



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Neuropsicología Clínica

Evaluación de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión

Trabajo fin de estudio presentado por:	Helen Janetty Rivera Lasso
Línea de investigación:	Neuropsicología Básica
Director/a:	María Auxiliadora Mena Peinado
Fecha:	27 de junio

Resumen

El documento de la Tesis de Maestría investiga el impacto de la depresión en la memoria en una muestra de 19 individuos, centrándose en la memoria de trabajo, la memoria visual y la memoria auditiva. Los resultados revelaron diferencias significativas en la memoria auditiva entre las personas con depresión y aquellas sin depresión, con el grupo de control obteniendo mejores resultados. No se encontraron diferencias significativas en la memoria visual o la memoria de trabajo entre los dos grupos. El estudio subraya la necesidad de que futuras investigaciones consideren variables sociodemográficas y la influencia de enfermedades neurológicas en la memoria y la depresión. Los hallazgos proporcionan una base para integrar la neuropsicología y la psicología clínica con el fin de desarrollar intervenciones integrales para individuos con depresión.

Palabras Clave: Depresión, Memoria, Memoria Visual, Memoria Auditiva, Memoria de trabajo

Abstract

The Master's Thesis document investigates the impact of depression on memory in a sample of 19 individuals, focusing on working memory, visual memory and auditory memory. The results revealed significant differences in auditory memory between people with depression and those without depression, with the control group performing better. No significant differences were found in visual memory or working memory between the two groups. The study highlights the need for future research to consider sociodemographic variables and the influence of neurological diseases on memory and depression. The findings provide a basis for integrating neuropsychology and clinical psychology to develop comprehensive interventions for individuals with depression.

Keywords: Depression, Memory, Visual Memory, Auditory Memory, Working Memory

Índice de contenidos

1 Introducción	7
1.1 Justificación	8
2 Marco Teórico	10
2.1 Depresión	10
2.2 Depresión y cognición	11
2.3 Tipos de Memoria	12
2.4 Memoria de trabajo y Depresión	13
2.5 Memoria Sensorial y Depresión	14
2.5.1 Memoria Auditiva y depresión	14
2.5.2 Memoria Visual y depresión	15
3 Metodología	17
3.1 Objetivo general	17
3.2 Objetivos específicos	17
3.3 Hipótesis	17
3.4 Diseño de estudio	17
3.5 Participantes	18
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	18
3.7 Instrumentos	18
3.7.1 Memoria	19
3.7.2 Escala de Depresión de Hamilton	20
3.8 Procedimiento	20
3.9 Plan de análisis de datos	22
4 Resultados	23
5 DISCUSIÓN	30
5.1 Conclusiones	32
5.2 Limitaciones	32
5.3 Prospectiva	33
6 Referencias bibliográficas	35
7 Anexos	43

Índice de figuras

Figura 1. Funcionamiento de la memoria de trabajo según Baddeley	13
Figura 2. Gráfico de violín - Variación de las puntuaciones EDH	24
Figura 3. distribución de las puntuaciones en el grupo control y experimental para las tareas de textos 1 y 2	27
Figura 4. Distribución de puntuaciones en la tarea de dígitos	29

Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencias de perfiles EDH	24
Tabla 2. Análisis descriptivo - Grupo Control	25
Tabla 3. Análisis descriptivo - Grupo Clínico	26
Tabla 4. Prueba de hipótesis para variables de memoria auditiva	27
Tabla 5. Prueba de hipótesis de variables de memoria visual	28
Tabla 6. Prueba de hipótesis de variables de memoria de trabajo	29

1 INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por una persistente sensación de tristeza, falta de interés en actividades cotidianas y cambios en el patrón de sueño y apetito, en un contexto donde el 5.6% de adultos mayores presentan depresión y el 51.7% presentan algún síntoma depresivo (Tamayo et al., 2021), es relevante tener en contexto el impacto de la depresión en la función cognitiva, incluida la memoria.

