$; OR=4,63 IC95% [1,25-17,16] y depresión ($p = 0,012$; OR=3,82 I.C.95% [1,3-11,24]) estuvieron asociados con el deterioro cognitivo, además el análisis multivariado encontró que solo la edad estuvo asociado a deterioro cognitivo ($p < 0,001$; OR=24,93 IC95% [6,04-97,74]).

Por otro lado, Arbildo (2022) en su tesis para optar el título de médico cirujano, realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la “Relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre en Pucallpa, 2021”, donde se realizó un estudio cuantitativo, transversal y analítico en una población conformada por 150 adultos mayores y mediante muestreo no probabilístico se obtuvo

una muestra de 108 pacientes, obteniendo como resultado, que la media fue de 76.48 ± 9.97 , como también se observó, que el 64% de adultos mayores presenta un deterioro cognitivo normal; el 6%, un deterioro cognitivo severo; el 56%, un riesgo a la depresión; mientras que el 12%, depresión. Por ende, se concluye que existe una relación entre depresión y deterioro cognitivo, siendo esta estadísticamente significativa con un valor p de 0.030, es decir, que a mayor severidad de la depresión existe mayor deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Finalmente, Malásquez y Montalvo (2020) en su tesis para optar el título profesional de médico cirujano, realizaron una investigación con el objetivo de determinar si existe alguna asociación entre síntomas Depresivos y el Deterioro cognitivo leve en pacientes mayores de 75 años de comunidades Alto Andinas del Perú, en la que se utilizó el método transversal retrospectivo, donde la muestra estuvo representada por 181 adultos mayores, los cuales fueron evaluados con los siguientes instrumentos: El cuestionario de Yesavage para el tamizaje de depresión, el cuestionario de Pfeiffer para el tamizaje de deterioro cognitivo y el Índice de Barthel para evaluar la dependencia funcional, donde se obtuvo como resultado, que existe asociación entre síntomas depresivos y deterioro cognitivo, el cual se presentó con más frecuencia de deterioro cognitivo moderado a severo, obteniendo un promedio de 3.42, deterioro cognitivo moderado y 2.72, deterioro cognitivo leve, luego de estos resultados, se llegó a la conclusión que existe asociación entre síntomas depresivos y deterioro cognitivo en los adultos mayores en estudio.

A continuación, se presentarán, las bases teóricas de la investigación.

Cuando se habla de **depresión**, la OMS (2023) indica que es un trastorno mental común que implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. Los cambios habituales de estado de ánimo que cotidianamente presentamos son distintos al trastorno depresivo, el cual afecta a todos

los ámbitos en la vida cotidiana de las personas, sin embargo, la depresión es producto de una interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Este trastorno puede afectar a cualquiera, pero es más propenso a presentarse en personas que hayan tenido situaciones de abusos, pérdidas o eventos estresantes. Asimismo, menciona que las probabilidades de presentar depresión son más altas en las mujeres que en los varones.

De acuerdo al DSM-V (2014), los trastornos depresivos se caracterizan por presentar un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y una disminución del interés para realizar actividades que usualmente disfrutaba, también, por la pérdida de energía y cansancio, y porque afecta a las capacidades de pensamiento, concentración y resolución de problemas. Este estado está presente en el transcurso de dos semanas durante todos los días y representa un cambio en la funcionalidad de la persona afectando sus relaciones personales e interpersonales.

Para Guevara (2020) la depresión es un trastorno psicológico el cual se manifiesta en la alteración del pensamiento y conducta del individuo causando dificultad en las relaciones intra e interpersonales, donde el adulto mayor percibe su entorno negativamente llegando a perder el sentido de la vida.

Según Beck et al. (2010) un paciente con depresión presenta tres patrones especiales que lo inducen a considerarse a sí mismo, a considerar su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático (triada cognitiva). El *primer componente* se centra en la visión negativa acerca de sí mismo; es decir, el paciente se siente torpe, desgraciado, con poca valía, enfermo, se critica así mismo en base a sus defectos y piensa que carece de atributos para llegar a ser feliz; el *segundo componente* se enfoca en interpretar sus experiencias de manera negativa y ve a su entorno con muchos obstáculos muy insuperables como para alcanzar sus objetivos; el *tercer componente* es la visión negativa acerca del futuro, sus expectativas son de fracaso inmediato y solo espera penas,

frustraciones y privaciones interminables. Además, Beck considera que los signos y síntomas depresivos son consecuencia de patrones cognitivos negativos.

Por otro lado, Ortiz et al. (2019) mencionan que *la sintomatología del trastorno depresivo se puede agrupar en 5 categorías:*

Iniciamos con *los síntomas afectivos y emocionales*, que dan referencia a un estado de ánimo deprimido, también suele manifestarse un estado profundo de tristeza, desesperanza, abatimiento, angustia, amargura, pesimismo, sensación de vacío desmotivación e inestabilidad. De igual forma, pueden acompañar a la depresión otros síntomas anímicos como la disforia que se refiere a la insatisfacción por la vida, la anhedonia que es la incapacidad para experimentar placer y disfrutar de las cosas, ansiedad, sentimientos de culpa, de fracaso y deseos incontrolables de llorar y en las formas crónicas suelen manifestar bloqueo emocional.

También tenemos a las *manifestaciones cognitivas* que se pueden presentar en la depresión están relacionados con el déficit de atención, concentración y memoria, los cuales afectan la funcionalidad cotidiana de las personas; asimismo, aumenta la percepción negativa de sí mismos, tienden a sentirse desvalorizados, visualizan a los demás de forma negativa y con tendencia a tener una visión catastrófica del futuro. Otras manifestaciones son la lentitud en el pensamiento, el proceso de información y la resolución de problemas con pensamientos obsesivos y rumiantes.

En relación a los *síntomas conductuales*, se caracterizan por presentar enlentecimiento psicomotor, lentitud en el lenguaje, voz baja, postura encorvada, marcha lenta, escaso contacto ocular, también, suele aislarse y no desea entrar en contacto con los demás. En casos graves pueden llegar a la inhibición y dejar de realizar las actividades que antes disfrutaban, evitar la relación con su entorno e incluso abandonar responsabilidades personales, familiares y laborales que afectan su desarrollo personal.

Dentro de los *síntomas motivacionales* de la depresión esta la apatía, el aburrimiento, la indiferencia y la incapacidad para experimentar placer por las actividades que antes disfrutaba. Estos síntomas influyen negativamente en el paciente para realizar sus actividades cotidianas personales o laborales; asimismo, tienen dificultad en tomar decisiones, teniendo que contar con el apoyo de otras personas o familiares.

Dentro de la *sintomatología somática* podemos encontrar que casi la mitad de las personas con depresión presentan dolores musculares y dolor de cabeza, que son los más frecuentes, también presentan visión borrosa, sequedad en la boca, molestias abdominales como: diarreas, vómitos, estreñimiento, gases, etc. Casi el 60% de personas padecen de problemas del sueño despertando a lo largo de la noche, pueden presentar somnolencia o hipersomnia, asimismo, presentan pérdida de energía y cansancio, pérdida de apetito y disminución del lívido sexual.

De acuerdo a Celleri, et al., (2023), existen distintos factores tanto biológicos como ambientales que se mantienen en el desarrollo del trastorno depresivo, y de acuerdo a las últimas investigaciones existen variadas hipótesis y teorías que sustentan la etiología del Trastorno Depresivo Mayor, se mencionan las siguientes:

Dentro de las *teorías biológicas*, se presentan **alteraciones en el sistema de neurotransmisión**, los principales neurotransmisores en este modelo son la serotonina, noradrenalina y dopamina. Estudios post-mortem a pacientes que tuvieron diagnóstico de depresión, mediante neuroimagen, han hallado reducción en los lugares de unión del transportador de serotonina (SERT) y algunos receptores de serotonina (5HT) en sitios como el cerebro medio, la amígdala cerebral y en córtex mesial temporal (Saveanu & Nemeroff (2012, como se citó en Celleri, et al., 2023). Otros estudios post-mortem en pacientes con depresión encontraron alteraciones de los sistemas noradrenérgicos, tales como la reducción en los metabolitos para la noradrenalina; adicionalmente, se halló un

aumento en la actividad de la MAO-A que impacta en ambos sistemas neurotransmisores. Por su parte, la dopamina también es afectada ya que presenta reducción de metabolitos que la eliminan y, dado que este neurotransmisor media los circuitos del placer, provoca anhedonia en el paciente, síntoma característico de la depresión, también se encontró actividad reducida en los transportadores y aumento de las áreas de unión postsinápticas en el receptor D2 y D3, indicadores que reducen la actividad dopaminérgica (Dunlop & Nemeroff, 2007, como se citó en Celleri, et al., 2023).

Por otro lado, dentro de las *alteraciones genéticas*, existe evidencia acerca de una variación en uno de los genes codificadores del transportador de la serotonina, donde individuos con el alelo “s” resultan vulnerables a los efectos de estresores para los síntomas depresivos, también, se ha evidenciado que individuos con dos copias de este alelo resultan ser más vulnerables a eventos estresantes. Por otro lado, los polimorfismos en el gen receptor del CRF1 resultan ser mediadores entre el estrés y los síntomas depresivos, este gen facilita la regulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y la regulación del estrés y la secreción de cortisol, lo cual impacta en las funciones de la amígdala al enfrentar situaciones traumáticas actuaría como factor protector o de riesgo.

Dentro de las *alteraciones neuroanatómicas*, se ha evidenciado mediante resonancia magnética una disminución en el volumen del cerebro e hipocampo en pacientes con depresión, así mismo, presenta aumento de la glándula pituitaria, debido al impacto de estresores o traumas en el periodo del neurodesarrollo en la infancia, también, en el sistema límbico y cortical se han evidenciado cambios en la interconectividad que normalmente regulan la actividad en la amígdala. (Mayberg et al., 1999, como se citó en Celleri, et al., 2023).

Por otro lado, Celleri (2023) menciona que existen *otras teorías neurobiológicas* relacionadas con la depresión que a continuación es importante mencionarlas:

En relación a la *respuesta alterada al estrés crónico*, puede activar el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), liberando el exceso de cortisol, generando daño en las células cerebrales del hipocampo y zonas involucradas en la regulación del estado de ánimo y el estrés. También tenemos *la inflamación crónica* que se encuentra mediada por citocinas, las cuales pueden afectar el sistema de neurotransmisores y alterar el funcionamiento del cerebro contribuyendo a la depresión. A su vez se ha demostrado que la depresión está asociada con una disminución en la *plasticidad sináptica* y la *neurogénesis* en áreas como el hipocampo y la corteza prefrontal.

