



KEISER UNIVERSITY
CAMPUS LATINOAMERICANO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES QUE ASISTIERON A LA IGLESIA DEL NAZARENO EN MANAGUA,
DURANTE EL PERÍODO DE MARZO-ABRIL 2026

TESIS DE FIN DE CURSO PARA LA CLASE DE CAPSTONE PARA ESTUDIOS
PSICOLÓGICOS

AUTORA:

MARIANGELA GUADALUPE ALMENDÁREZ GONZÁLEZ

TUTOR:

MSC. DUSTIN EZEQUIEL AMADOR JIMÉNEZ

MANAGUA, NICARAGUA

JUEVES 25 DE JUNIO DE 2026

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asisten a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo-abril 2026. Se utilizó un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 32 adultos mayores, que asistían regularmente a tres sedes de la Iglesia del Nazareno de Managua, durante el período de recolección de datos. Para la medición de las variables se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15). Se efectuó análisis de estadística descriptiva e inferencial. Los resultados indicaron que el 34.4% de los participantes presentó posible deterioro cognitivo y el 40.6% posible depresión. Asimismo, se encontró una correlación negativa, de baja magnitud y estadísticamente significativa entre ambas variables ($\rho = -0.388$; $p = 0.028$), lo que indica que a mayor sintomatología depresiva, menor funcionamiento cognitivo. Se concluye que el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores están relacionados, lo que destaca la importancia de implementar estrategias de detección temprana e intervención oportuna de ambas condiciones.

Palabras clave: deterioro cognitivo, depresión, adultos mayores, salud mental.

Tabla de contenido

Introducción	3
Objetivos	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	8
Método	21
Diseño	21
Participantes	21
Instrumentos	22
Procedimiento	24
Análisis de datos	25
Consideraciones éticas	26
Resultados	28
Resultados descriptivos	28
Resultados correlacionales	30
Discusión	32
Implicaciones prácticas de los resultados.....	35
Limitaciones del estudio.....	36
Recomendaciones	36
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexos	46

Introducción

En las últimas décadas, la esperanza de vida ha ido aumentando progresivamente, lo que ha permitido que las personas vivan más años que antes. En el año 2024, la esperanza de vida a nivel mundial ascendió hasta los 73,3 años, lo que representa un aumento de 8,4 años desde 1995, asimismo el descenso generalizado en el número de nacimientos ha incrementado el número de personas mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2024), en Nicaragua, en el año 2024, la esperanza de vida alcanzó los 75.1 años. Por lo tanto, el envejecimiento de la población constituye un fenómeno que cobra cada vez más relevancia y trae consigo nuevos retos para la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

En este contexto, es necesario comprender que el envejecimiento es un proceso natural e inevitable en la vida de todo ser humano. A medida que este proceso avanza, se espera un declive cognitivo asociado a la edad, en el que se ven comúnmente afectadas la memoria, el aprendizaje, las funciones ejecutivas, el rendimiento motor y un enlentecimiento general del procesamiento de información (López y Calero, 2009). Como resultado del proceso de envejecimiento normal y los cambios cerebrales asociados a la edad, es frecuente que las personas mayores presenten olvidos ocasionales como dificultad para recordar los nombres de personas conocidas, de palabras u objetos, así como el olvido de detalles o datos de situaciones cotidianas (Álvarez, 2025).

No obstante, en algunas personas, los cambios cognitivos pueden evolucionar y agravarse a través del tiempo (Álvarez, 2025), y en algunos casos, progresar a deterioro cognitivo, definido como un declive de las funciones cognitivas superior a lo esperado por la edad (Sarmiento et al., 2022). Por ello, es importante tomar en cuenta la variabilidad individual, ya que la preservación del rendimiento cognitivo en las personas mayores puede deberse a diferencias biológicas, hábitos de vida, factores ambientales, sociodemográficos y psicológicos (González, 2013).

Por otra parte, además de los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, es muy común que la salud mental de los adultos mayores se vea afectada (Durán-Badillo et al., 2013). Durante esta etapa, las personas se enfrentan a diversos cambios, como la pérdida de su pareja y de conocidos, afecciones de salud, retiro de la vida laboral, dificultades económicas, aislamiento social y disminución de redes de apoyo, factores que pueden desencadenar depresión (Jiménez et al., 2014) y esta se manifiesta por la presencia de síntomas como tristeza, frustración y sentimiento de inutilidad (Durán-Badillo et al., 2013).

En relación con la depresión, Durán-Badillo et al. (2013) la definen como una alteración del estado de ánimo que produce pérdida de interés para la realización de actividades diarias, desconfianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad y de inutilidad, culpabilidad, pérdida de concentración y cansancio extremo y aunque, los cambios antes mencionados pueden predisponer a su padecimiento, no forma parte del proceso de envejecimiento normal.

La coexistencia del deterioro cognitivo y la depresión en la adultez mayor es frecuente, pues los síntomas depresivos son interpretados como una respuesta emocional de la persona ante la toma de conciencia de su propio declive (Cardeño et al., 2025). Asimismo, la depresión puede actuar como un factor de riesgo que contribuye al deterioro y, además, se plantea que las personas con depresión presentan alteraciones cognitivas durante el proceso del trastorno depresivo, donde los tratamientos para el mismo resultan en una mejora de las funciones cognitivas (Rodríguez-Vargas et al., 2021).

En este sentido, en una revisión sistemática realizada por Parada et al. (2022), donde se revisaron 13 artículos publicados en diversos países entre los años 2015 y 2021, se investigó la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores y se encontró que ambas están estrechamente relacionadas y que en la mayoría de los casos se presentan de manera conjunta, dificultando determinar la causa que antecede a la otra.

De igual forma, se han llevado a cabo investigaciones sobre el tema en Latinoamérica. En un estudio llevado a cabo en Perú por Guillén et al. (2022) se descubrió que un nivel educativo menor, una mayor edad y la presencia de depresión se asocian a deterioro cognitivo. Asimismo, en otra investigación realizada en México por Cruz et al. (2025) se encontró una relación significativa entre deterioro cognitivo y depresión, y el sexo femenino fue el más afectado por ambas.

La depresión y el deterioro cognitivo son afecciones comunes que constituyen una realidad en la vida de los adultos mayores. Ambas pueden presentarse al mismo tiempo y tienen el potencial de afectar gravemente su funcionalidad, bienestar y calidad de vida. El cambio demográfico acelerado y los cambios psicosociales experimentados durante esta etapa, hacen necesario visibilizar los problemas de salud mental que afectan a este grupo.

Al realizar la búsqueda en bases de datos y páginas web sobre estudios que hayan analizado la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en Nicaragua, no se encontraron antecedentes al respecto, lo que limita el conocimiento sobre esta problemática tanto para el gremio profesional como para la población general. No obstante, se han investigado funciones cognitivas específicas, como un estudio realizado por Amador et al. (2020) donde se evidenció deterioro en la memoria de trabajo en adultos mayores, lo que refleja la vulnerabilidad de este grupo al deterioro cognitivo. Ante esta situación, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asistieron a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo–abril 2026?

Es por esto que la realización de este estudio resultó de gran importancia, ya que permitió generar información actualizada sobre esta temática en Nicaragua, contribuyendo al conocimiento sobre temas de salud mental en la adultez mayor, así como a la creación de estrategias de prevención y promoción de la salud, indispensables para la detección temprana y

oportuna de estos padecimientos. Además, se consideró que podría servir como base para futuras investigaciones que buscaran indagar más sobre posibles intervenciones que favorezcan al bienestar psicológico de los adultos mayores.

Asimismo, contribuyó a crear conciencia sobre la importancia de la salud mental en el adulto mayor, ya que el envejecimiento es inherente a la vida de toda persona y reconocer la presencia de estas afecciones puede favorecer su prevención, así como fomentar el apoyo y comprensión hacia familiares, conocidos y personas que estén atravesando estos padecimientos.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asistieron a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo–abril 2026. En este sentido, se planteó la hipótesis que la depresión y el deterioro cognitivo están significativamente relacionados.

Finalmente, con el propósito de obtener una comprensión profunda sobre esta temática, la presente investigación estuvo organizada de la siguiente forma: primero se presentó el marco teórico, donde se desarrollaron conceptos claves sobre el tema; luego, la sección de metodología, donde se detalló cómo fue realizado el estudio; posteriormente, se expusieron los resultados, sección que mostró los hallazgos obtenidos; después se presentó la discusión, donde se interpretaron y analizaron los resultados y por último, las conclusiones, donde se dio respuesta a la pregunta de investigación.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asistieron a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo – abril 2026.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores participantes del estudio.
- Identificar la presencia de posible deterioro cognitivo en los adultos mayores participantes.
- Describir la presencia de posible depresión en los adultos mayores participantes.
- Establecer el nivel de correlación estadística entre deterioro cognitivo y depresión en los adultos mayores participantes.