La intersección entre la salud mental y el funcionamiento cognitivo ha sido objeto de un interés creciente en la investigación contemporánea. Entre las diversas condiciones psicológicas, la depresión emerge como un fenómeno complejo que va más allá de sus manifestaciones emocionales, llegando a ser un factor de riesgo para desarrollar Enfermedad de Alzheimer (González, et al., 2022). Por ende, este Trabajo de Fin de Máster se sumerge en indagar las alteraciones mnésicas en pacientes con depresión.

La memoria, como función cognitiva fundamental, desempeña un papel crucial en la vida diaria, desde la recordación de experiencias personales hasta la ejecución de tareas cotidianas. Entendiendo la memoria como el conjunto de sistemas, donde cada uno varía en relación a la duración de almacenamiento que va desde fracciones de segundo hasta etapas vitales enteras y la capacidad de almacenamiento, que comprende diminutos almacenes momentáneos, hasta el sistema de memoria a largo plazo (Baddeley, 1998). La comprensión de cómo la depresión puede modular esta función ofrece una perspectiva valiosa para comprender la complejidad de este trastorno y proporciona oportunidades para intervenciones más específicas y efectivas.

En este contexto, el tema central que guía esta investigación es: Las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión. Para abordar este tema, nos sumergimos en un análisis íntegro de la literatura existente, examinaremos los resultados de estudios previos y llevaremos a cabo investigaciones originales para aportar nueva luz a esta relación multifacética.

A través de este TFM, se busca no solo consolidar el conocimiento actual sino también expandir las fronteras de la comprensión, contribuyendo así a la optimización de estrategias de intervención y tratamiento para las personas que enfrentan la dualidad desafiante de la depresión y la afectación de la memoria. Este viaje investigativo representa un esfuerzo para contextualizar

la depresión dentro de un marco cognitivo, reconociendo sus ramificaciones más allá de los confines emocionales, con la esperanza de mejorar la calidad de vida de quienes conviven con este trastorno.

1.1 Justificación

La depresión es una enfermedad mental prevalente que afecta a millones de personas en todo el mundo y se ha convertido en un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Aunque se ha investigado extensamente en relación con sus manifestaciones emocionales y cognitivas, e incluso existen varias sobre las funciones ejecutivas (Roca et al., 2015) existe una brecha significativa en la comprensión específica de cómo la memoria se ve afectada en individuos que sufren de esta condición.

Por consiguiente, la presente propuesta de Trabajo de Fin de Máster (TFM) tiene como objetivo abordar el tema fundamental de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión. La elección de este tema se basa en la relevancia y la necesidad de comprender a fondo los mecanismos subyacentes que vinculan la depresión y la función mnésica. Autores como Rock et al. (2013), Snyder (2013) y Wagner et al. (2012), a principios de la década pasada, realizaron estudios desde la neuropsicología que sugieren que los pacientes con depresión muestran alteraciones tanto en funciones ejecutivas destacando la memoria de trabajo y en procesos de memoria, como es la memoria visual. También se ha observado que las complicaciones cognitivas relacionadas a la depresión son numerosas en adultos mayores, y detectar de manera temprana estas complicaciones permitiría realizar un tratamiento más apropiado y efectivo para mitigar estos déficits (López-Sánchez y Granados-Ramos, 2021).

Sin embargo, desde principios del nuevo milenio, es muy común que jóvenes asistan a consulta profesional señalando problemas de memoria, pero a diferencia de lo que suele ocurrir con adultos mayores, estas quejas de memoria por pacientes jóvenes no implican un deterioro cognitivo real (Menéndez et al., 2005; Ruiz-Sánchez de León et al., 2010). Estos síntomas generalmente se asocian a la depresión como predictor de estas quejas, ya que la memoria visual diferida, y en algunos casos la memoria visuoespacial inmediata se ven afectadas por los síntomas

de la depresión. (Hammar y Ardal, 2009; Montenegro et al., 2013), así como el abordaje de aspectos de la audición y la memoria, en su interacción con el hipocampo es un elemento clave en el tratamiento de patologías que requieran consolidar un potencial terapéutico integral en el futuro (Billig et al., 2022).