Para Lewinsohn (1975) la principal característica de la depresión es la *disminución de las conductas reforzadas positivamente*. Esto conducirá a un estado de ánimo deprimido y a la reducción de conductas que podrían deberse a un ambiente que no proporcione el reforzamiento suficiente. Otra de las teorías conductuales involucra a la resolución de problemas, en este sentido (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000) plantean que las habilidades de resolución de problemas moderan la relación entre factores estresantes y la depresión.

Según Ortiz (2019), *la teoría cognitiva de la depresión* de Beck es una de las más importantes, la cual está expresada en 3 premisas. **Primero**, la triada cognitiva negativa que incluye la visión negativa de sí mismo, la desvalorización y la baja autoestima; así como, la visión negativa de su entorno que le genera desmotivación y una visión de desesperanza y pesimismo respecto al futuro. **Segundo**, los esquemas cognitivos inadecuados se refieren a los patrones cognitivos adquiridos desde la infancia, lo cual conlleva a interpretar la realidad de forma negativa, dificultando el afrontamiento de situaciones estresantes cotidianas. **Finalmente**, los errores cognitivos en el proceso de la información que interpretan la realidad de forma negativa, algunos de estos errores son la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, el pensamiento

dicotómico, la personalización y la maximización o la minimización, estos fallos en el procesamiento de la información conducen a la depresión.

A continuación, detallaremos los conceptos neurológicos básicos:

Iniciaremos con el *Funcionamiento Cognitivo*, que de acuerdo a Schwartz (2021), cuando hablamos de cognición hacemos referencia a todos los conocimientos adquiridos sobre el mundo en general y para esta adquisición de conocimientos es necesario las funciones como la percepción, la memoria y la atención. Existen sistemas de procesamiento de información artificiales (computadoras) y humanos, éstos adoptan la terminología heredada de la revolución post industrial donde se concibe la analogía entre el funcionamiento del cerebro humano y el funcionamiento de un computador, se puede decir que ambos tienen capacidades de autorregulación, autoorganización, autoprotección y auto mantenimiento, además que pueden procesar información inesperada y resolver toda incertidumbre frente al permanente cambio del ambiente. Esta analogía influye en las teorías de la psicología cognitiva que intenta explicar la conducta desde la mente, procesos, disposiciones y estados mentales, sin embargo, no queda reducida a la comparación con una computadora, sino que teóricos de la psicología cognitiva animal, así como Piaget y Vigotsky coinciden en que la conducta del ser humano está determinada por sus representaciones.

De forma muy sintética, la OMS (2020) indica que la función cognitiva es el conjunto de actividades cerebrales, tales como el razonamiento, la memoria, el lenguaje y la atención que permiten obtener información y generar conocimientos.

Según Brusco (2018), las funciones cognitivas se clasifican en básicas y complejas. A continuación, explicaremos brevemente las subdivisiones:

Dentro de las *funciones cognitivas básicas* tenemos a las *Gnosias*, que son funciones que mediante los 5 sentidos (vista, olfato, gusto, oído y tacto) perciben,

reconocen y guardan esta información sensorial. También tenemos la función de la *Atención*, función que nos ayuda a seleccionar el foco de la conciencia, filtrando o descartando información que no deseamos, es un mecanismo neuronal que regula y focaliza la información, un proceso complejo y existen distintas formas de atención. Adicionalmente, tenemos la *Memoria*: función central de la actividad cerebral y base del aprendizaje y conocimiento, es un conjunto de habilidades mentales mediante el cual el cerebro puede almacenar información para su posterior uso, tiene dos subdivisiones.

La primera subdivisión de la memoria es la clasificación *cualitativa* que a su vez se subdivide nuevamente en *memoria declarativa*, la cual declara hechos específicos mediante otros 2 tipos de memoria: *la episódica* (brinda el contexto temporo-espacial) y *la semántica* (brinda información del contenido simbólico). Por otro lado, tenemos la *memoria procedimental* que guarda información inconsciente de los hábitos motores y rutinarios que realizamos cada día. Asimismo, la *memoria emocional* guarda la emoción generada en el momento. Por último, la *memoria adictiva* que almacena inconscientemente la sensación de recompensa o el placer instantáneo que asociamos a las situaciones diarias o al consumo de sustancias.

La segunda subdivisión de memoria es la clasificación *temporal*, aquí tenemos a la memoria de corto plazo (o anterógrada, de capacidad limitada y corto tiempo), la memoria de largo plazo (o retrógrada, de capacidad ilimitada, compuesto a su vez por memoria explícita e implícita), y finalmente, la memoria de trabajo (o memoria operativa, sólo dura unos segundos, almacena la información del momento).

Por otro lado, tenemos las *funciones cognitivas complejas*. Aquí encontramos las *praxias*: conjunto de movimientos motores sucesivos, voluntarios y coordinados para una acción aprendida, tiene las fases de: ideación (cognición), plan motor y ejecución del movimiento. Así mismo tenemos el *lenguaje*: capacidad humana de comunicación

mediante signos lingüísticos (sonido, gestos, señas y gráficos), que tiene variables y componentes múltiples, como la fluencia, comprensión, nominación, música, gramática. Y finalmente, las *funciones ejecutivas*: conjunto de capacidades elementales que asociamos a los lóbulos frontales, tales como: el control de la conducta o inhibición de ella, la flexibilidad mental, estrategias para el cambio de objetivos y metas, la metacognición, la toma de decisiones y resolución de problemas, autoconocimiento y la autoconciencia, y, por último, la capacidad de filtrar información, cognición social y velocidad del procesamiento de la información.

Otro tema que compete investigar es el concepto de deterioro cognitivo. Según la RAE (2023), deterioro es hacer que algo o alguien pase a un peor estado o condición. Entre sus sinónimos tenemos: estropear, dañar, deformar, romper, averiar, desgastar, envejecer. Cuando sucede todo esto, con las funciones cognitivas antes mencionadas, es cuando hablamos de deterioro cognitivo.

De acuerdo al DSM-V (2014), hay 2 tipos de deterioro cognitivo:

Se denomina trastorno neurocognitivo menor o más comúnmente llamado deterioro cognitivo leve (DCL) a la condición que está caracterizado por el declive cognitivo moderado en las funciones cerebrales superiores; tales como: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, signos y síntomas manifestados por el propio paciente y referencia de los familiares, en este caso, los síntomas no afectan la autonomía y funcionalidad del paciente, el cual se refuerza con estrategias compensatorias y puede realizar sus labores cotidianas de la vida diaria. Este diagnóstico debe especificar si hay o no, alteración del comportamiento.

Por otro lado, *tenemos el trastorno neurocognitivo mayor*, donde encontramos que los signos y síntomas tienen un declive cognitivo significativo en una o más funciones

cognitivas, es decir, afecta a la autonomía y funcionalidad del paciente, esto es corroborado por un familiar o informante, y este declive debe ser confirmado mediante un test estandarizado o una evaluación clínica cuantitativa o psicométrica. El deterioro manifestado afectará al paciente al no poder ejecutar actividades diarias, necesitando de cuidados y atenciones especializadas; por lo tanto, no mantiene su independencia ni estabilidad emocional, también es necesario especificar si ha alterado o no el comportamiento y el **nivel de gravedad**, que puede ser **leve** (dificultades para realizar actividades diarias: comprar, gestionar dinero, etc.), **moderado** (dificultad para realizar actividades básicas como vestirse) o **grave** (cuanto hay dependencia completa de un tercero).

También es necesario entender cuál es el concepto del envejecimiento, para ello la OMS (2022) refiere que el *envejecimiento* es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, esto lleva a un descenso gradual de las capacidades tanto mentales como físicas, y que puede conllevar a contraer enfermedades o la muerte; sin embargo, dado que no es un proceso ni lineal ni vinculado estrictamente a los años, suele estar más afectado por las circunstancias del entorno familiar, social, calidad de vida, etc.

Cerezo (2019) habla de la *neurobiología del envejecimiento normal y anormal*, que puede ser alarma para detectar algún trastorno, menciona que el estudio de Kim, Yun, Thomas, et al. (2018) demostraron que la edad y los cambios de volumen cerebral total están asociadas, esto se realizó comparando el volumen cerebral en diversas etapas de la vida, lo que confirmaría que existen cambios estructurales en todas las etapas de la vida, este estudio demostró que el decremento del volumen en sí mismo, especialmente de la sustancia gris, iniciaría a los 35 años. La continuidad de este estudio en pacientes entre 40 a 80 años demostró que en las estructuras subcorticales también se pierde volumen,

estas son: núcleo accumbens, núcleo caudado, globo pálido, tálamo, hipocampo, putamen, tronco cerebral, y materia blanca de la ínsula, solo la corteza del lóbulo occipital parece no afectarse con los años; la sustancia blanca por su parte suele sufrir modificaciones entre los 50 a 70 años. (Mortensen, Latt, Ahs, Fredrikson, Soderlund, et al., 2018).

Observando estos estudios podríamos decir que todo ser humano va camino al declive, sin embargo, existe una teoría, conocida como *reserva cognitiva*, para ello, Cerezo (2019) indica que esta hipótesis surge a partir de varias investigaciones, donde se evidencia incoherencia entre las manifestaciones clínicas y el grado de patología cerebral, por lo tanto, la reserva cognitiva se puede definir como la capacidad del cerebro para optimizar los recursos cerebrales mediante la utilización de redes neuronales adicionales, empleando estrategias cognitivas alternativas. En una revisión sistemática llevada a cabo por Reynoso, et al., 2018, se encontró que esta reserva cognitiva puede ser medida mediante variables como: escolaridad, lectura, coeficiente intelectual, bilingüismo, nivel ocupacional, actividades recreativas, otras variables como nivel educativo de los padres, el enriquecimiento intelectual, actividad física, nivel socioeconómico, habilidades matemáticas, índice de masa corporal y estilo de vida, siendo la reserva cognitiva un concepto multifactorial.

Dada esta información, Cerezo (2019) indica que se puede deducir que la reserva cognitiva es dinámica y varía de acuerdo a cada paciente, asimismo, que puede estimularse en cada etapa de la vida puesto que implica el estilo de vida que el paciente lleve, por lo tanto, hay que recordar que incluso el proceso natural del envejecimiento se ve favorecido cuando se mantiene un estilo de vida saludable y estimulante, incluso adquiriéndose en etapas tardías de la vida.