Marco teórico

El presente capítulo tuvo como objetivo fundamentar teóricamente las principales variables de la investigación, abordando desde los conceptos más generales hasta los más específicos, con el propósito de alcanzar una comprensión profunda del tema. De esta manera, el desarrollo de este apartado inició con la conceptualización de envejecimiento y adultez mayor, para finalmente profundizar en las variables principales del estudio: el deterioro cognitivo y la depresión, así como la relación entre ambas durante esta etapa del ciclo vital.

1. Envejecimiento

Según Alvarado y Salazar (2025), el envejecimiento es un proceso continuo, irreversible y heterogéneo, que se presenta en todas las personas e implica una pérdida progresiva de las capacidades intrínsecas del individuo. Asimismo, estas autoras plantean que se trata de un fenómeno muy variable que se ve influido por múltiples factores, como los genéticos, sociales e históricos del desarrollo humano.

El envejecimiento también involucra sentimientos y afectos que se construyen a lo largo de la vida, los cuales están marcados por las relaciones sociales y la cultura, de tal forma que resulta difícil determinar el momento en que una persona ingresa a la vejez, ya que su concepción está cada vez más alejada de la edad cronológica y se estructura principalmente desde lo individual y lo social (Alvarado y Salazar, 2025).

1.1 Teorías del envejecimiento

Con el propósito de comprender las interacciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en él, el envejecimiento ha sido estudiado desde un enfoque biopsicosocial (Alvarado y Salazar, 2025). Desde este enfoque, las teorías biológicas explican el envejecimiento como un desgaste progresivo de los sistemas del organismo, que ocurre como

consecuencia natural en todos los seres vivos; las psicológicas se enfocan en los aspectos cognitivos, de personalidad y estrategias de afrontamiento; y, finalmente, las sociales, buscan comprender y predecir la manera en que los adultos mayores se adaptan a la sociedad (Alvarado y Salazar, 2025). Estas teorías han permitido comprender el envejecimiento como un concepto complejo y multifactorial.

Bajo esta perspectiva, Limón (2018) señala que el envejecimiento no solo constituye un proceso biológico, sino que está determinado por la interacción de diversos factores de origen social, psicológico y ambiental presentes a lo largo de toda la vida. Y entre estos factores se pueden mencionar: el estilo y los hábitos de vida, la presencia de redes de apoyo social, la gestión del estrés, la actitud ante la vida y la estimulación cognitiva (Limón, 2018).

2. Adultez mayor

Alvarado y Salazar (2014) definen la adultez mayor como una etapa que forma parte de un concepto más integral: el envejecimiento. En este sentido, plantean que la adultez mayor, también conocida como vejez, es la etapa final del ciclo vital y del proceso de envejecimiento. Asimismo, explican que sus límites, a excepción de la muerte, no son precisos, ya que se ven influenciados por varios factores, aunque generalmente se define por la edad cronológica.

Según la OMS, se considera adulto mayor a las personas de 60 años o más (Varela, 2016) y se caracteriza por ser una etapa de importantes cambios en todas las áreas del funcionamiento (Guevara et al., 2020).

Durante esta etapa, los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes, y estos se caracterizan por cambios en los sistemas corporales, así como en la disminución de la percepción sensorial y velocidad de respuesta ante estímulos (Alvarado y Salazar, 2014). No obstante, también constituye una etapa de desarrollo y madurez, en la que muchos adultos mayores se

vuelven más pacientes, tienen mayor aceptación de los demás y poseen una gran experiencia, lo que les permite ver la vida desde una perspectiva distinta (Alvarado y Salazar, 2014).

3. Funcionamiento cognitivo en la adultez mayor

Los procesos cognitivos se pueden definir como un conjunto de procesos mentales que permiten adquirir información proveniente del entorno, codificarla, almacenarla y recuperarla (Manrique, 2020). Estos procesos hacen posible la interacción de las personas con el entorno en que se desenvuelven y la adaptación a diversas situaciones (Guevara et al., 2025).

Las habilidades cognitivas se pueden dividir en dominios cognitivos específicos que incluyen: la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje y las habilidades visoespaciales (Murman, 2015). Para que cada uno de estos funcionen, la persona primero percibe el estímulo, procesa la información y luego emite una respuesta (Murman, 2015). Sin embargo, con la edad estos dominios presentan cierto declive, ya que la percepción sensorial y la velocidad de procesamiento de información disminuyen, lo que ocasiona un menor rendimiento en muchos de estos dominios (Murman, 2015).

3.1 Cambios cognitivos normales durante el envejecimiento

Según Murman (2015), las capacidades cognitivas suelen disminuir con la edad, por ello, resulta importante diferenciar entre los cambios cognitivos esperables como parte del envejecimiento normal y aquellos que podrían indicar el inicio de una enfermedad cerebral.

La reducción del tamaño del cerebro es un cambio estructural importante en esta etapa, el cual está caracterizado por una disminución de volumen en distintas regiones como la corteza prefrontal, el hipocampo y el cerebelo, lo que tiene implicaciones en el funcionamiento cognitivo (Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015).

Con respecto a la atención, se observan cambios que están relacionados con la edad, como una disminución de la atención selectiva y la atención dividida (Murman, 2015). En cuanto a la

memoria, algunos de sus componentes se mantienen estables, tales como la memoria sensorial, la autobiográfica y procedimental (Murman, 2015). No obstante, el aprendizaje de nueva información, la memoria prospectiva y el nivel de detalle de los recuerdos episódicos suelen disminuir, y aunque el almacenamiento de información se mantenga relativamente estable, las personas mayores pueden necesitar ayuda para su recuperación (Murman, 2015).

Además, Murman (2015) señala que la función del habla y del lenguaje, el vocabulario, razonamiento y comprensión verbal permanecen intactos conforme avanza la edad. No obstante, plantea que se presenta cierta disminución en la orientación visoespacial, mientras que el reconocimiento de objetos, figuras, gestos y señales convencionales se conserva con la edad.

Finalmente, las funciones ejecutivas, definidas como los procesos neurocognitivos de orden superior que regulan los pensamientos y la conducta para lograr objetivos específicos, e incluyen: la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la planificación (Cortés et al. 2019), disminuyen en edades avanzadas (Murman, 2015).

4. Deterioro cognitivo

El creciente aumento de las personas mayores de 60 años a nivel mundial, quienes para el año 2050 corresponderán al 22% de la población total, ha generado un gran interés por investigar y diferenciar entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico (Álvarez, 2025).

Algunos adultos mayores, pueden presentar cambios cognitivos que evolucionan y se agravan con el tiempo, y en estos casos, resulta necesario determinar si el funcionamiento cognitivo de la persona se encuentra dentro de los rangos normales de la edad o por debajo de la misma (Álvarez, 2025).

Zárate et al., (2021) definen el deterioro cognitivo como una disminución persistente, en uno o más dominios cognitivos, por encima a lo esperado para una persona de la misma edad y nivel educativo. En este sentido, se distingue de los cambios propios del envejecimiento al

implicar una disminución más pronunciada del funcionamiento cognitivo. Este deterioro ocasiona un impacto significativo a nivel individual, familiar y social (Mosquera, 2023).

Las enfermedades cerebrales constituyen una de las causas principales de muerte y discapacidad a nivel mundial y se ha observado un incremento notable en su incidencia en las últimas décadas (Solís-Mendoza et al., 2024). El deterioro cognitivo se ha convertido en una gran preocupación por el impacto que genera en la independencia y calidad de vida de los adultos mayores (Solís-Mendoza et al. 2024).

4.1 Deterioro cognitivo leve (DCL)

Álvarez (2025) plantea que es importante determinar si las alteraciones cognitivas implican una pérdida o no de la funcionalidad del adulto mayor. Cuando dichas alteraciones no afectan de manera significativa la independencia de la persona, se considera deterioro cognitivo leve (Álvarez, 2025).

El deterioro cognitivo leve (DCL) se considera como una etapa intermedia entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento normal y la demencia, y no afecta significativamente el funcionamiento diario de una persona (Rodríguez, 2025). Su presencia incrementa la probabilidad de progresar a demencia, ya que puede representar el inicio de esta o una fase previa (Fonte y Santos, 2020), por eso su detección es primordial para prevenir o ralentizar su aparición (González-Martínez et al., 2021).

No obstante, no todas las personas con DCL progresan a etapas más avanzadas de deterioro cognitivo, algunas mantienen esta condición estable en el tiempo y otras incluso, pueden regresar a un estado cognitivo normal (Rojas-Zepeda et al., 2021).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), con el propósito de estandarizar los criterios diagnósticos y mejorar la detección temprana del deterioro cognitivo

y la demencia, reemplazó estos términos por: trastorno neurocognitivo menor para deterioro cognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor para demencia (Choreño-Parra et al., 2020).

