



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL**  
**ESCUELA DE POSGRADOS “ESPOG”**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**  
**MENCIÓN: NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**

*Resolución:*

**PROYECTO DE TITULACIÓN EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGISTER**

<b>Título del artículo</b>
Relación entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve.
<b>Línea de Investigación:</b>
Artes y humanidades para una sociedad sostenible
<b>Campo amplio de conocimiento:</b>
Ciencias Sociales, periodismo, información y derecho
<b>Autor/a:</b>
Augusto Abraham Tulcanazo Correa
<b>Tutor/a:</b>
Ana Victoria Poenitz Boudot, PhD

**Quito – Ecuador**

**2024**

## APROBACIÓN DEL TUTOR



Yo, Ana Victoria Poenitz Boudot, PhD con PASAPORTE AAD138692 en mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: Relación entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Elaborado por: Augusto Abraham Tulcanazo Correa, de C.I: 171403656-1, estudiante de la Maestría: Psicología, mención: Neuropsicología del Aprendizaje de la **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL (UISRAEL)**, como parte de los requisitos sustanciales con fines de obtener el Título de Magister, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado el trabajo de titulación, lo apruebo en todas sus partes.

Quito D.M., 13 de marzo de 2024



**Firma**

## DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE



Yo, Augusto Abraham Tulcanazo Correa con C.I: 171403656-1, autor/a del proyecto de titulación denominado Relación entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Previo a la obtención del título de Magister en Psicología, mención Neuropsicología del aprendizaje.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar el respectivo trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Tecnológica Israel los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor@ del trabajo de titulación, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital como parte del acervo bibliográfico de la Universidad Tecnológica Israel.
3. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de prosperidad intelectual vigentes.

Quito D.M., 13 de marzo de 2024

---

**Firma**

## Tabla de contenidos

APROBACIÓN DEL TUTOR .....	2
DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE .....	3
Tabla de contenidos.....	4
Índice de figuras.....	6
Índice de tablas.....	6
INFORMACIÓN GENERAL.....	7
Contextualización del tema .....	7
Problema de investigación.....	8
Objetivo general.....	9
Explorar la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud” .....	9
Objetivos específicos .....	9
Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos:.....	10
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO PROFESIONAL .....	12
CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DEL ESTADO DEL ARTE.....	12
1.    Proceso investigativo metodológico.....	19
2.    Análisis de resultados .....	24
CAPÍTULO II: ARTÍCULO PROFESIONAL .....	33
1.1.    Resumen .....	33
1.2.    Abstract.....	33
1.3.    Introducción.....	33
1.4.    Metodología.....	34
1.5.    Resultados – Discusión .....	35

CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

## Índice de figuras

Figura 1 Escala MoCA - Puntaje .....	24
Figura 2 Adherencia al tratamiento farmacológico .....	25
Figura 3 .....	26
Figura 4 Adherencia y Tipo de Pensamiento.....	28
Figura 5 .....	30
Figura 6 .....	31

## Índice de tablas

No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.

## INFORMACIÓN GENERAL

### Contextualización del tema

La relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve es un tema de gran relevancia en el campo de la salud mental y geriatría.

El deterioro cognitivo leve (DCL) se refiere a un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia, donde hay un declive en las funciones cognitivas, pero no lo suficientemente severo como para interferir significativamente con las actividades diarias. Los adultos mayores con DCL pueden enfrentar desafíos adicionales en la gestión de su salud y su vida cotidiana, especialmente en términos de adherencia al tratamiento farmacológico. (Alzheimer's Association, 2024)

El pensamiento automático disfuncional se refiere a patrones de pensamiento automáticos y negativos que pueden distorsionar la percepción de la realidad y afectar la forma en que una persona se enfrenta a situaciones estresantes, disonantes o desafiantes. Estos pensamientos automáticos pueden influir en la forma en que los pacientes perciben y manejan su tratamiento médico, lo que a su vez puede afectar su adherencia a la medicación recetada. (Martínez Sarmiento, 2021)

La contextualización de este tema implica explorar cómo los patrones de pensamiento automáticos negativos, como la catastrofización o la anticipación negativa, pueden influir en la percepción y la aceptación del tratamiento farmacológico en pacientes con DCL. Por ejemplo, un paciente con DCL y pensamiento automático disfuncional podría interpretar los efectos secundarios de un medicamento de manera exagerada o catastrofista, lo que podría llevar a una disminución en la adherencia al tratamiento. (Martínez Sarmiento, 2021)

Además, es importante considerar cómo factores como la depresión, la ansiedad y el estrés pueden estar asociados tanto con el pensamiento automático disfuncional como con la adherencia al tratamiento en adultos mayores con DCL. La depresión y la ansiedad son comorbilidades comunes en esta población y pueden afectar tanto la forma en que se percibe el tratamiento médico como la capacidad para seguirlo correctamente.

El pensamiento automático disfuncional en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) puede manifestarse de diversas formas. Por ejemplo, estos pacientes pueden experimentar pensamientos automáticos negativos relacionados con su salud, como la preocupación excesiva por los efectos secundarios de la medicación o la creencia de que su condición no mejorará

con el tratamiento. Estos patrones de pensamiento pueden ser exacerbados por la naturaleza progresiva del DCL y las preocupaciones asociadas con la pérdida de independencia y autonomía. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)

La adherencia al tratamiento farmacológico en esta población es crucial para mantener la estabilidad de la salud y ralentizar la progresión del deterioro cognitivo. Sin embargo, los pensamientos automáticos disfuncionales pueden interferir con la adherencia al tratamiento al generar dudas, miedo o resistencia hacia la medicación prescrita. Por ejemplo, un paciente con DCL puede experimentar ansiedad anticipatoria sobre tomar una nueva medicación debido a temores infundados sobre sus posibles efectos secundarios, lo que puede llevar a una falta de cumplimiento en la toma regular de la misma. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)

En resumen, la contextualización de este tema implica explorar la interacción compleja entre el pensamiento automático disfuncional, la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”. Entender esta relación puede ser crucial para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren la adherencia al tratamiento y, en última instancia, la calidad de vida de esta población vulnerable.

### **Problema de investigación**

El deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores representa un desafío creciente para los sistemas de atención médica, ya que estos individuos enfrentan dificultades tanto en la gestión de su salud como en la adherencia al tratamiento farmacológico. A pesar de la importancia del tratamiento farmacológico para mantener la estabilidad cognitiva y funcional en pacientes con DCL, la adherencia a la medicación en esta población suele ser subóptima. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022). Se ha sugerido que los pensamientos automáticos disfuncionales pueden influir en la percepción y aceptación del tratamiento, pero existe una falta de comprensión sobre cómo estos patrones de pensamiento afectan específicamente la adherencia al tratamiento en pacientes con DCL. (Alzheimer's Association, 2024). Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo explorar en profundidad la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con DCL, con el fin de identificar posibles puntos de intervención para mejorar la gestión del tratamiento y la calidad de vida en esta población.

Como menciona (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022) el deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición caracterizada por un declive en las funciones cognitivas que no llega al nivel de demencia, pero que puede afectar la capacidad de una persona para realizar actividades diarias de

manera eficaz. Los adultos mayores con DCL tienen un mayor riesgo de progresar hacia la demencia, lo que hace crucial la atención y el manejo temprano de su condición.

La adherencia al tratamiento farmacológico es fundamental en el manejo del DCL, ya que los medicamentos pueden ayudar a ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, la adherencia a largo plazo a la medicación en esta población es a menudo subóptima, lo que puede comprometer los resultados del tratamiento. Los pensamientos automáticos disfuncionales son patrones de pensamientos negativos y distorsionados que pueden influir en la forma en que una persona percibe y responde a las situaciones de la vida diaria. En el contexto de la salud, estos pensamientos automáticos pueden contribuir a la falta de adherencia al tratamiento al generar dudas, miedo o resistencia hacia la medicación recetada. (Ortega, y otros, 2020)

A pesar de la creciente conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con DCL, hay una falta de investigación específica que aborde la influencia de los pensamientos automáticos disfuncionales en este aspecto. Comprender esta relación puede proporcionar información valiosa sobre los factores psicológicos que afectan la adherencia al tratamiento en esta población. Identificar los pensamientos automáticos disfuncionales más comunes entre los pacientes con DCL y su impacto en la adherencia al tratamiento puede ayudar a los profesionales de la salud a diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas. (Ortega, y otros, 2020). Estas intervenciones podrían incluir estrategias de manejo del estrés, terapia cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de los pacientes con DCL, y programas de apoyo psicoeducativo para mejorar la comprensión y aceptación del tratamiento.

### **Objetivo general**

Explorar la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los patrones de pensamiento automático disfuncional más comunes en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Centro Geriátrico “Plenitud”.
2. Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en esta población, mediante la aplicación de herramientas estandarizadas de evaluación.

3. Analizar la asociación entre los patrones de pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve.
4. Proporcionar recomendaciones para el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve, basadas en los hallazgos obtenidos.

#### **Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos:**

La presente investigación se forjará en un contexto geriátrico residencial donde se presentan los servicios de medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, visitas recurrentes; en la que los adultos mayores al ser residentes reciben una atención integral, buscando el bienestar integral y sistémico familiar.