De este modo, podemos ver que la reserva cognitiva estimula mecanismos que responden ante la atrofia cerebral, lo que resulta en una respuesta de afronte del cerebro

ante el desgaste del sistema, mediante mecanismos compensatorios, logrando ralentizar la manifestación de los síntomas de un trastorno cognitivo leve o mayor (Cheng, 2016 como se citó en Cerezo, 2019).

Por otra parte, *la justificación de esta investigación* tomó en cuenta los siguientes criterios mencionados por Hernández et al., 2016, como se citó en Ruiz y Valenzuela, 2022. Dentro de las *implicaciones prácticas* de este estudio, prevemos que será relevante y permitirá recopilar información y obtener resultados que revelarán la necesidad de crear programas de prevención y promoción de la salud psicológica, especialmente en esta etapa de vida, así como, promover la creación de clubes de adulto mayor implementando actividades que ayuden a mantener un estilo de vida saludable mediante el ejercicio físico, la estimulación cognitiva, las actividades recreacionales como paseos al aire libre, etc., teniendo como finalidad mejora la salud psicológica, física y social del adulto mayor.

Según el *valor teórico*, dará relevancia a la relación de los aportes de la teoría de Aarón Beck, que expone la sintomatología neuropsiquiátrica de la depresión mediante la explicación de la tríada cognitiva, mediante otros estudios fisiológicos en el cerebro corroboramos la forma en que esta triada afecta neuro cognitivamente, demostrando la gran importancia de la salud mental en cualquier etapa de nuestra vida, pero de mucho más cuidado, en la última fase de la vida de todo ser humano.

De acuerdo a la *utilidad metodológica*, hay que tener en cuenta que los métodos, técnicas e instrumentos empleados en la investigación, están corroborados mediante la validez y confiabilidad en la población peruana, por lo tanto, podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación, lo cual aportará material teórico para estudios posteriores relacionados con la depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores.

Por otro lado nuestro estudio tiene *relevancia social*, puesto que busca determinar la relación de la sintomatología depresiva y su influencia en el bienestar cognitivo de los

adultos mayores, de acuerdo con los resultados de la investigación se podrán proponer nuevas medidas de prevención y promoción de la salud; así como, trabajar en propuestas para mantener y/o ralentizar este deterioro conforme se avanza en edad, planes que resultan necesarios para garantizar el bienestar psicológico, físico y social de los adultos mayores quienes son parte del grupo de población vulnerable del país.

Finalmente, es de gran *conveniencia* para la población en general, pues debemos tener en cuenta que el tiempo de vida de todo ser humano ha aumentado y seguirá aumentando cada año, por lo tanto, esta investigación es conveniente ya que precederá a estudios más específicos para que ayuden a dar soporte en la salud a nuestros adultos mayores e implementen mejoras en las políticas públicas para este sector de la población.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Para este segundo capítulo, de acuerdo a los objetivos e hipótesis de la investigación, indicaremos que tiene un **enfoque cuantitativo**, puesto que para la recolección de datos se utilizó instrumentos estandarizados y psicométricos que están sujetos a una valoración y análisis estadístico. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, utiliza la medición numérica y el análisis estadístico lo cual permitirá comprobar las hipótesis planteadas (Quincho et al., 2022).

El diseño de la investigación es no experimental del tipo transversal con diseño correlacional, puesto que en el estudio no se ha generado ninguna situación de manipulación de las variables, ni se puede influir sobre ellas, si no solo se observan las situaciones ya establecidas, también se considera de tipo transversal puesto que se realizó la recolección de datos en un solo momento y en un único tiempo, describiendo las variables, analizando su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2016, como se citó en Ruiz y Valenzuela, 2022). La investigación es de diseño correlacional, debido a que permite observar el nivel de relación que existe entre las dos variables determinando si los niveles de depresión influyen en el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores. Este tipo de investigación se orienta a determinar el grado o nivel de relación existente entre dos variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación entre dos fenómenos o eventos observados (Quincho et al., 2022).

En cuanto a la población, hay que resaltar que el estudio se ha dado en un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, el cual cuenta con una población total de 2050 adultos mayores atendidos en consulta médica en estos últimos 5 años. Según Quincho et al., (2022) da referencia que la población es la totalidad de los elementos que conforman la realidad que se va a investigar, es decir, es el conjunto universal de la

investigación específica. **El tipo de muestreo en esta investigación es de tipo no probabilístico por conveniencia**, por ello, se tomará en cuenta sólo a los pacientes adultos mayores que acudan al Centro de Salud para su atención en los servicios que brinda la institución, tomando como muestra a 103 adultos mayores en el momento de la atención. De acuerdo a Ruiz y Valenzuela (2022) el muestreo por conveniencia está integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente para el investigador.

Respecto a los **criterios de inclusión**, se tomó en cuenta pacientes adultos mayores de 60 a 85 años de edad, que sean pacientes beneficiarios del establecimiento de salud, es decir, que vivan de la zona, con nacionalidad peruana, así mismo, que no presenten enfermedades neurodegenerativas o trastornos neuropsiquiátricos diagnosticados. Por otro lado, consideramos como **criterios de exclusión** adultos mayores con discapacidad visual, auditiva o problemas para escribir, pacientes que hayan llegado al Centro de Salud por emergencia o de manera ocasional, adultos mayores con diagnósticos neurológicos o psiquiátricos confirmados por un especialista, y adultos mayores que no deseen participar en la investigación, finalmente se descartará todo test que no haya sido respondido al 100%.

Por otro lado, con respecto a las **técnicas de recolección de datos** que implican el procedimiento específico, según Arias (2020) son respuestas al “cómo hacer”, son el medio que permite aplicar el método científico y metodológico en la investigación, en este sentido, se utilizó la técnica psicométrica y como instrumentos se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Test de Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA), ya que son instrumentos que permiten obtener información respecto a las variables objeto de estudio. Para ello, se seleccionó **dos instrumentos psicométricos** para el análisis de cada una de las variables, estos son:

Cuestionario Montreal Cognitive Assessment: MoCA. Es uno de los instrumentos más utilizado en la actualidad, es reconocida como una herramienta altamente sensible para la detección de diversas enfermedades neurodegenerativas, muchas veces estudiada en comparación con Minimental Folstein ha demostrado mayor índice de acierto que MMSE, no solo en deterioro cognitivo leve sino también Alzheimer, demencia vascular postinfarto, Parkinson y enfermedad de Huntington. Este test fue creado por el neurólogo canadiense Ziad Nasreddine desde 1996, específicamente para detectar deterioro cognitivo leve, sin embargo, llegó a validarse la primera versión en el 2005 y con el equipo de apoyo: Phillips, NA., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H., (Tinney, 2023).

Existen varias versiones tales como MoCA Completo, MoCA básico, Moca Blind que es netamente auditiva que ayuda a cubrir la aplicación de la prueba para adultos mayores invidentes, MoCA por teléfono, Audiovisual MoCA, y discapacidad auditiva MoCa, así como versión en papel y en tablet. Su versión original fue hecha en inglés, posteriormente a francés y en la actualidad ya está validada en varios países, siendo traducida a la fecha, en 5 idiomas (Nasreddine, 2024).

MoCA tiene un total de 13 ejercicios dentro de 7 dimensiones: visoespacial/ejecutiva con 3 ejercicios manuales, identificación y nominación con 3 imágenes a identificar, atención y concentración con 3 ejercicios, lenguaje con 2 ejercicios, abstracción con un solo ejercicio, memoria y recuerdo diferido con un ejercicio en 2 tiempos por separado para medir memoria inmediata y diferida, y finalmente una pregunta de 6 puntos sobre orientación de espacio, lugar y fecha. El test es de fácil aplicación, con tiempo promedio para su administración de 10 a 12 minutos, para su aplicación en papel será necesario la hoja del test, un lápiz, un borrador y un cronómetro, en caso sea necesario, podemos brindar una hoja bond adicional si el adulto mayor lo

requiere para los ejercicios de dibujo. Cabe resaltar que los creadores de MoCa indican que la administración no es exclusiva de profesionales de la salud mental sino de cualquier profesional certificado o cuidador que comprenda, como corresponde, los ítems de la prueba los podría aplicar y evaluar.

Para la puntuación se considera 26-30 puntos como normal, entre 18 y 25 puntos como deterioro cognitivo leve, de 10 a 17 puntos como deterioro cognitivo moderado, finalmente si algún paciente alcanza menos de 10 puntos, estaríamos hablando de un deterioro cognitivo severo.

En un estudio aplicado en población peruana, en la ciudad de Chimbote, se ha encontrado en MoCA la validación de sus propiedades psicométricas, donde el instrumento reportó un 0.72 en validez de constructo mediante coeficiente de Spearman, el índice de Alfa de Cronbach del 0.891, y el coeficiente de correlación alcanzó un 0.955 (Moreno, F; Rodríguez, D., 2020).

Inventario de depresión de Beck (BDI-II), fue creado por el psiquiatra e investigador Aaron T. Beck, en colaboración de Robert A. Steer y Gregory K. Brown en la universidad de Pensilvania en Estados Unidos de América, su versión original fue publicada en el año 1961, su adaptación española tiene como autores a Jesús Sanz y Carmelo Vázquez 1996 y la última revisión del test en su versión española se realizó en el 2011. Es un inventario de despistaje que tiene por objetivo evaluar la magnitud de los síntomas de depresión durante las últimas dos semanas en personas desde los 13 años en adelante, se puede realizar de forma individual o colectiva, tiempo de ejecución de 10 a 15 minutos, está compuesto por 21 ítems. El sujeto deberá valorar en una escala de 0 a 3 identificando personalmente el grado de síntomas que presenta, donde 0 no presenta síntomas depresivos y 3 se identifica con las características de sintomatología depresiva. Con respecto a los ítems 16 y 18, contienen 7 categorías, de las cuales el sujeto puede

identificar más de una respuesta, se toma la categoría que contiene la puntuación más alta. Las puntuaciones en el test van desde 0 a 63 teniendo como puntuaciones de corte para distintos grados de depresión: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

Con respecto a la validez y confiabilidad del instrumento, Barreda (2019) realizó un estudio con una muestra de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, la edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y 71 años, donde se obtuvo el coeficiente de validez de contenido con un valor V de Aiken de .99, obteniendo el 100% de ítems válidos. Por último, se logró verificar la validez de constructo, mediante el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 3603.2$, $p < .001$), por lo tanto, se aceptó el modelo factorial para los datos de BDI-II, donde el valor es menor a .01, teniendo un porcentaje de 95.4% de aceptación. Asimismo, indica que la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de un alfa de Cronbach de .93, lo que evidencia una muy buena consistencia interna, la confiabilidad del instrumento es alta tanto en muestras clínicas como en población general.