En general, el DSM-5 establece que el trastorno neurocognitivo se caracteriza por un declive cognitivo moderado en comparación con el estado cognitivo anterior en uno o más dominios cognitivos, evidenciado por una prueba neuropsicológica o evaluación clínica, sin afectar significativamente la independencia en las actividades diarias (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

4.2 Deterioro cognitivo grave

Cuando el deterioro cognitivo interfiere de forma significativa en la funcionalidad diaria de la persona, se considera la presencia de un síndrome demencial (Rosales, 2023). La demencia puede definirse como un síndrome clínico caracterizado por un deterioro cognitivo y conductual grave, que implica una pérdida con respecto a un nivel previo, el cual afecta las actividades diarias y el desempeño social (Gil et al., 2026; Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015).

Representa la séptima causa de mortalidad y una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores a nivel mundial (OMS, 2025). Es por esto que resulta necesario identificar los factores que se han asociado al deterioro cognitivo.

4.3 Factores asociados al deterioro cognitivo

Entre los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo, se encuentran la edad, que representa el indicador más importante, debido a que el envejecimiento aumenta la aparición de esta condición, así como el sexo, dado que se plantea que la incidencia es mayor en mujeres. También se han identificado factores como la carga genética, un nivel educativo bajo, enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la obesidad, dietas poco saludables, alteraciones sensoriales, trastornos psiquiátricos y del sueño como la

depresión y ansiedad, el daño craneoencefálico, el abuso del alcohol y tabaco, la soledad y el aislamiento social (Gil et al., 2026).

Por otro lado, factores como la educación, la práctica de actividad física, la participación social y la estimulación cognitiva constante constituyen elementos protectores frente al deterioro (Ramírez y Cedeño, 2025).

4.4 Modelo de la reserva cognitiva

Con el propósito de explicar la variabilidad interindividual en el funcionamiento cognitivo, Stern planteó el modelo de la reserva cognitiva, el cual la define como un conjunto de recursos cerebrales que permiten optimizar el funcionamiento cognitivo mediante mecanismos de compensación (Reynoso-Alcántara et al., 2018).

De acuerdo con este modelo, las diferencias individuales en el funcionamiento cognitivo reflejan diferencias en el nivel de reserva cognitiva, lo que permite que algunas personas afronten mejor el deterioro que otras (Reynoso-Alcántara et al., 2018). De esta forma, el nivel de reserva favorece a que el cerebro resista mejor los efectos de patologías, retrasando la manifestación de síntomas cognitivos (Reynoso-Alcántara et al., 2018).

La reserva cognitiva es considerada un factor dinámico que se desarrolla a partir de la interacción con el entorno y por llevar una vida activa tanto física como mentalmente (Soto-Cayllahua et al., 2024). Entre los factores asociados a su desarrollo se pueden mencionar el nivel educativo, la complejidad de las actividades laborales realizadas, la práctica de actividad física, la realización de actividades de ocio, el estilo de vida, dominar más de un idioma y la realización de actividades de estimulación cognitiva (Reynoso-Alcántara et al., 2018).

Esta reserva favorece la capacidad del cerebro para tolerar mejor los cambios del envejecimiento y las enfermedades cerebrales, promoviendo una mayor eficiencia, capacidad y flexibilidad en los procesos cognitivos (Pettigrew y Soldan, 2021). Desde esta perspectiva, la

reserva cognitiva se ha relacionado con un mejor funcionamiento cognitivo en los adultos mayores, así como a un menor riesgo de presentar deterioro cognitivo o desarrollar demencia (Soto-Cayllahua et al., 2024).

5. Depresión en la adultez mayor

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza de intensidad o duración suficiente, que interfiere con el funcionamiento de una persona y, en ciertos casos, por la pérdida de interés o placer en las actividades diarias (Mazo et al., 2025).

En la adultez mayor, la depresión representa un problema psicológico de gran impacto y complejidad (Durán-Badillo et al., 2013). Según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor, esta condición se caracteriza por la pérdida persistente de interés o placer en las actividades diarias, junto con síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos (como se citó en González et al., 2025).

A nivel mundial, afecta a 280 millones de personas, de las cuales aproximadamente 5,7% son adultos mayores de 60 años (Paiva et al., 2023), además constituye uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes en la población adulta mayor (Devita et al., 2022).

En esta población, la depresión no solo afecta el ámbito emocional, sino que también impacta la funcionalidad física, las interacciones sociales, el proyecto de vida y la autonomía de la persona, lo que provoca que en muchas ocasiones esta condición no sea reconocida por asociarse de manera errónea al proceso de envejecimiento normal, retrasando su detección temprana y la intervención oportuna (Guijarro et al., 2025).

5.1 Síntomas de depresión en el adulto mayor

Aunque la presentación de la severidad de la depresión se mantiene estable a lo largo del ciclo vital, su presentación clínica varía en la adultez mayor (Devita et al., 2022). En esta etapa

predominan los síntomas somáticos sobre los emocionales, por lo que resulta necesario reconocer su presentación particular para no subestimarla (Devita et al., 2022).

De acuerdo con Devita et al. (2022) los sentimientos de tristeza suelen estar ausentes en los adultos mayores, dando lugar a una variante específica de la depresión geriátrica conocida como depresión sin tristeza, caracterizada por síntomas como desinterés, problemas para dormir, desesperanza, pérdida de apetito y pensamientos sobre la muerte. Asimismo, señalan que la falta de vitalidad, la apatía y el aislamiento social suelen ser más pronunciadas, y los pensamientos suicidas son frecuentes, junto con un estado de ansiedad, sobre todo por las mañanas.

Los síntomas somáticos son más prominentes y varían en su manifestación en comparación con la depresión en edades más tempranas (Devita et al., 2022). La pérdida de peso y del apetito es más frecuente y el insomnio es más común que la hipersomnia. Asimismo, la fatiga se manifiesta más como cansancio y falta de energía y la falta de concentración característica de la depresión se presenta como un déficit cognitivo más amplio. También se presentan quejas gastrointestinales, hipocondría y retraso psicomotor, que provoca alteraciones en el habla, la expresión facial, y la motricidad fina y gruesa, superando al enlentecimiento esperado en el proceso de envejecimiento normal (Devita et al., 2022).

Es por esto que uno de los desafíos más grandes para reconocer la presencia de depresión en la adultez mayor es la superposición de sus síntomas con los de otras afecciones físicas o neurológicas, así como con los signos característicos del envejecimiento (Devita et al., 2022). Debido a estas dificultades en su reconocimiento, la depresión puede no siempre recibir atención oportuna. Cuando esto ocurre, genera consecuencias que son progresivas y de intensidad cambiante, que pueden ir desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (Durán-Badillo et al., 2013).

En términos generales, entre las consecuencias que la depresión puede ocasionar, se encuentran el malestar físico y emocional, el deterioro de la calidad de vida, el incremento del riesgo de mortalidad, así como el empeoramiento de enfermedades preexistentes o la aparición de otras condiciones (Paiva et al., 2023).

5.2 Factores asociados a la depresión en el adulto mayor

Durante la adultez mayor, las personas se enfrentan a diversas situaciones que pueden incrementar su riesgo a desarrollar depresión, tales como: la pérdida de su rol profesional, cambios en sus roles familiares y sociales, mayor soledad, incremento de enfermedades, pérdida de seres queridos y la necesidad de pasar más tiempo con otros (Paiva et al., 2023).

Asimismo, la presencia de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, una red de apoyo frágil, la soledad, cuidar a familiares con afecciones de salud y el fallecimiento de la pareja, pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos (Devita et al., 2022).

Es por esto, que el reconocimiento de los factores protectores resulta imprescindible para lograr un abordaje óptimo de este padecimiento y entre ellos se pueden mencionar: una alta autoestima y sentido de control, la resiliencia, mantener un estilo de vida saludable, un nivel medio o alto de reserva cognitiva, buena regulación emocional, la religiosidad, la autoeficacia y la realización de actividad física (Devita et al., 2022).

Asimismo, Durán-Badillo et al. (2013) plantean que la familia puede influir significativamente en los problemas que enfrentan los adultos mayores. Sostienen que, en la medida en que los familiares reconozcan y respondan a las necesidades del adulto mayor, contribuirán a la preservación de su bienestar y calidad de vida.

5.3 Modelos teóricos de la depresión

Con el propósito de explicar el origen de la depresión, se han propuesto diversas teorías biológicas y psicosociales (Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015). Desde la perspectiva

biológica, se destaca la predisposición genética, así como los cambios a nivel cerebral y en los neurotransmisores (Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015).

Por otro lado, la perspectiva psicosocial recalca el impacto de los efectos psicológicos asociados a las experiencias de pérdida, sobre todo aquellas asociadas al duelo y a pérdidas significativas (Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015).

Las teorías cognitivo-conductuales, por su parte, enfatizan los sistemas de creencias internas y se centran en la forma en que las personas interpretan eventos incontrolables. Desde esta perspectiva, la exposición a situaciones que son incontrolables o impredecibles puede provocar una sensación de impotencia, favoreciendo al desarrollo de depresión (Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015).

6. Relación entre deterioro cognitivo y depresión

El deterioro cognitivo y la depresión constituyen dos condiciones comunes en la adultez mayor (Rodríguez-Vargas et al., 2021). Estas condiciones suelen presentarse de manera conjunta, mostrando una relación mutua entre ambas (González et al., 2025).

