



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MEMORIA
AUTOBIOGRÁFICA EN ADULTOS MAYORES”**

Autor: Lescano Barreros, Juan Carlos.

Tutor: Psi. Cl. Mg. Saltos Salazar, Lenin Fabián.

Ambato – Ecuador

Marzo, 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: “NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA EN ADULTOS MAYORES” de Juan Carlos Lescano Barreros, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, enero del 2020

EL TUTOR

.....
Psi. Cl. Mg. Saltos Salazar, Lenin Fabián

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA EN ADULTOS MAYORES”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, enero de 2020

EL AUTOR

.....

Lescano Barreros, Juan Carlos

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, enero del 2020

EL AUTOR

.....

Lescano Barreros, Juan Carlos

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: “NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA EN ADULTOS MAYORES”, de Juan Carlos Lescano Barreros, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, marzo del 2020

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

PRIMER VOCAL

.....

SEGUNDO VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a mis padres quienes con su sacrificio me han apoyado incondicionalmente tanto en la parte económica como en la motivacional durante todos mis estudios.

A mis hermanos que me han brindado su cariño y afecto a lo largo de mi vida.

A mis compañeros de estudio y amigos con los que he compartido tantos años en el aula de clases y me han brindado su amistad, solidaridad y alegría, quienes han sido parte fundamental en el ámbito académico y al momento de aliviar la tensión cuando se ha requerido.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi familia que han sido de gran ayuda durante mis estudios, a mis padres por su afecto y compromiso; y a mis hermanos quienes me han acompañado cuando lo he necesitado.

A todos y cada uno de los profesores que me han compartido sus conocimientos a lo largo de la carrera quienes también me han brindado una relación de amistad y respeto.

A mi tutor Psi. Cl. Lenin Saltos por guiarme de la mejor manera y tener paciencia y predisposición a la hora de revisar y corregir la tesis.

A la Psi. Cl. Fanny Gavilanes por sacarme de dudas cuando lo he necesitado a lo largo de la carrera y durante la realización misma de la tesis.

A todos los que conforman el Proyecto de Investigación “Mashkanapi allí kawsai” que durante este semestre proporcionaron una gran ayuda en la realización de la tesis.

A los adultos mayores de los sectores de Picaihua, Atahualpa y Cevallos, que supieron colaborar y contarme de manera abierta ciertos aspectos relevantes de su vida.

Finalmente a la Universidad Técnica de Ambato que ha sido una segunda casa y me ha formado tanto en conocimientos y valores que me servirán en el ámbito profesional.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Antecedentes Investigativos.....	2
1.1.1. Contextualización.....	2
Depresión	2
Memoria Autobiográfica	5
1.1.2. Estado del arte	8
Depresión	8
Memoria Autobiográfica	10
1.1.3. Marco teórico	14
Depresión	14
Tomado del “Modelo cognitivo de la depresión según Beck”.....	14
Triada cognitiva.....	15
Visión negativa de sí mismo	15
Interpretación negativa de sus experiencias	15
Visión negativa del futuro	16
Esquemas.....	17
Errores en el procesamiento de la información.....	18
Inferencia arbitraria	18

Abstracción selectiva.....	18
Generalización excesiva.....	18
Maximización y minimización.....	18
Personalización.....	18
Pensamiento absolutista, dicotómico	19
Trastornos del humor (afectivos).	19
Definición de Depresión.....	19
Factores de riesgo asociados a la depresión.	20
Factores biológicos.....	20
Variables sociodemográficas.....	20
Factores psicosociales	21
Clasificación de la Depresión según el CIE-10.....	21
Episodio depresivo (F32)	21
Episodio Depresión leve (F32.0).....	22
Episodio Depresivo moderado (F32.1)	23
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	23
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	24
Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR.....	25
Episodio depresivo mayor (296.xx)	25
Tratamiento de la depresión.	28
Depresión en el adulto mayor.....	28
Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor	29
Memoria autobiográfica	30
Psicología Cognitiva	30
Definición de la memoria.....	32
Proceso y áreas implicadas en la memoria.....	33
Tipos de memoria.....	33
Sensorial.....	33
Memoria a corto plazo.....	34
Operativa o memoria de trabajo.	34
Memoria a largo plazo.....	34
Implícita o procedimental o no declarativa.	34
Explícita o declarativa:.....	35

Patologías de la memoria	36
Patologías Cuantitativas	36
1. Amnesia anterógrada o de fijación.....	36
2. Amnesia de conservación.....	36
3. Amnesia retrógrada o de evocación	36
4. Hipomnesia.	36
5. Hipermnesia	37
6. Amnesias diferenciadas.....	37
7. Amnesia global.....	37
8. Amnesia lacunar.....	37
Patologías Cualitativas	37
1. Pseudología fantástica.....	37
2. Fabulación	37
3. Confabulación	37
4. Falso reconocimiento	37
5. Criptomnesia	38
6. Deja vu	38
7. Jamais vu.....	38
8. Amnesia psicógena.....	38
9. Paramnesia reduplicativa	38
Alteraciones de la memoria en el adulto mayor.....	38
Envejecimiento patológico.....	39
Demencia.....	39
Demencia de tipo Alzheimer.....	39
Enfermedad de Parkinson.....	39
Demencia de los cuerpos de Lewy	40
Enfermedad de Huntington	40
Enfermedad de Wilson	40
Neurosífilis.....	41
Enfermedad de Jacob-Crutzfeldt.....	41
1.2 Objetivos	42
CAPÍTULO II	43
MARCO METODOLÓGICO.....	43

2.1 Materiales	43
Descripción de los instrumentos:	43
Instrumento para medir Depresión	43
Instrumento para medir Memoria autobiográfica.....	44
2.2. Metodología	46
Nivel y Tipo de Investigación.	46
Operacionalización de Variables.....	47
Depresión	47
Memoria autobiográfica	48
Selección del área o ámbito de estudio.	49
Población.....	49
Criterios de Inclusión y Exclusión	49
Criterios de Inclusión	49
Criterios de Exclusión	50
CAPÍTULO III.....	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
3.1. Análisis y discusión de los resultados	51
3.2. Verificación de la Hipótesis	57
CAPÍTULO IV.....	58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
4.1. Conclusiones	58
4.2 Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	60
Linkografía	61
Citas bibliográficas bases de datos UTA.....	67
ANEXOS	70
ANEXO 1	70
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Operacionalización de la variable Depresión	47
Tabla N° 2. Operacionalización de la variable Memoria autobiográfica	48
Tabla N° 3. Correlación de Pearson entre niveles de depresión y memoria autobiográfica.....	51
Tabla N° 4. Frecuencia de niveles de depresión.....	52
Tabla N° 5. Frecuencia de tipo de recuerdo autobiográfico	53
Tabla N° 6. Memoria autobiográfica y niveles de Depresión.	54
Tabla N° 7. Frecuencia de Hombres y Mujeres.....	55
Tabla N° 8. Frecuencia de la etapa de vejez.....	56
Tabla N° 9. Nivel de Instrucción	56
Tabla N° 10. Correlación entre niveles de depresión y memoria autobiográfica.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Modelo cognitivo estándar	14
Figura N° 2. Triada cognitiva de Beck.....	15
Figura N° 3. Formación y tipos de esquemas	17
Figura N° 4. Linterna girando en la oscuridad	34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MEMORIA
AUTOBIOGRÁFICA EN ADULTOS MAYORES”**

Autor: Lescano Barreros, Juan Carlos

Tutor: Psi. Cl. Mg. Saltos Salazar, Lenin Fabián

Fecha: Ambato, enero de 2020

RESUMEN

Objetivos: Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica en adultos mayores, identificar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores, establecer el tipo de recuerdo predominante en la memoria autobiográfica del adulto mayor, diferenciar los tipos de recuerdos autobiográficos que predominan en los distintos niveles de depresión de los adultos mayores. **Materiales y métodos:** La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal, se aplicaron los instrumentos psicológicos a 72 adultos mayores pertenecientes a la provincia de Tungurahua, en su capital Ambato se realizó en los Centros de Atención Integral del Adulto Mayor (CIAM) ubicados en las Parroquias de Picaihua y Atahualpa; y también se evaluó en el Cantón Cevallos perteneciente a la misma provincia, para medir la variable depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica-Yesavage y para medir la memoria autobiográfica se utilizó el Test de Memoria Autobiográfica (AMT) de Williams y Broadbent. **Resultados:** Se determinó que si existe una correlación negativa baja entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica en adultos mayores, el 50% de adultos mayores no presentaron depresión, el 36.1%

tuvieron depresión moderada y el 13.9% depresión grave; el 41.7% corresponde a un tipo de recuerdo extendido, el 27.8% predominaron los recuerdos específicos, el 18.1% tuvieron un tipo de recuerdo categórico, el 6.9% puntuaron con omisiones, y tan solo el 5,6% tuvieron asociaciones semánticas. **Conclusiones:** Se concluye que a mayor nivel de depresión menor será la especificidad en la evocación de recuerdos autobiográficos y viceversa, el índice de depresión en esta población de adultos mayores es muy elevada el 50% tiene depresión entre moderada y grave, además en la población de adultos mayores existe mucha dificultad a la hora de evocar recuerdos específicos.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA, ADULTO MAYOR, ESPECIFICIDAD, TERCERA EDAD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

CLINICAL PSYCHOLOGY

**“DEPRESSION LEVELS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE
AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY IN OLDER ADULTS”**

Autor: Lescano Barreros, Juan Carlos

Tutor: Psi. Cl. Mg. Saltos Salazar, Lenin Fabián

Date: Ambato, January 2020

ABSTRACT

Objectives: To determine the relationship between depression levels and autobiographical memory in older adults, identify the level of depression prevalent in older adults, establish the predominant type of memory in the autobiographical memory of the elderly and differentiate the types of memories autobiographical that predominate in the different levels of depression of the elderly. **Materials and methods:** This research is quantitative, correlational and cross-sectional, psychological instruments were applied to 72 older adults belonging to the province of Tungurahua, in its capital Ambato was carried out in the Centers for Comprehensive Adult Care Mayor (CIAM) located in the Parishes of Picaihua and Atahualpa; and also in the Cevallos Canton belonging to the same province, the Geriatric-Yesavage Depression Scale was used to measure the depression variable and the Williams and Broadben Autobiographical Memory Test (AMT) was used to measure autobiographical memory. **Results:** It was determined that if there is a low negative correlation between depression levels and autobiographical memory in older adults, 50% of older adults did not show depression, 36.1% had moderate depression and 13.9% severe depression; 41.7% correspond to an extended type of memory,

27.8% predominated specific memories, 18.1% had a categorical type of memory, 6.9% scored with omissions, and only 5.6% had semantic associations. **Conclusions:** It is concluded that the higher the level of depression, the lower the specificity in the evocation of autobiographical memories and vice versa, the depression rate in this population of older adults is very high, 50% have moderate to severe depression, also in the population in older adults there is a lot of difficulty in evoking specific memories.

KEY WORDS: DEPRESSION, AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY, OLDER ADULTS, SPECIFICITY, THIRD AGE.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2019) define a la depresión como el trastorno mental más habitual, que se evidencia por la aparición de tristeza, ausencia de interés o gusto por actividades que antes se encontraban placenteras, culpabilidad o disminución de la autoestima, alteraciones en el sueño o el apetito, fatigabilidad y disminución de la concentración.

Vásquez & Hervás (2008) definen a la memoria autobiográfica como un subtipo de memoria que contiene hechos específicos del pasado del sujeto que se experimenta a manera de nuevas experiencias, situaciones pasadas, hechos y acontecimientos que el individuo recuerda, además guarda información o el conocimiento del significado de dichas experiencias o acontecimientos.

La Organización Mundial de la Salud (2017) menciona que durante la vejez el adulto mayor es vulnerable a padecer ciertas alteraciones emocionales, una de las más frecuentes es la depresión, ya sea por la soledad, sentimientos de inutilidad, falta de independencia y autonomía etc.

Según la OMS (2018) menciona que actualmente la esperanza de vida es superior a los 60 años. Se estima que para el 2050 la población de adultos mayores se duplique en relación al año 2015 es decir de un 12% a un 22%. Además para el 2050 se prevé que el 80% de los adultos mayores vivan en países de ingresos bajos y medianos, este es un factor que dificulta que las personas lleguen a una vejez saludable. Entre las afecciones físicas y mentales que pueden padecer los adultos mayores se subraya las demencias que se caracterizan por el deterioro progresivo de la memoria entre otras facultades mentales.

Con lo anteriormente mencionado el presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal; además está basado en la corriente psicológica cognitivo-conductual abarcando sus dos variables. El objetivo principal es determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica en adultos mayores en la provincia de Tungurahua, en su capital Ambato se realizó en los Centros de Atención Integral del Adulto Mayor (CIAM) ubicados en las Parroquias de Picaihua y Atahualpa; y también se evaluó en el Cantón Cevallos perteneciente a la misma provincia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

1.1.1. Contextualización

Depresión

Según la OMS (2018) menciona en su informe que alrededor de 300 millones de personas padecen depresión siendo una de las patologías más frecuentes en el mundo. La depresión se diferencia de los cambios en el estado de ánimo ya que esta perjudica tanto la parte física y mental de la persona, además de afectar en el ámbito académico, familiar y laboral. En el caso de no ser conllevada por especialistas y la medicación adecuada puede llegar al suicidio, cada año el número de suicidios es de 800.000.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017) existió un incremento de más del 18% en la población con depresión en la región de las Américas entre los años 2005 y 2015, se estima que 7 de cada 10 personas padecen depresión. En América cerca de 50 millones de personas padecen algún trastorno depresivo. El presupuesto enfocado a la salud mental varía del 1% en los países de bajos recursos al 5% en los países de recursos más altos, el 50% de los que necesitan un tratamiento y medicación no la reciben.

En otro informe de la OPS (2017) menciona que 1 de cada 10 adultos mayores sufre de maltratos físicos y psicológicos y estos desembocan en problemas de carácter crónico como depresión y ansiedad. La depresión unipolar afecta al 7% de los adultos mayores y representa el 5,7% de los años que los adultos mayores viven con una discapacidad en las edades de 60 años o más. La población de tercera edad en el mundo se espera que se incremente hasta el 2050 de un 12% al 22%.