Sobre esto, autores como Montenegro et al. (2013), Pellicer-Porcar et al. (2014), Castellanos-Meza et al. (2020) y Araujo-Zúñiga y Velandia-Arias (2024) señalan la necesidad de comprender y ampliar los estudios empíricos que permitan una detección y manejo precoz de las afectaciones que puede tener la depresión en la memoria, ya que esto, en población joven y adulta podría suponer una mejora en su calidad de vida con respecto a sus actividades académicas y laborales.

2 MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se centra en proporcionar una base conceptual sólida para abordar la pregunta de investigación sobre las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión. Se examinan diversas teorías y estudios relevantes para comprender los procesos cognitivos involucrados en la intersección entre la depresión y la memoria.

2.1 Depresión

Según la OMS (2023), la depresión es un trastorno mental de tipo afectivo muy común en el mundo entero, es tratable y se caracteriza por cambios en el ánimo y se presenta con síntomas cognitivos y físicos. Dichos síntomas pueden ser de etiología primaria o secundaria cuando se encuentran asociados a otras enfermedades de base como el cáncer, enfermedades cerebrovasculares, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, infartos entre otras. Para el DSM-V (American Psychiatric Association, 2018) la depresión se puede catalogar según su etiología y temporalidad, y así se distingue del trastorno distímico y de los trastornos bipolares.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre el sujeto y su entorno, tanto social, como psicológico y biológico. Las experiencias adversas que experimentan los individuos hacen que sean más propensos a sufrir de depresión. Y el mismo trastorno puede empeorar la situación vital de la persona, alejando al paciente de su red de apoyo y las actividades que pueden contribuir en su condición, empeorando a su vez la misma enfermedad (American Psychiatric Association, 2018).

Existen dos tipos de manifestaciones de depresión, por un lado se encuentra la sintomatología depresiva, que se asocia a situaciones que generan una tristeza profunda y relativamente prolongada que puede vincularse con la depresión; y por otro lado se encuentra el cuadro clínico de la depresión, que se tiene cuando se cumple con los requerimientos mínimos de los manuales diagnósticos como el DSM V-Revisado o el CIE-11, que ya son diagnosticados por un profesional (American Psychiatric Association, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.2 Depresión y cognición

La relación entre la depresión y las funciones cognitivas ha sido un área de interés clave en la investigación psicológica y neuropsicológica (Rock et al., 2013; Snyder, 2013; Wagner et al., 2012). Modelos teóricos como el *Modelo de Vulnerabilidad Cognitiva* (Beck & Bredemeier, 2016) sugieren que la depresión está asociada con patrones de pensamiento negativos que pueden afectar la percepción y el procesamiento de la información, potencialmente influyendo en la memoria. Evidenciando que la vivencia de experiencias negativas en la infancia es un factor de riesgo en el desarrollo posterior de sintomatología y trastorno depresivo en la edad adulta (Beck & Bredemeier, 2016). También se encontró que algunos pacientes con trastorno depresivo mayor tuvieron alteraciones en procesos como la atención, en el trabajo verbal y la velocidad psicomotora y de procesamiento de información. (Castañeda et al., 2008; Baune et al., 2014).

Teniendo en cuenta los estudios previos mencionados anteriormente, se puede decir sobre la afectación de la depresión en las funciones cognitivas, que hay alteraciones a nivel neuropsicológico en las funciones ejecutivas, y que estas afectaciones son sensibles ante la intensidad de los síntomas depresivos. Para hablar más específicamente sobre la memoria, se ha evidenciado que el número de episodios depresivos y la duración de la enfermedad, se relaciona con cambios estructurales en el hipocampo (Roca et al., 2015), estructura que cumple un rol crucial en el aprendizaje y la memoria y cuyo desarrollo se ve afectado por estas experiencias negativas (Beck & Bredemeier, 2016).