La complejidad de manejo y evaluación de los pacientes geriátricos debido a las diferentes características en los aspectos clínicos, físicos, psicológicos, funcionales y familiares requiere de una serie de habilidades, conocimientos y actitudes que no se podría alcanzar un solo profesional por ello el trabajo en equipo, este equipo multidisciplinario que permite un abordaje completo con el desarrollo de estrategias de afrontamiento hacia los desafíos propios del anciano en cuanto a la parte física, psicológica, social que se van deteriorando paulatinamente.

Jiménez & González mencionan la presencia de muchos factores que pueden modificar el estado cognitivo y funcional en el adulto mayor, algunas variables cognitivas como memoria, habilidad lingüística, capacidad lectora y algunas alteraciones en la esfera afectiva deben también valorarse como factores predictivos del deterioro cognitivo leve, por ello la necesidad de que el anciano reciba diagnóstico neuropsicológico adecuado en función de que su atención sea especializada a su necesidad, disminuyendo el riesgo del aumento de cuadros demenciales de mayor comorbilidad. (Jiménez & González, 2018)

Los adultos mayores son los beneficiados de ésta investigación ya que al ser tratados como personas integrales cursando una etapa de vida normal, sin que la familia, la sociedad y los servidores de salud vean al anciano como una persona no capaz o desechable, sino logren apoyar y aportar a que los adultos mayores en compañía de sus familiares transmitan el concepto de un envejecimiento saludable donde los problemas naturales de esta etapa de vida: físicos, psicológico, familiares y sociales, sean una oportunidad de trabajo en equipo dotándole a la familia tome el rol protagónico de acompañante y cuidador activo emocional y físicamente, dejando de lado el abandono al anciano que se ha marcado durante la historia y esto ayude a visualizar al adulto mayor con trastornos cognitivos como una persona sujeto de derechos y entre ellos el derecho a ser tratado con prioridad,

respeto, ética, con atención de calidad y calidez para que este envejecimiento llegue a ser saludable y podamos como personal de salud mental disminuir el sufrimiento a esta población.

Adicionalmente, se pueden considerar los siguientes aspectos:

1. **Colaboración con Centros de Atención Geriátrica y Clínicas Especializadas:** Establecer colaboraciones con estas instituciones permitirá involucrar directamente a los pacientes y a sus cuidadores en el proceso de investigación. Esto puede incluir la participación en la identificación de necesidades y prioridades de investigación, así como en la difusión de los resultados del estudio. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)
2. **Involucramiento de Asociaciones de Pacientes:** Trabajar en colaboración con asociaciones de pacientes dedicadas a la atención de adultos mayores con deterioro cognitivo leve puede ayudar a garantizar que las preocupaciones y perspectivas de los pacientes y sus familias sean consideradas en todas las etapas del estudio. Estas asociaciones también pueden facilitar la participación de pacientes en el reclutamiento y la recopilación de datos. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)
3. **Sesiones de Capacitación y Educación:** Organizar sesiones de capacitación y educación dirigidas a profesionales de la salud, cuidadores y familiares de pacientes con deterioro cognitivo leve puede ayudar a aumentar la conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los factores que pueden influir en ella, como los patrones de pensamiento automáticos disfuncionales. Estas sesiones también pueden proporcionar información sobre estrategias prácticas para mejorar la adherencia al tratamiento. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)
4. **Difusión de Resultados:** Es fundamental compartir los hallazgos del estudio de una manera accesible y comprensible para la comunidad. Esto puede implicar la publicación de artículos científicos en revistas especializadas, pero también la organización de charlas públicas, seminarios o talleres dirigidos a la comunidad en general. Además, se pueden desarrollar materiales educativos y folletos informativos que resuman los principales hallazgos del estudio y ofrezcan recomendaciones prácticas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con deterioro cognitivo leve. (Andrango Pilataxi & Lopez Barba, 2022)

## CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO PROFESIONAL

### CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DEL ESTADO DEL ARTE

#### *Pensamiento automático disfuncional en adultos mayores*

El pensamiento automático disfuncional en adultos mayores es un área de interés creciente en la psicología geriátrica. Se refiere a patrones de pensamientos negativos y automáticos que pueden influir en la percepción y la respuesta de una persona ante diversas situaciones de la vida cotidiana. En el contexto de los adultos mayores, el pensamiento automático disfuncional puede manifestarse en forma de preocupaciones excesivas, interpretaciones negativas de eventos o experiencias, o anticipación de situaciones negativas futuras. Estos patrones de pensamiento pueden ser el resultado de factores como la acumulación de experiencias de vida, la presencia de condiciones de salud crónicas o la percepción de cambios asociados con el envejecimiento (Rodríguez, M., 2022).

Entre los adultos mayores, el pensamiento automático disfuncional puede estar relacionado con una serie de preocupaciones específicas, como la salud, la autonomía, la muerte o la pérdida de seres queridos. Por ejemplo, un adulto mayor puede experimentar pensamientos automáticos negativos relacionados con su salud, como la anticipación de problemas médicos graves o la creencia de que su condición no mejorará con el tratamiento. Estos patrones de pensamiento pueden tener un impacto significativo en el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores, así como en su capacidad para enfrentar eficazmente los desafíos de la vida cotidiana (Ramírez, O., 2023).

La identificación y el abordaje del pensamiento automático disfuncional en adultos mayores son importantes para promover el bienestar psicológico y emocional en esta población. Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual han demostrado ser efectivas para modificar los pensamientos automáticos negativos y promover una perspectiva más adaptativa y realista en adultos mayores. Además, estrategias como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la promoción de un estilo de vida saludable pueden ayudar a reducir la incidencia y la intensidad del pensamiento automático disfuncional en esta población (Jaramillo, T., 2023).

En resumen, el pensamiento automático disfuncional es un fenómeno relevante en el contexto del envejecimiento y puede tener implicaciones significativas para la salud mental y emocional de los adultos mayores. La comprensión y el abordaje de estos patrones de pensamiento son fundamentales para promover un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida en esta población.

### ***Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve***

La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) es un aspecto crucial en la gestión de su condición y en la prevención de la progresión hacia estados más graves de la demencia. Sin embargo, esta población enfrenta desafíos particulares que pueden afectar su capacidad para seguir correctamente el tratamiento prescrito. La polifarmacia, común en adultos mayores con múltiples condiciones médicas, puede dificultar la organización y la toma adecuada de los medicamentos. Además, el deterioro cognitivo leve puede afectar la memoria y la capacidad de comprensión, lo que dificulta seguir las instrucciones complejas de medicación (Meseguer, M., 2023).

Los pacientes con DCL también pueden experimentar efectos secundarios de los medicamentos de manera más pronunciada, lo que puede influir en su disposición a adherirse al tratamiento. La falta de percepción de los beneficios del tratamiento o la creencia de que los medicamentos no son necesarios pueden llevar a una falta de motivación para tomarlos regularmente. Además, los cambios en la capacidad de juicio y toma de decisiones asociados con el deterioro cognitivo leve pueden hacer que los pacientes sean menos capaces de evaluar los riesgos y beneficios de seguir el tratamiento (Arcau, A., Ugarte, I., et al, 2021).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DCL puede tener consecuencias graves, incluida una mayor progresión del deterioro cognitivo, un mayor riesgo de hospitalización y un mayor costo en términos de atención médica. Por lo tanto, es fundamental desarrollar estrategias efectivas para mejorar la adherencia en esta población. Esto puede incluir simplificar el régimen de medicación, proporcionar recordatorios y apoyo para la organización de la medicación, así como educar a los pacientes y cuidadores sobre la importancia del tratamiento y cómo manejar los efectos secundarios (Beatriz, C., & Victoria, P., 2021).

En resumen, la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve es un desafío multifacético que requiere un enfoque integral. La comprensión de los factores que influyen en la adherencia y el desarrollo de intervenciones efectivas son fundamentales para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida en esta población vulnerable.

## ***Interacción entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento en adultos mayores***

La interacción entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento en adultos mayores es un área de investigación de creciente interés en la salud mental geriátrica. El pensamiento automático disfuncional se refiere a patrones de pensamientos negativos y distorsionados que pueden influir en la forma en que los adultos mayores perciben y responden a situaciones relacionadas con su salud y tratamiento médico. Estos pensamientos automáticos pueden generar emociones negativas, como ansiedad o desesperanza, que a su vez pueden afectar la disposición de los adultos mayores a adherirse al tratamiento farmacológico prescrito (Ibarra, M., & Ibarra, C., 2021).

La adherencia al tratamiento en adultos mayores puede verse comprometida por una variedad de factores, incluidos los cognitivos, emocionales y contextuales. Los adultos mayores con pensamiento automático disfuncional pueden experimentar dudas o preocupaciones excesivas sobre la eficacia o los efectos secundarios de la medicación, lo que puede generar resistencia a seguir el tratamiento de manera consistente. Por ejemplo, un adulto mayor que anticipa negativamente los efectos secundarios de un medicamento podría ser menos propenso a tomarlo regularmente, incluso si se prescribe para tratar una condición médica importante (Inche, R., & Paucar, E., 2022).