Caparroz, Romero, & Peralta (2018) aduce que la depresión postparto se la considera un trastorno mental severo relacionado con el estado de ánimo, que afecta al 56% de las mujeres latinas que viven en Estados Unidos y México, esta afección sucede en los 4 meses posteriores al nacimiento de su bebé. Se estima que alrededor del 15% de mujeres padecen este tipo de depresión en el mundo, esta afección está reconocida en

el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como Trastorno Depresivo durante el periodo perinatal.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (2017) en Colombia notifica que se incrementaron los pacientes con diagnóstico de depresión ya que en el año 2009 se reportó 17.711 casos con depresión moderada mientras en el año 2015 fue de 36.584 casos con depresión moderada. En 2015 el 70.4% de personas con depresión moderada corresponde a mujeres en tanto que el 29.6% fue de hombres. Las edades con mayor índice de depresión fueron de 50 a 54 años siendo este su punto máximo y posteriormente tendió a bajar su gravedad hasta los 75 años donde nuevamente ascendió el grado de depresión.

Según la Universidad de Buenos Aires (2018) menciona que en Argentina se valora que uno de cada tres personas mayores de 18 años ha presentado un desorden mental a lo largo de su vida. Uno de cada veinte individuos padece depresión es decir un 5% de la población nacional. Aproximadamente dos millones de personas no obtienen un tratamiento de calidad, más aun 6 de cada 10 personas no reciben ningún tipo de tratamiento. Las mujeres tienen mayor tendencia a padecer un trastorno depresivo mayor.

Por otro lado según la CONICYT (2019) refiere que Chile se ubica como el país que muestra el mayor número de síntomas depresivos en todo el mundo, en el año 2017 el porcentaje fue de 15% de la población, en febrero del 2019 esta cifra se elevó a un 18.3%, alrededor de unos 800.000 chilenos. Se puede asociar el aumento de diagnósticos de depresión con el deterioro de los vínculos sociales, la falta de cohesión de los individuos y el aislamiento, entre el 60% y 70% de las personas que intentaron suicidarse tuvieron antecedentes de depresión.

Por otro lado en el Observatorio Venezolano de Violencia (2016) informa que en Venezuela se encuentra un valor de 19 suicidios por cada 100.000 habitantes, esto es debido a depresión, crisis en el país, inflación, escasez, duelos por migración y muertes violentas. Antes del chavismo el valor era de 4 o 5 suicidios por cada 100.000 habitantes. La ONG “Psicólogos Sin Fronteras” cuenta con 200 voluntarios

para tratar casos de depresión en el país, en 2015 alrededor de 1,6 millones de venezolanos emigraron a otros países en busca de una mejor calidad de vida, los familiares de estas personas suelen caer en depresión y al quedarse solos optan por suicidarse.

En Ecuador según el INEC (2017) se estima que el 64% de personas con depresión que fueron atendidas en centros de salud fueron mujeres, de las cuales entre los 19 y 59 años existieron más casos de episodios depresivos con el 73.5%, en 2015 alrededor de 2.088 personas tuvieron un diagnóstico de depresión (749 hombres y 1339 mujeres), y fueron atendidas en los establecimientos de salud. El número de especialistas en salud mental tales como psiquiatras y psicólogos aumentó un 198%, ya que en el año 2006 fueron de 487 especialistas y en el año 2015 de 1451 especialistas, en el mismo año hubieron 1.073 suicidios (807 hombres y 266 mujeres (INEC, 2017).

En Ecuador, Ortiz, Álvarez, Soliz, Freire, & Tenemaza (2016) realizaron un estudio observacional y transversal con 544 adultos mayores de 65 años o más en Centros de Salud de las provincias de Cañar, Azuay y Morona Santiago, se encontró que la limitación funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria fue del 7.65%, y un 62.1% en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Se concluyó que los factores que más se asocian a esta limitación fueron tener más de 75 años, analfabetismo, deterioro cognitivo, depresión y riesgo de caída

Gordillo, Fierro, Cevallos, & Cervantez (2017) en una investigación transversal realizada en Quito-Ecuador en el Departamento de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de Cáncer (SOLCA) a 237 pacientes (168 mujeres y 69 hombres) que padecían dolor neuropático relacionado al cáncer. Se encontró que el 70.9% de la población no presentó depresión, el 13.1% puntuó con una depresión dudosa y el 16% presentó un problema clínico de depresión.

Espinosa, Abril, & Encalada (2019) realizaron una investigación probabilística y de corte transversal en el Cantón Gualaceo-Azuay con 250 adultos mayores donde se estudiaron los factores asociados a la malnutrición. Se encontró que el 21.2% (53

adultos mayores) tuvo depresión establecida, el 14.8% (37 sujetos) presentó posible riesgo de depresión y el 64.0% (160 sujetos) no mostraron sintomatología depresiva.

Memoria Autobiográfica

La Organización Mundial de la Salud (2019) valora que a nivel mundial existen 50 millones de personas que padecen algún tipo de demencia y cada año se calcula que aparece diez millones de casos nuevos, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente de las demencias con un valor entre 60% y 70%, se estima que entre un 5% y 8% de personas de 60 años o más han tenido demencia en algún momento. Se espera que para el año 2030 el número de personas con demencia ascienda a 82 millones y en el año 2050 subiría a 152 millones. Se considera demencia de inicio temprano a la que aparece antes de 65 años aproximadamente un 9% de los casos. En 2015 el costo en todo el mundo se valoró en 818.000 millones de dólares invertidos para tratar estas patologías.

Según la OMS (2018) menciona que la esperanza de vida es superior a los 60 años, se estima que para el 2050 la población de adultos mayores se duplique en relación al año 2015 es decir de un 12% a un 22%. Además para el 2050 se prevé que el 80% de los adultos mayores vivan en países de ingresos bajos y medianos, este es un factor que dificulta que las personas lleguen a una vejez saludable. Entre las afecciones físicas y mentales que pueden padecer los adultos mayores se subraya a las demencias las cuales se caracterizan por el deterioro progresivo de la memoria entre otras facultades mentales.

En otro informe de la Organización Panamericana de la Salud (2017) en conjunto con la *Alzheimer's Disease International* (ADI) realizan la campaña de concientización sobre la demencia. Cerca de 10 millones de personas viven con demencia en la región de las Américas y 50 millones en todo el mundo. Se estima que se diagnostica un caso de demencia cada 3 segundos. Estados Unidos, Canadá y México lideran con el número de muertes por demencia con 80 por cada 100.000 habitantes aproximadamente. Además existen 180 nuevos casos por cada 100.000 personas en la región de las Américas.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016) menciona que en los datos acerca de la enfermedad de Alzheimer y patologías relacionadas se evidencia que un 26.4% es decir 14.5 millones de personas mayores de 60 años tiene deterioro cognitivo y un 8.3% es decir 4.5 millones de pacientes son diagnosticados con alguna demencia.

En Argentina según el último Censo realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2016) se estima que 26.4% es decir 1.3 millones de personas mayores a 60 años tienen deterioro cognitivo y alrededor del 8.3% es decir 600.000 individuos mayores a 60 años tienen algún tipo de demencia. Existe una mayor probabilidad de padecer la enfermedad de Alzheimer después de los 60 años lo que conlleva a que los cuidadores padezcan de estrés elevado.

Camargo & Laguado (2017) en su estudio realizado en Colombia a 165 adultos mayores institucionalizados donde el 73% de adultos mayores se encontró entre las edades de 75 a 94 años (55% hombres y 45% mujeres). El 57% presentaba la escolaridad primaria completa, el 25% de adultos mayores eran analfabetos es decir nunca cursaron ningún tipo de instrucción académica. El 75% de adultos mayores todavía estaba en contacto con alguno de los miembros de su familia. Se encontró que el 33.3% de la población no presentaron deterioro cognitivo y el 41.7% obtuvieron un deterioro cognitivo grave.

En Costa Rica, Miranda, et al., (2015) realizaron una investigación transversal, descriptiva y observacional con 1659 pacientes de 60 años o más, los cuales acuden para una atención integral en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología durante los años 2007 al 2013. Se encontró que el 65.8% calificó con los criterios de demencia, el 22.3% obtuvo los criterios para un deterioro cognitivo leve y 11.9% no presentó ninguna patología.

Por otro lado en Ecuador según la Organización Panamericana de la Salud (2017) revela que en el año 2015 existieron 28 muertes por cada 100.000 habitantes mientras que en el 2017 hubo 30 muertes por cada 100.000 habitantes debido algún tipo de demencia. En cambio en el 2015 aparecieron 66 nuevos casos de demencia

por cada 100.000 individuos y en el año 2017 hubo 69 nuevos diagnósticos de demencia por cada 100.000 personas.

En Ecuador según el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2019) se considera adulto mayor o persona de la tercera edad a quien tiene 65 años o más. Según el censo realizado en 2010 la población de tercera edad era de 940.905 habitantes es decir el 6.6% de la población total, en 2017 la cifra subió a 1.180.944 lo que representa el 7.0% de la población total, y en el año 2018 esta cifra aumentó a 1.212.461 es decir el 8.96% de toda la población ecuatoriana. Se valora que el 47.78% de adultos mayores son hombres y el 52.22% son mujeres. Se conoce que entre las principales problemáticas que atraviesa esta población: es el abandono, mendicidad, violencia, malnutrición y analfabetismo.

En Quito-Ecuador existe el Hospital de Atención Integral para el Adulto Mayor (2017) donde se resalta la importancia del trabajo con las personas mayores de 65 años en el sistema público y privado. Se ha encontrado una mayor prevalencia en personas con riesgo cardiovascular, diabetes, colesterol, de tener demencia de tipo Alzheimer además de la vascular. En el año 2017 se encontró 5893 diagnósticos de demencia de los cuales 2.372 individuos era de tipo Alzheimer, por lo que se realiza un tamizaje cada año para detectar esta enfermedad de manera temprana y mejorar la calidad de vida de quien la padece.

Leon & Leon (2017 en su estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal que se realizó en Babahoyo-Ecuador en el Subcentro de Salud de El Salto con 59 adultos mayores. Se encontró que el 62% tenía Deterioro Cognitivo los cuales se encontraban en el rango de edad de 65 y 75 años. Del total de pacientes diagnosticados el 61.3% eran mujeres y el 48.7 fueron hombres. El 90.3% solo tuvo instrucción básica, el 58.1% tuvo un nivel de economía regular, el 96.8% tuvo un salario menor al básico en el país. En cambio del 38% que no tuvo deterioro cognitivo, el 100% tuvo un nivel de economía buena, el 73.7% nunca tuvo malos hábitos de consumo.

1.1.2. Estado del arte

Depresión

Castro, Runzer & Parodi (2019) en su estudio realizado en el altiplano andino de Lima-Perú cuyo título es “Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)” (p.82) con 16 pacientes mayores de 60 años donde se estudiaron el nivel cognitivo, el estado emocional y ciertas características sociodemográficas. Las conclusiones fueron que el hecho de vivir en un lugar elevado a más de 1500 metros sobre el nivel del mar corresponde a un factor de riesgo para padecer depresión.

Charles et al (2019) en su estudio realizado en México con el tema “Depresión y evaluación geriátrica en adultos mayores ingresados por fractura de cadera” (p.1005) hecho con 310 sujetos mayores a 65 años en un Hospital Regional. Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (EDG-15) entre otras pruebas para medir el bienestar, riesgo de caída, estado nutricional entre otras variables. Se evidenció que los adultos mayores tienden a padecer depresión debido a esta condición de fractura además de que se manifiesta en mayor medida en individuos mayores a 81 años.

Alomoto, Calero & Vaca (2018) en su investigación realizada en Quito en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE con el tema “Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor” (p.47) con 18 adultos mayores (6 mujeres y 12 hombres) de entre 60 y 65 años. Se utilizó las dos escalas de Hamilton para medir tanto depresión y ansiedad. Se realizó un plan con dos sesiones por semana durante cuatro semestres. En el post test realizado al final de las sesiones se concluye que las actividades físico-recreativas influyen de manera positiva para disminuir los niveles de depresión y ansiedad.

Da Silva & Carvalho (2017) realizaron un estudio con el título “Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de alzheimer incipiente” (p.102) en Xalapa-México con 184 personas de entre 60 y 87 años. Se pudo encontrar que la personalidad varía de acuerdo a quienes padecen o no la enfermedad de Alzheimer, aquellos que tenían esta enfermedad presentaron una

predisposición a la falta de amabilidad y dificultad en la planeación de actividades responsables. Además después de los 5 años del diagnóstico de la enfermedad aparece el neuroticismo, rasgos de angustia, ansiedad y estrés; y posterior a los 5 años de la enfermedad en sí, se muestran síntomas depresivos como tristeza y desánimo.

Saavedra, et al., (2016) hicieron un estudio con el tema “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México” (p.24) con 220 sujetos mayores a 60 años donde se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Test APGAR Familiar. El estudio sacó como conclusión que hay una correlación significativa entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, es decir que aquellas familias con estructura nuclear tienen una superior funcionalidad familiar. Además se pudo evidenciar que la funcionalidad familiar no se relaciona con el nivel de depresión de la persona.

Cardona, Segura, Garzón, Segura, & Cano (2016) realizaron una investigación con el tema “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia” (p.70) con 4.248 adultos mayores de 60 años, se les aplicó una encuesta conformada por 104 preguntas para conocer características demográficas, la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, además de la Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Se pudo concluir que el estado de salud general está más afectado por los problemas en la salud mental que en la física, ya que la salud mental influye en la toma de decisiones hacia una buena calidad de vida, además se afirma que vivir en el área urbana puede llegar a ser un factor de protección para disminuir el riesgo de depresión.

Salazar et al (2015) en su investigación de corte transversal observacional y descriptivo con el tema “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá” (p.176) la población fue de 839 adultos mayores de 60 años donde se aplicó la Escala Abreviada de Tamizaje para Depresión Geriátrica Yesavage. Se encontró que el grado de depresión en la población estudiada es mayor a lo que se describe en los informes del gobierno Colombiano y la Organización de la Salud.