Por otro lado, Pérez (2022) también realizó un estudio para corroborar la validez del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores en el contexto peruano, que explora las propiedades psicométricas del test, el estudio se realizó en la Ciudad de Piura con una muestra de 210 adultos mayores, mostrando un nivel de consistencia interna alto mediante el Alfa de Cronbach de 0,969. También se obtuvo la validez de contenido mediante el juicio de 7 expertos especialistas en el tema de depresión, presentando niveles altos y adecuados, en cuanto a la validez de constructo se realizó a través de la técnica análisis factorial donde se obtuvo resultados satisfactorios. En conclusión, los resultados son indicadores de adecuadas propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de

Beck en adultos mayores de la ciudad de Piura, quedando disponible y aceptable su aplicación en dicha población.

Después de seleccionar los instrumentos de evaluación verificando su validez y confiabilidad en el contexto peruano, se realizaron los trámites correspondientes para contar con la autorización del uso de información de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao y acceder a la población de adultos mayores.

En coordinación con el médico jefe de la institución se señalaron los turnos de atención del establecimiento de salud, tomando como horarios los días miércoles y viernes de 10:00am a 1:00pm., para realizar las evaluaciones correspondientes a los adultos mayores, siendo abordados durante el tiempo de espera para su consulta en alguna especialidad dentro del establecimiento de salud.

Al inicio de la evaluación, se le brinda toda la información al paciente dando a conocer los objetivos de la investigación de forma clara y concisa, posteriormente se le hace entrega del consentimiento informado para ser revisado y firmado si desea participar en el estudio, después de firmar el consentimiento informado se procede a realizar la evaluación. En primer lugar, se realizó el llenado de la ficha de datos personales, verificando que el paciente cumpla con los criterios de inclusión, posteriormente continuamos con la evaluación mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados, que son: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Test de Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA), se emplea un tiempo estimado de 25 a 35 minutos por cada participante. Como segundo paso se realiza la calificación de cada instrumento anotando la sumatoria total que ayuda a segmentar el nivel de depresión y/o deterioro cognitivo. Con dichos resultados, se genera la base de datos en Microsoft Excel, los cuales fueron tratados a través del Software SPSS.

En el presente estudio, debemos tener en cuenta las consideraciones éticas para la

investigación en salud de seres humanos la cual se presenta en la Resolución Ministerial N°233-2020-MINSA, de acuerdo al comité de ética de la investigación se consideran los siguientes criterios: *primero*, los proyectos de investigación deben estar sujetos a una validez científica y tener un aporte social significativo; *luego*, debe estar dirigida a obtener beneficios favorables y evitar los riesgos en la población de estudio; *después*, debe contar con una selección equitativa de los sujetos de investigación; *asimismo*, contar con el consentimiento informado del participante antes de iniciar la recolección de datos; *también*, mantener el respeto, consideración y confidencialidad del participante; *por último*, contar con el compromiso y participación de la comunidad, ya que los fines de la investigación serán en beneficio de la comunidad y bienestar del grupo poblacional seleccionado.

Por otro lado, de acuerdo al reglamento del Código de ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y a la Ley N° 30702 (2017). Resolución N° 190-2018-CDN-CPsP., se consideró los siguientes reglamentos éticos en la investigación: *Primero*, todo psicólogo debe respetar la norma internacional y nacional que regula la investigación en los seres humanos; *luego*, todo proyecto de investigación debe contar con la aprobación del comité de ética; *después*, debe contar con el consentimiento informado de los participantes, en caso contrario, tener la aprobación del tutor legal si se tratara de un menor de edad o incapacitados; *asimismo*, garantizar la seguridad de los participantes, considerando que la salud psicológica prevalece antes que los intereses en favor de la ciencia y de la sociedad; *también*, la publicación de la información de los resultados, no deberá incurrir en falsificación ni plagio; por último, no se deberán aplicar procedimientos rechazados ni pruebas que no tengan validez científica por centros universitarios ni instituciones científicas reconocidas legalmente.

La investigación está sujeta al código de ética para la investigación científica de

la Universidad Privada del Norte aprobado con Resolución Rectoral N°028-2024-UPN, este código se rige por los siguientes principios éticos: *primero*, se considera a los investigadores personas con principios y derechos fundamentales que le asiste su naturaleza humana y las leyes del Estado peruano; *segundo*, se respetarán los acuerdos previos a la investigación otorgando los beneficios establecido; *tercero*, se recibirán las mismas consideraciones sin distinción alguna; *cuarto*, se procederá con imparcialidad y exactitud según el contexto de la investigación; y *quinto*, se realizará investigaciones en conjunto para potenciar sus capacidades en beneficio del estudio y la sociedad.

Finalmente, es importante mencionar, los principios correspondientes al Código Nacional de Integridad Científica emitido por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Concytec): *primero*, se respetará la autonomía y los derechos fundamentales de las personas, de acuerdo con lo definido por la Ley N°30364, se contará con la autorización del tutor o responsable legal para participar en la investigación; *segundo*, se asegura el bienestar de las personas o animales que sean partícipes del estudio; *tercero*, se respetará la propiedad intelectual o propiedad de datos de los investigadores, es necesario citar las fuentes de otras investigaciones; *cuarto*, se brindará un juicio razonable en la investigación y se informará en todo momento a las personas que participan, respetando sus derechos y libertades esenciales; *quinto*, se mantendrá en reserva los datos personales de los participantes, bajo el precepto de confidencialidad y tratamiento de la información, así como en el análisis y en la difusión de sus resultados; y *sexto*, el investigador debe conocer y cumplir con la normativa institucional y nacional que regulan la investigación, respetando los derechos de propiedad intelectual de otros autores y difundir los resultados a través de una publicación o formato que recomiende la universidad, para poder compartir los conocimientos hallados con la finalidad de beneficiar a la comunidad científica.

Y para finalizar este capítulo en esta sección vamos a proceder a explicar sobre el análisis estadístico. En primer lugar, realizaremos el análisis de los datos demográficos de manera que podamos tener una visión más detallada según sexo, edad, estado civil, trabajo, dominancia y escolaridad. Luego de ello, se realizará una evaluación de la consistencia interna, a través del alfa de Cronbach.

Como ya se ha explicado anteriormente, el objetivo general de esta investigación radica en determinar qué relación tiene la depresión y el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao 2023, y de acuerdo a ello, vamos a evaluar si existe evidencia de cambios cognitivos ante la presencia de la depresión o no, para lo cual fue necesario utilizar técnicas estadísticas que ayuden a contrastar la respuesta de las variables según nuestra muestra de 103 participantes. El procedimiento estadístico que se realizó fue el siguiente:

Para determinar la correlación de las variables, se observará el comportamiento de los resultados y así poder decidir la aplicación de los estadísticos de correlación Pearson y Rho de Spearman. Ya definido el estadístico de correlación a utilizar, se llevará cabo el análisis de correlación que garantice el interés correccional de las variables; se tendrá en cuenta comparar el valor teórico de contraste con el p valor de las variables, para la valoración de la significatividad; se comparará y se aplicará la regla de decisión, que si el valor p es menor al valor teórico, se procederá a aceptar que existe una correlación entre las variables aplicadas; así mismo, se observara y reportara el valor del coeficiente de correlación para evaluar el grado y la fuerza de la correlación. Por otro lado, los objetivos específicos serán evaluados de la misma manera que el objetivo general.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

En este capítulo, se mostrará el análisis de los resultados de acuerdo a nuestros objetivos planteados, que fue determinar la relación entre depresión y el funcionamiento cognitivo del adulto mayor en un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, 2023. En primer lugar, vamos a demostrar el análisis psicométrico de cada uno de los dos instrumentos aplicados a la población de adultos mayores, posterior a ello se realizará el análisis descriptivo, correlacional y comparativo de las variables estudiadas según los objetivos planteados.

Para la confiabilidad de cada test se realizó mediante el método de consistencia interna.

Tabla 1.

Confiabilidad Inventario de Depresión de Beck

Alfa	N° de ítems
0,825	21

En la tabla 1, se observa que hubo un Alfa de 0,825. De manera que los 21 ítems en relación a depresión presentaron buena confiabilidad.

Tabla 2.

Confiabilidad de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)

Alfa	N° de ítems
0,711	7

De acuerdo a la tabla 2, se muestra que hubo un Alfa de 0,711. Por lo cual el instrumento sobre funcionamiento cognitivo tuvo una confiabilidad aceptable.

Tabla 3.

Datos demográficos y generales de los adultos mayores del Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao (N = 103)

Datos generales	n	%
Edad		
60 a 69 años	38	36,9%
70 a 79 años	51	49,5%
80 a 85 años	14	13,6%
Sexo		
Masculino	35	34,0%
Femenino	68	66,0%
Estado civil		
Soltero	18	17,5%
Casado/ Conviviente	47	45,6%
Viudo	27	26,2%
Divorciado	11	10,7%
Trabajo		
Sí trabaja	25	24,3%
No trabaja	78	75,7%
Dominancia		
Derecha	98	95,1%
Izquierda	3	2,9%
Ambidiestro	2	1,9%
Escolaridad		
Primaria	54	52,4%
Secundaria	34	33,0%
Superior	13	12,6%
Posgrado	2	1,9%

Nota. n = Cantidad de la muestra, % = porcentaje de la muestra

De acuerdo a la tabla 3, se muestra que, respecto a la edad de los adultos mayores, el 49,5% tuvo entre 70 a 79 años, mientras que el 13,6% tuvo entre 80 a 85 años. Por otra parte, el 66,0% de los participantes fueron de sexo femenino. En lo concerniente al estado civil, el 45,6% fue casado/ conviviente, mientras que el 10,7% fue divorciado. En lo correspondiente a la actividad laboral de los adultos mayores, el 75,7% de adultos mayores no trabaja. Al respecto de la dominancia, el 95,1% tiene dominancia diestra. Finalmente, en cuanto a la escolaridad el 52,4% de los adultos mayores tuvo primaria y

sólo el 1,9% llegó hasta el posgrado.

Tabla 4.

Niveles de depresión (N = 103)

Depresión	n	%
Mínima	36	35,0%
Leve	27	26,2%
Moderada	34	33,0%
Grave	6	5,8%

Nota. n = Cantidad de la muestra, % = porcentaje de la muestra

Se observa en la tabla 4, que el 35,0% de los adultos mayores tuvo nivel mínimo de depresión y un 5,8% de adultos mayores tuvo nivel grave de depresión.