Por consiguiente, se evidencia que la depresión clínica tiene una mayor relación con alteraciones en la memoria, la cual es incluso mayor al comparar la depresión clínica con personas que presentan sintomatología depresiva, sin necesariamente constituir un trastorno depresivo (Montenegro et al., 2013). Esta diferencia se presenta debido a que las dificultades de memoria manifestadas en el grupo de personas con sintomatología, presenta más alteraciones de tipo emocional y ansioso, refiriendo una mayor queja subjetiva de memoria que en el desempeño cognitivo que el individuo evidencia con las pruebas (Roca et al., 2015). Asociando la queja subjetiva de pérdida de memoria en mayor medida a personas con sintomatología depresiva. Por

consiguiente, las alteraciones de memoria medidas con tareas neuropsicológicas, se relacionan en mayor medida a individuos con cuadros de depresión clínica (Hammar & Ardal, 2009; Montenegro et al., 2013).

2.3 Tipos de Memoria

Según Gazzaniga et al. (2014) los tipos de memoria que se pueden distinguir de forma general son: Memoria sensorial, Memoria a corto plazo, Memoria de trabajo, y Memoria a largo plazo. La memoria sensorial es aquella que se sostiene por milisegundos o minutos, esto depende del estímulo que se reciba y el órgano sensorial que se encargue de dicho estímulo. La memoria sensorial funciona como el primer momento de registro de los eventos externos, por lo que su almacenamiento es breve y se reduce a una impresión del evento o del ambiente (Jaúregui & Razumiejczyk, 2011).

Por su parte, la memoria a corto plazo se define como un almacén con una duración temporal limitada (10 a 20 segundos) que también posee una limitada capacidad de almacenamiento, unos 5 a 9 elementos independientes. Además, este tipo de memoria actúa como un filtro que decide si la información recibida pasa a la memoria de largo plazo. (Ballesteros, 2012). Según Kandel citado por Orrego y Tamayo (2016) Para este tipo de memoria resulta de gran importancia la repetición de la experiencia, ya que así es más probable que su información se convierta en una memoria de largo plazo.

La memoria de trabajo, o también denominada memoria operativa, tiene la función de encadenar la información que se recibe para dirigir los recursos atencionales e inhibir las respuestas que no corresponden con la situación que se experimenta en ese momento a nivel emocional y motivacional del sujeto (Gazzaniga et al., 2014). También puede decirse que se conecta de una forma dinámica la información actual con elementos previamente almacenados para cumplir un objetivo en particular. (Lopera, 2008; Baddeley, 2012).

Finalmente, la memoria a largo plazo se puede entender como la acumulación de experiencias, conocimientos y saberes que se almacenan a lo largo de la vida, Según algunos autores como Gazzaniga et al. (2014) y Ballesteros (2012) este tipo de memoria puede dividirse en aquellos

recuerdos a los que tenemos acceso de manera consciente, y aquellos a los que no. Estos últimos son elementos prácticos, perceptivos y que se convierten en hábitos para el sujeto.

2.4 Memoria de trabajo y Depresión

Los cambios cognitivos constituyen una parte central en el trastorno depresivo, evidenciando cambios cognitivos en diversos dominios (Roca et al., 2015). La memoria de trabajo es esencial en el procesamiento cognitivo debido a su capacidad de llevar a cabo simultáneamente varias tareas cognitivas (ver *Figura 1*) (Baddeley, 2000) entendiendo la memoria de trabajo (MT) como un sistema temporal de retención y manipulación de la información, que se encuentra involucrada en diversas actividades cognitivas, la cual permite la comprensión y representación mental del entorno inmediato, permitiendo actuar en base a objetivos inmediatos. (Portellano., 2005; Stelzer et al., 2013).