Sánchez & Marín (2015) en su investigación con el tema “Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos” (p.74) se hizo con 46 adultos mayores (14 hombres y 32 mujeres) de 65 años en adelante. Se empleó el Test de Yesavage versión de 15 preguntas y el Test de Gijón el cuál sirve para evaluar la situación familiar, apoyo social, situación económica, vivienda y relaciones sociales. Se concluye que en el país de Costa Rica no se evidencia un adecuado control en los centros para adultos mayores, además un bajo nivel académico influye en la aparición de rasgos depresivos al igual que las personas con riesgos sociales y problemas sociales.

Martina, Ara, Gutiérrez, & Nolberto (2015) en su estudio con el tema “Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015” (p.393) con una población de 11.411 adultos mayores a 60 años a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Salud de la ENDES. Se encontraron que los factores de riesgo asociados a la depresión son: tener una edad avanzada, ausencia de pareja, vivir alejado de lugares mayormente poblados, bajo nivel económico, padecer alguna discapacidad física, bajo nivel académico y pertenecer al sexo femenino.

Llanes, López, Vázquez, & Hernández (2015) realizaron la investigación titulada “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor” (p.65) en Cuba con 146 adultos mayores donde se aplicó el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage, se pudo comprobar que los factores psicosociales que prevalecen son los relacionadas con los acontecimientos familiares y/o relaciones intrafamiliares; tales como: la pérdida de la pareja, bajo nivel económico, hábitos tóxicos, vivir solo y recibir maltrato físico.

Memoria Autobiográfica

Balola, Claudio & Ramos (2019) en su estudio con el tema “Relación entre la Memoria Autobiográfica, Apego y Esquemas Tempranos Desadaptativos” (p.183) hecho en Buenos Aires-Argentina con 111 personas de universidades y empresas, con edades entre 18 y 68 años. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Tarea de Memoria Autobiográfica. Los resultados arrojaron que no existe relación

entre depresión y un mayor número de recuerdos negativos, además se manifiesta que cuando las primeras experiencias son desadaptativas en las personas, los esquemas son mucho más disfuncionales y por ende mayor número de recuerdos negativos.

Sánchez, Fernandez & Lopez (2018) en su trabajo de investigación titulado “Mejora de habilidades mnésicas en el envejecimiento” (p.261) donde se trabajó con 10 adultos mayores (7 mujeres y 3 hombres) con edades alrededor de los 70 años, se aplicó el programa de intervención POMADA, además de los instrumentos de evaluación Escala VAS y la Escala de Felicidad Fordyce. Se logró mejorar el estado emocional con este tipo de intervención, además de que aumento el nivel de felicidad percibida, lo que provocó que el adulto mayor tenga cierta fortaleza frente a la sintomatología depresiva.

Jiménez, Izal & Montorio (2016) en su estudio titulado “Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva” (p.51) hecho en Madrid en 67 adultos mayores de entre 60 y 89 años, se usó la Escala de Experiencias Positivas y Negativas. Se obtuvo como resultados una mayor mejora posterior a la intervención, además de un incremento del nivel de felicidad y afectividad positiva, y a su vez una disminución en el grado de preocupación. Lo que sugiere que existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control.

Boyano & Mora (2015) realizaron una investigación llamada “Estado de ánimo y memoria autobiográfica: efectos sobre la intensidad de los recuerdos escolares” (p.1035) en la Universidad de Málaga en España con 569 estudiantes de psicología de entre 18 a 40 años, donde usaron la técnica LIM la cual permite rescatar memorias positivas o negativas y también se empleó la Escala PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*). Los resultados fueron que los sujetos con ánimo alegre desarrollan una mayor percepción de memorias positivas y negativas, en cambio en los que predominó la tristeza, desarrollaron apreciaciones más conservadoras. Por lo que se infiere que el ánimo produce una forma de procesamiento que regula la valoración de las memorias.

Wobbeking, Sánchez, Urchaga, Sánchez, & García (2015) realizó una investigación titulada “Intervención Optimizadora del Bienestar Cognitivo y Emocional en Mayores Institucionalizados: Un estudio piloto” (p.195) en la Universidad de Salamanca con 10 personas (2 hombres y 8 mujeres) de entre 70 y 92 años. Se utilizó el Test de Memoria Autobiográfica el cual permite evaluar la especificidad de la memoria autobiográfica. Se obtuvo como resultados que la Intervención Optimizadora no reduce las creencias irracionales ni mejora la calidad de vida, sin embargo logra recordar y evocar experiencias como la gratitud.

Bender, Carrera, & Arbiol (2015) en su investigación con el tema “Relación entre autofocus autobiográfico y especificidad en la sobre generalización de la memoria. Diferencias entre personas con y sin diagnóstico de depresión” (p.109) en Madrid-España con 40 personas diagnosticadas con depresión y 40 personas sin depresión, donde se empleó el Test de memoria autobiográfica (AMT). Los resultados fueron que la diferenciación narrativa como indicador de autoenfoco se relacionó de forma negativa con la especificidad y de forma positiva con la sobregeneralidad de recuerdos autobiográficos particularmente negativos, sin embargo esto fue solo en la muestra deprimida, además el grupo deprimido recibe un autoenfoco mucho más fuerte que los no deprimidos.

Gonzalez & Ruetti (2015) en su estudio llamado “Memoria Autobiográfica Emocional: Papel de las Emociones sobre la evocación” (p.260) en Buenos Aires-Argentina con 17 estudiantes universitarios donde se aplicó un cuestionario de auto reporte. Cuyos resultados fueron que las emociones influyen drásticamente en la evocación de recuerdos, es decir emociones positivas evocan recuerdos positivos y emociones negativas evocan recuerdos negativos.

Ortega, Ramírez & Chamorro (2015) en su artículo denominado “Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores” (p.23) en la Universidad de Jaen en España conformado por 26 adultos mayores de entre 69 y 91 años, se utilizó el Test de Memoria Autobiográfica, el Mini examen Cognoscitivo, y la Escala de Satisfacción con la vida. Se obtuvo como resultados que dicha intervención tuvo

efectos significativos incrementando las variables de felicidad subjetiva, satisfacción de vida, bienestar psicológico en la, recuerdos específicos y gratitud. Esto a la par de disminuir la depresión después del procedimiento.

1.1.3. Marco teórico

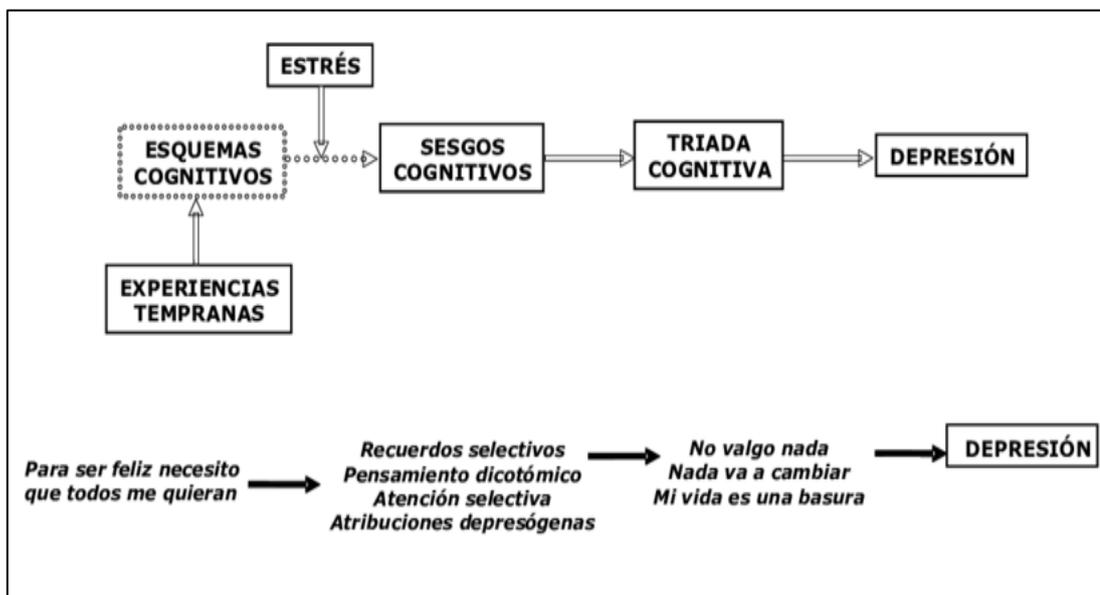
La presente investigación se basa en la corriente psicológica Cognitivo-Conductual debido a que las dos variables tanto Depresión y Memoria Autobiográfica abarca de mejor manera su sustento teórico; ya que muchos autores destacados trabajaron de forma amplia estas temáticas.

Depresión

Tomado del “Modelo cognitivo de la depresión según Beck”.

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) se proponen algunas técnicas que se han desarrollado e ido mejorando a través de los años en base a la teoría psicológica de la depresión según Beck desde 1976. Surge de ciertas observaciones sistemáticas y de estudios experimentales, enfocados a la investigación, diagnóstico y tratamiento de la depresión, los enfoques tanto clínicos y experimentales permiten la formación del modelo y el tipo de tratamiento posible, este modelo propone tres aspectos fundamentales: triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos.

Figura N° 1. Modelo cognitivo estándar



Fuente: Obtenido de Manual de psicopatología y trastornos psicológicos, (Caballo, Salazar, & Carroble, 2014).

Triada cognitiva.

Beck, Rush, Shaw & Emery (2010) refieren que está conformada por tres esquemas cognitivos los cuales impulsan al individuo a considerar su pasado, futuro y su concepto de sí mismo como parte de su ser y que estos modelos no pueden modificarse:

Figura N° 2. Triada cognitiva de Beck



Fuente: Obtenido de Terapia cognitiva de la depresión, (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

Visión negativa de sí mismo

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010), el paciente empieza a desvalorizarse, se percibe enfermo, viviendo alguna desgracia, culpa sus malas experiencias a alguna imperfección de tipo físico o mental, piensa que es una persona inútil debido a estas imperfecciones, además tiene la idea de que no posee las cualidades que para él sirven para lograr la felicidad.

Interpretación negativa de sus experiencias

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) aquí el paciente depresivo tiene la noción de que el mundo le exige demasiado y se presentan trabas imposibles de superar para alcanzar sus metas, su relación con el ambiente se basa en la derrota y frustración, esto se puede evidenciar en el paciente cuando a cada situación intenta darle un giro de manera negativa aun cuando podría tener otro camino más adecuado, en un momento determinado puede llegar a darse

cuenta de que esta interpretación negativa la hace para que se adapte mejor a la concepción que él ya tenía arraigada en su mente.

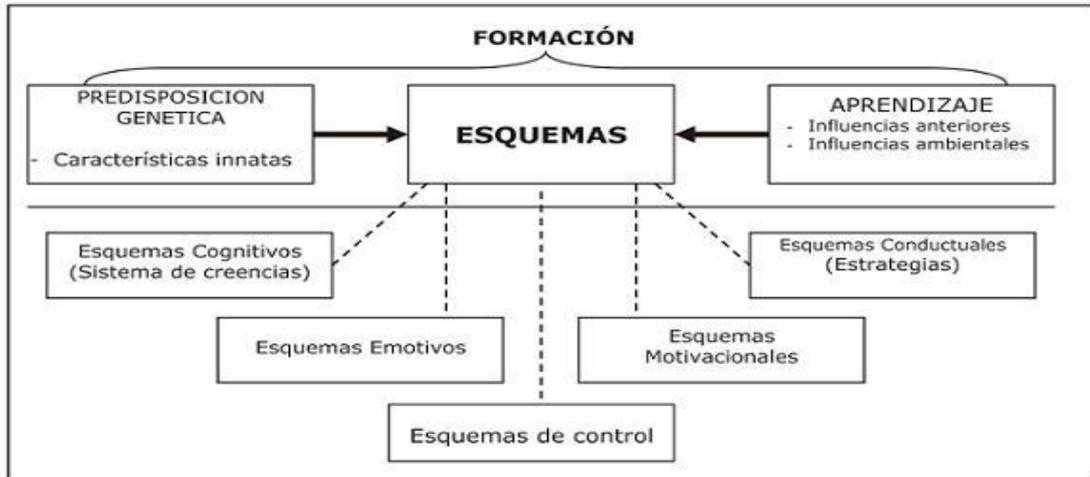
Visión negativa del futuro

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) en este caso el individuo con depresión se plantea proyectos difíciles de cumplir, interpreta estos proyectos como interminables lo que genera malestar en el presente ya que espera un futuro de penas y frustraciones por lo que cuando intenta emprender una tarea a corto plazo sus expectativas son derrotistas. En otras palabras cuando el paciente tiene el pensamiento de que va a fracasar este siente emociones de tristeza y enfado al igual que cuando ya ha fracasado y siente que este fracaso es real en el presente, en cambio sí siente que vive rechazado por la sociedad este sentirá soledad en la actualidad.

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) por tanto la ideación suicida se puede explicar cómo el deseo de escapar de las dificultades que no se pueden resolver ni tampoco tolerar, es decir llega a percibirse como inútil para la sociedad y para sí mismo por lo que piensa que la mejor solución es la muerte. Además se explica que la dependencia vendría a ser la búsqueda en otras personas de las cualidades que no posee el individuo para resolver sus conflictos, este busca ayuda y seguridad en personas que considera competentes y capacitados. En cuanto a los síntomas físicos como la inhibición psicomotriz podrían ser a causa de la apatía, poca energía y visión negativa del futuro.

Esquemas

Figura N° 3. Formación y tipos de esquemas



Fuente: Obtenido de Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, (Beck, et al, 2005).

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) es la tendencia del paciente a mantener su sintomatología depresiva a pesar de existir razones y evidencia para el cese de este estado de ánimo. También se puede entender como la estabilización de estos patrones cognitivos en el ser, las personas seleccionan ciertos estímulos por encima de otros, pueden combinarlos y les dan un significado dependiendo de la situación. A pesar de que no todos les damos el mismo significado a determinadas situaciones, tendemos a responder de manera similar en la mayoría de situaciones ya que existen patrones cognitivos que regulan estas respuestas. La cognición se define como cualquier idea que tenga un significado verbal o gráfico, el esquema convierte los datos en cogniciones ya que ubica, diferencia y codifica el estímulo percibido por el individuo, y por medio de una matriz de esquemas se puede valorar y organizar las experiencias. Los distintos esquemas explican la manera en que una persona maneja sus experiencias, un esquema puede perdurar de forma latente durante largo tiempo hasta que ciertos estímulos del ambiente los activan como por ejemplo eventos que generan ansiedad, los esquemas activados demuestran la forma en que el individuo responde a una situación específica. Cuando existe algún trastorno mental como la depresión estos estímulos se ven distorsionados y se ajustan a esquemas inadecuados, lo que conlleva a la creación de esquemas idiosincráticos y conforme estos esquemas se van reforzando por la repetición de los estímulos, traen consigo respuestas ilógicas

por lo que se pierde el control de sus pensamientos y no logra llegar a esquemas más adecuados.