De acuerdo con González et al. (2025) “La depresión puede aumentar la probabilidad o acelerar el deterioro de las funciones mentales y, a su vez, el propio deterioro cognitivo puede elevar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos” (párr. 6). Esto sugiere que existe una relación bidireccional entre ambas condiciones.

Desde el modelo cognitivo de Beck, las personas con depresión suelen presentar un sesgo emocional negativo, caracterizado por enfocarse de forma persistentemente en los aspectos negativos de las situaciones, lo que puede provocar alteraciones en el procesamiento de la información y desequilibrios en la activación de los sistemas cerebrales emocionales y cognitivos (Tian et al., 2025).

De esta forma, la sobreactivación de áreas cerebrales relacionadas con las emociones negativas, como la amígdala, junto con una menor activación de las áreas implicadas en el control cognitivo, exacerba los síntomas depresivos (Tian et al., 2025). En consecuencia, se observan alteraciones en las funciones ejecutivas en personas que padecen depresión, lo que se refleja en dificultades para la regulación emocional, la atención a estímulos distintos a los negativos, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la planificación, la organización y el control de la conducta (Tian et al., 2025).

En este contexto, la depresión puede provocar deterioro cognitivo como consecuencia de los posibles efectos negativos de los síntomas emocionales sobre el funcionamiento cognitivo (Rodríguez-Vargas, 2021).

Asimismo, ambas condiciones comparten características clínicas superpuestas, como declives en la atención, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento (Jang et al., 2026). Esta superposición de síntomas, plantea un desafío diagnóstico para distinguir un cuadro reversible de “pseudodemencia”, entendida como el deterioro cognitivo reversible secundario a la depresión, de un proceso neurodegenerativo progresivo, destacando los límites difusos entre los trastornos afectivos y neurodegenerativos en los adultos mayores (Jang et al., 2026).

Asimismo, se plantea que las personas con depresión pueden desarrollar deterioro cognitivo leve (DCL) durante el transcurso de la alteración emocional, y esto se ha evidenciado en estudios que sugieren que el tratamiento exitoso de la depresión se asocia con una mejora del funcionamiento cognitivo (Rodríguez-Vargas et al., 2021). Esto sugiere no solo una mejora en el ánimo de la persona sino en el funcionamiento de dominios cognitivos específicos, lo que indica cierto grado de reversibilidad, a diferencia de la demencia, donde el deterioro cognitivo es progresivo y en gran medida irreversible (Jang et al., 2026).

El deterioro cognitivo también incrementa el riesgo de desarrollar depresión, ya que las personas pueden desarrollar sintomatología depresiva como una respuesta psicológica ante el deterioro de sus funciones cognitivas y frente a la disminución de su independencia en la realización de sus actividades diarias (Rodríguez-Vargas et al., 2021).

La coexistencia de estas dos condiciones incrementa significativamente el impacto negativo sobre la funcionalidad, independencia y entorno psicosocial del adulto mayor (González et al., 2025). En este sentido, el reconocimiento y detección oportuna de ambas es esencial para favorecer la calidad de vida de los adultos mayores.

En conclusión, el envejecimiento es un proceso caracterizado por diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden representar un desafío para la vida de los adultos mayores. El deterioro cognitivo y la depresión son afecciones frecuentes durante esta etapa, que pueden afectar la funcionalidad y calidad de vida. Por tanto, debido al aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento acelerado de la población, es indispensable visibilizar esta problemática, fomentar su detección oportuna, sensibilizar a la población y generar evidencia que amplíe el conocimiento sobre la salud mental en la adultez mayor.

Método

Diseño

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se siguió un proceso ordenado y secuencial, con el fin de comprobar una hipótesis mediante la recolección de datos, la medición de variables y el análisis estadístico de los resultados (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Su alcance fue descriptivo - correlacional, debido a que se describieron las principales variables del estudio, en este caso, deterioro cognitivo y depresión, y se determinó el tipo de relación que existe entre ellas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Presentó un diseño no experimental, ya que las variables no se manipularon de forma intencional, únicamente se observaron y se midieron para su posterior análisis. Y fue de corte transversal, ya que la recolección de los datos se llevó a cabo en un único momento en el tiempo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

En cuanto a la modalidad, fue una investigación de campo, ya que los datos fueron recolectados directamente en el contexto natural de la población de estudio, obteniendo información de primera mano de los participantes a través de la aplicación de pruebas psicológicas.

Participantes

La población estuvo conformada por 32 adultos mayores que asistían a sedes de la Iglesia del Nazareno ubicadas en Monte Tabor, Barrio Domitila Lugo y Barrio Jorge Dimitrov en Managua durante el período de marzo-abril 2026. Considerando el tamaño reducido de la población, se decidió incluir a la totalidad de la misma, por lo que la muestra quedó conformada por los 32 adultos mayores que cumplieron los criterios establecidos.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: personas de 60 años o más, que asistieran regularmente a las sedes de la Iglesia del Nazareno de Monte Tabor, Barrio Domitila Lugo y Barrio Jorge Dimitrov durante el período de recolección de datos, que posean habilidades básicas de lectura y escritura, que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado (véase Anexo A).

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: adultos mayores que reportaron diagnóstico de condiciones médicas asociadas a alteraciones del funcionamiento cognitivo o emocional, como hipotiroidismo y lupus, adultos mayores con diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas como Parkinson y demencia (incluyendo enfermedad de Alzheimer) y personas con limitaciones sensoriales severas que dificulten la aplicación de las pruebas.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se tomó en consideración la accesibilidad y disponibilidad de los participantes. Debido a que se incluyó a la totalidad de adultos mayores que cumplieron los criterios de selección, los resultados obtenidos corresponden a la población estudiada.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha que incluyó el cuestionario sociodemográfico y los instrumentos utilizados en la investigación (véase Anexo B).

Los datos sociodemográficos de cada participante fueron recolectados a través de un cuestionario sociodemográfico diseñado para obtener información general como edad, sexo, nivel educativo, estado civil y padecimiento de enfermedades crónicas, con el fin de describir la muestra y confirmar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Para medir las variables de estudio, se utilizaron dos pruebas psicológicas estandarizadas:

El *Mini Mental State Examination Test de Folstein (MMSE)*: Para evaluar posible deterioro cognitivo se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) en su versión en español, validada por Reyes de Beaman et al. (2004) en una población de adultos mayores mexicanos. El MMSE es una prueba de tamizaje utilizada para detectar posible deterioro cognitivo en adultos mayores. Está compuesto por 30 ítems, en los que cada respuesta correcta recibe 1 punto y cada respuesta incorrecta 0 puntos. Evalúa 10 áreas del funcionamiento: orientación espaciotemporal, registro y evocación (memoria inmediata), atención y cálculo, memoria diferida, denominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y copia de un dibujo. El puntaje total va de 0 a 30 puntos, y se obtiene sumando los puntajes alcanzados en cada ítem.

Debido a que los resultados pueden verse influenciados por la escolaridad, la interpretación se ajustó al nivel educativo de cada persona: para quienes no presentaron ningún año de escolaridad, el punto de corte para posible deterioro cognitivo fue de 21 puntos; para personas con un nivel educativo bajo (1-5 años de escolaridad) el punto de corte fue de 22; para personas con un nivel educativo medio (6-11 años de escolaridad) el punto de corte fue de 23; y para personas con un nivel educativo alto (12 años o más de escolaridad) el punto de corte fue de 24 puntos (Kochhann et al., 2010).

Esta prueba muestra una alta confiabilidad, su consistencia interna, medida a través del Alpha de Cronbach es de 0.89 (Reyes de Beaman et al., 2004). Asimismo, posee una sensibilidad de 0.97 y una especificidad de 0.88, demostrando su validez (Reyes de Beaman et al., 2004).

La *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)*: Para evaluar posible depresión en los adultos mayores se utilizó la versión corta de 15 ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, en su versión en español, validada por Martínez de la Iglesia et al. (2002).

Esta prueba fue diseñada específicamente para el tamizaje de depresión en adultos mayores. Consta de 15 preguntas, con opciones de respuestas dicotómicas de Si y No, de las

cuales 10 preguntas son positivas (ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15) y 5 negativas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13). La puntuación se encuentra en función de las respuestas de la persona, en los ítems positivos, una respuesta de “Sí” indica síntomas de depresión y se califica con 1 punto, mientras que el “No” se valora con 0 puntos. En contraste, en los ítems negativos, una respuesta de “No” indica depresión y se otorga 1 punto, mientras que el “Sí” se valora con 0 puntos. El puntaje total puede ir entre 0 a 15 puntos y se obtiene sumando los puntajes obtenidos en cada pregunta. El punto de corte es de 5 o más puntos para considerar la existencia de posible depresión.

Este cuestionario presenta una confiabilidad alta, su consistencia interna, medida a través del estadístico de Kuder-Richardson-20 es de 0.99 (Martínez de la Iglesia, et al., 2002). De igual manera, tiene una sensibilidad del 81,1% y una especificidad de 76,7% en un punto de corte de 5 puntos o más, evidenciando su validez (Martínez de la Iglesia et al., 2002).