A su vez, la falta de adherencia al tratamiento puede reforzar los patrones de pensamiento automático disfuncionales en un ciclo perjudicial. Por ejemplo, un adulto mayor que experimenta una recaída en sus síntomas debido a la falta de adherencia podría interpretar esta experiencia como una confirmación de sus creencias negativas sobre el tratamiento, lo que podría aumentar aún más su resistencia a seguir las indicaciones médicas (Suárez, S., 2021).

Abordar esta interacción entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento en adultos mayores requiere un enfoque multidisciplinario que aborde tanto los aspectos cognitivos como emocionales del comportamiento de salud. Intervenciones psicoeducativas y terapias cognitivo-conductuales adaptadas a las necesidades y capacidades de los adultos mayores pueden ser útiles para identificar y modificar los pensamientos automáticos disfuncionales, así como para promover una actitud más positiva y proactiva hacia el tratamiento. Al mismo tiempo, estrategias prácticas, como la simplificación del régimen de medicación y el apoyo para la organización de la medicación, pueden ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento en esta población.

## ***Estrategias terapéuticas para abordar el pensamiento automático disfuncional y mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores***

El desarrollo de estrategias terapéuticas para abordar el pensamiento automático disfuncional y mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores es fundamental para promover la salud mental y física en esta población. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) son uno de los enfoques más efectivos para modificar los patrones de pensamiento negativos y promover comportamientos saludables en adultos mayores. En el contexto del pensamiento automático disfuncional, la TCC puede ayudar a los adultos mayores a identificar y desafiar sus pensamientos automáticos negativos, desarrollar habilidades para manejar el estrés y la ansiedad, y promover una actitud más realista y adaptativa hacia su salud y tratamiento (Montoya, C., Salinas, H., & Ramirez, N., 2020).

Además de la TCC, otras estrategias terapéuticas pueden ser útiles para abordar el pensamiento automático disfuncional y mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores. Por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) se centra en ayudar a los individuos a aceptar sus pensamientos y emociones negativas sin intentar controlarlos, lo que puede ser especialmente relevante para adultos mayores que experimentan preocupaciones persistentes sobre su salud y tratamiento. La terapia de reminiscencia, que utiliza la discusión de recuerdos pasados para promover el bienestar emocional y el sentido de identidad en adultos mayores, también puede ser beneficiosa para abordar el pensamiento automático disfuncional al proporcionar un contexto para reflexionar sobre las experiencias pasadas y promover una perspectiva más positiva sobre el presente y el futuro (Montesinos, F., & Ortega, M., 2022).

Además de las intervenciones terapéuticas, las estrategias prácticas también pueden ser importantes para mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores con pensamiento automático disfuncional. Esto puede incluir la simplificación del régimen de medicación, la provisión de recordatorios y apoyo para la organización de la medicación, y la educación sobre la importancia del tratamiento y cómo manejar los efectos secundarios. La participación activa de familiares y cuidadores en el proceso de tratamiento también puede ser crucial para proporcionar un entorno de apoyo y fomentar comportamientos saludables en los adultos mayores.

En resumen, el desarrollo de estrategias terapéuticas efectivas para abordar el pensamiento automático disfuncional y mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores es fundamental para promover la salud y el bienestar en esta población. La combinación de enfoques terapéuticos y

prácticos puede proporcionar un enfoque integral para abordar los desafíos relacionados con el tratamiento en adultos mayores y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

### ***Impacto del pensamiento automático disfuncional en la gestión del tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve***

El impacto del pensamiento automático disfuncional en la gestión del tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve es significativo y puede influir en múltiples aspectos del manejo de su salud. El pensamiento automático disfuncional se refiere a patrones de pensamiento negativos y automáticos que pueden generar emociones negativas, como ansiedad, miedo o desesperanza, y afectar la forma en que los pacientes perciben y responden a su tratamiento médico (Minda, N., 2022).

En el contexto de pacientes con deterioro cognitivo leve, el pensamiento automático disfuncional puede manifestarse de diversas maneras. Por ejemplo, los pacientes pueden experimentar preocupaciones excesivas sobre los efectos secundarios de los medicamentos, la eficacia del tratamiento o la necesidad de seguir las indicaciones médicas. Estos pensamientos automáticos negativos pueden generar dudas o resistencia hacia el tratamiento prescrito, lo que puede dificultar su adherencia (de la Hoz, M., et al, 2021).

El impacto del pensamiento automático disfuncional en la gestión del tratamiento farmacológico puede ser especialmente pronunciado en pacientes con deterioro cognitivo leve debido a las dificultades cognitivas y de procesamiento de la información que experimentan. Por ejemplo, los problemas de memoria y de atención pueden dificultar la comprensión de las instrucciones de medicación, la organización de la medicación y el seguimiento de un régimen de tratamiento complejo (Fonte, T., & Santos, D., 2020).

Además, el pensamiento automático disfuncional puede afectar la disposición de los pacientes a comunicarse con los profesionales de la salud sobre sus preocupaciones o necesidades relacionadas con el tratamiento. Los pacientes pueden sentirse avergonzados o culpables por sus pensamientos negativos, lo que puede llevarlos a evitar discutirlos abiertamente con su médico o cuidador, lo que a su vez puede afectar su capacidad para recibir el apoyo necesario para gestionar su tratamiento de manera efectiva (Rodríguez, L., 2020).

En resumen, el pensamiento automático disfuncional puede tener un impacto significativo en la gestión del tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo leve, afectando su adherencia al tratamiento, su capacidad para manejar efectivamente los medicamentos y su disposición para comunicarse abiertamente sobre sus preocupaciones. Identificar y abordar estos patrones de pensamiento negativos es fundamental para mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en esta población vulnerable.

### ***Revisión de intervenciones psicoeducativas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con DCL***

La revisión de intervenciones psicoeducativas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) es un área de investigación importante en la atención de la salud geriátrica. Estas intervenciones se centran en proporcionar información, educación y apoyo emocional a los pacientes y sus cuidadores con el fin de mejorar la comprensión del tratamiento y promover comportamientos saludables relacionados con la toma de medicamentos (Rodríguez, I., 2020).

Las intervenciones psicoeducativas pueden abordar una variedad de aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con DCL. Esto puede incluir la educación sobre la importancia del tratamiento y los riesgos asociados con la falta de adherencia, así como la provisión de estrategias prácticas para facilitar la organización de la medicación y recordar tomarla correctamente. Además, estas intervenciones pueden incluir la enseñanza de habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, la ansiedad o las preocupaciones relacionadas con el tratamiento, lo que puede ayudar a reducir los pensamientos automáticos disfuncionales que pueden influir en la adherencia (Palacios, V., 2024).

La revisión de intervenciones psicoeducativas ha demostrado ser efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores con DCL en varios estudios. Estas intervenciones pueden ser entregadas por profesionales de la salud, como enfermeras, farmacéuticos o terapeutas ocupacionales, en diferentes entornos, como consultorios médicos, centros de atención geriátrica o en el hogar del paciente. Además, las intervenciones psicoeducativas pueden adaptarse para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes y sus cuidadores, teniendo en cuenta factores como el nivel de educación, la capacidad cognitiva y las preferencias personales (León, L., 2021).

Es importante destacar que las intervenciones psicoeducativas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con DCL pueden ser parte de un enfoque integral de

cuidado que también incluya la participación de familiares y cuidadores en el proceso de tratamiento. Al proporcionar información y apoyo tanto a los pacientes como a sus cuidadores, estas intervenciones pueden ayudar a mejorar la comunicación, la comprensión mutua y la colaboración en la gestión del tratamiento, lo que puede tener beneficios significativos para la salud y el bienestar de los pacientes con DCL.

### ***Papel del apoyo social y familiar en la relación entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento en adultos mayores***

El papel del apoyo social y familiar en la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento en adultos mayores es fundamental para comprender y abordar los desafíos relacionados con la gestión de la salud en esta población. El apoyo social y familiar puede influir en la forma en que los adultos mayores perciben y responden a su tratamiento médico, así como en su capacidad para manejar los pensamientos automáticos disfuncionales que pueden afectar la adherencia (Ortega, J., et al, 2020).

El apoyo social y familiar puede proporcionar una red de recursos emocionales, prácticos y de información que puede ayudar a los adultos mayores a enfrentar los desafíos asociados con su tratamiento. Por ejemplo, el apoyo emocional puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés relacionados con la toma de medicamentos, mientras que el apoyo práctico puede incluir ayuda con la organización de la medicación, recordatorios para tomarla y acompañamiento a citas médicas. Además, el apoyo de la familia y amigos puede proporcionar información y educación sobre el tratamiento, así como una perspectiva objetiva sobre los beneficios y riesgos asociados con la adherencia (Alarcón, A., Ramírez, N., & Vinuesa, V., 2020).

El apoyo social y familiar también puede desempeñar un papel importante en la identificación y el abordaje de los pensamientos automáticos disfuncionales que pueden afectar la adherencia al tratamiento. Los miembros de la familia y amigos cercanos pueden ayudar a los adultos mayores a reconocer y desafiar sus pensamientos negativos, proporcionando una perspectiva externa y alentadora. Además, el apoyo social y familiar puede promover un sentido de responsabilidad y compromiso con el tratamiento, lo que puede aumentar la motivación para seguir las indicaciones médicas (Ventocilla, N., & Condorhuamán, Y., 2020).