Errores en el procesamiento de la información.

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) son pensamientos distorsionados de manera primitiva que llevan al paciente a creer y validar sus actitudes negativas aunque puede existir certeza de lo contrario.

Inferencia arbitraria

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Es adelantarse a una determinada situación a pesar de que no existe evidencia que confirmen estos argumentos o bien puede existir evidencia que descarte dicha conclusión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Abstracción selectiva

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Centrar la atención en un único estímulo fuera de contexto, dejando de lado ciertas características importantes, enfocando esta experiencia solo en relación a dicho estímulo.

Generalización excesiva

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Se basa en dar una opinión en relación a una regla general la cual se basa en acontecimientos aislados, dicha opinión se pone en práctica tanto en situaciones coherentes como en no relacionadas.

Maximización y minimización

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Es una respuesta desproporcionada a la situación real, esta se origina en la experiencia de errores cometidos, se distorsiona la percepción de la magnitud de un evento.

Personalización

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Se da cuando un individuo interioriza fenómenos del exterior a pesar de que no existe evidencia de que se relacione de alguna manera con el individuo.

Pensamiento absolutista, dicotómico

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) Se trata de darle un significado a una experiencia mediante una o dos categorías opuestas, cuando el individuo se describe a sí mismo frecuentemente escoge las categorías negativas.

Beck, Rush, Shaw, & Emery (2010) las personas con depresión organizan estas experiencias de manera primitiva, dan juicios globales a los problemas cotidianos, además escogen las categorías especialmente negativas y extremas, por ejemplo un pensamiento primitivo sería “soy un cobarde” mientras que un pensamiento maduro es “soy algo cobarde, muy generoso y bastante inteligente”.

Trastornos del humor (afectivos).

OMS (2000) en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) incluye un conjunto de trastornos en los que existe una alteración del estado de ánimo o la afectividad hacia la depresión (puede o no estar asociada a la ansiedad) o la euforia. El cambio en el humor suele estar acompañado de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas en su mayoría, son secundarios, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio en particular puede, a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.

Definición de Depresión.

Según la OMS (2019) define a la depresión como “el trastorno mental más habitual, que se evidencia por la aparición de tristeza, ausencia de interés o gusto por actividades que antes se encontraban placenteras, culpabilidad o disminución de la autoestima, alteraciones en el sueño o el apetito, fatigabilidad y disminución de la concentración”. La depresión puede volverse crónica o recurrente y ocasionar dificultades en el desempeño del trabajo o la actividad académica y la capacidad para resolver los conflictos del diario vivir. En su forma más grave, puede llegar a ser fatal, es decir ocasionar el suicidio. Si es leve, basta con la terapia psicológica sin necesidad de recurrir a los psicofármacos, pero si su intensidad es de moderada o

grave, es necesario la administración de medicamentos y terapia psicológica especializada.

Por otro lado la Asociación de Psiquiatría Americana (2014) la define como un trastorno depresivo cuya duración es por lo mínimo de dos semanas, donde se produce alteraciones en el estado afectivo y la cognición, puede presentar hipotimia, reducción del interés o placer por las actividades diarias, disminución de peso o aumento del mismo, dificultad para conciliar el sueño o sueño excesivo, falta de energía, culpa, ideación suicida y dificultad para concentrarse entre otros síntomas. Es necesario diferenciar lo que es depresión y lo que no, ya que este término suele ser usado con frecuencia para definir erróneamente simples síntomas anímicos depresivos, que pueden desaparecer en un poco tiempo. Lo que diferencia el humor depresivo (cambios emocionales negativos o alteraciones emocionales normales que no llegan a constituir una patología) de la depresión misma es la persistencia, la severidad de los síntomas y el grado en que esta afecta en las diferentes áreas de la vida del individuo. Se conoce que la depresión no tiene relación con una debilidad personal, inmadurez psicológica o alguna anomalía en el carácter.

Factores de riesgo asociados a la depresión.

Vallejo (2011) menciona que actualmente la depresión es multicausal ya que interviene factores biológicos, sociodemográficos y psicosociales:

Factores biológicos

- a) Genéticos.- Se refiere a antecedentes familiares de depresiones unipolares o endógenas que aumentan la probabilidad de que aparezca.
- b) Síndrome premenstrual.- Aparece en algunas mujeres que presentan sintomatología depresiva premenstrual.
- c) Anomalías morfo biológicas.

Variables sociodemográficas

- a) Sexo.- Existe una mayor prevalencia en mujeres debido a causas psicosociales.
- b) Edad.- Suele ser frecuente los cambios de humor en la adolescencia, sin embargo esta más asociado en personas que cruzan la tercera edad.

- c) Estado civil.- La separación o divorcio suele asociarse a la depresión.
- d) Otras.- Existe evidencia de un alto nivel académico, así como un nivel económico elevado asociado a la depresión, además la religión se asocia a un índice más bajo de suicidio.

Factores psicosociales

- a) Personalidad y estilo cognitivo
- b) Muerte de los padres.- Se puede relacionar la muerte de algún padre con la depresión, ya sea en los hijos o en la pareja.
- c) Soporte social.- La incapacidad de establecer relaciones sociales se asocia a la depresión.
- d) Acontecimientos traumáticos.- Abuso sexual, presenciar alguna muerte violenta, accidentes de tránsito etc.

Clasificación de la Depresión según el CIE-10

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) en la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) especifica a la depresión de la siguiente manera:

Episodio depresivo (F32)

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre estan reducidas e incluso en la formas leves, a menudo estan presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía un poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados “síntomas somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la líbido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Incluye: Episodios aislados de:

- Reacción depresiva
- Depresión psicógena
- Depresión reactiva

Excluye:

- Trastorno de adaptación (F43.2)
- Trastorno depresivo recurrente (F33.-)
- Cuando se asocia al trastorno de la conducta F91.- (F92.0)

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Episodio Depresión leve (F32.0)

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas, y persistente durante al menos dos semanas.
 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea de al menos de cuatro:
 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
 2. Sentimientos no razonables de autoreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Episodio Depresivo moderado (F32.1)

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

- A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo (F32)
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales al criterio C de F32.0 para sumar un total de al menos seis síntomas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de auto desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuatro síntomas “somáticos”.

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada
- Depresión mayor
- Depresión vital

Nota diagnóstica

Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Un episodio de depresión tal como se describe en F32.2 pero con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotor o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

Episodio aislado de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos
- Psicosis depresiva psicógena
- Depresión psicótica
- Psicosis depresiva reactiva

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
- D. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 - 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia –criterio G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3– (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no se vean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco nihilístico, autorreferencial o persecutorio.
 - 2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).

F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR

Según la Asociación de Psiquiatría Americana (2003) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) abarca a la depresión de la siguiente manera.

Episodio depresivo mayor (296.xx)

El episodio depresivo mayor es el síndrome esencial de la depresión grave. La mayoría de los diagnósticos concretos en el grupo de los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, episodio único; trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo; etc.) requieren que el paciente satisfaga, en primer lugar los criterios para el episodio depresivo mayor. Estos diagnósticos específicos se diferenciarán posteriormente en función del número de episodios depresivos que el paciente ha sufrido y de la presencia o ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos. Los criterios para un episodio depresivo mayor incluyen:

- A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. La mayor parte del día, casi cada día, (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión/ para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Nota: Codificar en el cuarto dígito. Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos pueden aplicarse solo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión total pueden ser aplicables al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un trastorno depresivo mayor en un trastorno bipolar I y II solo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

Leve [.x1]: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado [.x2]: Síntomas de incapacidad funcional entre “leves” y “graves”.

Grave sin síntomas psicóticos [.x3]: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos [.x4]: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa enfermedad, muerte, nihilismo o de ser merecedor de un castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial [.x5]: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un periodo sin síntomas significativos del episodio depresivos mayor con una duración menor de dos meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, solo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.) El paciente no ha presentado síntomas durante menos de 2 meses después de finalizar el episodio depresivo mayor.

En remisión total [.x6]: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado [.x0]

Comparación entre el CIE-10 y el DSM-IV-TR

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es creada por la Organización Mundial de la Salud (2000) en su apartado para las enfermedades mentales tipifica a la depresión como Episodio depresivo (F32) y dependiendo la

intensidad de los síntomas se la clasifica en leve, moderada o grave (con o sin síntomas psicóticos).

En cambio el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) pertenece a la Asociación de Psiquiatría Americana (2003) donde primero especifica el Episodio depresivo mayor; y tomando en cuenta el tiempo y la cantidad de síntomas que se presentan se determina su gravedad como leve, moderada, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos (congruentes o no con el estado de ánimo), en remisión parcial o total. Además especifica si es episodio único o recidivante.

Tratamiento de la depresión.

Zarragoitía (2010) refiere que es pertinente señalar que cada caso de depresión es muy particular por lo que como se mencionó anteriormente la depresión es multifactorial y su plan de tratamiento debe ser individualizado, sin embargo existen ciertas pautas a tomar en cuenta como:

- Una correcta evaluación diagnóstica
- Evaluar los factores protectores y mantenedores con que cuenta el paciente
- La gravedad en la que le afecta en su diario vivir
- Mantener un adecuado vínculo entre terapeuta y paciente
- Evaluación de la seguridad del paciente y de personas allegadas al mismo.
- Psicoeducación familiar y al paciente
- Asegurar la adherencia al tratamiento
- Trabajar en la prevención de recaídas
- En caso de ser necesario contar con farmacoterapia

Depresión en el adulto mayor

Zarragoitía (2010) existe la creencia errónea de que al llegar a cierta etapa de la vida como es la vejez es normal estar deprimido, esto se evidencia por los diferentes factores de salud que predisponen al anciano a presentar depresión, por lo que se tiende a dejar de lado un oportuno tratamiento. Entre las causas de depresión en el adulto mayor se presentan los rasgos dependientes, pasivo-agresivos y obsesivos de la personalidad, predisposición biológica, nivel socioeconómico bajo, nivel

intelectual, abandono, violencia en la familia, pasar por un duelo de algún familiar o persona cercana, padecer alguna enfermedad crónica. Se puede afirmar que aquellos adultos mayores que padecen enfermedades neurodegenerativas sufran alteraciones en el estado de ánimo, sin embargo estas alteraciones sí se pueden tratar para disminuir la sintomatología.

Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor

Según Triado & Villar (2014) se conoce que la depresión puede ocasionar deterioro cognitivo, así como en la adultez temprana y media la depresión produce una disminución en la atención y concentración, en la vejez ocasiona una mayor probabilidad de deterioro cognitivo, incluso los problemas de memoria normales que ocasiona la vejez suelen ser un factor importante para el desarrollo de depresión. Cuando existe la presencia de una demencia, este deterioro cognitivo puede estar asociado también a la aparición de la depresión o bien la depresión vendría a ser un síntoma de la demencia.

Memoria autobiográfica

Psicología Cognitiva

Bruning, Schraw, & Norby (2012) definen a la Psicología Cognitiva como un enfoque teórico el cual abarca el estudio del entendimiento de la percepción, la memoria y el pensamiento humano, relaciona al individuo como procesadores de información semejante a computadores. Actualmente trabaja varios temas de investigación teórica y aplicada, además ha evolucionado hacia el estudio de la ciencia cognitiva y la neurociencia cognitiva. A continuación se detalla cada uno de estos temas.

- **Atención**

Capponi (2015) define a la atención como una forma de orientar la actividad de la mente hacia lo que se vivencia, se acepta un estímulo de manera voluntaria, en forma pasiva y si realizar mayor esfuerzo, estos estímulos pueden ser sensaciones, percepciones, sentimientos y pensamientos.

- **Orientación**

Según Vallejo (2011) es la capacidad de entender los acontecimientos vitales como el pasado, presente y futuro, esta a su vez permite la ubicación espacial y la ubicación en relación a uno mismo. Si bien la interpretación de ciertos estímulos puede variar, existen aspectos que son universales como son las formas colores las formas y el paso del tiempo.

- **Conciencia**

Capponi (2015) menciona que la conciencia está relacionada con interiorizar algún hecho, estar familiarizado y cercano a ese momento o sitio, conducir este vivenciar hacia el exterior donde existe un mundo, con el que se puede interactuar, y finalmente es el darse cuenta y el saber sobre sí mismo. En otras palabras puede ser el conocimiento de sí mismo, del tiempo y del ambiente que lo rodea por lo que se puede interpretar como un reflejo de la realidad.

- **Psicomotricidad**

Según Capponi (2015) se refiere a llevar a cabo una acción ya sea de forma instintiva es decir sin un aprendizaje anterior, voluntaria cuando se halla bajo la propia vigilancia o habitual en el momento en que se puede perfeccionar un aprendizaje.

- Afectividad

Capponi (2015) cuando se satisfacen o no los impulsos instintivos, estos generan sentimientos positivos o negativos, y por ende desembocan en la vida afectiva.

- Pensamiento

Capponi (2015) es un conjunto de ideas que fluyen en la mente además de símbolos dirigidos a un objetivo específico y que se manifiestan mediante el uso del lenguaje o el acto.

- Lenguaje

Rotondo (1998) se define con la producción de pensamientos e ideas por medio de la palabra, escritura, mímica o símbolos, que permiten el intercambio de información en las personas. Es decir el conjunto de signos interpretables los cuales transmiten mensajes con el fin de expresar ideas por un medio para recibir una respuesta.

- Sensopercepción

Según Torres, Barrantes, & Tajima (2015) es la forma en la que interpretamos conocimientos a partir de las sensaciones de nuestro alrededor o de sí mismo. Se entiende por sensación a la estimulación de órganos sensoriales, en cambio la percepción vendría a ser la interpretación que se le da a dichos estímulos; en la percepción interviene el contexto, la predisposición de la persona y las características en las que se muestra el estímulo.