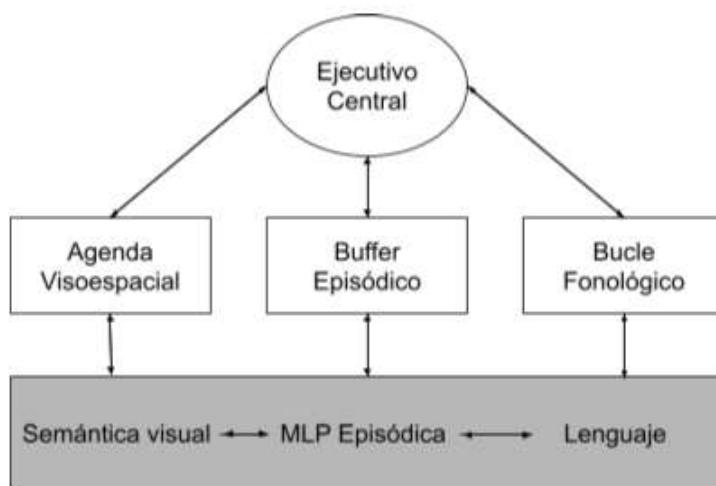


Figura 1. Funcionamiento de la memoria de trabajo según Baddeley (2000)

De esta manera es como la Memoria de trabajo parece constituir un sistema general de control cognitivo y procesamiento el cual guía el comportamiento, implicando interacción entre diversos procesos mentales, tales como la atención, percepción, motivación, emoción y memoria (Morgado, 2005). Es en este contexto que cobra relevancia tener en cuenta el tipo y subtipo de

trastorno depresivo en curso, puesto que se evidencia que pacientes con el subtipo melancólico presentan menor desempeño en tareas que miden flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo verbal, al igual que el uso de antidepresivos, puesto que su uso se encuentra relacionado con un menor rendimiento en tareas que evalúan memoria de trabajo (Roca et al., 2015). Estudios como el de Ortiz et al. (2003), proveen una evidencia objetiva de cómo la depresión mayor puede afectar a los procesos de memoria de trabajo. Los autores señalan que cambios en los potenciales evocados en la depresión podrían venir determinados por la disfunción de la actividad cortical en el control del sistema ejecutivo central de la memoria de trabajo. Así mismo, autores como Garay (2007), Roger et al., (2004), Dumar-Díaz y Román-Estarita (2016), mencionan que personas con síntomas depresivos tienen leves dificultades en el almacenamiento temporal a corto plazo, retención y evocación de algunos datos de información para compararlos, contrastarlos y relacionarlos, con el fin de responder ante un estímulo.

2.5 Memoria Sensorial y Depresión

La memoria sensitiva o sensorial es un tipo de memoria de corta duración la cual se encuentra ligada a un input sensorial del que recibe la información y se encuentra entre el procesamiento perceptual y la memoria. Esta depende del sistema del cual provenga la información, siendo aquella proveniente del sistema visual, la denominada “memoria icónica” o memoria visual y la información proveniente del sistema auditivo recibe el nombre de “memoria ecóica” o memoria auditiva. Este tipo de memoria se encuentra estrechamente relacionada con la memoria a corto plazo, ya que se asocia con lapsos cortos y un volumen específico de información (Montañez, 2016).

2.5.1 Memoria Auditiva y depresión

La memoria auditiva, parte de la relevancia en la interacción que tiene la estimulación auditiva con los ritmos del hipocampo, como un soporte que mejora la memoria y mitiga el deterioro cognitivo (Billig et al, 2022). Puesto que, para la consolidación de la memoria, la información auditiva es uno de los elementos más importantes, en tanto las señales auditivas pasan por diferentes estructuras corticales y subcorticales, nutriendo la información de diversos elementos

que influyen en la consolidación o no de la información recibida (Grosso et al., 2015) siendo un elemento de provecho en la estimulación clínica de diversas patologías que afecten el proceso de la memoria (Billig et al., 2022).

A nivel auditivo, existe una creciente evidencia de la afectación del procesamiento de la información sonora. Debido a que la evidencia indica que las pérdidas auditivas de vocales y consonantes, como de frecuencias (consonantes que contribuyen a la claridad/discriminación) se relacionan con síntomas de salud mental, incluyendo rasgos depresivos y de estrés (Jayakody et al., 2018), estos cambios a nivel emocional pueden corresponder a que la corteza auditiva participa en todas las etapas del procesamiento de la memoria emocional, desde el aprendizaje hasta la recuperación. Durante la adquisición de la memoria, la corteza auditiva interactúa con la amígdala y el estriado, enviando información auditiva a estos núcleos y recibiendo información emocional para modular la plasticidad cortical (Grosso et al., 2015). Durante la recuperación de la memoria, la corteza auditiva dirige la actividad de la amígdala y el estriado para reconocer estímulos emocionales aprendidos y guiar el comportamiento emocional (Grosso et al., 2015).