Tabla 5.

Niveles de funcionamiento neurocognitivo (N = 103)

Funcionamiento neurocognitivo	n	%
Deterioro cognitivo severo	0	0,0%
Deterioro cognitivo moderado	17	16,5%
Deterioro cognitivo leve	60	58,3%
Normal	26	25,2%

Nota. n = Cantidad de la muestra, % = porcentaje de la muestra

Tal como se muestra en la tabla 5, el 58,3% de los adultos mayores tuvo deterioro cognitivo leve, mientras que el 16,5% tuvo deterioro cognitivo moderado.

1. Pruebas de normalidad

Este análisis ayudó a determinar qué tipo de correlación es adecuado usar para continuar el análisis:

Tabla 6.

Pruebas de Kolmogorov-Smirnov (N = 103)

	Z	p
V1, Depresión	,073	,200
V2. Funcionamiento neurocognitivo	,127	<,001
D1. Visoespacial/ejecutiva	,247	<,001
D2. Identificación y nominación	,427	<,001
D3. Memoria y recuerdo diferido	,182	<,001
D4. Atención y concentración	,138	<,001
D5. Lenguaje	,201	<,001
D6. Abstracción	,452	<,001
D7. Orientación	,509	<,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Z = Valor calculado de Kolmogorov-Smirnov

De acuerdo a la tabla 6, se muestra que la variable depresión tuvo datos que sí presentan distribución normal ($p = ,200$). Por el contrario, la variable funcionamiento neurocognitivo no tuvo datos con distribución normal ($p <,001$). Así también las dimensiones de funcionamiento neurocognitivo tampoco presentaron datos con distribución normal ($p <,001$). Ello indica que se debe aplicar la prueba de Spearman para realizar el análisis correlacional.

Tabla 7.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y el funcionamiento neurocognitivo (N = 103)

		Funcionamiento neurocognitivo
Depresión	Rho	-,549
	p	<,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

En la tabla 7, se muestra que hubo un p de <,001 y un Rho de -,549. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y considerable** entre depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 8.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión visoespacial/ejecutiva (N = 103)

		Visoespacial/ejecutiva
Depresión	Rho	-,413
	p	<,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 8, hubo un p de <,001 y un Rho de -,413. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y media** entre depresión y el funcionamiento visoespacial/ejecutiva en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 9.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión identificación y nominación (N = 103)

Identificación y nominación		
Depresión	Rho	-,415
	p	<,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 9, hubo un p de <,001 y un Rho de -,415. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y media** entre depresión y el funcionamiento de identificación y nominación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 10.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión memoria y recuerdo diferido (N = 103)

Memoria y recuerdo diferido		
Depresión	Rho	-,390
	p	<,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 10, hubo un p de <,001 y un Rho de -,390. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y media** entre depresión y el funcionamiento de memoria y recuerdo diferido en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 11.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión atención y concentración

(N = 103)

		Atención y concentración
Depresión	Rho	-,331
	p	,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 11, hubo un p de <,001 y un Rho de -,331. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y media** entre depresión y el funcionamiento de atención y concentración en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 12.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión lenguaje (N = 103)

		Lenguaje
Depresión	Rho	-,337
	p	,001

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 12, hubo un p de <,001 y un Rho de -,337. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y media** entre depresión y el funcionamiento de lenguaje en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 13.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión abstracción (N = 103)

		Abstracción
Depresión	Rho	-,248
	p	,012

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 13, hubo un p de ,012 y un Rho de -,248. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y débil** entre depresión y el funcionamiento cognitivo de abstracción en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 14.

Prueba de Rho de Spearman entre la depresión y la dimensión orientación (N = 103)

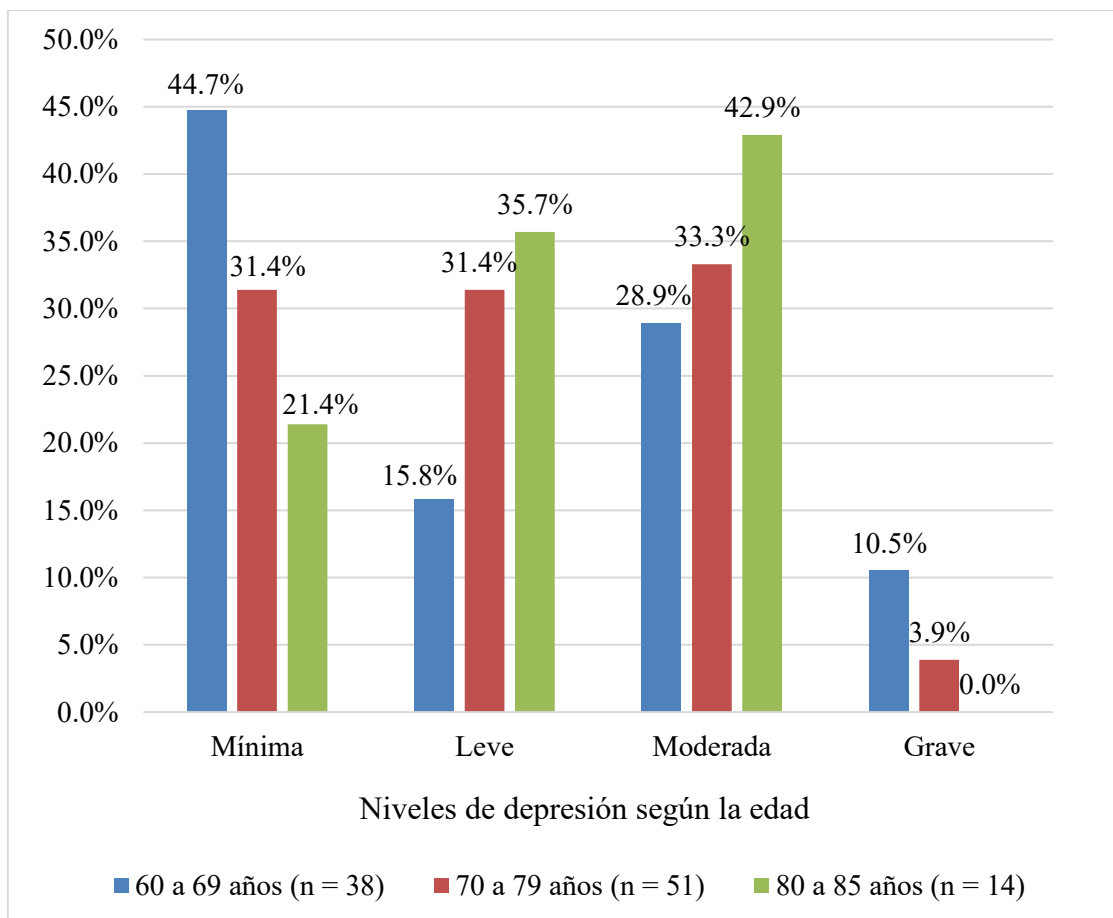
		Orientación
Depresión	Rho	-,199
	p	,044

Nota. p = Valor de probabilidad, Rho = Coeficiente de Spearman

De acuerdo a la tabla 14, hubo un p de ,044 y un Rho de -,199. De tal manera que se permite indicar que existe **relación negativa y débil** entre depresión y el funcionamiento cognitivo de orientación en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.

Tabla 15.
Niveles de depresión según la edad

Edad	Depresión							
	Mínima		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 69 años (n = 38)	17	44,7%	6	15,8%	11	28,9%	4	10,5%
70 a 79 años (n = 51)	16	31,4%	16	31,4%	17	33,3%	2	3,9%
80 a 85 años (n = 14)	3	21,4%	5	35,7%	6	42,9%	0	0,0%

Figura 1.
Niveles de depresión según la edad


Nota. n = Cantidad de la muestra, % = porcentaje de la muestra

En la tabla 15 y figura 1, se muestra que de los 38 adultos mayores comprendidos entre 60 a 69 años, el 44,7% presentó depresión mínima, mientras que el 10,5% presentó

depresión grave. Por otro lado, de los 51 adultos mayores comprendidos entre 70 a 79 años, el 33,3% presentó depresión moderada y sólo el 3,9% presentó depresión grave. A su vez, de los 14 adultos mayores comprendidos entre 80 a 85 años, el 42,9% presentó depresión leve, y el 21,4% presentó depresión mínima.

Tabla 16.

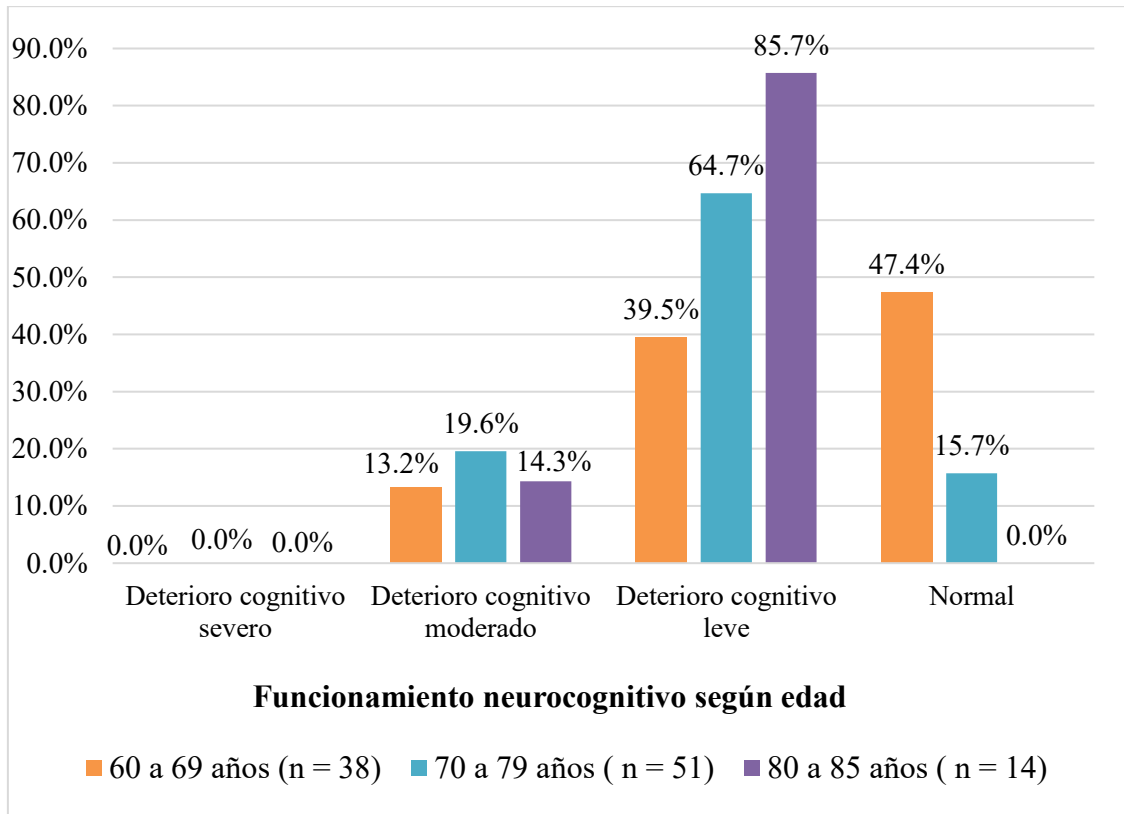
Niveles de funcionamiento cognitivo según la edad

Edad	Funcionamiento neurocognitivo							
	Deterioro cognitivo severo		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo leve		Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 69 años (n = 38)	0	0,0%	5	13,2%	15	39,5%	18	47,4%
70 a 79 años (n = 51)	0	0,0%	10	19,6%	33	64,7%	8	15,7%
80 a 85 años (n = 14)	0	0,0%	2	14,3%	12	85,7%	0	0,0%

Nota. n = Cantidad de la muestra, % = porcentaje de la muestra

Figura 2.