- Memoria

Capponi (2015) es la capacidad de retener, conservar y posteriormente evocar información, la interpretación que se le da a dicha información se denomina aprendizaje, el cual depende del nivel de conciencia, la atención, motivación y el estado anímico. Además permite la orientación temporo-espacial, del sujeto.

Definición de la memoria

Según Romero & Vazquez (2002) refiere “Tanto el aprendizaje como la memoria son expresiones del procesamiento neuronal. La memoria se caracteriza por la adquisición, almacenamiento y reposición de las experiencias previas que fueron aprendidas” p.33.

Por otro lado Vargaz (2008) define a la memoria como un proceso psicológico y biológico que ocurre a nivel cerebral, la cual atribuye que las conductas presentes son el resultado de experiencias pasadas interiorizadas, y modificadas como consecuencia el aprendizaje. El cerebro cumple la función de almacenar información y lo hace mediante conexiones de neuronas. A través de los años esta función se va perfeccionando al punto de tener a la mano la respuesta más idónea a diferentes problemáticas que surjan, a la par que va desechando aquella información innecesaria para nuestra vida, se puede recalcar que la memoria participa en todas y cada una de las actividades que realizamos a lo largo de nuestra vida.

Díaz (2009) menciona que la adecuada forma de definir fácilmente a la memoria podría ser como el proceso que permite almacenar y recuperar información de cualquier tipo de material o instrumento. De forma más específica se puede hablar de la memoria como la capacidad para recordar o como la habilidad por medio de la cual se recuerda. Esta habilidad es de gran importancia para las personas, ya que el conocimiento que tienen de sí mismas viene de la mano con su capacidad para reconocer, de su habilidad para recordar su vida pasada y en el repaso de su propia vida. La inteligencia en cambio vendría a ser la forma en la utilizamos esta información recordada para resolver problemas de la vida.

Proceso de la memoria

Ballesteros (2012) menciona que la psicología cognitiva define a la memoria como un mecanismo de procesamiento y almacenamiento de la información comparándolo con un computador que tiene la capacidad de registrar almacenar retener y recuperar información. Por lo que hoy se conoce que la memoria no es inflexible sino que esta es maleable, además que no existe un solo tipo de memoria sino que son varios y cada uno con características únicas.

Según Jodar et al. (2005) especifica acerca del proceso de la memoria:

- a) Codificación.- Representa tanto la información visual o auditiva, además de las funciones motrices que en un principio son ordenadas y procesadas para ser utilizadas de forma inmediata o para ser recuperadas en el futuro.
- b) Consolidación.- Se encarga de transformar las memorias temporales o limitadas en ilimitadas o permanentes.
- c) Recuperación.- Se da cuando la información aprendida o las destrezas son, como su nombre lo indica recuperadas y puede ser un proceso consciente como inconsciente.

Tipos de memoria

El modelo clásico referente a la memoria se lo ha dividido en tres aspectos principales, memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

Sensorial.

Según Vásquez (2018) refiere que la memoria sensorial es la más breve de las demás memorias, se da de forma automática por lo que no se la puede manipular conscientemente. Es aquella que capta información por los órganos sensoriales cuando estos son estimulados y se da por un breve periodo de tiempo (250 ms), su capacidad de almacenaje es muy amplia.

Figura N° 4. Linterna girando en la oscuridad



Fuente: Obtenido de Manual de introducción a la psicología cognitiva, (Vásquez, 2018).

Memoria a corto plazo.

Vásquez (2018) también conocida como memoria inmediata o memoria primaria, tiene un corto tiempo de duración, es limitada alrededor de 20 segundos, es útil a la hora de recordar números o seguir instrucciones ya sea para llegar a un sitio específico, al realizar alguna receta de comida etc., y dependiendo de la capacidad mnémica del sujeto la cantidad de información retenida también será limitada.

Operativa o memoria de trabajo.

Aunque va a la par de la memoria a corto plazo, es mucho más compleja ya que, permite rememorar eventos o acciones aprendidas para manipular esa información y usarla en funciones superiores con el hecho de razonar (Serra et al, 2017).

Memoria a largo plazo.

Es aquella que logra guardar una cantidad ilimitada de información por un largo periodo de tiempo, puede ser años y hasta toda la vida (Serra et al, 2017)

Implícita o procedimental o no declarativa.

Ortega & Franco (2010) menciona que aparece en el momento cuando se recuerda un evento o suceso pero de manera inconsciente. Almacena aquellas habilidades motrices relacionadas al cuerpo y se efectúan de forma inconsciente.

Explícita o declarativa:

Ortega & Franco (2010) mencionan que requiere de un esfuerzo consciente para recordar recuerdos almacenados como números, acontecimientos, recordar los detalles de alguna vivencia o hecho. Se clasifica en:

Semántica

Se la puede organizar en función de la similitud semántica, se relaciona con el conocimiento del mundo y de las vivencias socioculturales aprendidas (Romero & Vazquez, 2002).

Memoria episódica

También denominada memoria autobiográfica se encuentra relacionada con recuerdos de hechos personales y que son de relevancia para el individuo, enfocado a un determinado tiempo y espacio, se puede determinar el momento en el que se produjo dicho aprendizaje. Este tipo de memoria es la que más fácilmente se puede evaluar debido a que es muy evidente y llamativa, en especial en casos de deterioro cognitivo ya que cuando existe alguna alteración en este tipo de memoria sus olvidos son muy notorios. Se puede evaluar con cualquier test que contenga listados de palabras como el Test de memoria autobiográfica, las subescalas de memoria del Wechsler etc. (Romero & Vazquez, 2002).

Memoria autobiográfica

Cabe recalcar que ciertos autores como Vázquez & Hervás (2008) separan la memoria autobiográfica de la episódica debido a que esta tiene contenido episódico (experiencias) y semántico (significado de conceptos). Se define a la memoria autobiográfica como un subtipo de memoria de hechos específicos del pasado del sujeto, que se experimenta como una experiencia de acciones renovada, situaciones pasadas, hechos y acontecimientos que el individuo recuerda. Como se mencionó anteriormente esta memoria guarda también la información o el conocimiento del significado de dichas experiencias o acontecimientos ya sean nombres lugares, objetos animales, acciones, pensamiento y emociones, además tiene mucha importancia en la formación del “*self*”. La reminiscencia es el modo en que se logra acceder a estos recuerdos para utilizarlos en el presente. Además conforme se envejece se tiende a recordar más el pasado lejano del sujeto, donde los recuerdos

positivos son los que predominan y los negativos se los suele reinterpretar con el in de sentirse mejor. Se propone tres niveles jerárquicos que abarcan la memoria autobiográfica:

1. Periodos de vida: Se miden en años o décadas
2. Eventos Generales: experiencias vividas repetidamente y dura días, semanas o meses.
3. Eventos específicos: son individuales y concretos, ocurrieron una vez en la vida y se mide en segundos, minutos y horas

Patologías de la memoria

Capponi (2015) propone para describir de mejor manera la psicopatología de la memoria la siguiente clasificación:

Patologías Cuantitativas

1. Amnesia anterógrada o de fijación.

Incapacidad de evocar recuerdos recientes, pero conserva la habilidad de traer a la mente recuerdos antiguos, afecta en conjunto a la atención y concentración

2. Amnesia de conservación.

Existe la incapacidad de retener información que anteriormente ya ha sido fijada en la memoria, es decir el paciente olvida lo que anteriormente ya había aprendido y rememorado.

3. Amnesia retrógrada o de evocación

Se caracteriza por la imposibilidad de actualizar vivencias que anteriormente ya fueron fijadas y conservadas, es decir lo que para el paciente era fácil de recordar como el día de la semana o los nombres de familiares, no los logra traer a la memoria.

4. Hipomnesia.

Es la disminución de la habilidad de recordar debido a una alteración en la memoria de fijación y evocación, va relacionado íntimamente con la disminución de la atención, concentración y alteración del estado de ánimo.

5. *Hipermnesia*

Es la habilidad de memorización en promedio mayor que los demás, puede darse tanto un aumento en la capacidad de evocación debido a un posible peligro de muerte como una mayor facilidad de memorización en ciertas áreas o temas que para el sujeto le parezcan interesantes o bien puede utilizar reglas mnemotécnicas para aprender más rápido.

6. *Amnesias diferenciadas.*

Son las que se evidencia la alteración de recuerdos relacionados a cierta área sensorial como la vista, oído, olfato, tacto, gusto, nominativo.

7. *Amnesia global.*

Es el tipo de amnesia que se observa una alteración tanto en la memoria de fijación como la de evocación. Puede darse también desorientación espacial y/o temporal

8. *Amnesia lacunar*

Es la pérdida de recuerdos en un periodo de tiempo específico, es decir el paciente no recuerda todo lo que sucedió durante unas horas o días.

Patologías Cualitativas

1. *Pseudología fantástica*

Se da cuando hay un exceso de imaginación al momento de recordar, el paciente llena los espacios con hechos sorprendentes con el fin de impresionar y así obtener algún tipo de ganancia.

2. *Fabulación*

Se da cuando el paciente se apropia recuerdos que no le pertenecen o son puramente producto de su imaginación.

3. *Confabulación*

Se da cuando el sujeto inventa recuerdos sin la intención de engañar para responder hechos que ha olvidado.

4. *Falso reconocimiento*

Existe la afirmación de conocer personas o lugares que nunca ha visto antes, el paciente está convencido de que estos recuerdos son reales.

5. *Criptomnesia*

El paciente afirma que algunos recuerdos, ideas o conocimientos son propios, cuando en realidad provienen de un tercero.

6. *Deja vu*

Se define como el fenómeno de lo ya vivido, se basa en la sensación de que una vivencia reciente, anteriormente ya sucedió.

7. *Jamais vu*

En cambio se lo puede definir como el fenómeno de lo nunca vivido y se caracteriza por desconocer un evento o recuerdo ya antes vivido.

8. *Amnesia psicógena*

Es la negación de haber vivido hechos pasados puede ser debido a ciertos traumas emocionales, o por una ganancia secundaria, existen de tipo selectiva, generalizada y puede seguir hasta la actualidad.

9. *Paramnesia reduplicativa*

Es la afirmación de permanecer en dos lugares distintos al mismo tiempo, uno de ellos puede ser correcto y el otro no.

Alteraciones de la memoria en el adulto mayor

Triado & Villar (2014) en la vejez sobresale un deterioro significativo en la memoria y aprendizaje, la tasa de olvido aumenta al mismo tiempo que se dificulta la capacidad para aprender información nueva, por lo general inicia después de los 50 años y se da de forma progresiva. Este deterioro se da más lentamente cuando existe un envejecimiento sano o normal, que cuando se trata de un envejecimiento anormal o propiamente demencia. Uno de los aspectos más relevantes en el adulto mayor es que olvida fácilmente los eventos recientes, aunque tenga la habilidad de describir con mayor detalle los eventos pasados, en especial los acontecimientos que involucraron en gran parte el factor emocional.

Envejecimiento patológico

Demencia

Triado & Villar (2014) se define como un síndrome que implica un deterioro que se da de forma progresiva en las funciones mentales superiores: lenguaje, visopercepción, raciocinio, atención, memoria, pensamiento, que se relacionan con alteraciones emocionales y del comportamiento. Puede presentarse a cualquier edad no obstante se la encuentra con mayor frecuencia después de los 55 años debido a características frecuentes como enfermedades vasculares y neurodegenerativas, hoy se conoce que solo el 4% de las demencias son curables, otras son tratables mas no curables. A continuación se las clasifica en la siguiente tabla.

Demencia de tipo Alzheimer

Triado & Villar (2014) También llamada enfermedad de Alzheimer por lo general aparece después de los 50 años, es la más frecuente y conocida de todas las demencias ya que cubre el 60% de ellas, suele presentarse a la par con la demencia vascular. Probablemente es un síndrome hereditario, en un 20% aparece de forma autosómica dominante y un 80% existe la posibilidad de antecedentes familiares que padecieron la enfermedad, está ligado al cromosoma 14. Se clasifica según su aparición antes o después de los 65 años, es decir de inicio precoz cuando se presenta antes de los 65 años y de inicio tardío si se da después. Se conocen tres etapas en la enfermedad de Alzheimer, la amnésica, confusional y la demencial

Enfermedad de Parkinson

Montoya (1999) las características principales de esta demencia son: temblores (de reposo que involucran la cabeza, manos y/o tobillos), rigidez (aumento del tono muscular en los flexores, lo que hace que la persona doble sus rodillas, hombros y cuello, además de que lleve su postura hacia adelante) y bradicinesia (enlentecimiento y dificultad para iniciar movimientos. La motricidad fina está muy afectada al igual que la mímica y la coordinación, el lenguaje es disártrico, suele aparecer la depresión, se estima que entre el 19% y 40% de estos pacientes desarrolla una demencia.

Demencia de los cuerpos de Lewy

Caballo, Salazar, & Carrobles (2014) aparece frecuentemente entre los 60 y 70 años, se relaciona con los síntomas del Parkinson además presenta dificultad en mantener el foco de atención y suele asociarse a alteraciones neuropsicológicas, debido a su similitud con el Parkinson se cree que su origen es similar, se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy en el individuo al igual que en ciertas ocasiones también se los halla en el mal de Parkinson o personas sin patología.

Enfermedad de Huntington

Montoya (1999) suelen aparecer síntomas psicóticos, las alteraciones en la motricidad pueden ser ligeros al inicio y posteriormente encadenados a manera de movimientos rápidos, forzosos, involuntarios y convulsivos, se da debido a una anomalía en el cromosoma 4, existen un 50% de heredar la enfermedad y es dominante en un 100%, por lo general aparece entre los 40 y 50 años. Son frecuentes pequeños temblores en las manos, cara, dedos, hombros al punto de poder ser disimulados en la etapa inicial, y conforme avanza la enfermedad los síntomas son cada vez más intensos, puede estar acompañado de alteraciones en la memoria, atención, pensamiento, estado de ánimo. El deterioro es progresivo y permanece entre 13 y 16 años con el paciente hasta su muerte. De momento solo se ha trabajado en la prevención además de controlar la procreación de pacientes que padecen la enfermedad.