Es importante destacar que el apoyo social y familiar puede variar en su naturaleza y efectividad según las características individuales de cada adulto mayor y su red de apoyo. Por ejemplo, la calidad de las relaciones familiares, la disponibilidad de recursos de apoyo y la dinámica de comunicación pueden influir en la efectividad del apoyo social y familiar para mejorar la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, es importante involucrar a los miembros de la familia y amigos cercanos en el proceso de tratamiento de manera colaborativa y respetuosa, reconociendo y valorando su papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar de los adultos mayores.

## **1. Proceso investigativo metodológico**

### ***2.1. Tipo de Investigación.***

La presente investigación es DESCRIPTIVA pues implica observar el comportamiento para describir atributos, objetiva y sistemáticamente creando una instantánea de la situación actual, (Velázquez, 2024), de tipo CORRELACIONAL ya que al medir dos variables en este caso la relación entre pensamiento automático disfuncional y adherencia al tratamiento, nos permite describir o predecir cómo se relacionan naturalmente la variables, sin ningún intento por parte del investigador de alterarlas o asignarlas causalidad. (Velázquez, 2024)

### ***2.2. Diseño de investigación.***

Diseño DESCRIPTIVO, NO EXPERIMENTAL: En un diseño descriptivo según Velázquez, el investigador sólo está interesado en describir la situación o cuestión de estudio en la investigación. Es un diseño basado en la teoría que se crea mediante la recopilación, análisis y presentación de los datos recopilados. Al implementar un diseño en profundidad como este, un investigador puede proporcionar información sobre el porqué y el cómo de la investigación. (Velázquez, 2024).

### ***2.3 Enfoque de la Investigación***

El enfoque investigativo es CUANTITATIVO pues al medir los fenómenos utilizando la estadística al investigador le permite deducir, analizar la realidad objetivamente buscado explorar la complejidad de factores que rodean a un fenómeno y la variedad de perspectivas y significados que tiene para los implicados. (Velázquez, 2024)

## **2.4. Población y muestra**

### **Población**

La presente investigación tomó una parte de la población adulta mayor, residentes permanentes del Centro Geriátrico “Plenitud”, con un diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Este centro fue seleccionado por su relevancia en la atención de personas de la tercera edad y su especialización en el manejo de condiciones relacionadas con el envejecimiento, particularmente el deterioro cognitivo leve. Se eligió este grupo demográfico debido a la importancia de comprender y abordar los desafíos asociados con el declive cognitivo en la vejez. Además, al enfocarse en una población con un diagnóstico específico de deterioro cognitivo leve, la investigación pudo dirigirse de manera más precisa hacia la comprensión de los factores y las intervenciones que pueden influir en la progresión de esta condición y en la calidad de vida de los afectados.

### **Tamaño de la Muestra**

Para este la muestra estudio consistirá en 25 pacientes (14 hombres y 11 mujeres), ubicados en la ciudad de Quito- Ecuador, en el periodo anual 2023 -2024, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos y que residan permanentemente en el Centro Geriátrico “Plenitud”. Los criterios de inclusión se definirán en función de las características específicas necesarias para la investigación, como el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y la disponibilidad para participar en el estudio. Se seleccionará a los participantes de manera aleatoria o mediante criterios específicos de selección, según sea apropiado para los objetivos de la investigación y la disponibilidad de la población objetivo en el Centro Geriátrico “Plenitud”.

### **Características de la muestra**

#### Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores
- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve
- Residentes permanentes del Centro Geriátrico “Plenitud”

#### Criterios de Exclusión

- Pacientes con edades menores de 65 años
- Pacientes con diagnóstico de demencia
- Pacientes con afasias o trastornos del lenguaje.
- Pacientes que no estén en residencia permanente del Centro Geriátrico “Plenitud”

## **2.5. Técnicas e Instrumentos**

### *Entrevistas semiestructuradas.*

Estas entrevistas permiten una exploración en profundidad de las experiencias, pensamientos y emociones de los participantes en relación con el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad. Las preguntas pueden seguir una guía flexible que permita a los participantes expresarse libremente, al tiempo que se exploran temas específicos de interés para el estudio. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020)

### *Observación participante.*

Esta técnica implica la observación directa de las actividades y comportamientos de los participantes en situaciones relevantes para el estudio, como en sesiones grupales de terapia o en actividades cotidianas dentro del Centro Geriátrico "Plenitud". La observación participante permite obtener una comprensión más completa y contextualizada de cómo se manifiestan el pensamiento automático disfuncional y los niveles de ansiedad en la vida diaria de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020)

### *Análisis documental.*

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre el pensamiento automático disfuncional, el deterioro cognitivo leve y la adherencia al tratamiento. Esta revisión documental proporcionará un contexto teórico para el estudio, así como información relevante sobre variables relacionadas y posibles mecanismos subyacentes. (Guevara Alban, Verdesoto Arguello, & Castro Molina, 2020)

## **Instrumentos**

### *Historia Clínica:*

Se realizó una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los participantes para recopilar información relevante sobre su estado de salud general, antecedentes médicos y diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

#### *Montreal Cognitive Assessment (MoCA):*

Se administró la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) para evaluar las disfunciones cognitivas leves en los participantes. Este instrumento evalúa diversas habilidades cognitivas, incluyendo atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. La puntuación máxima es de 30, y una puntuación igual o superior a 26 se considera normal. La administración y la interpretación de los resultados fueron realizadas por un profesional de la salud especializado en el ámbito cognitivo. (Nasreddine MD, 2017)

#### *Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan:*

Se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan, desarrollado por Juan Ruiz Sánchez en 1996. Este instrumento tiene como objetivo identificar los principales pensamientos automáticos disfuncionales en los participantes. Consta de 15 ítems agrupados, cuya confiabilidad ha sido establecida mediante estudios comparativos realizados en varios países latinoamericanos, incluyendo México, Venezuela, Colombia, Ecuador y Chile.

#### *Test Morisky-Green:*

Este test valorará si el paciente adopta las actitudes correctas en relación con el tratamiento de su enfermedad. El test de Morisky original y sus posteriores versiones presentan ventajas respecto a otros cuestionarios ya que tienen un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones como países, por lo que son muy utilizados en investigación. Además, tienen una alta concordancia con los datos obtenidos a partir de dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de la medicación. Ambos test son recomendados para su aplicación durante la práctica clínica diaria

**Procedimiento:** Los participantes serán informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio y se obtendrá su consentimiento informado para participar por parte del Centro Geriátrico "Plenitud". Se administrarán los cuestionarios de manera individual, garantizando la confidencialidad de las respuestas. Además, se recopilarán datos demográficos y clínicos relevantes de los participantes a través de entrevistas o revisión de historias clínicas de los expedientes médicos. En este estudio, el diseño transversal permitirá explorar la relación entre el pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve

en un momento específico. Se recopilarán datos de manera simultánea sobre ambas variables y se analizarán para determinar la naturaleza y fuerza de la asociación entre ellas. Los resultados obtenidos proporcionarán una instantánea de la situación y ayudarán a identificar posibles áreas de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en esta población.

**Análisis de Datos:** Se realizará un análisis estadístico descriptivo de las variables demográficas y clínicas de los participantes. Luego, se emplearán análisis de correlación para explorar las relaciones entre los patrones de pensamiento automático disfuncional y la adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se utilizarán modelos de regresión para identificar posibles factores predictores de adherencia al tratamiento, controlando por variables de confusión relevantes.

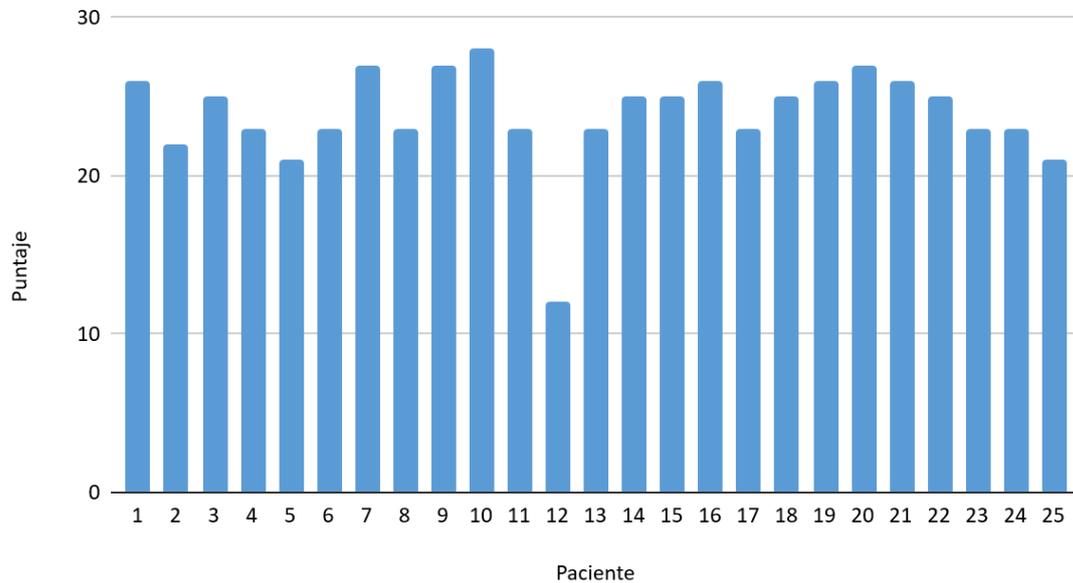
**Consideraciones Éticas:** El estudio será realizado de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtendrá el consentimiento informado desde el centro geriátrico “Plenitud”, de todos los participantes y se garantizará la confidencialidad de los datos recopilados. Además, se seguirán todas las regulaciones y procedimientos éticos establecidos por el comité de ética de la institución responsable de la investigación.