Procedimiento

El estudio comenzó con la gestión del permiso necesario para acceder a las Iglesias donde se encontraba la población de estudio. Para ello, se realizó una reunión presencial con la encargada principal de las sedes, durante la cual se explicó el propósito del estudio y se solicitó la autorización institucional necesaria para su realización.

Una vez obtenida la autorización, se seleccionó en conjunto con la encargada los días sábados para llevar a cabo la recolección de los datos, por ser el día de reunión oficial y mayor asistencia regular de los adultos mayores. Previo a los días de recolección, se entrenó a un grupo de evaluadores, quienes eran estudiantes de psicología, en la aplicación de los instrumentos, con el objetivo de asegurar su correcta aplicación en la población correspondiente.

Los datos fueron recopilados de forma presencial en las tres instituciones religiosas. Inicialmente se captó a un total de 40 adultos mayores. Antes de iniciar con la aplicación de los

instrumentos, los evaluadores explicaron de forma individual a cada participante el propósito del estudio y las medidas adoptadas para proteger su confidencialidad. Luego, cada evaluador procedió a llenar la ficha de recolección de datos sociodemográficos. De esta forma, se verificó el cumplimiento de los criterios de selección y se determinó la elegibilidad de cada participante, obteniéndose una población final de 32 adultos mayores. Posteriormente, se presentó el consentimiento informado, el cual fue explicado y firmado de manera voluntaria.

Seguidamente, se procedió a aplicar el MMSE, explicando previamente sus instrucciones e indicando a la persona las tareas que debía realizar.

Una vez finalizada la aplicación del MMSE, se procedió a aplicar la escala GDS-15. Se describieron las instrucciones y se solicitó a la persona responder verbalmente a cada una de las preguntas realizadas con opciones de Sí o No.

Una vez concluida la aplicación, se agradeció a cada participante por su tiempo y colaboración. Y finalmente, con los consentimientos firmados y las pruebas completadas, se procedió a su revisión e interpretación y a su posterior análisis estadístico.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron ingresados en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel y posteriormente fueron importados y procesados en el programa IBM SPSS Statistics versión 22, con el fin de realizar su análisis estadístico.

Para el análisis de los datos, se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitió describir la muestra y las principales variables del estudio. Las variables categóricas, como posible depresión y deterioro cognitivo, se analizaron mediante tablas de distribución de frecuencia y porcentajes, y se presentaron a través de gráficos de barras con el objetivo de representar visualmente la información. Por otra parte, las variables

numéricas correspondientes a los puntajes obtenidos en las pruebas aplicadas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, incluyendo media, desviación estándar, valores mínimos y máximos.

Con respecto a la estadística inferencial, esta se utilizó para analizar la relación entre las variables principales del estudio. Para ello, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro – Wilk, obteniéndose valores de significancia menores a 0.05 en ambas variables, lo que indicó que los datos no seguían una distribución normal. Por esta razón, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, con el fin de analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión, así como la magnitud y dirección de esta relación.

Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio, se respetaron los principios éticos del Informe Belmont, así como los cinco principios generales éticos de la APA: respeto a las personas, beneficencia y no maleficencia, justicia, integridad y fidelidad y responsabilidad (Morling, 2017). De igual forma, se tomaron en cuenta las normas éticas establecidas en el capítulo ocho del Código de Conducta de los psicólogos de la APA:

En el caso de la presente investigación, al requerirse autorización institucional, se proporcionó información detallada acerca de la investigación y su propósito a las autoridades correspondientes, con el fin de obtener la autorización institucional necesaria.

Asimismo, se le presentó a cada participante el consentimiento informado en físico, el cual incluyó información relevante acerca de la investigación: su propósito, procedimientos, riesgos y protección de su confidencialidad e información personal. Los participantes contaron con total autonomía para decidir si participar o no del estudio de forma voluntaria, así como su derecho a retirarse en cualquier momento, dejando constancia de su decisión mediante su firma.

Se utilizó un código alfanumérico para la identificación de los participantes, garantizando la confidencialidad de los datos. Además, se procuró evitar cualquier situación que pudiera generar malestar emocional.

Finalmente, no se presentó como propia información de otros autores, evitando cualquier forma de plagio. Y todos los participantes fueron tratados de forma justa y equitativa.

Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados. Se presenta la descripción de las variables de estudio y el análisis de la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores.

Resultados descriptivos

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas y de las principales variables de estudio.

Características sociodemográficas:

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en la Tabla 1. La muestra se caracterizó por ser predominantemente del sexo femenino, con una edad promedio de 71.41 años. En cuanto al nivel educativo, la educación superior y primaria fueron las categorías más frecuentes. Y, respecto al estado civil, predominó la condición de casados.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

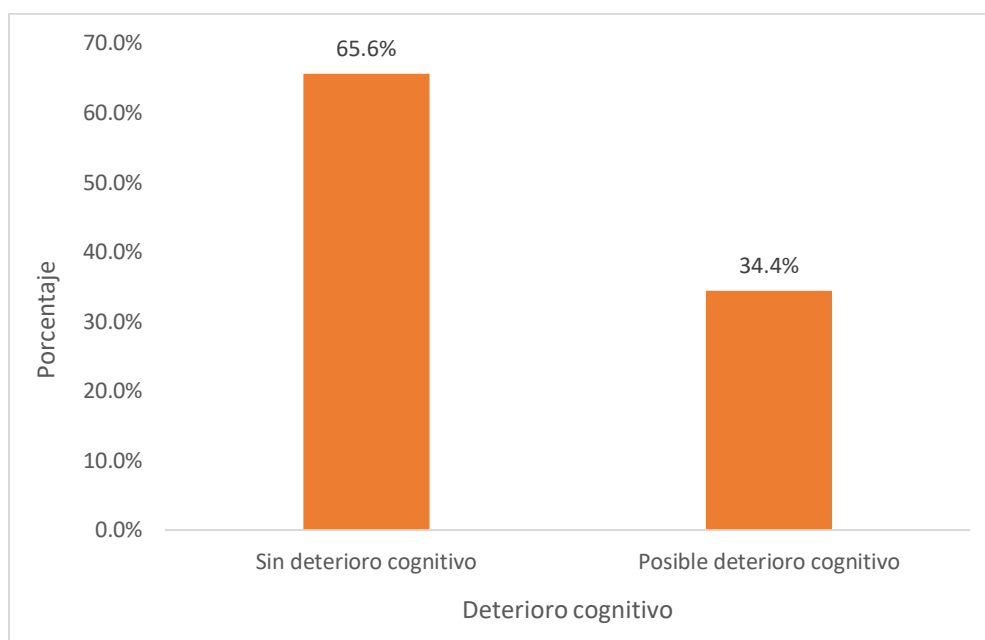
Variablen	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Estimado
Sexo	Femenino	22	68.8%	
	Masculino	10	31.3%	
Edad	Media			71.41
	Desviación estándar			6.782
Nivel educativo	Alfabetizado	4	12.5%	
	Educación primaria	10	31.3%	
	Educación secundaria	5	15.6%	
	Educación superior	13	40.6%	
Estado civil	Soltero	6	18.8%	
	Casado	15	46.9%	
	Divorciado	2	6.3%	
	Viudo	9	28.1%	

SSSDeterioro cognitivo:

Para describir la presencia de posible deterioro cognitivo, se presenta la información mediante un gráfico de barras. Como se observa en la Figura 1, el 65.6% de los participantes no presentó posible deterioro cognitivo, mientras que el 34.4% sí lo presentó. Esto indica que aproximadamente un tercio de los participantes presentó sospecha de posible deterioro cognitivo, sugiriendo la presencia de posibles alteraciones en uno o más dominios cognitivos evaluados.