Enfermedad de Wilson

Montoya (1999) es autosómica recesiva, afecta al hígado y al SN, se da por una anomalía en la metabolización del cobre, y se manifiesta entre los 20 y 30 años, aparece una coloración en el borde de la córnea como signo característico, sus síntomas principales son: movimientos coreicos, rigidez, temblores, disfagia, disartria y cambios en el comportamiento, en caso de no recibir el tratamiento adecuado puede desembocar en síntomas demenciales como olvido, apatía y disminución en la cognición. Con un tratamiento a tiempo con penicilamina se logra restituir en gran parte el deterioro cognoscitivo.

Neurosífilis

Montoya (1999) se da por una infección en el Sistema Nervioso invadido por el *Treponema pállidum*, los síntomas suelen aparecer después de 15 o 20 años después de dicha infección, se dan cambios en el comportamiento como apatía, irritabilidad, descuido en el cuidado personal, desinhibición e ideas delirantes, conforme avanza la enfermedad se presentan temblores en la cara, movimientos involuntarios y disartria, existe un tratamiento eficaz cuando se detecta a tiempo.

Enfermedad de Jacob-Crutzfeldt

Montoya (1999) al igual que la anterior es una enfermedad infecciosa que no aparece con mucha frecuencia, el deterioro es rápido y progresivo al punto de causar la muerte en aproximadamente un año, se caracteriza por una disminución en la inteligencia y en la motricidad, suele manifestarse entre los 50 y 60 años, también aparece en los niños sin embargo han sido casos muy raros, sus principales síntomas son alteraciones en el lenguaje y la memoria, disfonías, movimientos coreicos, reflejos anormales, espasticidad y descargas mioclónicas, actualmente no existe tratamiento para esta enfermedad.

1.2 Objetivos

Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica en adultos mayores. Para cumplir con el objetivo general, se utilizará los instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica–Yesavage la cual es un instrumento utilizado para medir el nivel de depresión en la población de adultos mayores, y el Test de Memoria Autobiográfica (AMT) con el cual se medirá el tipo de recuerdo autobiográfico predominante en el adulto mayor, además se utilizará el programa estadístico SPSS versión 25 para encontrar el coeficiente de correlación de Pearson donde si el valor p es menor a 0,05 nos indica que existe una correlación.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores. Para desarrollar este objetivo se administrará la Escala de Depresión Geriátrica-Yesavage la cual arroja resultados como: ausencia de depresión cuando el puntaje es de 0-5, depresión moderada cuando el puntaje es de 6–9 y depresión grave cuando es entre 10–15, después se realizará una tabla de frecuencia y porcentaje en el programa estadístico SPSS versión 25.
- Establecer el tipo de recuerdo predominante en la memoria autobiográfica del adulto mayor. Se administrará el Test de Memoria Autobiográfica (AMT) la versión traducida al español, donde se clasifica en: recuerdo específico, recuerdo extendido, recuerdo categórico, asociación semántica y omisiones. Después de calificar los reactivos se analizará con una tabla de frecuencia y porcentaje en el programa estadístico SPSS versión 25.
- Diferenciar los tipos de recuerdos autobiográficos que predominan en los distintos niveles de depresión de los adultos mayores. Se administrará los instrumentos de Escala de Depresión Geriátrica-Yesavage y Test de Memoria Autobiográfica, y posterior a su calificación se realizará una tabla cruzada entre las dos variables en el programa estadístico SPSS versión 25.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Materiales

Para medir la variable depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica -Test De Yesavage, ya que está enfocada específicamente hacia la población de adultos mayores, además tiene un buen nivel de validez y confiabilidad; y su administración es mucho más práctica y sencilla.

En cambio para medir la memoria autobiográfica se administró el Test de Memoria autobiográfica AMT, la versión traducida al español por Raes, Hermans, Williams & Eelen (2005), este test ha sido utilizado en varios estudios con la población de adultos mayores y también presenta un buen nivel de confiabilidad y validez, además su aplicación y calificación es muy sencilla.

Descripción de los instrumentos:

Instrumento para medir Depresión

Nombre del instrumento: Escala de Depresión Geriátrica -Test De Yesavage. (Ver Anexo 2)

Autor original: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T.

Año: 1984

Descripción: Es un cuestionario dirigido especialmente para personas de tercera edad. La escala más extensa es de 30 donde los encuestados dan respuestas de sí o no tomando en cuenta los últimos 7 días. En 1986, se introdujo un cuestionario corto de tan solo 15 preguntas. De los 15 ítems, 10 mostraban la presencia de depresión cuando se respondían afirmativamente, mientras que las demás (1, 5, 7, 11 y 13) mostraban depresión cuando se contestaban negativamente. El test de 15 preguntas es más práctico usarlo para evitar el aburrimiento o cansancio mental (Kurlowicz & Greenberg, 2019).

Dimensiones:

- Puntaje de 0-5 indica ausencia de depresión (normal)
- Puntaje de 6-9 depresión moderada
- Puntaje de 10-15 depresión severa

Forma de aplicación: El tiempo de administración es de 10 a 15 minutos.

Se puede aplicar de forma autoadministrada o heteroaplicada, en este caso el examinador realiza las preguntas al evaluado, indicándole que las respuestas no

deben ser muy calculadas. Las contestaciones deben ser de si y no describiendo al estado en el cual se encontraba la semana anterior (Kurlowicz & Greenberg, 2019).

Calificación: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1 (Kurlowicz & Greenberg, 2019).

Validez y confiabilidad: Validez de constructo (análisis factorial) y convergente. La sensibilidad fue del 92% y la especificidad fue del 89%. La validez y confiabilidad han sido corroboradas en varios estudios de investigación científica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de la Escala de Depresión Geriátrica para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Instrumento para medir Memoria autobiográfica

Nombre del instrumento: Test de Memoria autobiográfica AMT. (AMT, Autobiographical Memory Test). (Ver Anexo 3)

Autor original: Williams & Broadbent

Año: 1986

Descripción: La prueba de memoria autobiográfica valora la especificidad de los recuerdos autobiográficos, fue elaborada y aplicada por primera vez en los estudios de Williams y Broadbent (1986) en personas con diagnóstico de depresión. Este instrumento consiste en una lista de 12 palabras, que sirven como claves para la evocación de recuerdos autobiográficos, tiene 2 palabras neutras (césped y pan) para que los evaluados practiquen y definan lo que es un recuerdo autobiográfico específico y a continuación se presentan las 10 palabras que constituyen la prueba, palabras que evocan recuerdos positivos, cuyas palabras clave son: feliz, seguro, interesado, exitoso y sorprendido, y 5 palabras clave que evocan recuerdos negativos las cuales son: arrepentido, enfadado, torpe, dolido emocionalmente y sólo, alternadas cada una de las palabras de manera que se muestra una palabra clave positiva y posteriormente una negativa, así sucesivamente hasta concluir las 10 palabras.

Dimensiones:

Recuerdo Autobiográfico Específico

Recuerdo Autobiográfico Extendido

Recuerdo Autobiográfico Categórico

Asociación semántica

Omisiones

Forma de aplicación: Existen 2 formas de aplicación del instrumento, ya sea de manera oral, para aplicaciones individuales, o escrita, para aplicaciones grupales. Para aplicaciones grupales de forma escrita las instrucciones en holandés fueron escritas por Raes, Hermans, Williams & Eelen (2005). Se pide al evaluado que intente recordar un día, momento o situación específica que se relacione con la palabra estímulo, el recuerdo debe tener una duración inferior a un día, se procura que cada recuerdo sea diferente (Raes, Hermans, Williams, & Eelen, 2005).

Calificación:

Según Raes, Hermans, Williams, & Eelen (2005) para determinar el tipo de recuerdo autobiográfico se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos.

- **Específico** cuando se refiere a un suceso que había ocurrido en un momento, lugar y día concreto, este recuerdo para considerarse específico tienen que tener una duración de menos de un día p.e. (el día más feliz que tuve fue cuando me case...). Para determinar el grado de especificidad de la memoria autobiográfica se otorga un punto al recuerdo específico y cero al recuerdo no específico, obteniendo un total máximo de 10 puntos y un mínimo de 0, divididos en 5 de valencia positiva y 5 de valencia negativa. Las palabras neutrales no se toman en cuenta,
- **Extendido** cuando se refiere a un período de tiempo superior a un día p.e. (el fin de semana del anterior mes yo fui a la playa.).
- **Categórico** cuando se refiere a sucesos de tipo repetitivo ya sea de diferentes etapas de su vida o situaciones p.e. (cada vez que peleo con mi pareja yo me siento muy enfadado).
- **Asociación semántica** cuando se refirieron a una asociación que no mencionaba un suceso específico (normalmente nombres)
- **Omisiones** o no recuerda.

Validez y Confiabilidad: La fiabilidad inter-juez fue de Kappa= 0.91. Validez de constructo (análisis factorial) y convergente.

2.2. Metodología

Nivel y Tipo de Investigación.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal.

El presente estudio obedece al paradigma cuantitativo ya que describe datos e información obtenida mediante instrumentos específicos para medir ambas variables por una parte la variable depresión se mide con la Escala de Depresión Geriátrica-Yesavage y para medir la memoria autobiográfica se utilizó el Test de Memoria Autobiográfica (AMT), además estos resultados serán sometidos a un análisis estadístico con el programa SPSS versión 25.

Se considera que esta investigación es de tipo correlacional ya que tiene como finalidad establecer la relación entre dos o más conceptos o variables, es decir la relación que existe entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica.

Y finalmente es un estudio transversal ya que la recolección de datos se la realiza una única vez.

Operacionalización de Variables

Depresión

Tabla N° 1. Operacionalización de la variable Depresión

Variable	Definición	Dimensiones	Instrumento
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017)	Sin depresión Depresión moderada Depresión severa	Escala de Depresión Geriátrica Presenta una alta correlación ($r = 0.84$, $p < 0.001$). Validez de constructo (análisis factorial) y convergente (Sheikh & Yesavage, 1986).

Memoria autobiográfica

Tabla N° 2. Operacionalización de la variable Memoria autobiográfica

Variable	Definición	Dimensiones	Instrumento
Memoria Autobiográfica	Hunt & Ellis (2007) señalan que la memoria autobiográfica es un subconjunto de memoria episódica, que ambas abarcan experiencias personales, pero los recuerdos autobiográficos son aquellos que el individuo considera importantes y relevantes en su vida.	<p>Específico</p> <p>Extendido</p> <p>Categorico</p> <p>Asociación Semántica</p> <p>Omisiones o no recuerda</p>	Test de Memoria Autobiográfica (AMT) la fiabilidad inter-juez fue de Kappa= 0.91 (Hernández, Ricarte, Ros, & Del Rey, 2013). Validez de constructo (análisis factorial) y convergente (Ricarte, Latorre, & Ros, 2014).

Selección del área o ámbito de estudio.

Esta investigación se desarrolló en la provincia de Tungurahua, en su capital Ambato se realizó en los Centros de Atención Integral del Adulto Mayor (CIAM) ubicados en las Parroquias de Picaihua y Atahualpa; y también se evaluó en el Cantón Cevallos perteneciente a la misma provincia. El CIAM es un programa desarrollado por el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social) en coordinación con el GAD Ambato y GAD Cevallos en la provincia de Tungurahua. Además, esta investigación fue parte del grupo de investigación “*Mashkanapi allí kawsai*” en el cual se desarrolla el Proyecto “Plasticidad Neural y Mecanismos de Adaptación de la Tercera Edad con condiciones Patológicas Preexistentes” perteneciente a la Universidad Técnica de Ambato.

Población.

El presente estudio se planificó trabajar con 150 adultos mayores sin embargo aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 72 personas (52 de la Parroquia Atahualpa, 12 de la parroquia Picaihua y 8 del Cantón Cevallos).

Permisos éticos.

Se realizó un consentimiento informado donde se menciona la confidencialidad de la información adquirida, además consta el permiso ético de parte del grupo de investigación:

Permiso ético: CEISHSOLCAQ.OBS.19.100

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 60 años.
- Personas que no tengan alguna patología psiquiátrica.
- Personas que asistan frecuentemente y formen parte del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM).
- Personan que no tengan discapacidad auditiva o visual total.
- Personas que hayan firmado voluntariamente el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Personas menores de 60 años
- Personas que presenten alguna patología psiquiátrica.
- Personas que no formen parte del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM).
- Personan que tengan discapacidad auditiva o visual total.
- Personas que se rehúsen a participar en el estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis y discusión de los resultados

3.1.1. Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica en adultos mayores.

Tabla N° 3. Correlación de Pearson entre niveles de depresión y memoria autobiográfica.

Correlación entre niveles de depresión y memoria autobiográfica			
		Memoria Autobiográfica	Depresión
Memoria Autobiográfica	Correlación de Pearson	1	-,265*
	Sig. (bilateral)		,025
	N	72	72
Depresión	Correlación de Pearson	-,265*	1
	Sig. (bilateral)	,025	
	N	72	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Análisis:

Para cumplir con el objetivo general se empleó el programa estadístico SPSS para el análisis de datos, se analizaron las variables niveles de depresión y memoria autobiográfica mediante el coeficiente de correlación de Pearson donde si el valor p es menor a 0,05 nos indica una correlación, el valor p es de 0,025 por lo que se afirma que existe una correlación, el valor de r es de -0,265 lo que indica que es una correlación negativa baja.

Discusión:

La correlación entre los niveles de depresión y la memoria autobiográfica es negativa, es decir que un mayor nivel de depresión conlleva a un bajo nivel en recuerdos autobiográficos, tal como afirma Gonzalez & Ruetti (2014) que el contenido emocional regula los tipos de recuerdos que se pueden evocar. Por otra parte Collazos & Cuervo (2019) también corroboran este estudio ya que mencionan que un estilo de vida monótono y aburrido influye en la disminución de la habilidad

de evocar recuerdos autobiográficos específicos, conjuntamente los adultos mayores utilizaron recuerdos semánticos y episódicos para crear una memoria mas específica. Además Ortega, Ramirez, & Chamorro (2015) proporciona información acerca de una intervención enfocada en mejorar la especificidad de la memoria autobiográfica con emociones positivas en adultos mayores y por ende mejorar su calidad de vida, se obtuvo un mayor bienestar psicológico, mayor satisfacción con la vida, aumento de recuerdos específicos de valencia positiva y una considerable disminución de la depresión en el adulto mayor.