**Limitaciones Potenciales:** Algunas posibles limitaciones podrían incluir el sesgo de selección debido a la naturaleza de la muestra reclutada de centros de atención geriátrica, así como el sesgo de respuesta y la validez de autorreporte asociados con el uso de cuestionarios autoadministrados. Además, la naturaleza transversal del estudio limita la capacidad para establecer relaciones causales entre las variables de interés.

## 2. Análisis de resultados

**Figura 1**

*Escala MoCA - Puntaje*



Nota. El gráfico representa los resultados obtenidos en los pacientes encuestados.

La escala de Mocca es una herramienta utilizada para evaluar el deterioro cognitivo en adultos mayores. Se compone de una serie de ítems que evalúan diferentes aspectos cognitivos como la orientación temporal y espacial, la atención, la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas básicas. Cada ítem tiene un puntaje asignado y el puntaje total se utiliza para determinar el grado de deterioro cognitivo. (Nasreddine MD, 2017)

Analizando los puntajes proporcionados en la Figura 1 que has proporcionado:

- El puntaje más bajo es 12 y el más alto es 28.
- La mayoría de los pacientes tienen puntajes en el rango de 21 a 28.
- La mayoría de los pacientes tienen un diagnóstico de "deterioro cognitivo leve", con dos pacientes diagnosticados como "deterioro cognitivo moderado".

Podemos observar que hay una variabilidad en los puntajes, lo que indica que la gravedad del deterioro cognitivo varía entre los pacientes. Es importante tener en cuenta que la escala de Mocca es solo una herramienta de evaluación inicial y que los resultados deben ser interpretados por un profesional de la salud capacitado en el contexto clínico específico de cada paciente.

**Figura 2**

*Adherencia al tratamiento farmacológico*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	dg
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA NEGATIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA NEGATIVA	deterioro cognitivo moderado
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA NEGATIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo moderado
ADHERENCIA NEGATIVA	deterioro cognitivo leve
ADHERENCIA NEGATIVA	deterioro cognitivo
ADHERENCIA POSITIVA	deterioro cognitivo leve

Nota. El gráfico representa los resultados obtenidos en los pacientes encuestados.

- La adherencia al tratamiento se ha clasificado en "adherencia positiva" y "adherencia negativa".
- La mayoría de los pacientes tienen una adherencia positiva al tratamiento.
- Sin embargo, hay algunos pacientes con adherencia negativa al tratamiento, especialmente aquellos con un diagnóstico de "deterioro cognitivo moderado".

Es importante destacar que la adherencia al tratamiento es un factor crucial en el manejo del deterioro cognitivo y otras condiciones médicas. La adherencia positiva indica que los pacientes están siguiendo las recomendaciones y pautas de tratamiento proporcionadas por los profesionales de la salud, lo que puede contribuir a un mejor control de la condición y una calidad de vida mejorada. Por otro lado, la adherencia negativa puede llevar a un empeoramiento de los síntomas y complicaciones adicionales.

Es vital que los profesionales de la salud aborden y comprendan las razones detrás de la adherencia negativa en ciertos pacientes, ya que pueden surgir debido a diversos factores como la falta de comprensión del tratamiento, efectos secundarios adversos, barreras económicas o sociales, entre otros. Un enfoque individualizado y comprensivo es fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento en todos los pacientes, especialmente aquellos con un diagnóstico de deterioro cognitivo moderado.

Para analizar el recuento de tipos de deterioro en relación con la adherencia al tratamiento, podemos observar lo siguiente:

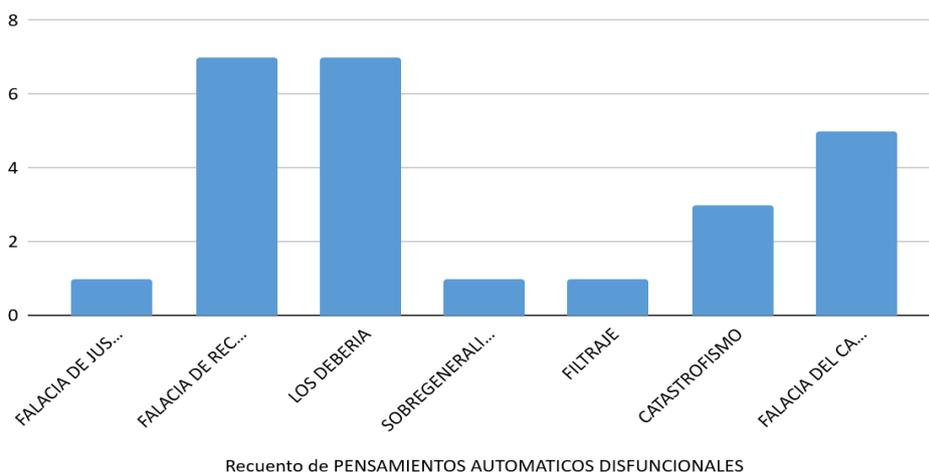
- La mayoría de los pacientes con adherencia positiva al tratamiento tienen un diagnóstico de "deterioro cognitivo leve".
- Sin embargo, también hay algunos pacientes con adherencia negativa al tratamiento que tienen un diagnóstico de "deterioro cognitivo moderado".

Este análisis sugiere que, aunque la adherencia positiva al tratamiento es más común en pacientes con un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, también hay casos de adherencia positiva en pacientes con deterioro cognitivo moderado. Por otro lado, la adherencia negativa parece ser más común en pacientes con un diagnóstico de deterioro cognitivo moderado.

Esto puede indicar que los pacientes con un deterioro cognitivo más grave pueden enfrentar desafíos adicionales para mantener una adherencia positiva al tratamiento. Los profesionales de la salud deben prestar una atención especial a estos pacientes para abordar cualquier barrera que pueda estar interfiriendo con su adherencia al tratamiento y ofrecerles un apoyo adicional para optimizar su manejo clínico.

**Figura 3**

*Pensamientos Automáticos Disfuncionales*



Aquí hay una descripción más detallada de algunos de los tipos de pensamientos automáticos disfuncionales mencionados:

1. **Falacia de justicia:** Esta distorsión cognitiva implica creer que el mundo debe ser justo y que las personas deben recibir lo que se merecen. Cuando se enfrentan a situaciones injustas o desagradables, las personas pueden sentirse indignadas y resentidas debido a esta creencia.
2. **Falacia de recompensa divina:** Esta distorsión implica creer que si uno es una buena persona o hace cosas buenas, será recompensado por fuerzas externas, como el destino o una entidad divina. Esto puede llevar a una sensación de decepción o confusión cuando las recompensas esperadas no se materializan.
3. **Los debería:** Implica imponer expectativas rígidas y poco realistas sobre uno mismo o los demás. Por ejemplo, pensar "debería ser perfecto" o "los demás deberían tratarme siempre con amabilidad".
4. **Sobregeneralización:** Esta distorsión consiste en sacar conclusiones generales a partir de un solo incidente o experiencia negativa. Por ejemplo, si algo malo sucede una vez, se concluye que siempre será así.
5. **Filtraje:** Implica enfocarse excesivamente en lo negativo y pasar por alto los aspectos positivos de una situación.
6. **Catastrofismo:** Consiste en anticipar lo peor y exagerar la importancia de los eventos negativos. Las personas que caen en esta distorsión pueden tener una visión excesivamente negativa del futuro.
7. **Falacia del cambio:** Implica creer que uno solo puede ser feliz si otras personas o las circunstancias cambian. Esta distorsión a menudo lleva a una sensación de impotencia y frustración.

Para analizar el recuento de los diferentes tipos de pensamientos automáticos disfuncionales proporcionados, podemos observar lo siguiente:

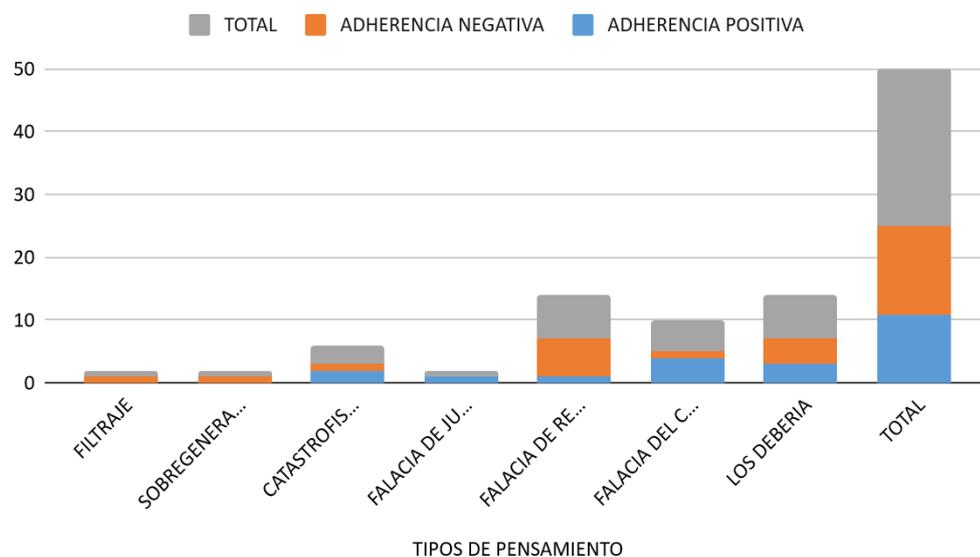
- "Falacia de justicia": 1 ocurrencia.
- "Falacia de recompensa divina": 9 ocurrencias.
- "Los debería": 7 ocurrencias.
- "Sobregeneralización": 1 ocurrencia.
- "Filtraje": 1 ocurrencia.
- "Catastrofismo": 4 ocurrencias.
- "Falacia del cambio": 6 ocurrencias.