Niveles de funcionamiento cognitivo según la edad



De acuerdo a la tabla 16 y figura 2, se aprecia que 38 adultos mayores comprendidos entre 60 y 69 años, el 47,4%, presentó funcionamiento cognitivo normal y el 13,2% presentó deterioro cognitivo moderado; por otro lado, de los 51 pacientes de 70 a 79 años, el 64,7% presentó deterioro cognitivo leve y el 15,7% funcionamiento cognitivo normal. A su vez, los 14 adultos mayores de 80 a 85 años, el 85,7 % presentó deterioro cognitivo leve y el 14,3% presentó deterioro cognitivo moderado. Por lo tanto, a medida que la edad aumenta el deterioro cognitivo es mayor.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Contrastando lo que se planteó al inicio de esta investigación, que fue el determinar qué relación hay entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023, y como ya se ha observado líneas arriba en las tablas de resultados, éstas determinaron que en una muestra de 103 adultos mayores existe relación negativa y considerable entre depresión y funcionamiento cognitivo, según lo indica el coeficiente de Rho de $-0,549$. Esto quiere decir que, a mayor nivel de depresión, el funcionamiento cognitivo irá reduciendo, mientras que, a menor índice de depresión, el funcionamiento cognitivo será mayor.

En relación a la variable depresión, hemos observado que más de un tercio de esta población, el 35% presenta una depresión mínima; un 26,2% presenta depresión leve; un 33% presenta depresión moderada y un 5,8% presenta depresión grave. Esto lleva a observar que la variable depresión está muy presente en este grupo de población y que deberían ser, los adultos mayores, foco de cuidado en cuanto a salud mental.

En cuando a la variable funcionamiento cognitivo encontramos que un 25,2% presenta una cognición dentro de lo normal, un 58,3% presenta un deterioro cognitivo leve, el 16,5% presenta deterioro cognitivo moderado y ningún paciente presentó un deterioro cognitivo severo. De acuerdo a Cerezo (2019), menciona que, si bien hay estudios clínicos e investigadores que indican que el deterioro cognitivo leve es un estadio intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia, últimas investigaciones también han cuestionado este punto puesto que tras un periodo de trabajo preventivo se ha observado una disminución de la proyección a demencia incluso tasas de reversión. Por lo que con los resultados obtenidos es conveniente empezar a trabajar preventivamente con este sector de la población.

Cabe resaltar que nuestros resultados coinciden con los estudios e investigaciones internacionales de Flores y Calvo (2022), quienes investigaron en 70 adultos mayores de Quito y encontraron una relación inversa entre los niveles de depresión en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, información que concuerda con la obtenida en nuestro primer análisis relacional entre variables. De la misma manera en el estudio realizado por Gualotuña (2022), con la población de 67 adultos mayores en Amaguaña, Ecuador., Moreira, Navarrete y Briones (2022) en una población de 23 adultos mayores de El Empalme, Ecuador, encontraron prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con cuadros depresivos. Por su parte, en el estudio de Cubillos y Castañeda (2020) que estudiaron la relación entre las mismas variables en 124 adultos mayores de Fusagasugá, Colombia, obtenemos la misma relación inversamente proporcional, logrando así reafirmar nuestros resultados.

En cuanto a las investigaciones nacionales se tiene a Rubio (2022), en su investigación a 220 adultos mayores de Lima, también llegó a la conclusión de una relación inversa y moderada entre las variables de depresión y funcionamiento cognitivo, estos resultados coinciden mucho incluso a pesar que, la muestra de su población duplica la que en esta investigación hemos podido obtener. Así mismo, Guillén, Neyra, Runzer, y Gutiérrez (2022) en su estudio en un Centro Integral de Lima a 60 adultos mayores encontraron que el nivel educativo no superior, depresión y el deterioro cognitivo se encuentran asociados, así como también el factor de la edad. Arbildo (2022) en su investigación con 108 adultos mayores en la ciudad de Pucallpa, encontraron presencia de depresión en los adultos mayores con deterioro cognitivo con relación estadísticamente inversa y significativa. Para terminar, Malásquez y Montalvo (2020) investigaron en 181 pacientes adultos mayores de 75 años de comunidades Alto Andinas del Perú, encontraron en mayor frecuencia deterioro cognitivo moderado y severo asociados a sintomatología

depresiva.

Ahora observaremos lo que sucede con el primer objetivo específico que fue el determinar la relación entre depresión y el funcionamiento visuoespacial/ejecutivo en la cual se obtuvo un coeficiente Rho de $-.413$, con este resultado también se evidencia que existe relación inversa y media entre las variables depresión y la dimensión de funcionamiento visuoespacial/ejecutiva en el adulto mayor.

En el segundo objetivo específico fue el determinar la relación entre depresión y el funcionamiento de identificación y nominación en este caso se obtuvo un coeficiente de Rho de $-.415$, evidenciando que existe relación negativa y media entre ambas variables.

El tercer objetivo específico fue el determinar la relación entre depresión y memoria y recuerdo diferido, para este caso se obtuvo un coeficiente Rho de $-.390$, donde nuevamente indica que existe relación negativa y media entre las variables indicadas.

En el cuarto objetivo específico buscamos determinar la relación entre depresión y atención y concentración, aquí el coeficiente indicó un Rho de $-.331$, donde una vez más indica que existe relación negativa y media entre dichas variables.

Así mismo, el quinto objetivo específico fue el determinar la relación entre depresión y lenguaje, se obtuvo un Rho de $-.337$, donde nuevamente el resultado persevera en indicar una relación negativa y media entre las variables indicadas.

El sexto objetivo específico fue determinar la relación entre depresión y la abstracción, obteniendo un Rho de $-.248$, ahora la relación es negativa y débil entre depresión y la abstracción en el adulto mayor.

Por último, el séptimo objetivo específico fue determinar la relación entre depresión y orientación, aquí el resultado del coeficiente Rho fue $-.199$, indicando nuevamente que estamos ante una relación negativa y débil entre depresión y orientación.

Como podemos observar ambas variables de manera general, tanto como el cruce

la variable depresión con todas las dimensiones del funcionamiento cognitivo existe una relación inversa o negativa y de forma general esta relación es considerable, esto quiere decir que, a mayor índice de depresión, menor será el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores lo que nos indica que hemos podido corroborar en los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Por otro lado, según un análisis adicional, observamos que el nivel de funcionamiento cognitivo y nivel de depresión va variando según la edad, puesto que hemos encontrado que los adultos mayores de 60 a 69 años de edad, en su mayoría muestran depresión mínima (7), los de 70 a 79 años de edad, en su mayoría presentaron depresión moderada (17), mientras que los pacientes de 80 a 85 años, en su mayoría (6), presentan depresión moderada. Por lo cual podríamos observar una tendencia: que a medida que aumenta la edad, la depresión va aumentando.

Con respecto al funcionamiento cognitivo los adultos mayores de 60 a 69 años presentaron en su mayoría (18), un funcionamiento cognitivo dentro de lo normal, los adultos mayores de 70 a 79 años de edad presentaron en su mayoría (33), deterioro cognitivo leve, y los adultos mayores de 80 a 85 años, en su mayoría (12) presentaron también deterioro cognitivo leve. Por lo tanto, podemos observar una tendencia de perseverancia en el deterioro cognitivo leve, lo que como indica la teoría podría trabajarse para poder prevenir mayores problemas de deterioro.

Al respecto de las **limitaciones**, una de ellas que ha sido considerable es el tiempo para la interacción con los pacientes adultos mayores, dado que se les ha solicitado su participación en el transcurso de la espera de atención médica, y para que no estén con la atención dividida entre el llamado del médico y puedan responder objetivamente se ha tenido que esperar o citarles para otra fecha, generando mayor

tiempo de atención por cada paciente o incluso dejando el proceso inconcluso por deserción del paciente. Hubo días en que se atendía a lo mucho a 2 pacientes.

Durante las primeras atenciones con los adultos mayores, debido a nuestra falta de experiencia y practicidad ante las demostraciones emocionales de los pacientes, especialmente durante la evaluación de depresión, dejábamos extender la atención a más de una hora, si bien se ha dado primeros auxilios psicológicos, resultaba un poco difícil tener que explicarles que no se le dará un acompañamiento continuo, aquellos pacientes fueron derivados a consulta con el psicólogo del Centro de Salud, para recibir atención profesional.

Si bien en el Centro de Salud, no se contó con un ambiente adecuado para la evaluación, era un espacio tan reducido que difícilmente entraba una persona, la mesa y el paciente, lo que a veces les tomaba a los pacientes unos minutos adaptarse para escribir o dibujar en las pruebas, incluso si los pacientes tenían obesidad les era mucho más incómodo.

En lo correspondiente a las **conclusiones**, existe relación negativa o inversa y moderada entre las variables depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, por ende, se confirma la hipótesis general.

La variable depresión y la dimensión visoespacial/ejecutiva tiene relación negativa y media, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión identificación y nominación tiene relación negativa y media, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión memoria y recuerdo diferido tiene relación negativa y media, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión atención y concentración tiene relación

negativa y media, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión lenguaje tiene relación negativa y media, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión abstracción tiene relación negativa y débil, por lo que se acepta la hipótesis específica.