3.1.2. Identificar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores

Tabla N° 4. Frecuencia de niveles de depresión

Diagnóstico de depresión		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	36	50.0
Moderada	26	36.1
Grave	10	13.9
Total	72	100.0

Análisis:

En este objetivo simplemente se sacó el porcentaje y el número de adultos mayores que presentan los diferentes niveles de depresión, del total de la población (n=72) el 50% de adultos mayores es decir 36 usuarios no presentan depresión, el 36.1% es decir 26 usuarios tuvieron depresión moderada y el 13.9% de la población es decir 10 usuarios presentaron depresión grave.

Discusión:

En este estudio predominó la ausencia de depresión en un 50%, seguido de depresión moderada con un 36.1% y depresión grave con 13.9% por lo que estos resultados son parecidos a los realizados por Alomoto, Calero, & Mario (2018) donde se obtuvo un 62.5% de adultos mayores sin depresión, 31.25% con depresión leve, el 6.25% con depresión moderada y ninguno con depresión grave o severa, esto debido a una intervención donde se fomentó la actividad físico-recreativa para mejorar el bienestar psicológico. De igual manera en la investigación realizada por Sánchez & Marín (2015) donde sus resultados son aun mas parecidos, se encontró que un 56% de

adultos mayores no presentó depresión, el 31% tuvo riesgo de depresión y el 13% tuvo depresión establecida.

3.1.3. Establecer el tipo de recuerdo predominante en la memoria autobiográfica del adulto mayor.

Tabla N° 5. Frecuencia de tipo de recuerdo autobiográfico

Memoria Autobiográfica		
	Frecuencia	Porcentaje
R. Específico	20	27,8
R. Extendido	30	41,7
R. Categórico	13	18,1
Asociación Semántica	4	5,6
Omisión	5	6,9
Total	72	100,0

Análisis:

Para cumplir con este objetivo se realizó una tabla de frecuencias de los tipos de recuerdos autobiográficos donde del total de la población encuestada (n=72), el 41.7% es decir 30 usuarios corresponde a un tipo de recuerdo extendido, el 27.8% es decir 20 usuarios predominaron los recuerdos específicos, el 18.1% es decir 13 usuarios tuvieron un tipo de recuerdo categórico, el 6.9% es decir 5 usuarios puntuaron con omisiones, y tan solo el 5,6% tuvieron recuerdos que correspondían a asociaciones semánticas.

Discusión:

Aquí se puede observar que el tipo de recuerdo autobiográfico que predomina es el extendido seguido del específico, posterior el categórico, omisiones y finalmente las asociaciones semánticas lo que demuestra que en el adulto mayor existen múltiples factores relacionados con la evocación de recuerdos autobiográficos como se observa en la investigación de Bender, Carrera & Arbiol (2015) donde refiere que aquellas personas deprimidas suelen utilizar su propio enfoque narrativo a la hora de expresar sus recuerdos autobiográficos por lo que se considera que el autoenfoco narrativo es

directamente proporcional a la memoria autobiográfica, e inversamente proporcional a la sobregeneralización de la memoria autobiográfica. En cambio Janssen, Kristo, Rouw & Murre (2015) encontraron que la memoria verbal y visoespacial se relaciona con la memoria autobiográfica, lo que sugiere que otros sistemas cognitivos también están implicados en la especificidad de la memoria autobiográfica. Además como se menciona en otro trabajo relacionado con la mejora de la memoria autobiográfica hecho por Young et al (2017) quienes trabajaron en el entrenamiento de la respuesta de la amígdala además de la evocación de recuerdos positivos, donde se obtuvo una considerable mejora en la especificidad de los recuerdos autobiográficos a la par de reducir síntomas depresivos.

3.1.4 Diferenciar los tipos de recuerdos autobiográficos que predominan en los distintos niveles de depresión de los adultos mayores

Tabla N° 6. Memoria autobiográfica y niveles de Depresión.

Memoria Autobiográfica y niveles de Depresión					
		Niveles de depresión			Total
		Ausencia	Moderada	Grave	
Memoria Autobiográfica	Específico	8	7	5	20
	Extendido	14	11	5	30
	Categorico	8	5	0	13
	Asociación semántica	2	2	0	4
	Omisión	4	1	0	5
Total	36	26	10	72	

Análisis:

Con respecto a este objetivo se realizó una tabla cruzada con los tipos de recuerdos autobiográficos y los niveles de depresión con lo que del total de los encuestados (n=72), 30 personas presentaron recuerdo autobiográfico extendido de los cuales (14 con ausencia de depresión, 11 con depresión moderada y 5 con depresión grave), 20 personas tuvieron un tipo de recuerdo autobiográfico específico de los cuales (8 con ausencia de depresión, 7 con depresión moderada y 5 tuvieron depresión grave), 13

adultos mayores tuvieron un recuerdo autobiográfico categórico de los cuales (8 no tuvieron depresión, 5 con depresión moderada y ninguno tuvo depresión grave), 5 adultos mayores presentaron omisiones de los cuales (4 con ausencia de depresión, 1 con depresión moderada y ninguno obtuvo depresión grave), y finalmente 4 personas tuvieron asociaciones semánticas de las cuales (2 con ausencia de depresión, 1 tuvo depresión moderada y ninguno puntuó con depresión grave).

Discusión:

El recuerdo autobiográfico extendido es el que predomina en los niveles de depresión moderada y grave seguido del recuerdo específico, es pertinente hacer referencia otra vez al estudio de Collazos & Cuervo (2019) donde recomienda estudiar las variables ambientales ya que es difícil encontrar una población de adultos mayores que cumplan con ciertos criterios y permitan estudiar la memoria autobiográfica, además de tomar en cuenta que los instrumentos que han sido empleados para medir la memoria autobiográfica tienen la cualidad de ser manipulados y adaptarlos mejor a la población estudiada. Por otra parte Young, Bodurka, & Drevets (2017) considera que disminuir las rúbricas de recuerdos autobiográficos negativos e incrementar el procesamiento autorreferencial al igual que los recuerdos autobiográficos positivos es una buena técnica para disminuir los niveles de depresión en las mujeres ya que el índice de depresión es mucho más alto en ellas.

Tabla N° 7. Frecuencia de Hombres y Mujeres

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	23	31.9
Mujer	49	68.1
Total	72	100.0

Análisis:

Del 100% de encuestados que serían un total de 72 usuarios, el 68.1% fueron mujeres es decir 49 personas y 31.9% fueron hombres es decir 23 personas.

Tabla N° 8. Frecuencia de la etapa de vejez

Etapa de vejez		
	Frecuencia	Porcentaje
Pre vejez	6	8,3
Vejez	39	54,2
Ancianidad	27	37,5
Total	72	100,0

Análisis:

Del total de la población estudiada el 54.2% es decir 39 usuarios se encuentran en la etapa de vejez (de 65 a 79 años), el 37.5% es decir 27 personas están en la etapa de ancianidad (de 80 años en adelante) y tan solo el 8.3% es decir 6 adultos mayores apenas se hallaban en la pre vejez (de 55 a 65 años).

Tabla N° 9. Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	18	25,0
Primaria	47	65,3
Secundaria	6	8,3
Universidad	1	1,4
Total	72	100,0

Análisis:

Con respecto al nivel de instrucción se encontró que el 65.3% es decir 47 adultos mayores cursaron la primaria aunque la mayoría de ellos no la terminaron, el 25% es decir 18 personas no tuvieron ningún tipo de instrucción académica a excepción de la alfabetización hecha en el gobierno anterior, por sus familiares o en el CIAM (Centro Integral del Adulto Mayor) donde se les imparte clases de alfabetización; el 8.3% es decir 6 personas cursaron la secundaria aunque algunos tampoco la culminaron y el 1.4% es decir solo un adulto mayor culminó su tercer nivel académico.

3.2. Verificación de la Hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se utilizó la prueba de correlación (R de Pearson) la cual es una prueba estadística que permite saber si existe una relación entre variables.

Tabla N° 10. Correlación entre niveles de depresión y memoria autobiográfica

Correlación entre niveles de depresión y memoria autobiográfica			
		Memoria Autobiográfica	Depresión
Memoria Autobiográfica	Correlación de Pearson	1	-,265*
	Sig. (bilateral)		,025
	N	72	72
Depresión	Correlación de Pearson	-,265*	1
	Sig. (bilateral)	,025	
	N	72	72

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Análisis

En este caso se puede evidenciar una correlación negativa entre los valores de p 0.025 y el valor r de -0.265 confirmando así la hipótesis del investigador que propone que los niveles de depresión se relacionan con la memoria autobiográfica y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Discusión:

Entonces se afirma que la depresión es inversamente proporcional al tipo de recuerdo autobiográfico y viceversa, es decir a mayor nivel de depresión existe menor especificidad en la evocación de recuerdos autobiográficos y a menor nivel de depresión existe mayor especificidad al momento de evocar recuerdos autobiográficos, tal y como menciona Boyano & Mora (2015) que los estados afectivos intervienen en la memoria, los estados de alegría pueden crear valoraciones mas significativas y juicios mas expansivos para la persona mientras que la tristeza produce mas valoraciones sistemáticas o ajustadas.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Después de evaluar la memoria autobiográfica y el nivel de depresión en adultos mayores se sometió los datos a un análisis estadístico donde se afirma que existe una correlación cuando ($p < 0.05$), el valor p es de 0,025 por lo que se afirma que existe una correlación, el valor de r es de -0,265 lo que indica que es una correlación negativa baja, es decir a mayor nivel de depresión menor será la especificidad en la evocación de recuerdos autobiográficos y viceversa.
- En cuanto a la depresión se evidenció que el 50% de los encuestados no presentaron depresión seguido de un 36.1% con depresión moderada y un 13.9% con depresión grave, lo cual se infiere que el índice de depresión en esta población de adultos mayores es muy elevada.
- El tipo de recuerdo autobiográfico que predominó fue el extendido con el 41.7%, el recuerdo autobiográfico específico con 27.8%, el tipo de recuerdo categórico con 18.1%, las omisiones con el 6.9% y tan solo el 5,6% tuvieron recuerdos que correspondían a asociaciones semánticas; es evidente que en esta población de adultos mayores tienen mucha dificultad a la hora de evocar recuerdos específicos siendo estos los utilizados para tipificar una buena especificidad de la memoria autobiográfica.
- En cuanto al tipo de recuerdo autobiográfico en los diferentes niveles de depresión se constata que el tipo de recuerdo extendido tiene más personas con depresión entre moderada y grave ($n=16$), seguido del recuerdo específico ($n=12$), después el recuerdo categórico ($n=5$), posterior la asociación semántica ($n=2$) y finalmente un individuo con omisiones.

4.2 Recomendaciones

- Implementar programas para trabajar gimnasia cerebral mediante técnicas de recuerdos autobiográficos positivos para disminuir el deterioro de la memoria en el adulto mayor a la par de disminuir también la sintomatología depresiva.
- Realizar proyectos y políticas públicas con el fin de disminuir los niveles de depresión en el adulto mayor además de brindar una mejor calidad de vida, también brindar psicoeducación a las personas que estén al cuidado del adulto mayor ya que muchos de ellos mencionaron el sentimiento de soledad que tienen al no estar cerca de sus seres queridos.
- Aplicar estimulación cognitiva con los adultos mayores en base a ejercicios de gimnasia cerebral, los cuales se enfoquen en trabajar la atención, memoria, pensamiento, lenguaje y psicomotricidad de forma muy didáctica y lúdica.
- Ejecutar planes terapéuticos para trabajar la memoria autobiográfica utilizando la técnica de Revisión de Vida centrada en Sucesos Específicos Positivos (ReViSEP), ya que ha demostrado ser muy útil en la población de adultos mayores, además resulta beneficiosa para tratar al mismo tiempo los síntomas depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (2003). *DSM-IV-TR. Guía de estudio*. Barcelona: MASSON.
- Ballesteros, S. (2012). *Psicología de la memoria*. Madrid: UNIVERSITAS.
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, O., Trexler, L. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Iberica.
- Bruning, R., Schraw, G., & Norby, M. (2012). *Psicología Cognitiva y de la Instrucción*. Madrid: PEARSON.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobbles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Trastornos del estado de ánimo. Teorías Psicológicas*. Madrid: Piramide.
- Capponi, R. (2015). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago de Chile: UNIVERSITARIA.
- Hunt, R., & Ellis, H. (2007). *Fundamentos de Psicología cognitiva*. Ed. Manual Moderno.
- Montoya, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas - Manual del cuidador primario*. Medellín : CLUB ALZHEIMER.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- Rotondo, H. (1998). *Manual de Psiquiatría*. Lima: MASSON.
- Serra, J., Pinilla, B., Rendal, Y., Ruiz, G., Castilla, V., Torres, B., & Tajima, K. (2017). *Psicología. Textbook APIR 4. Psicobiología Desarrollo Psicológico*. Madrid: Marban.