Este análisis revela que hay una prevalencia notable de ciertos tipos de pensamientos automáticos disfuncionales en los datos proporcionados. Específicamente, la "falacia de recompensa divina", "los debería" y "falacia del cambio" son los más comunes, con varias ocurrencias cada uno.

Identificar estos patrones de pensamiento puede ser útil en la terapia cognitivo-conductual u otras intervenciones psicológicas para abordar y modificar estos pensamientos disfuncionales hacia pensamientos más realistas y adaptativos. Por ejemplo, se pueden emplear técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar y cambiar estos pensamientos automáticos disfuncionales, promoviendo así un mejor bienestar emocional y una salud mental óptima.

**Figura 4**

*Aderencia y Tipo de Pensamiento*



Nota. El gráfico representa los resultados obtenidos en los pacientes encuestados.

Para analizar estos datos de la tabla de contingencia, primero vamos a explicar qué es una tabla de contingencia. Una tabla de contingencia es una forma de presentar la distribución conjunta de dos o más variables categóricas. En este caso, las variables son "Tipos de pensamiento" y "Adherencia al tratamiento".

Aquí están los resultados de la tabla de contingencia:

- En la columna "Adherencia Positiva", se observa que:
  - Para "Filtraje" y "Sobregeneralización", no hay casos de adherencia positiva.
  - Para "Catastrofismo", hay 2 casos de adherencia positiva.
  - Para "Falacia de justicia", hay 1 caso de adherencia positiva.
  - Para "Falacia de recompensa divina", hay 1 caso de adherencia positiva.
  - Para "Falacia del cambio", hay 4 casos de adherencia positiva.

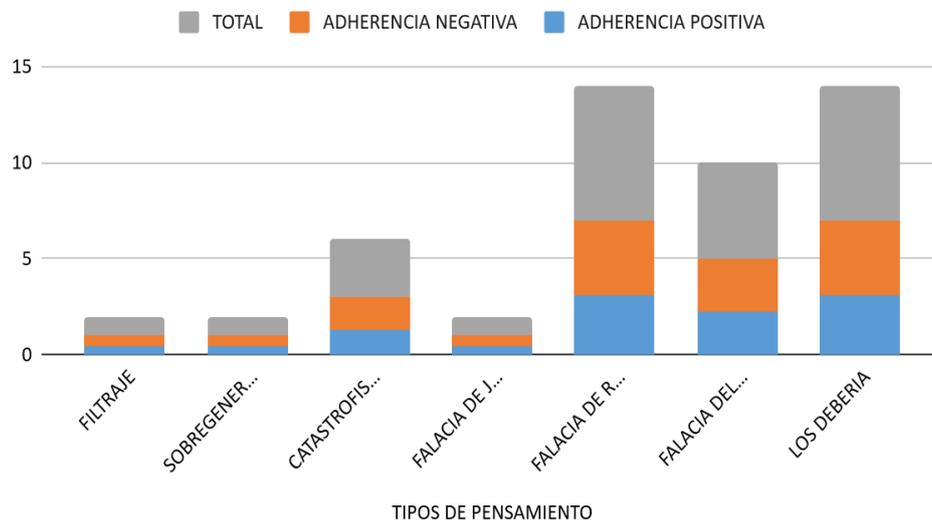
- Para "Los debería", hay 3 casos de adherencia positiva.
- El total de casos de adherencia positiva es 11.
- En la columna "Adherencia Negativa", se observa que:
  - Para "Filtraje" y "Sobregeneralización", hay 1 caso de adherencia negativa en cada uno.
  - Para "Catastrofismo", hay 1 caso de adherencia negativa.
  - Para "Falacia de justicia", no hay casos de adherencia negativa.
  - Para "Falacia de recompensa divina", hay 6 casos de adherencia negativa.
  - Para "Falacia del cambio", hay 1 caso de adherencia negativa.
  - Para "Los debería", hay 4 casos de adherencia negativa.
  - El total de casos de adherencia negativa es 14.
- El total de casos para cada tipo de pensamiento es:
  - "Filtraje": 1.
  - "Sobregeneralización": 1.
  - "Catastrofismo": 3.
  - "Falacia de justicia": 1.
  - "Falacia de recompensa divina": 7.
  - "Falacia del cambio": 5.
  - "Los debería": 7.
  - El total general es de 25 casos.

Con esta información, se puede observar la relación entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, puedes notar que la "Falacia de recompensa divina" tiene el mayor número de casos tanto en adherencia positiva como en adherencia negativa, mientras que "Filtraje" y "Sobregeneralización" tienen un solo caso cada uno, ambos en adherencia negativa. Esto puede sugerir ciertos patrones de pensamiento que pueden influir en la adherencia al tratamiento.

**Figura 5**

*Frecuencias Esperadas de Adherencia al tratamiento y Tipos de pensamiento*

### FRECUENCIAS ESPERADAS- ADHERENCIA POSITIVA, ADHERENCIA NEGATIVA y TOTAL



Nota. El gráfico representa los resultados obtenidos en los pacientes encuestados

Para analizar las frecuencias esperadas en una tabla de contingencia, primero debemos entender qué son las frecuencias esperadas. Las frecuencias esperadas son los valores que se esperarían en cada celda de la tabla si no hubiera ninguna asociación entre las variables. Estos valores se calculan utilizando la proporción de la suma de filas y columnas en relación con el total de la tabla.

Aquí están los resultados de las frecuencias esperadas para cada celda de la tabla de contingencia:

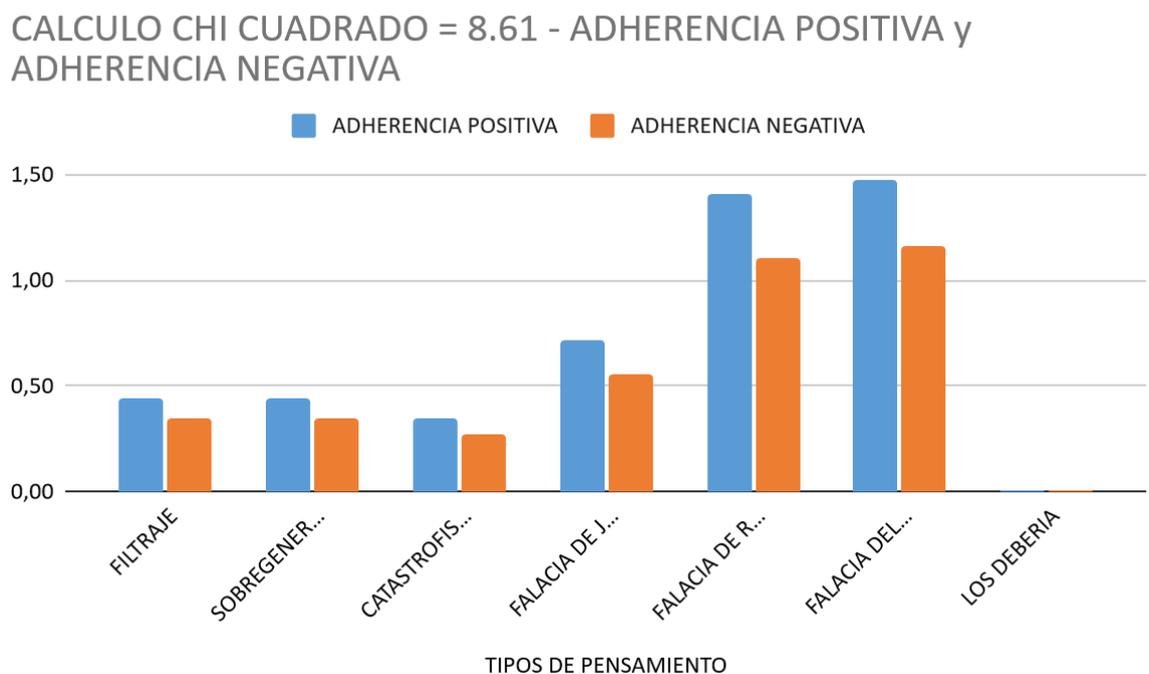
- Para "Filtraje" y "Adherencia Positiva": 0.44
- Para "Filtraje" y "Adherencia Negativa": 0.56
- Para "Sobregeneralización" y "Adherencia Positiva": 0.44
- Para "Sobregeneralización" y "Adherencia Negativa": 0.56
- Para "Catastrofismo" y "Adherencia Positiva": 1.32
- Para "Catastrofismo" y "Adherencia Negativa": 1.68
- Para "Falacia de justicia" y "Adherencia Positiva": 0.44
- Para "Falacia de justicia" y "Adherencia Negativa": 0.56
- Para "Falacia de recompensa divina" y "Adherencia Positiva": 3.08
- Para "Falacia de recompensa divina" y "Adherencia Negativa": 3.92
- Para "Falacia del cambio" y "Adherencia Positiva": 2.2

- Para "Falacia del cambio" y "Adherencia Negativa": 2.8
- Para "Los debería" y "Adherencia Positiva": 3.08
- Para "Los debería" y "Adherencia Negativa": 3.92

Estos valores representan las frecuencias esperadas para cada combinación de tipo de pensamiento y adherencia al tratamiento si no hubiera ninguna asociación entre ellas. Se comparan con las frecuencias observadas para determinar si existe una asociación significativa entre los dos conjuntos de variables. Si las frecuencias observadas difieren significativamente de las esperadas, puede indicar una asociación entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento. Esto se evaluaría mediante pruebas estadísticas como la prueba de chi-cuadrado.