Figura 1

Posible deterioro cognitivo en los participantes

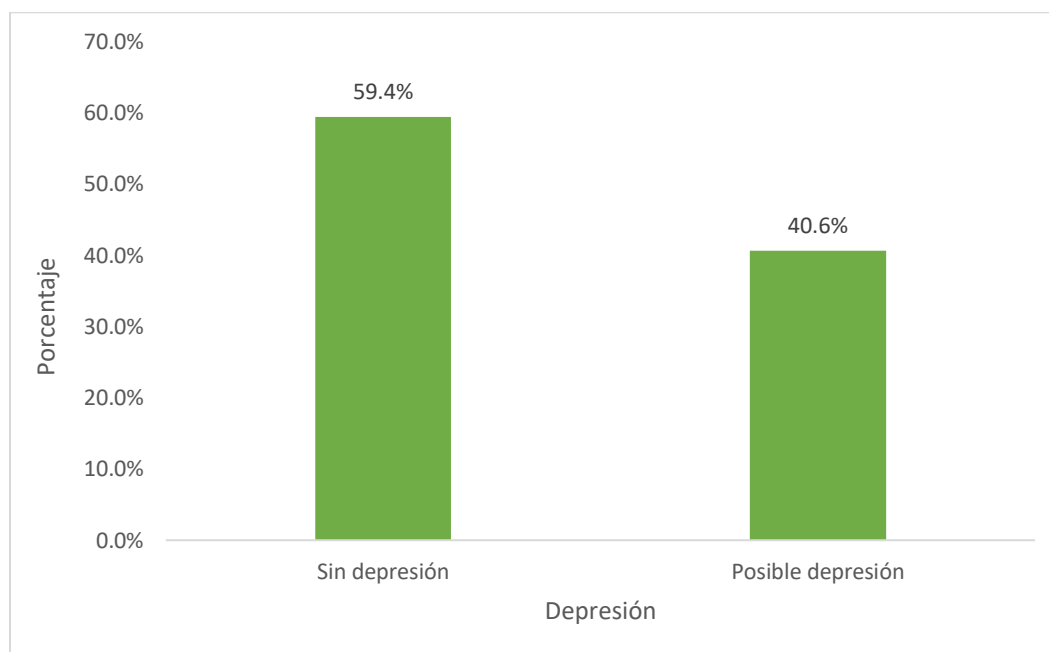


Depresión:

Para describir la presencia de posible depresión, se presenta la información a través de un gráfico de barras. Como se observa en la Figura 2, el 59.4% de los participantes no presentó posible depresión, mientras que el 40.6% sí presentó. Estos resultados indican que una proporción considerable de los participantes presentó indicios de posible depresión, sugiriendo la presencia de sintomatología depresiva y posibles alteraciones del estado de ánimo.

Figura 2

Posible depresión en los participantes



Resultados correlacionales

A continuación, se presentan los resultados del análisis correlacional realizado con el propósito de evaluar la relación existente entre las principales variables del estudio: deterioro cognitivo y depresión.

Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad:

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a los puntajes obtenidos en el MMSE y la GDS-15. Los resultados muestran que la puntuación media en el MMSE fue de 24.25 puntos, con una desviación estándar de 3.510. Por su parte, la puntuación media en la GDS-15 fue de 4.50 puntos, con una desviación estándar de 2.565.

Con respecto a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, ambas variables presentaron valores de significancia menores a 0.05, lo que indica que los datos no siguieron una distribución normal. Por lo tanto, se debe utilizar el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 2*Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Shapiro-Wilk
Puntaje MMSE	13	30	24.25	3.510	.040
Puntaje GDS-15	1	12	4.50	2.565	.008

Nota. $p < 0.05$ indica que los datos no siguen una distribución normal; MMSE: Mini-Mental State Examination; GDS-15: Escala de Depresión Geriátrica.

Correlación entre deterioro cognitivo y depresión:

Para determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. En la Tabla 3, se puede observar un coeficiente de correlación de -0.388, lo que indica una correlación negativa y de baja magnitud. Asimismo, se obtuvo una significancia estadística de 0.028 (menor a 0.05), lo que evidencia una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Por lo tanto, estos resultados indican que a mayores niveles de sintomatología depresiva, disminuyen los puntajes obtenidos en el MMSE, lo que sugiere un rendimiento cognitivo menor.

Tabla 3*Correlación de Spearman entre deterioro cognitivo y depresión*

Variable	1	2
1. Puntaje MMSE	----	-.388*
2. Puntaje GDS-15	-.388*	----

Nota. $p < 0.05$. MMSE: Mini-Mental State Examination; GDS-15: Escala de Depresión Geriátrica.

Discusión

El presente estudio fue realizado con el objetivo de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asisten a la Iglesia del Nazareno en Managua durante el período de marzo-abril 2026.

Entre los resultados descriptivos, se identificó que el 34.4% de los participantes presentaron posible deterioro cognitivo, lo que evidencia que aproximadamente un tercio de la muestra presentó dificultades en el funcionamiento cognitivo.

Este hallazgo sugiere la presencia de dificultades cognitivas en una proporción considerable de la muestra. La literatura señala que la presencia de deterioro cognitivo durante la adultez mayor podría estar relacionada con diversos factores de riesgo como la edad, factores genéticos, enfermedades crónicas, el nivel educativo, hábitos relacionados con el estilo de vida, la soledad, las enfermedades psiquiátricas, entre otros (Gil et al., 2026), los cuales podrían ayudar a explicar la presencia de posible deterioro en los participantes.

Aunque en Nicaragua las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores son limitadas, se ha encontrado evidencia de dificultades en funciones cognitivas específicas en esta población. Por ejemplo, en un estudio realizado por Amador et al. (2020), donde evaluaron el funcionamiento de la memoria de trabajo en 32 adultos mayores, encontraron deterioro en la misma. Aunque este estudio no investigó el deterioro cognitivo general, sus hallazgos muestran similitud con los resultados del presente estudio, ya que sugieren dificultades en diferentes dominios cognitivos durante la adultez mayor. Además, estos resultados evidencian que las alteraciones cognitivas también se presentan en adultos mayores nicaragüenses, lo que destaca la importancia de continuar investigando sobre esta condición en este contexto.

Asimismo, se encontraron resultados similares en un estudio realizado en Perú por Guillén et al. (2022), en una muestra de 87 personas mayores de 60 años, donde se identificó que el 31%

de los participantes presentaron posible deterioro cognitivo. Esta similitud en los resultados podría explicarse porque en ambos estudios se incluyó a adultos mayores de 60 años, edades en las que es frecuente presentar alteraciones en el funcionamiento cognitivo. Además, estos hallazgos sugieren que el deterioro cognitivo representa una condición que está presente en una proporción considerable de adultos mayores, aún en contextos socioculturales distintos.

En cuanto a la depresión, se identificó que el 40.6% de los participantes presentaron posible depresión, lo que evidencia que la presencia de síntomas depresivos estuvo presente en una proporción considerable de los participantes.

Este resultado sugiere la presencia de malestar emocional en una parte importante de la muestra y esto podría explicarse por los múltiples cambios psicosociales presentes en esta etapa de la vida que hacen a los adultos mayores más susceptibles a presentar depresión, tales como la pérdida de seres queridos y de su estatus profesional, aparición de enfermedades, cambios en sus roles sociales, mayor soledad, necesidad de socialización, entre otros (Paiva et al., 2023).

Este hallazgo coincide con lo reportado por Cruz et al. (2025), quienes encontraron sintomatología depresiva en 42% de los participantes, en una muestra de 100 adultos mayores mexicanos, constituida predominantemente por mujeres. La similitud con el presente estudio podría explicarse porque en ambas investigaciones se evaluaron adultos mayores con características sociodemográficas similares, donde predominaron las mujeres y las edades avanzadas lo que puede haber contribuido a la obtención de resultados similares.

De igual forma, en una investigación realizada en Costa Rica por Sánchez-González y Marín-Mora (2015) en una muestra de 46 adultos mayores, conformada mayoritariamente por mujeres, se encontró que el 44% presentó posible depresión o depresión establecida. La semejanza con el presente estudio podría explicarse por las similitudes en las características de las muestras, sobre todo el predominio del sexo femenino. De igual forma, ambas investigaciones fueron

realizadas en contextos centroamericanos, lo que sugiere que la depresión representa una problemática importante para la salud mental de los adultos mayores en estos contextos.

El resultado principal del estudio es que se encontró una correlación negativa, de baja magnitud y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión, lo que indica que a mayores niveles de sintomatología depresiva, menores son los puntajes obtenidos en el MMSE, indicando un funcionamiento cognitivo menor.

Este hallazgo puede comprenderse desde el modelo cognitivo de Beck, el cual plantea que las personas con depresión suelen enfocarse de forma persistente en los aspectos negativos de las situaciones, presentando un sesgo emocional negativo. Este sesgo puede afectar el procesamiento de la información y puede generar dificultades en diversos procesos cognitivos (Tian et al., 2025). Desde esta perspectiva, los adultos mayores con mayor sintomatología depresiva, podrían presentar un funcionamiento cognitivo menor, lo que contribuye a explicar la correlación negativa entre ambas variables.

Estos resultados coinciden con diversos estudios realizados en población latinoamericana. Como uno realizado por Cruz et al. (2025), donde encontraron una correlación negativa significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores mexicanos no institucionalizados, utilizando los mismos instrumentos de evaluación. Este hallazgo indica que, a mayores niveles de sintomatología depresiva, las puntuaciones en el rendimiento cognitivo disminuyen, lo cual es consistente con los resultados obtenidos en el presente estudio, reforzando la existencia de una correlación negativa entre ambas variables.

De igual forma, estos resultados son similares a los reportados por Durán-Badillo et al. (2013), quienes encontraron una relación negativa significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en una muestra de 252 adultos mayores mexicanos. La semejanza con el presente estudio podría explicarse por las características de la población estudiada, ya que en ambos casos se incluyó

a adultos mayores con características sociodemográficas similares, en quienes es frecuente la presencia de sintomatología depresiva y alteraciones en el funcionamiento cognitivo. Asimismo, se utilizaron las mismas pruebas estandarizadas para evaluar el posible deterioro cognitivo y depresión, lo que fortalece la correlación negativa encontrada, incluso en contextos distintos.