- Tajima, K., Torres, B., Jimenez, L., & Amaya, M. (2017). *Psicología. Textbook APIR 8. Resúmenes*. Madrid: MARBAN.
- Torres, B., Barrantes, M., & Tajima, K. (2015). *APIR. Manual de Psicopatología*. Barcelona: MBOSS.
- Triado, C., & Villar, F. (2014). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Trastornos Depresivos. Barcelona: MASSON.
- Vasquez, A. (2018). *Manual de introducción a la psicología cognitiva*. Uruguay: Unidad de Comunicación de la Universidad.
- Vasquez, C., & Hervás, G. (2008). *PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA*. Sevilla: DESCLÉE DE BROUWER.
- Warner, S., & Sherry, W. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Madrid: Prentice Hall.
- Zarragoitía, I. (2010). *Depresión, Generalidades y Particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

Linkografía

- Alomoto, M., Calero, S., & Vaca, M. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1) 47-56. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000100005
- Bender, M., Carrera, M., & Arbiol, I. (2015). The Relationship between Autobiographical Self-Focus and Memory Specificity/Overgenerality: Differences between Individuals with and without a Diagnosis of Depression. *Acción Psicológica*, 12 (2), 111-122. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v12n2/08_articulo.pdf
- Boyano, J., & Mora, J. (2015). Estado de ánimo y memoria autobiográfica: efectos sobre la intensidad de los recuerdos escolares. *Anales de Psicología*, 31(3): 1035-1043. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/283538286_Estado_de_animo_y_memoria_autobiografica_efectos_sobre_la_intensidad_de_los_recuertos_escolares

- Camargo, K., & Laguado, E. (2017). Degree of cognitive impairment of older adults institutionalized in two homes for the elderly in the metropolitan area of Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 163-170. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
- Caparroz, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*, (22) 42-97. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e97/>
- Castro, V., Runzer, F., & Parodi, J. (2019). Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 4-10. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000100002
- Charles, S., Cobos, H., Barba, E., Brizuela, J., Chávez, S., García, A., & Tamez, J. C. (2019). Depression and geriatric assessment in older people admitted for hip fracture. *Revista médica de Chile*, 1005-1012. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000801005&lang=es
- Collazos, C., & Cuervo, M. (2019). Caracterización de la memoria autobiográfica en adultos mayores de Cali, Colombia. *Informes Psicológicos*, 19(1), 31-48. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/8730/7985>
- CONICYT. (2019). *Comision Nacional de Investigación Ciencia y Tecnologia*. Obtenido de <https://www.conicyt.cl/blog/2019/02/01/mariane-krause-chile-requiere-un-cambio-sociocultural-para-superar-la-depresion/>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2019). *Personas adultas mayores, situación y derechos*. Obtenido de [¿Quiénes y cuántos son?: https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/](https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/)
- Díaz, J. (2009). *Persona, mente y memoria*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600009#notas
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2016). *Salud realiza video conferencia sobre Alzheimer con referentes nacionales*. Obtenido de [Salud realiza video conferencia sobre Alzheimer con referentes nacionales:](#)

http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=3229:salud-realiza-video-conferencia-sobre-alzheimer-con-referentes-nacionales-&catid=1:noticias3229

- Espinosa, H., Abril, V., & Encalada, L. (2019). Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. *Revista chilena de nutrición*, 46(6), 675-682. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000600675&lang=es
- Gordillo, F., Fierro, M., Cevallos, N., & Cervantez, M. (2017). Mental health determines the quality of life in patients with cancer-related neuropathic pain in Quito, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 154-160. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502017000300154&lang=es
- Hechavarría, C., Ávila, E., Mac Donal, D., & Ávila, B. (2015). La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3):346-352. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300009
- Hernández, J., Ricarte, J., Ros, L., & Del Rey, F. (2013). Revisión de vida en pacientes con esquizofrenia: Efectos sobre el estado emocional y la memoria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (3), 317-328. Obtenido de <https://www.ijpsy.com/volumen13/num3/364/revisin-de-vida-en-pacientes-con-esquizofrenia-ES.pdf>
- Hospital de Atención Integral para el Adulto Mayor. (2017). *Redacción Médica*. Obtenido de Cada 5 años se duplica la prevalencia de Alzheimer : <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/cada-5-a-os-se-duplica-el-porcentaje-de-alzheimer-90992>
- Jimenez, M., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *SUMA PSICOLOGICA*, 23 (1), 51-59. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812016000100007&lang=es
- INEC. (2017). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>

- Janssen, S., Kristo, G., Rouw, R., & Murre, J. (2015). The relation between verbal and visuospatial memory and autobiographical memory. *Elsevier*, 12-23. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053810014001792>
- Jimenez, M., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *SUMA PSICOLOGICA*, 23 (1), 51-59. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812016000100007&lang=es
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (4 de Noviembre de 2019). *La escala de depresión geriátrica: Hartford Institute for Geriatric Nursing*. Obtenido de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>
- Leon, G., & Leon, G. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto –Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 09 - 16. Obtenido de <http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/295http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2019/04/2631-2581-rneuro-27-03-00031.pdf>
- Miranda, E., Valerio, D., Hernández, H., Chaves, C., Peralta, M., Corrales, L., Arias, A. (2015). Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología. *Acta Médica Costarricense*, 130-136. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n3/art06v57n3.pdf>
- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L. G., & Aguirre, R. (2017). *Asociación entre Índice de Masa Corporal y Depresión en Mujeres Adolescentes*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000401547&script=sci_arttext&tlng=en#B13
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2016). *Venezuela: psicólogos se unen para aliviar ola de depresión por crisis y violencia*. Obtenido de <https://observatoriodeviolencia.org.ve/venezuela-psicologos-se-unen-para-aliviar-ola-de-depresion-por-crisis-y-violencia/>
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (2018). *OMS*. Obtenido de Depresion: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *OMS*. Obtenido de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Demencia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *OPS*. Obtenido de Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Hablemos sobre Demencia*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15386:lets-talk-about-dementia&Itemid=72549&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *OPS*. Obtenido de "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *OPS*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Ortega, A., Ramirez, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health*, 5(1), 23-33. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/307850793_Una_intervencion_para_aumentar_el_bienestar_de_los_mayores
- Ortega, C., & Franco, J. (2015). Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad neuronal. Obtenido de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/neurofisiologa-del-aprendizaje-y-la-memoria-plasticidad-neuronal.pdf>

- Universidad de Buenos Aires. (2018). *Salud mental: uno de cada tres argentinos sufre algún trastorno* . Obtenido de <http://www.uba.ar/noticiasuba/nota.php?id=19246>
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J., & Eelen, P. (2005). Autobiographical memory specificity and emotional abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 133-138. Obtenido de <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:87665f52-5845-4476-9a4d-42aac967cb3>
- Ricarte, J., Latorre, J., & Ros, L. (2014). Effects of instructions and cue subjectiveness on specificity of autobiographical memory recall. *Anales de Psicología*, 30(3), 1129-1136. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/265164827_Effects_of_instructions_and_cue_subjectiveness_on_specificity_of_autobiographical_memory_recall
- Saavedra, A., Rangel, S., Garcia, A., Duarte, A., Bello, Y., & Infante, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*, 23(1):24-28. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
- Salazar, A., Reyes, M., Plata, S., Galvis, P., Montalvo, C., Sanchez, E., Rios, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurologica Colombiana*, 31(2):176-183. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000200008&lang=es
- Sánchez, A., Fernandez, L., & Lopez, A. (2018). *Mejora de habilidades mnésicas en el envejecimiento*. Studia Zamorensia. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/23494>
- Sanchez, M., & Marin, A. (2015). Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Rev. Hisp. Cienc. Salud*, 1(2):74-80. Obtenido de <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/53>
- SISPRO. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Trujillo, P., Esparza, S., Benavides, R., Villarreal, M., & Castillo, R. (2017). Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(89). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278363>

Vargaz, J. (2008). ¿De qué hablamos cuando hablamos de 'memoria histórica'? Reflexiones desde la Psicología cognitiva. *Entelequia*, 53-76. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/23528786_De_que_hablamos_cuando_hablamos_de_'memoria_historica'_Reflexiones_desde_la_Psicologia_cognitiva

Williams, & Broadbent. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/56194/L.%20Adriana%20Orzco.%20Tesis%20Doctoral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Citas bibliográficas bases de datos UTA

Proquest Ebook Central

Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: Manual Moderno. Obtenido de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3215654&query=Neuropsicolog%C3%ADa+Clínica>.

Balola, M., Claudio, V., & Ramos, M. (2019). Relacion entre la Memoria Autobiografica y Apego y Esquemas Tempranos Desadaptativos. *REVISTA ARGENTINA CLÍNICA PSICOLÓGICA*, 183-189. Obtenido de <https://search.proquest.com/openview/ed52b11ce0958bff82a538e11bc2f602/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=4380457>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER. Obtenido de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3194359&query=Terapia+cognitiva+de+la+depresion>

Jodar, M., Barroso, J., Brun, C., Dorado, M., Garcia, A., Plasencia, P., & Nieto, A. (2005). *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Barcelona: UOC. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3208038&query=Trastornos+del+lenguaje+y+la+memoria>

Muños, E., & Periañez, A. (2012). *Fundamentos del aprendizaje y del lenguaje*. Obtenido de Bases neuroanatómicas del aprendizaje y la memoria:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3214733&q uery=Fundamentos+del+aprendizaje+y+del+lenguaje>

Romero, E., & Vazquez, G. (2002). *Actualización en Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: GeKa. Obtenido de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3195003&q uery=actualizacion+en+neuropsicologia>

BVS Biblioteca Virtual en Salud

Cardona, D., Segura, A., Garzon, M., Segura, A., & Cano, S. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 19(1): 71-86. Obtenido de: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/lil-777588>

Llanes, H., López, Y., Vázquez, J., & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*, 21(1): 65-74. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/cum-66820>

Martina, M., Ara, M., Guitierrez, C., & Nolverto, V. P. (2015). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES. *An. Fac. Med*, 78(4): 393-397. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/biblio-1010985>

Ortiz, J., Álvarez, M., Soliz, G., Freire, U., & Tenemaza, D. (2016). Limitación Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Zona 6 de Salud en Ecuador. *Rev. méd. Hosp. José Carrasco Arteaga*, 8(2): 179-186. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/equ-7189>.

Vega, A., Miralles, E., Mangas, R., Castrillejo, P., Rivas, P., Gil, C., Fragua, G. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurologia*, 491-560. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316302171>

Redalyc

Comision Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *CEPAL*. Obtenido de Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4978/497857393002/497857393002.pdf>

- Da Silva, C., & Carvalho, P. (2017). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103-109. Enseñanza e Investigación en Psicología. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161009>
- Gonzalez, J., & Ruetti, E. (2014). Memoria autobiográfica emocional: Papel de las emociones sobre la evocacion. *Anuario de investigaciones*, 261-265. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994073>
- Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1): 125-134. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79838614012.pdf>
- Wobbeking, M., Sánchez, A., Urchaga, D., Sánchez, A., & García, C. (2015). Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: un estudio piloto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1): 195-206. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851793018>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

- La presente investigación no tiene finalidad de dañar o lastimar a ningún individuo; se ejecuta para obtener conocimientos científicos con la participación de los adultos mayores. Se garantiza total discreción y confidencialidad de la información recabada.
- Previo a la aplicación de los reactivos establecidos, se explica a cada participante sobre la utilidad de estas herramientas; en el caso de surgir dudas sobre la investigación; la persona puede pedir cualquier información relacionada con el estudio.
- Los usuarios tienen el derecho de decidir si participar o negarse; por tal motivo pueden abandonar el estudio sin preocupaciones o miedo a repercusiones.
- El estudiante investigador realiza esta investigación sin ningún conflicto de interés. El objetivo de la recopilación de datos mediante la aplicación de test es generar conocimiento referente a la problemática estudiada.

Yo, _____, con cédula de identidad No. _____ acepto de manera libre y voluntaria mi participación en el proyecto de investigación y autorizo al estudiante Juan Carlos Lescano Barreros de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad Ciencias de las Salud de la Universidad Técnica de Ambato, hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para el desarrollo de su proyecto de investigación con el tema “Niveles de depresión y su relación en la memoria autobiográfica en adultos mayores”

Firma del participante

ANEXO 2

Escala de Depresión Geriátrica -Test De Yesavage

NOMBRE:

EDAD:

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

Las respuestas en **negrita** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en **negrita**

- Puntaje de 0-5 indica ausencia de depresión (normalidad)
- Puntaje de 6-9 depresión moderada
- Puntaje de 10-15 depresión severa

ANEXO 3

TEST DE MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA (AMT)

(Williams & Broadbent, 1986)

INSTRUCCIONES (AMT)

(Raes et. al., 2005)

(Traducción al español Orozco, 2006.)

1) La prueba es sobre Memoria Autobiográfica (Memoria de las cosas que Ud. Mismo ha experimentado en el pasado)

2) ¿Cómo funciona la prueba?

Después de la primera página (instrucciones) hay 12 páginas

En cada página en la parte de arriba hay una palabra (**no hojee las páginas, por favor**)

Por cada palabra Ud. tiene exactamente un minuto de tiempo para escribir un evento que haya experimentado y que esta palabra lo ha hecho pensar (evocar o recordar) Las primeras dos son palabras de ejercicio. Las siguientes diez son —de verdad.

3) Así que vamos a hablar más concretamente de lo que se realizará

Esta prueba trata sobre los recuerdos de eventos/hechos que Ud. **Mismo** ha experimentado. El objetivo de la prueba es que por cada palabra trate de recordar un evento/hecho que la palabra lo ha hecho pensar (evocar). Este evento puede referirse a algo que ha ocurrido recientemente o que ocurrió hace mucho tiempo (10 o 15 años). Pongámonos de acuerdo en que el evento o el momento que la palabra le hizo recordar, debe por lo menos —tener una antigüedad de 7 días (es decir, ocurrió hace una semana). Así que no puede escribir eventos/hechos que han ocurrido en el transcurso de los últimos siete días. Pero si puede escribir algo que ocurrió con anterioridad o hace mucho tiempo. El evento/hecho puede ser algo muy importante o trivial, (algo que no era muy importante). Lo que sí es importante es que el recuerdo que describa debe referirse a un evento **específico**. Con específico, queremos decir que el recuerdo se refiere a **un evento bien definido** que ocurrió en un día particular (pero **no tuvo duración mayor de un día**).

Por ejemplo, si encuentra la palabra —bueno, Ud. podría escribir —Siempre me siento bien en las fiestas. Esta respuesta es realmente nada específica, no se refiere a *evento bien definido* que ocurrió en un día específico. Si escribiera, —Me sentí en la última fiesta de Vilmal, es una mejor respuesta. Este es un evento específico. También podría responder, —el verano pasado, me sentí bien, pero esta respuesta se refiere a un evento/hecho que tuvo una duración mayor que un día. Por el contrario, un evento específico es algo que ha ocurrido **en un momento bien definido** y tiene una duración **menor que un día**. También es importante que por cada palabra siempre menciones un recuerdo de un hecho **diferente**. Así que no puedes referirte dos veces al mismo evento o recuerdo.

Así (atención, esto es muy importante) no escriba muy poco, pero tampoco demasiado: por lo tanto, ninguna oración larga innecesaria o una historia muy extensa. Así que escriba la información justa puesto que queremos leer su respuesta y que efectivamente es sobre un evento específico (inferior a un día, experimentado por Ud., ubicado en el tiempo...)

4) Comencemos con las palabras ejercicio, sigue las instrucciones del aplicador, si tienes alguna duda comenta.

5) **No prosiga o volteé la hoja**, solo cuando el aplicador así lo indiqué.