La variable depresión y la dimensión orientación tiene relación negativa y débil, por lo que se acepta la hipótesis específica.

RECOMENDACIONES

Se puede ahondar y realizar un estudio más específico sobre los aspectos que pueden afectar más en el adulto mayor, si es la edad, el nivel de reserva cognitiva, aspectos familiares, económicos o calidad de vida, lo que lleve a un paciente a una mayor depresión o deterioro cognitivo. Los estudios en adultos mayores aún son escasos, pero por proyección mundial, la cantidad de personas adultas mayores incrementará en los próximos años, por lo que resulta necesario seguir indagando a profundidad, para poder dar solución a los problemas de salud que se puedan presentar a futuro.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio proponemos la gestión de programas de prevención y promoción del cuidado de la salud mental de adultos mayores, tanto en lo cognitivo como en lo emocional ya que como hemos observado en este estudio, son variables que estas relacionadas entre sí.

Implementar programas de trabajo integrales en el adulto mayor, que incluya la intervención psicológica y neuropsicológica con el fin de promover un estilo de vida saludable en el adulto mayor.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arbildo, D. (2022). *Relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de octubre Pucallpa-2021* [Tesis de título, Universidad Nacional de Ucayali]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali. <https://repositorio.unu.edu.pe/items/cfe6e5cc-db1b-4da4-9cb6-6d0fb742b40e>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162691>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de Depression* (19a ed.). Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Brusco, L. (2018). *Salud mental y cerebro*. Editorial Akadia.
- Camacho, J, y Galán, J. (2021). La relación entre Depresión y Deterioro Cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *Psicología clínica y de cultura: Teoría e Pesquisa*. 37, 1-10 DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Celleri, M., Díaz, M. & Ponieman, M. (2023). *Trastorno depresivo mayor: epidemiología, psicopatología y diagnóstico*. *Cátedra única de psicofarmacología*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_depresivo_mayor.pdf
- Cerezo, K. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: evaluación*,

diagnostico e intervención neuropsicológica. Editorial Manual Moderno.

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y Deontología*.

https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Flores, V. & Calvo, M. (2022). *Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de la Ciudad de Quito, Ecuador* [Tesis de título, Universidad Tecnológica Indoamérica].

Repositorio Institucional de la Universidad Tecnológica Indoamérica.

<https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/5071/1/FLORES%20CAIZA%20VICTORIA%20ESTEPHANIA%20PSICOLOG%c3%8dA.pdf>

Gualotuña, T. (2022). *Deterioro Cognitivo y Depresión en personas Adultas Mayores del*

Proyecto "Sonrisas Doradas" de la Parroquia de Amaguaña, durante el año 2022

[Tesis de bachiller, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional

de la Universidad Central del Ecuador.

<https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b8b47481-b462-4145-ac6b-0ad93fc8c72f/content>

Guevara, F., Díaz, A. & Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Poliantea*. 15(26),

37-43. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>

Guillén J, Neyra-Rivera C, Runzer-Colmenares F, Gutiérrez E. (2022). Asociación entre

depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Revista de enfermedades no transmisibles*, 12(3), 262-268.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300262)

[24342022000300262](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300262)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (3 de septiembre del 2021). *Situación de*

la población adulta mayor.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor

_1.pdf

Malásquez, R., Montalvo, C. (2020). *Síntomas Depresivos en adultos mayores de 75 años y asociación con deterioro cognitivo leve en comunidades Alto Andinas, Perú 2013 a 2016* [Tesis de título, Universidad Científica del Sur] Repositorio Institucional de la Universidad Científica del Sur. [https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/945/TL-Mal%
c3%a1squez%2cMontalvo%28Restringido%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/945/TL-Mal%c3%a1squez%2cMontalvo%28Restringido%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud. (12 de enero del 2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país.* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP (2021). *Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030.* <https://www.gob.pe/39903-politica-nacional-multisectorial-para-las-personas-adultas-mayores-al-2030>

Moreira, K., Navarrete, C. y Briones, W. (2022), Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. *Journal of science and research.* 7(2), 320-337. <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/2837/2353>

Moreno, F. y Rodríguez, D. (2020). Evidencias psicométricas del Cuestionario Montreal Cognitive Assessment en una muestra de adultos mayores de Chimbote [Tesis de título, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60682/Moreno_LF-A-Rodr%
C3%ADguez_SDC-SD.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60682/Moreno_LF-A-Rodr%C3%ADguez_SDC-SD.pdf?sequence=1)

- Nasreddine, Z. (2024). About. <https://mocacognition.com/about/>
- National Institute of Mental Health. (Marzo del 2024). *Caring for Your Mental Health*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
- Ocano, A. (17 de abril 2023). *¿Qué pasa en el cerebro de una persona con depresión?* Salud Mental y bienestar. <https://blog.aegon.es/salud-mental/que-pasa-en-el-cerebro-de-una-persona-con-depresion/>
- Ochoa, A., Villarreal, K. y Flores, S. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en adultos mayores residentes en Carabayllo. *Investigación original*, 8(2), 11-19. <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/188>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington DC. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencias. Directrices de la OMS*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2024). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (3 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact->

sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwztOwBhD7ARIsAPD
KnkDoG5RuMa1MOwNGH_G8Ez0qf_9n21nKCcq8EJ2NCI3LR294dQyXQiM
aAoShEALw_wcB

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo 2023). *Depresión. Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Ortiz, M. (2019). *Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5* (2a ed.). Ediciones Pirámide.

Parada, K., Guapizaca, J. y Bueno, G. (2021). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica Uisrael*. 77-93. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>

Pérez, A. (2022). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en adultos mayores de la Ciudad de Piura - 2022*. [Tesis de título, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/91977>

Prado, J. (2020). *Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad de Cayma, 2020*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Arequipa]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Arequipa. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/35de47bd-61b1-464f-bcd4-70b3aab49deb>

Quincho, R., Cárdenas, J., Inga, V., Bada, W., Espinoza, G. y Yangali, H. (2022). *Metodología de la investigación científica: El sentido crítico, ante todo con uno mismo*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/view/47/44/66>

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2023).

- Diccionario panhispánico de dudas (DPD)* (2ª ed.). <https://www.rae.es/dpd/>
- Reynoso, V., Silva, J., Fernández, T. y Mondragón, A. (2018). Principales efectos de la reserva cognitiva sobre diversas enfermedades: Una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 25(2), 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2018.02.005>
- Rubio, L. (2022). *Relación entre depresión y Funcionamiento Cognitivo en adultos mayores de un hospital en Lima Metropolitana, 2022* [Tesis de maestría, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional de la Universidad Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12203/Relacion_RubioOchoa_Lizeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruiz, C. y Valenzuela, M. (2022). *Metodología de la investigación*. Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo (UNAT) - Fondo Editorial. <https://fondoeditorial.unat.edu.pe/index.php/EdiUnat/catalog/book/4>
- Salazar, C. y Mayor, S. (2020). Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río*, 24(3), 1-10 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000300014
- Schwartz, C. (2021). Modelo Cognitivo de procesamiento de la información. comprendiendo los procesos PINE de la cognición. Monografía. Diplomatura Universitaria en Psiconeuroinmunoendocrinología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/36231/36525>
- Sotomayor, A., Zhunio, F., Ajila, A. y Peláez, P. (12 agosto 2022). Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. *Dominio de las ciencias*, 8(3), 722-734.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637898>

Torres, J. y Torres, J. (2023). Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horizonte médico. Horizonte Médico*, 23(3), 1-12.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300006#B7

Universidad Privada del Norte. (2024). *Código de ética para la investigación científica en UPN*. <https://d28yjxrh2slgdb.cloudfront.net/uploads/web/documentos/codigo-de-etica-para-la-investigacion-cientifica-en-upn.pdf>

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Qué relación hay entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un centro de salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar qué relación hay entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un centro de salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre depresión y funcionamiento cognitivo en adultos mayores de un centro de salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023.</p>		<p>Visoespacial/ejecutiva</p> <p>Identificación y nominación</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>La metodología que se utilizó en la investigación fue bajo un enfoque cuantitativo, no experimental del tipo transversal con diseño correlacional.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Qué relación hay entre depresión y funcionamiento visoespacial/ejecutivo en adultos mayores?</p> <p>¿Qué relación hay entre depresión y funcionamiento de identificación y nominación en adultos mayores?</p> <p>¿Qué relación hay entre depresión y atención y concentración en adultos mayores?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar qué relación hay entre depresión y funcionamiento visoespacial/ejecutivo en adultos mayores?</p> <p>Determinar qué relación hay entre depresión y funcionamiento de identificación y nominación en adultos mayores.</p> <p>Determinar qué relación hay entre depresión y atención y concentración en adultos mayores.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>HE1 Existe relación entre depresión y funcionamiento visoespacial/ejecutivo en adultos mayores.</p> <p>HE2 Existe relación entre depresión y funcionamiento de identificación y nominación en adultos mayores.</p> <p>HE3 Existe relación entre depresión y atención y concentración en adultos mayores.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Funcionamiento cognitivo</p>	<p>Atención y concentración</p> <p>Lenguaje</p> <p>Abstracción</p> <p>Memoria y Recuerdo diferido</p> <p>Orientación</p>	<p>Población y muestreo:</p> <p>La población está conformada por 2,205 adultos mayores atendidos en un centro de salud de la Provincia Constitucional del Callao., la muestra será determinada por muestreo no probabilístico por conveniencia de las investigadoras, se tomó</p>

<p>¿Qué relación hay entre depresión y lenguaje en adultos mayores?</p>	<p>Determinar qué relación hay entre depresión y lenguaje en adultos mayores.</p>	<p>HE4 Existe relación entre depresión y lenguaje en adultos mayores.</p>	<p>Variable 2 Depresión</p>		<p>como Muestra a 103 adultos mayores. Técnica: Encuestas Instrumentos: La variable depresión se medirá a través del Inventario de depresión de Beck BDI-2 y la variable funcionamiento cognitivo será valorada mediante el Test de Evaluación Cognitiva Montreal: MoCA.</p>
<p>¿Qué relación hay entre depresión y abstracción en adultos mayores?</p>	<p>Determinar qué relación hay entre depresión y abstracción en adultos mayores.</p>	<p>HE5 Existe relación entre depresión y abstracción en adultos mayores.</p>			
<p>¿Qué relación hay entre depresión y memoria y recuerdo diferido en adultos mayores?</p>	<p>Determinar qué relación hay entre depresión y memoria y recuerdo diferido en adultos mayores.</p>	<p>HE6 Existe relación entre depresión y memoria y recuerdo diferido en adultos mayores.</p>			
<p>¿Qué relación hay entre depresión y orientación en adultos mayores?</p>	<p>Determinar qué relación hay entre depresión y orientación en adultos mayores.</p>	<p>HE7 Existe relación entre depresión y orientación en adultos mayores.</p>			