Asimismo, estos resultados concuerdan con lo reportado en revisiones sistemáticas realizadas en Latinoamérica. De esta forma, González et al. (2022), a partir de la revisión de múltiples artículos, identificaron que existe asociación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores.

De igual manera, Parada et al (2022) reportaron la existencia de una asociación entre ambas variables, destacando además la dificultad de determinar cuál condición precede a la otra, debido a que en la mayoría de los casos ambas condiciones aparecen de forma conjunta, lo que sugiere una posible relación bidireccional entre ambas.

Implicaciones prácticas de los resultados

Los resultados de la presente investigación tienen implicaciones prácticas importantes para el ámbito de la salud comunitaria y la atención a adultos mayores.

La relación encontrada entre el deterioro cognitivo y la depresión visibiliza la importancia de evaluar al adulto mayor de manera integral, considerando tanto los aspectos emocionales como los cognitivos durante procesos de evaluación.

Asimismo, los porcentajes de posible deterioro cognitivo y depresión encontrados, resaltan la necesidad de llevar a cabo estrategias de acción preventivas para promover la detección temprana de estas condiciones con el fin de minimizar riesgos de progreso o afectación de la calidad de vida, autonomía y funcionalidad de los adultos mayores.

De igual forma, los resultados sugieren que las Iglesias y otros espacios comunitarios donde asisten regularmente adultos mayores, pueden constituir escenarios valiosos para promover la salud mental y emocional durante el envejecimiento.

Finalmente, este estudio aporta evidencia sobre la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores en el contexto nicaragüense, contribuyendo al conocimiento sobre la salud mental durante la adultez mayor. Además, puede servir como base para futuras investigaciones que busquen indagar más sobre la relación entre estas variables.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio se pueden mencionar las siguientes: el tamaño reducido de la muestra, así como la utilización de un muestreo no probabilístico por conveniencia, limitó la posibilidad de generalizar o extrapolar los resultados a otras poblaciones de adultos mayores.

Asimismo, la investigación fue de corte transversal, por lo que no fue posible establecer relaciones de causalidad entre las variables, únicamente determinar su relación en un momento específico.

De igual forma, el estudio se centró en analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión, sin considerar otras variables que podrían estar asociadas a estas condiciones. En consecuencia, los resultados deben interpretarse tomando en cuenta la posible influencia de otros factores que no fueron evaluados.

Recomendaciones

Se recomienda realizar futuras investigaciones que incluyan muestras más amplias mediante muestreo probabilístico, con el fin de favorecer la generalización o extrapolación de resultados.

Asimismo, se sugiere realizar estudios longitudinales que permitan analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión a lo largo del tiempo, con el propósito de profundizar en la comprensión de la relación bidireccional entre ambas.

De igual forma, se recomienda incluir en estudios futuros otras variables de salud mental y física, tales como enfermedades crónicas, apoyo social y ansiedad, con el fin de alcanzar una comprensión más profunda de los factores que podrían estar asociados a ambas condiciones.

También, se recomienda a las iglesias y otras comunidades que trabajan con adultos mayores, desarrollar actividades de sensibilización y educación sobre salud mental en la adultez mayor, dirigidas hacia adultos mayores, familiares y cuidadores, con el fin de favorecer el reconocimiento oportuno de signos asociados al deterioro cognitivo y la depresión.

Finalmente, se recomienda a las iglesias fortalecer la participación de los adultos mayores en espacios comunitarios, promoviendo el mantenimiento de redes de apoyo social, favoreciendo a su bienestar emocional y cognitivo.

Conclusiones

Se puede concluir que existe una correlación negativa, de baja magnitud y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asistieron a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el periodo de marzo-abril 2026. Estos resultados indican que a mayor presencia de sintomatología depresiva, disminuye el funcionamiento cognitivo.

Asimismo, se identificó que el 34.4% de los participantes presentó posible deterioro cognitivo y el 40.6% posible depresión, lo que evidencia que una proporción considerable de los participantes presentan dificultades a nivel cognitivo y emocional.

Con respecto a las características sociodemográficas, la muestra estuvo constituida predominantemente por mujeres y una media de edad de 71.41 años. Los niveles educativos de educación superior y educación primaria fueron los más frecuentes y la condición de casados prevaleció sobre las demás.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permitieron generar evidencia y ampliar el conocimiento acerca de la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores en el contexto nicaragüense, proporcionando evidencia que puede servir como base para futuras investigaciones y para el fortalecimiento de estrategias de evaluación e intervención integral dirigidas a esta población.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2025). Análisis del concepto de envejecimiento 2024. *Gerokomos*, 36(3), 161-169. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2025/10/36-3-2025-161.pdf>
- Álvarez, M. (2025). Envejecimiento. Perspectiva neuropsicológica del deterioro cognitivo. *Persona*, 8(15). <https://revistas.ucalp.edu.ar/index.php/persona/article/view/428/403>
- Amador, D., Lara, M. y Ortiz, L. (2020). Funcionamiento de la memoria de trabajo en usuarios de centros de la tercera edad. *Revista Torreón Universitario*, 8(23), 27-36. <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Torreon/es/article/view/3242/5192>
- American Psychological Association (APA). (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Cardeño-Sanmiguel, M., Imparato, A., Torres, L. y Ruiz, P. (2025). Depresión y deterioro cognitivo en personas mayores en Barranquilla-Colombia. *Tejidos Sociales*, 7(1), 1-11. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/tejsociales/article/view/8308>
- Cavanaugh, J. & Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult development and aging* (7th ed.). Cengage Learning.
- Choreño-Paña, J., De La Rosa-Arredondo, T. y Guadarrama-Ortiz, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 36(6), 807-824. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3203>
- Cortés, A., Moyano, N. y Quílez, A. (2019). The relationship between executive functions and academic performance in primary education: review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1582. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01582>

- Cruz, A., López, B. y Sánchez, A. (2025). Relación del deterioro cognitivo con el nivel de depresión de los adultos mayores de la comunidad de Pacheco de Allende, Hidalgo. *South Florida Journal of Development*, 6(6), 01-16. <https://doi.org/10.46932/sfjdv6n6-041>
- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G. & Mapelli, D. (2022). Recognizing depression in the elderly: Practical guidance and challenges for clínica management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2867-2880. <https://doi.org/10.2147/ndt.s347356>
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R.M., Martínez, M.L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vásquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72627-7](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72627-7)
- Fonte, T. y Santos, D. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista Cubana de Medicina*, 59(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v59n1/1561-302X-med-59-01-e1314.pdf>
- Gil, M.J., Terrón, C., Manzano, M., Delgado, A., Eimil, M., García, G., Llanero, M., Marcos, A., Matias-Guiu, J., Ochoa, C., Rodríguez, N., Salas, M. y Vieira, A. (2026). Documento de consenso de la sociedad española de neurología sobre prevención del deterioro cognitivo y la demencia. *Neurología*, 41(3). <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2025.501918>
- González-Martínez, P., Oltra-Cucarella, J., Sitges-Maciá, E. y Bonete-López, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología*, 72(8), 288-295. <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626>
- González, A., Rodríguez, A. y Bonilla, J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(2), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>
- González, M., Facal, D. y Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas – Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34-42. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>

- González, L., Rodríguez, D., Alvarado, P., Nava, L., Rodríguez, V. y Rodríguez, J. (2025). Deterioro cognitivo y presencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en asilos privados de Aguascalientes. *Lux Médica*, 19(56).
<https://doi.org/10.33064/59lm20258213>
- Guevara, B., Arévalo, S. y Torres, R. (2025). Funciones cognitivas en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Científica Internacional*, 12(3), 242-266.
<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i3.1302>
- Guevara, F., Díaz, A. y Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 15(26), 37-43. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>
- Guijarro, C., Santos, D., Freire, V. y Quito, J. (2025). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores latinoamericanos: una revisión sistemática. *Revista Científica Internacional*, 12(2), 3920-3934. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1199>
- Guillén, J., Neyra, C., Colmenares, F. y Gutiérrez, E. (2022). Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Revista Finlay*, 12(3), 262-268. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.
- Jang, Y.J., Chang, J.H., Moon, D.U. & Jeon, H.J. (2026). Cognitive impairment, dementia and depression in older adults. *Journal of Clinical Medicine*, 15(3), 1198.
<https://doi.org/10.3390/jcm15031198>
- Jiménez, A., González, B., Cadena, E., Benítez, G., Rodríguez, J., Tapia, C., Torres, R. y Mendoza, M. (2014). Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores. *Revista de Enfermería Neurológica*, 14(3), 148-158.
<https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/214/214>
- Kochhann, R., Varela, J., Lisboa, C. & Chaves, M. (2010). The Mini Mental State Examination: Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample.