**Figura 6**

*Cálculo Chi Cuadrado - Adherencia y Tipo de pensamiento*



Para analizar el valor calculado de Chi-cuadrado, que es 8.61, debemos compararlo con un valor crítico de Chi-cuadrado para determinar si hay una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento. Este valor crítico se determina utilizando un nivel de significancia específico (usualmente 0.05) y los grados de libertad, que se calculan como  $(r-1)(c-1)$ , donde  $r$  es el número de filas y  $c$  es el número de columnas en la tabla de contingencia.

Dado que tenemos una tabla de contingencia de 7 filas y 2 columnas, los grados de libertad serían  $(7-1)(2-1)=6$ . Entonces, necesitamos encontrar el valor crítico de Chi-cuadrado para 6 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05. Una vez que tengamos el valor crítico de Chi-cuadrado, lo comparamos con el valor calculado de Chi-cuadrado (8.61). Si el valor calculado es mayor que el valor crítico, entonces hay una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento.

Si no hay una asociación significativa, significa que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, que establece que no hay asociación entre las variables. Por lo tanto, necesitaríamos conocer el valor crítico de Chi-cuadrado para 6 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 para hacer una conclusión sobre la asociación entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento en base al valor calculado de Chi-cuadrado.

Al obtener un valor de Chi-cuadrado de 8.61, necesitamos compararlo con el valor crítico de Chi-cuadrado para 6 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05. Si el valor calculado de Chi-cuadrado es mayor que el valor crítico, rechazamos la hipótesis nula y concluimos que hay una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento.

Si el valor calculado de Chi-cuadrado es menor que el valor crítico, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, lo que significa que no podemos concluir que haya una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento en base a los datos proporcionados.

Basándonos en la decisión y conclusión proporcionadas, se acepta la hipótesis nula, lo que significa que no hay suficiente evidencia para rechazar la idea de que no existe asociación entre la adherencia al tratamiento que presenta el paciente y su tipo de pensamiento. En otras palabras, los resultados de la prueba de hipótesis no nos dan razones para concluir que los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento estén relacionados de manera significativa. Esto implica que los tipos de pensamiento, como el filtraje, la sobregeneralización, el catastrofismo, entre otros, no parecen tener una influencia significativa en la adherencia al tratamiento. Es importante recordar que esto se basa en los datos y el análisis proporcionado, y que otros factores no considerados podrían influir en la relación entre estos dos aspectos. En resumen, la conclusión de que no existe asociación entre la adherencia al tratamiento del paciente y su tipo de pensamiento sugiere que otros factores pueden ser más importantes o influyentes en la adherencia al tratamiento que los tipos de pensamiento evaluados en este estudio.

## CAPÍTULO II: ARTÍCULO PROFESIONAL

### 1.1. Resumen

Este estudio pretende investigar la asociación entre los tipos de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento entre los pacientes. Se analizaron los datos de una muestra de individuos mediante tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado. Los resultados no indicaron una asociación significativa entre los tipos de pensamientos automáticos (como filtrar, catastrofizar y enunciar "debería") y la adherencia al tratamiento. Las recomendaciones incluyen educación personalizada, comunicación y estrategias de apoyo para mejorar la adherencia. Se necesita más investigación multidisciplinaria para comprender y abordar de forma exhaustiva los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

#### a. Palabras clave:

Pensamientos automáticos, Adherencia al tratamiento, Deterioro cognitivo leve, Adultos mayores, Tablas de contingencia, Test de Chi-cuadrado, Enfoque multidisciplinario, Educación personalizada.

### 1.2. Abstract

This study aimed to investigate the association between types of automatic thoughts and treatment adherence among patients. Data from a sample of individuals were analyzed using contingency tables and chi-square tests. Results indicated no significant association between types of automatic thoughts (such as filtering, catastrophizing, and should statements) and treatment adherence. Recommendations include personalized education, communication, and support strategies to enhance adherence. Further multidisciplinary research is needed to understand and address factors influencing treatment adherence comprehensively.

#### a. Keywords

Automatic thoughts, Treatment adherence, mild cognitive impairment, older adults, Contingency tables, Chi-square test, Multidisciplinary approach, Personalized education.

### 1.3. Introducción

La adherencia al tratamiento es un factor crítico para el éxito terapéutico en el manejo de diversas condiciones médicas. Sin embargo, muchos pacientes enfrentan desafíos para seguir las

indicaciones médicas de manera consistente, lo que puede afectar negativamente su salud y calidad de vida. Entre los diversos factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento, los tipos de pensamientos automáticos han surgido como un área de interés en la investigación psicológica y médica. Estos pensamientos automáticos, que incluyen patrones cognitivos como la sobregeneralización, el catastrofismo y los "debería", pueden afectar la forma en que los individuos perciben y responden a su tratamiento médico.

Sin embargo, la relación entre los tipos de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento aún no está completamente comprendida. Este estudio tiene como objetivo investigar esta asociación específica, utilizando un enfoque basado en datos recopilados de una muestra de pacientes. A través del análisis de datos, se busca identificar si existe una relación significativa entre los tipos de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento. Los resultados de esta investigación pueden tener implicaciones importantes para el desarrollo de estrategias efectivas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento y, en última instancia, mejorar los resultados de salud de los pacientes.

#### **1.4. Metodología**

**Diseño del estudio:** Se utilizó un diseño investigativo descriptivo no experimental, de tipo correlacional, con enfoque cuantitativo en la recopilación, análisis y descripción de datos en las variables de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

**Muestra:** 25 pacientes adultos mayores (14 Hombres, 11 Mujeres) con deterioro cognitivo leve, residentes del Centro Geriátrico "Plenitud". Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para garantizar la representatividad de la muestra.

**Instrumentos de medición:** Junto a la revisión de Historias clínicas se utilizó una versión validada de la escala de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA), el Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan y el Test de Adherencia al tratamiento farmacológico de Morisky-Green.

**Procedimiento:** Con la aprobación de la gerencia del Centro Geriátrico Plenitud" se realizó la convocatoria con el consentimiento informado de todos los participantes.

- Se administraron los instrumentos de medición de manera estandarizada de manera personal en un ambiente sin ruidos ni interrupciones.
- Se recopilaron los datos clínicos relevantes de cada uno de los participantes.
- Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos recopilados.

**Análisis de datos:**

- Se utilizó un enfoque estadístico descriptivo para caracterizar la muestra y los resultados de los instrumentos de medición.
- Se realizaron pruebas de asociación, como el análisis de contingencia y la prueba de chi-cuadrado, para investigar la relación entre los tipos de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento.

**Consideraciones éticas:**

- El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos y las regulaciones aplicables.
- Se obtuvo la aprobación de la gerencia del Centro Geriátrico "Plenitud", según corresponda.

**Limitaciones:**

- Se reconocieron posibles limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra, la representatividad de la misma y la fiabilidad de los instrumentos de medición utilizados.

La metodología descrita proporciona un marco sólido para investigar la asociación entre los tipos de pensamientos automáticos disfuncionales y la adherencia al tratamiento, permitiendo obtener resultados relevantes y aplicables en el ámbito clínico y de investigación.

**1.5. Resultados – Discusión**

El análisis de los datos reveló que no hubo una asociación significativa entre los tipos de pensamientos automáticos y la adherencia al tratamiento entre los pacientes evaluados. A pesar de que se observaron diferentes tipos de pensamientos automáticos, como el filtraje, la sobregeneralización, el catastrofismo y los "debería", no se encontraron diferencias significativas en términos de adherencia al tratamiento entre los pacientes que exhibían estos patrones cognitivos y aquellos que no lo hacían. Además, la prueba de chi-cuadrado no mostró una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ( $\chi^2 = 8.61$ ,  $p > 0.05$ ).