Anexo 2. Matriz de Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Funcionamiento Neurocognitivo	La neurociencia cognitiva es el estudio de los procesos mentales superiores, habitualmente denominados como procesos cognitivos: pensamiento, lenguaje, memoria, atención, percepción y movimientos complejos. Portellano, 2005	La neurociencia cognitiva es el estudio de los procesos mentales superiores, habitualmente denominados como procesos cognitivos: pensamiento, lenguaje, memoria, atención, percepción y movimientos complejos. Portellano, 2005	Visoespacial /ejecutiva	Puntajes obtenidos de los ítems: 1,2,3	1. Me gustaría que dibuje una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea hacia la letra A, y a continuación hacia el 2, etc. Termine aquí (señale la E). (Mostrar secuencia de imagen). 2. Me gustaría que copie este dibujo de la manera más precisa posible (mostrar imagen de cubo tridimensional). 3. Me gustaría que dibuje un reloj, que incluya todos los números, y que marque las 11 y 10. (Brindar hoja de respuesta).
			Identificación y nominación	Puntajes obtenidos en el ítem: 4	4. Pídale a la persona que nombre cada uno de los animales mostrados en el formato de MoCA. De izquierda a derecha (León, Rinoceronte y camello).
			Atención y concentración	Puntajes obtenidos de los ítems: 6,7,8	5. Le voy a leer una serie de números, y cuando haya terminado, me gustaría que repita estos números en el mismo orden en el que yo los he dicho: A (repetición literal): 2,1,8,5,4. Le voy a leer una serie de números, y cuando haya terminado, me gustaría que repita los números en el orden inverso al que yo los he dado: B (repetición inversa): 7,4,2. 6. Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra ‘A’, dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito. Serie: FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB 7. Ahora me gustaría que calcule 100 menos 7, y así sucesivamente: continúe a la cifra de su respuesta anterior, hasta que le pida que pare (5 restas sucesivas: 93, 86, 79, 72, 65).
			Lenguaje	Puntajes obtenidos de los ítems: 9,10	8. Ahora le voy a leer dos (2) frases y me gustaría que la repitiera a continuación: “El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala”. “Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida”. 9. Me gustaría que me diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra que le diga. Puede decir cualquier tipo de palabra, excepto nombres propios, números, conjugaciones verbales (p. ej. ‘meto’, ‘metes’, ‘mete’) y palabras de la misma familia (p.ej. ‘manzana’, ‘manzano’). Le pediré que pare al minuto. ¿Está preparado? Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra P.

			Abstracción	Puntajes obtenidos de los ítems: 11	10. Pídale a la persona que le diga en qué se parecen una manzana y una naranja; si la persona da una respuesta concreta; repítale a la persona sólo una vez más: “Dígame en qué otro aspecto se parecen una manzana y una naranja”. Si la persona no da la respuesta adecuada, dígame: “Sí, y también en que las dos son frutas”. No dé otras instrucciones o explicaciones. Lo anterior fue un ensayo, a continuación, exprésele a la persona lo siguiente: Ahora dígame en qué se parecen un tren y una bicicleta. Ahora dígame en qué se parecen un reloj y una regla.
			Memoria y Recuerdo diferido	Puntajes obtenidos de los ítems: 5, 12	11. Ésta es una prueba de memoria. Le voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención y, cuando. Yo termine, me gustaría que me diga todas las palabras que pueda recordar, en el orden que desee. (Palabras: Rostro, Seda, Iglesia, Clavel, Rojo). 12- Antes le leí una serie de palabras y le pedí que las recordase. Dígame ahora todas las palabras de las que se acuerde (no dar pistas). Para las palabras de las que la persona no se acuerde espontáneamente, puede proporcionarle pistas de categoría semántica. Luego, para las palabras de las que la persona no se acuerda, a pesar de las pistas semánticas, puede ofrecerle una selección de respuestas posibles, de las cuales la persona debe identificar la palabra adecuada. A continuación, se presentan las pistas para cada una de las palabras: indicar 2 tipos de pistas, por categoría y pista de elección múltiple.
			Orientación	Puntajes obtenidos de los ítems: 13	13. Finalmente, Dígame en qué día (del mes) estamos hoy, el año, el mes, el día de la semana, lugar y localidad. Se espera la respuesta por cada dato solicitado.
Depresión	La depresión es un trastorno del afecto que se caracteriza por estados de tristeza, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en los aspectos generales de	La depresión es un trastorno del afecto que se caracteriza por estados de tristeza, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en los aspectos generales de su vida, mantenidos en	Depresión	Puntaje obtenido en los 21 ítems del test	Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy . Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito). 1. Tristeza 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí.

	<p>su vida, mantenidos en un tiempo prolongado, con un pensamiento principalmente cognitivo que implica una mirada negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. (Beck 1979).</p>	<p>un tiempo prolongado, con un pensamiento principalmente cognitivo que implica una mirada negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. (Beck 1979).</p>			<p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que este siendo castigado</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con uno mismo.</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p>
--	---	--	--	--	---

				<p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2 Querría matarme</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> <p>11 Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12 Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>
--	--	--	--	--

				<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1^a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3^a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p> <p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3^a. No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p>
--	--	--	--	---

					<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	--	--	--	--	---

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Título del estudio:	Depresión Y Funcionamiento Cognitivo En Adultos Mayores, de un Centro de Salud de la Provincia Constitucional del Callao, Perú, 2023
Investigador(a):	Lescano Domínguez, Lidia Julyssa Morón Cárdenas, Consuelo
Institución:	Centro de Salud Santa Rosa del Callao

Propósito del estudio: Lo invitamos a participar en un estudio que tiene como objetivo conocer y contrastar la variable psicoemocional: la depresión, así como la variable neuropsicológica: funcionamiento cognitivo en los adultos mayores de la Provincia Constitucional del Callao.

Procedimientos: Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se llenará una ficha demográfica con sus datos generales.
2. Se realizan dos entrevistas de 35 minutos aproximadamente.

Riesgos: Participar de la presente investigación no involucra ningún riesgo para los participantes.

Beneficios: La siguiente investigación es un aporte para la población objeto de estudio, ya que pueden conocer la magnitud en que puede afectar ambas variables en la salud mental de los adultos mayores, así mismos como a sus cuidadores por no comprender de qué manera ayudarles, observar estos datos nos ayudarán a proponer nuevas acciones y protocolos de atención para el cuidado de la salud mental en adultos mayores

Costos y compensación: No deberá pagar nada por su participación en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad: Los nombres de los participantes serán confidenciales, modificándolos con el fin de salvaguardar su identidad. Los resultados de la investigación serán presentados con seudónimos. En el caso de los datos demográficos estos sí serán utilizados sin modificaciones.

Uso futuro de la información obtenida: En caso usted lo requiera se le brindarán los resultados de la investigación. Al final de esta investigación puede dejar su correo electrónico si precisa de ella.

Derechos del participante: Si decide no participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte Julyssa Lescano al 915069377, o con Consuelo Morón al 981583943. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar con la jefa de Carrera de la Universidad Privada del Norte: Kenia Casiano al correo: Kenia.casiano@upn.pe. Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

(Modelo)

Yo _____ con
DNI _____ acepto voluntariamente participar en este estudio,
comprendo de las actividades en las que participaré si decido ser parte de la investigación,
también comprendo que puedo decidir no participar y puedo retirarme del estudio en el
momento que decida.

Firma de la participante

Firma del investigador

Fecha y Hora

Correo electrónico del participante:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.


21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 5. Carta de autorización de uso de información

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA
PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS O INFORME DE
SUFICIENCIA PROFESIONAL**



Yo Elizabeth Liliana Medina Pachano
(Nombre del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)

identificado con DNI o CE N° 25724396, como representante legal de la
empresa/institución: P. S. SANTA ROSA - ROLP

_____ con R.U.C. N° _____

ubicada en la ciudad de CALLAO

OTORGO LA AUTORIZACIÓN A:

1) Consuelo Aisna Moron Cardenas, con DNI/CE 25761010

2) Lidia Julyssa Lescano Domínguez, con DNI/CE 45756756

Egresado/s de la Carrera profesional o () Programa de Posgrado de Psicología

para que utilice la siguiente información de la empresa:
(Detallar la información a entregar)

- ACCESO A BASE DE DATOS DE PACIENTES

con la finalidad de que pueda desarrollar su () Trabajo de Investigación, Tesis o () Trabajo de
suficiencia profesional para optar al grado de () Bachiller, () Maestro, () Doctor o Título Profesional.


Para su validez tomar en cuenta los documentos que deberán adjuntar, según los siguientes casos:

- 1) Para el caso de empresas privadas y formalizadas, se deberá adjuntar:
 - La vigencia de Poder o la consulta RUC (la fecha no debe superar los tres (3) meses de antigüedad o posterior a la firma del presente documento para Tesis y Suficiencia Profesional)
 - En el caso de presentar consulta RUC, adjuntar copia del DNI vigente o Ficha Reniec del Representante Legal.
- 2) Para el caso de entidades públicas u organizaciones sin fines de lucro (ONGs y similares), se deberá adjuntar:
 - Resolución u otro documento oficial que evidencie que la persona que autoriza es la autoridad competente en ejercicio.
 - Copia del DNI vigente o Ficha Reniec del representante o autoridad competente en ejercicio.
- 3) Para el caso de personas naturales, personas naturales con negocio, pequeñas y microempresas empresas, se deberá adjuntar:
 - Ficha RUC 10 o 15 o 17 de ser el caso (fuerzas armadas, extranjeros, etc.)
 - Copia del DNI vigente o Ficha Reniec / Carnet de extranjería del representante Legal.


indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada.


() Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o
() Mencionar el nombre de la empresa.

22-05-23
Lugar y fecha de emisión


Firma del Representante Legal o Autoridad
DNI o CE: 25724396

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.


Firma del egresado (1)
DNI: 25761010


Firma del egresado (2)
DNI: 45756756

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05_04	NÚMERO VERSIÓN	08	PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA DE VIGENCIA	12/01/2023				