Dementia & Neuropsychologia, 4(1), 35-41. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642010DN40100006>

Limón, M. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>

López, A. y Calero, M. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(4), 220-224. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.006>

Manrique, M. (2020). Tipología de procesos cognitivos. Una herramienta para el análisis de situaciones de enseñanza. *Educación*, 29(57), 163-185. <https://doi.org/10.18800/educacion.202002.008>

Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C. y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Mazo, H., Pérez, M., Tapias, V., Carmona, T., Ossa, M. y Herrera, M. (2025). La depresión: Un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. *Revista Humanismo y Sociedad*, 13(2), 1-17. <https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03>

Morling, B. (2017). *Research methods in psychology* (3rd ed.). W.W. Norton & Company, Inc.

Mosquera, M., González, R. y Gómez-Conesa, A. (2023). Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas. *Gerokomos*, 34(3), 158-163. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v34n3/1134-928X-geroko-34-03-158.pdf>

Murman, D. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111-121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>

Organización Mundial de la Salud (2025). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud (2025). *Envejecimiento: Población mundial*.

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>

Organización Panamericana de la Salud (2024). *Perfil de país – Nicaragua*.

<https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/nicaragua>

Paiva, T., Soares, L. & Faria, A. (2023). Depression in elderly people. *Encyclopedia*, 3, 677-686.

<https://doi.org/10.3390/encyclopedia3020048>

Parada, K., Guapizaca, J. y Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

Pettigrew, C. & Soldan, A. (2021). Defining cognitive reserve and implications for cognitive aging. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 19(1), 1.

<https://doi.org/10.1007/s11910-019-0917-z>

Ramírez, D. y Cedeño, H. (2025). Deterioro cognitivo y factores protectores en adultos mayores del asilo residencial esposos Bishara de Esmeraldas. *Reincisol*, 4(8), 6342-6358.

[https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(8\)6342-6358](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(8)6342-6358)

Reyes de Beaman, S., Beaman, P.E., García-Peña, C., Villa, M.A., Heres, J., Córdova, A. & Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>

Reynoso-Alcántara, V., Guiot-Vázquez, M. y Díaz-Camacho, J. (2018). Modelo de reserva cognitiva: orígenes, principales factores de desarrollo y aplicabilidad clínica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(2), 62-73. https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2018/04/RevMexNeuroci_2018_192-62-73-R.pdf

https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2018/04/RevMexNeuroci_2018_192-62-73-R.pdf

Rodríguez, E. (2025). ¿Sabes qué es el deterioro cognitivo leve? *Revista Médica de Panamá*, 45(1), 74-81. <https://doi.org/10.37980/im.journal.rmdp.20252537>

- Rodríguez-Vargas, M., Rojas-Pupo, L., Pérez-Solís, D., Marrero-Pérez, Y., Gallardo-Morales, I. y Durán-Cordovés, L. (2021). Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(5), 683-693.
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n5/1025-0255-amc-25-05-e8274.pdf>
- Rojas-Zepeda, C., López-Espinoza, M., Cabezas-Araneda, B., Castillo-Fuentes, J., Márquez-Prado, M., Toro-Pedrerros, S. y Vera-Muñoz, M. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de Neuropsicología*, 15(2), 43-56. <https://doi.org/10.7714/CNPS/15.2.204>
- Rosales, G. (2023). Deterioro cognitivo y envejecimiento. *GeroInfo*, 18.
<https://revgeroinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/130>
- Sánchez-Gonzalez, L.R. y Marín-Mora, A. (2015). Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Revista Hispanoamericana de Ciencias De La Salud*, 1(2), 74-80. <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/53>
- Sarmiento, A., Cerón, D. y Mayorga, M. (2022). Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.02.005>
- Solís-Mendoza, A., Landa-Saldivar, A., Nájera-Ruiz, A., Villegas-Domínguez, J., Basilio-Ocampo, H., Romero-Martínez, B. y Flores-Soto, E. (2024). Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el adulto mayor del hospital naval de especialidades de Veracruz. *REVMEDUAS*, 14(4), 300-310. <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.n4.003>
- Soto-Cayllahua, Y., Claveri-Chávez, A., Quispe-Mamani, A. y Aquize-Hancco, E. (2024). Reserva cognitiva: un factor protector del deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 62(3), 199-208. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272024000300199>
- Tian, H., Wang, Z., Meng, Y., Geng, L., Lian, H., Shi, Z., Zhuang, Z., Cai, W. & He, M. (2025). Neural mechanisms underlying cognitive impairment in depression and cognitive benefits of exercise intervention. *Behavioural Brain Research*, 476.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2024.115218>

Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Zárate, C.M., Rodríguez, E.A., Hernández, L.A. y Cruz, A.J. (2021). El deterioro cognitivo en los mayores. *Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(46),

2671-2687. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.12.002>

Anexos

Anexo A

Consentimiento Informado

Título del estudio:

Relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asisten a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo-abril 2026.

Código del participante: _____

Código del encuestador: _____

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Se le solicita que participe en un estudio de investigación. Antes de decidir participar, es importante que comprenda el propósito del estudio y sus implicaciones. Lea atentamente la siguiente información. Si tiene alguna duda, puede consultar al investigador.

El propósito de este estudio es conocer la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores con el fin de aportar información que permita una mejor comprensión de estas condiciones y su impacto en la vida de esta población.

PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIO

1. **Explicación y consentimiento:** Se le explica el estudio y, si está de acuerdo, firma el consentimiento informado.
2. **Evaluación cognitiva:** Realizará pruebas sencillas de memoria y otras habilidades mentales.
3. **Cuestionario de salud mental:** Se le harán preguntas sobre su estado de ánimo y hábitos.
4. **Confidencialidad:** La información será registrada de forma confidencial y anónima.

Duración total: aproximadamente 20 - 25 minutos.

RIESGOS

La participación en este estudio no implica riesgos físicos. Sin embargo, pueden presentarse algunos riesgos o molestias leves relacionadas con los procedimientos:

Incomodidad emocional: Algunas preguntas sobre el estado de ánimo o la memoria podrían hacerle sentir tristeza, preocupación o incomodidad.

Cansancio o fatiga: Las actividades de evaluación (preguntas y pruebas cognitivas) pueden generar un poco de cansancio mental.

Medidas para minimizar los riesgos:

- Se le explicará cada procedimiento antes de realizarlo.
- Puede pedir pausas o descansar en cualquier momento.
- Puede negarse a responder alguna o todas las preguntas si así lo desea.
- Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
- Se estará atento de su bienestar durante toda la participación.

BENEFICIOS

No habrá un beneficio directo para usted por su participación en este estudio. Sin embargo, la información obtenida ayudará a comprender mejor la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores, lo que podría contribuir al desarrollo de estrategias de prevención y atención en el futuro.

CONFIDENCIALIDAD

Sus respuestas a estas encuestas serán anónimas. El investigador hará todo lo posible por preservar su confidencialidad, incluyendo lo siguiente:

- La información recolectada será de uso exclusivo del investigador y no será compartida con terceros.
- Los datos serán resguardados en un lugar seguro, bajo la responsabilidad del investigador.
- En ningún momento se revelará su identidad en los resultados del estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es voluntaria, libre y gratuita. Usted decide si participa o no. Si se retira del estudio antes de que finalice la recopilación de datos, estos le serán devueltos o destruidos.

CONSENTIMIENTO:

He leído y comprendido la información proporcionada y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento, sin justificación y sin coste alguno. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del investigador _____ Fecha _____

Anexo B

Ficha de recolección de los datos

“Relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores que asisten a la Iglesia del Nazareno en Managua, durante el período de marzo-abril 2026”

Fecha de recolección: _____ Iniciales del encuestado: _____

1. Características sociodemográficas

Edad: _____	Sexo: Femenino ____ Masculino ____	Nivel educativo (años de escolaridad): _____	Estado civil: Soltero (a) ____ Casado (a) ____ Unión de hecho estable ____ Divorciado (a) ____ Viudez ____	Enfermedades crónicas: Sí ____ No ____ ¿Cuáles?
---------------------------	---	--	--	---

Funcionamiento cognitivo: Mini examen del estado mental

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (Folstein et al. 1975)

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO	0	1
En qué Día estamos (fecha):		
En qué mes:		
En qué año:		
En qué día de la semana:		
¿Qué hora es aproximadamente?		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO	0	1
¿En qué lugar estamos ahora?		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		
¿Qué barrio o parroquia es este?		
¿En qué ciudad estamos?		

¿En qué país estamos?		
PUNTUACIÓN:(máx. 5)		
MEMORIA		
CONSIGNA: <i>“Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita”.</i> *Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: <i>“Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100”.</i>	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: <i>“Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio”.</i>	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
DENOMINACIÓN	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN:(máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: <i>“Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención”.</i>	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: <i>“Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez”:</i> <i>“TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO”</i>		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
LECTURA.	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		

PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
ESCRITURA.	0	1
CONSIGNA: <i>“Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje”</i>		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.	0	1
CONSIGNA: <i>“Copie por favor este dibujo tal como está”</i>		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		



Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15):

1- En general, ¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3- ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Sí	No
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		