**Discusión:**

Los resultados de este estudio sugieren que, aunque los tipos de pensamientos automáticos pueden influir en la percepción y el procesamiento de la información relacionada con el tratamiento médico, su impacto en la adherencia al tratamiento puede ser limitado. Esto sugiere que otros factores, como la comprensión de la prescripción médica, la percepción de la efectividad del

tratamiento y los sistemas de apoyo disponibles, pueden ser más influyentes en el comportamiento de adherencia del paciente.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han señalado la complejidad de los determinantes de la adherencia al tratamiento y la necesidad de un enfoque multifactorial para abordar este problema de manera efectiva. Aunque los tipos de pensamientos automáticos pueden ser relevantes en la comprensión de las actitudes y creencias de los pacientes hacia el tratamiento, otros factores, como la educación, el apoyo social y las barreras logísticas, también desempeñan un papel crucial en la adherencia al tratamiento.

Es importante destacar que este estudio tiene algunas limitaciones, como el tamaño de la muestra y la falta de evaluación de otros posibles factores que podrían influir en la adherencia al tratamiento. Además, la naturaleza transversal del estudio limita la capacidad para establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Por lo tanto, se recomienda realizar investigaciones futuras que aborden estas limitaciones y exploren más a fondo los determinantes de la adherencia al tratamiento en diferentes poblaciones y contextos clínicos.

## CONCLUSIONES

En base al análisis de los datos y los resultados obtenidos, concluimos que no se encontró una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes evaluados. Aunque los tipos de pensamiento analizados, como el filtraje, la sobregeneralización y el catastrofismo, no parecen influir de manera significativa en la adherencia al tratamiento, AUNQUE LOS TIP es importante reconocer que la adherencia del paciente puede estar influenciada por una variedad de factores, como la comprensión de la prescripción médica QUIEN LO DICE... y la percepción de la efectividad del tratamiento. Por lo tanto, se destaca la necesidad de adoptar un enfoque integral que considere múltiples aspectos en la gestión de la adherencia al tratamiento, así como la importancia de continuar investigando para identificar otros posibles factores que puedan afectar la adherencia del paciente y desarrollar intervenciones más efectivas para mejorarla. Basándonos en el análisis de los datos y los resultados obtenidos, podemos derivar las siguientes conclusiones:

1. **No se encontró una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento:** Los resultados de la prueba de hipótesis indicaron que no hay suficiente evidencia para concluir que los tipos de pensamiento, como el filtraje, la sobregeneralización, el catastrofismo, etc., están relacionados de manera significativa con la adherencia al tratamiento de los pacientes.
2. **La adherencia al tratamiento puede estar influenciada por otros factores:** Aunque los tipos de pensamiento analizados no mostraron una relación significativa con la adherencia al tratamiento en este estudio, esto no descarta la influencia de otros factores en la adherencia del paciente al tratamiento. Factores como la comprensión de la prescripción médica, la percepción de la efectividad del tratamiento, los efectos secundarios del medicamento y el apoyo social pueden desempeñar un papel importante en la adherencia del paciente.
3. **Se necesita un enfoque integral en la mejora de la adherencia al tratamiento:** Dado que la adherencia al tratamiento es crucial para el éxito del mismo, es importante adoptar un enfoque integral que tenga en cuenta múltiples factores que pueden influir en la adherencia del paciente. Esto puede incluir intervenciones educativas, de apoyo y de seguimiento para garantizar que los pacientes comprendan y sigan adecuadamente su tratamiento.
4. **Se requiere más investigación:** Aunque este estudio no encontró una asociación significativa entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento, podría ser útil realizar más investigaciones para explorar otros posibles factores que puedan influir en la adherencia del paciente. Esto puede ayudar a desarrollar intervenciones más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y, en última instancia, mejorar los resultados de salud de los pacientes.

## RECOMENDACIONES

1. **Educación y comunicación:** Es fundamental proporcionar educación adecuada sobre el tratamiento a los pacientes, incluyendo información sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas y los posibles efectos secundarios. Además, una comunicación clara y abierta entre el paciente y el profesional de la salud puede ayudar a abordar dudas y preocupaciones, lo que puede mejorar la adherencia al tratamiento.
2. **Evaluación individualizada:** Cada paciente es único y puede enfrentar diferentes barreras para adherirse al tratamiento. Por lo tanto, es importante realizar una evaluación individualizada para identificar las necesidades específicas de cada paciente y desarrollar estrategias adaptadas a sus circunstancias y preferencias.
3. **Apoyo y seguimiento:** Proporcionar un apoyo continuo y un seguimiento regular puede ser beneficioso para mejorar la adherencia al tratamiento. Esto puede incluir recordatorios, seguimiento de la adherencia, y la disponibilidad de recursos adicionales como líneas telefónicas de ayuda o grupos de apoyo.
4. **Incorporación de tecnología:** El uso de tecnología, como aplicaciones móviles o dispositivos de recordatorio de medicamentos, puede ser útil para ayudar a los pacientes a mantenerse en el camino con su tratamiento. Estas herramientas pueden proporcionar recordatorios de dosis, seguimiento de la adherencia y recursos educativos adicionales.
5. **Enfoque multidisciplinario:** Adoptar un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes profesionales de la salud, como médicos, farmacéuticos, psicólogos y trabajadores sociales, puede ser beneficioso para abordar las diversas necesidades del paciente y mejorar la adherencia al tratamiento de manera integral.
6. **Investigación continua:** Se necesita continuar investigando para comprender mejor los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y desarrollar intervenciones más efectivas. Esto puede incluir estudios que exploren la relación entre los tipos de pensamiento y la adherencia al tratamiento, así como la evaluación de intervenciones específicas para mejorar la adherencia del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arcau, A., Ugarte, I., Giménez, A., Moreno, S., Colás, A., & Zarazaga, J. (2021). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años por nivel socioeconómico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 50.
- Andrango Pilataxi, M. L., & Lopez Barba, D. F. (2022). *Revista Científica Mundo de la Investigación y Conocimiento*. Obtenido de Recimundo: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.47-59](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.47-59)
- Alarcón, A., Ramírez, N., & Vinueza, V. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. In *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia* (Vol. 86, No. 2, pp. 125-131). Real Academia Nacional de Farmacia.
- Beatriz, C., & Victoria, P. (2021). Evaluación del tratamiento farmacológico en deterioro cognitivo en residentes del asilo Santa Sofía-Huánuco, 2019.
- de la Hoz, M., Garrido del Águila, D., & García Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Rev Neurol*, 72(3), 67-76.
- Fonte, T., & Santos, D. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista cubana de medicina*, 59(1).
- Ibarra, M., & Ibarra, C. (2021). *Perfil neuropsicológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adherencia al tratamiento* (Master's thesis).
- Inche, R., & Paucar, E. (2022). Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021.
- Jiménez, M., & González, J. (2018). DETERIORO COGNITIVO LEVE Patología asociada al deterioro cognitivo leve. Factores de riesgo y predictivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 20-24.
- Group. (2024). *Alzheimer's Association*. Obtenido de [https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones\\_relacionados/deterioro-cognitivo-leve#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20leve%20\(DCL,actividades%20de%20la%20vida%20diaria](https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones_relacionados/deterioro-cognitivo-leve#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20leve%20(DCL,actividades%20de%20la%20vida%20diaria).

- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A., & Castro Molina, N. (26 de Agosto de 2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*. ObtenidodeDialnet-MetodologiasDelInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592.pdf
- León, L. (2021). Revisión sistémica sobre intervenciones mediante tecnología, para aliviar la sobrecarga y mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas mayores.
- Martínez-Sarmiento, D. A. (2021). *Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia*. Obtenido de <https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/763a48dc-181d-4e30-a9f9-d44fcc7cd4b4>
- Meseguer, M. (2023). Manejo terapéutico y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Enfermedad del Parkinson.
- Minda, N. (2022). *Incidencia de la disfuncionalidad familiar en el déficit de aprendizaje de un niño de 8 años de la Unidad Educativa Francisco Huerta Rendón de la ciudad de Babahoyo* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2022).
- Montoya, C., Salinas, H., & Ramirez, N. (2020). Importancia de la empatía en la adherencia terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual con niños y niñas.
- Nasreddine MD, Z. (Junio de 2017). *MoCA Version 8.1*. Obtenido de <https://catch-on.org/wp-content/uploads/2016/12/MoCA-Test-Spanish.pdf>
- Ortega, J., Ramón, S., Astudillo, E., Ávila, S., Vásquez, X., Solorsano, G., & Panamá, J. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores . *Revista latinoamericana de hipertensión*, 15(5).
- Palacios, V. (2024). *Técnicas de intervención neuropsicológicas en demencia: revisión sistemática de la literatura* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Rodríguez, M. (2022). Programa basado en mindfulness para disminuir la depresión en los adultos mayores (CIAM) del distrito de Soritor, 2021: estudio descriptivo–propositivo.
- Rodríguez, I. (2020). *Diseño de un programa de intervención multimodal en el ámbito asistencial para personas con deterioro cognitivo leve* (Master's thesis).
- Ramírez, O. (2023). *Distorsiones cognitivas y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor residente en el cantón Vinces* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2023).

Suárez, S. (2021). Análisis del impacto que genera la adherencia al tratamiento de un paciente depresivo ansioso en los resultados obtenidos desde la terapia TCC.

Jaramillo, T. (2023). *Duelo y su incidencia en la salud mental en el adulto mayor de 64 años de la ciudad de Babahoyo* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2023).

Ventocilla, N., & Condorhuamán, Y. (2020). Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita–Lima. *Ciencia e Investigación*, 23(1), 3-8.