Asimismo, numerosos estudios de electrofisiología presentan una tendencia de los pacientes con depresión a mostrar una mayor latencia (que indicaría enlentecimiento cognitivo) y una reducción en las amplitudes del potencial P300 (P3b) en tareas *Oddball* en comparación con controles sanos (Sistema de Estimulación Neuro auditiva [SENA], 2020). Esta reducción sería más evidente en subtipos de depresión como depresión mayor con rasgos melancólicos, con síntomas psicóticos, o en pacientes depresivos con intentos de suicidio. La reducción del potencial P300 se normalizaría después de un tratamiento satisfactorio (Bruder, et al., 2012).

2.5.2 Memoria Visual y depresión

El rendimiento en ciertas medidas neuropsicológicas es sensible ante la sintomatología depresiva, puesto que, en pacientes con primeros episodios depresivos, se encuentra alterada la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas (Roca et al., 2015).

Según el estudio de Taivalantti et al. (2019), los síntomas depresivos subclínicos no parecen afectar la memoria visual ni los nuevos aprendizajes en la población de mediana edad. Mientras

que Hammar & Schmid (2013) señalan que, en poblaciones clínicas, se observa una relación directa entre pacientes en fase aguda de la depresión, puntuando menos en tareas de recuperación o reconocimiento diferido de memoria visual, puntuaciones que pasados nueve meses evidencian mejor puntaje en las mismas tareas a comparación de los puntajes de los controles sanos, los cuales se mantuvieron estables. Sin embargo, esta mejoría puede ser influenciada por factores distintos a la gravedad de la sintomatología depresiva, atribuyendo este resultado a factores motivacionales, relacionado a la disminución de la sintomatología depresiva.

Así mismo es relevante tener en cuenta pacientes quienes se encuentran en tratamiento con fármacos antidepresivos, puesto que presentan menores puntuaciones en tareas de inhibición, fluidez verbal, memoria de trabajo verbal como memoria de trabajo viso-espacial (Roca et al., 2015).

3 METODOLOGÍA

3.1 Objetivo general

Evidenciar diferencias en puntuaciones de memoria entre personas con depresión y personas sin depresión.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar la capacidad en memoria visual de un grupo de personas con depresión y personas sin depresión.
- Describir la capacidad mnésica auditiva en un grupo con depresión y un grupo sin depresión.
- Estudiar la capacidad de la memoria de trabajo en un grupo de personas con depresión y un grupo de personas sin depresión.
- Comparar y analizar resultados en función del tipo de memoria con respecto a la presencia o ausencia de síntomas depresivos.

3.3 Hipótesis

- **H1:** Se espera que las personas con depresión presenten puntuaciones de memoria más bajas en comparación con personas sin depresión.
- **H2:** La capacidad de memoria visual se espera que sea menor en personas con depresión en comparación con personas sin depresión.
- **H3:** La memoria auditiva se espera que sea inferior en personas con depresión en comparación con personas sin depresión.
- **H4:** Se espera que la capacidad de memoria de trabajo sea menor en personas con depresión en comparación con personas sin depresión.
- **H0:** No se presentan diferencias en las puntuaciones de memoria entre personas con depresión y personas sin depresión

3.4 Diseño de estudio

Esta investigación es de corte cuantitativo, de tipo transversal, de comparación de grupos. Este tipo de estudio consiste en la comparación de dos o más grupos de participantes que difieren en una característica específica que no se puede manipular, sino que es preexistente al mismo. La selección de los grupos se realiza a conveniencia por lo que no es aleatoria, tampoco se pueden establecer relaciones causales, sino que se analiza la covariación entre las variables independientes y dependientes. (Hernández et al., 2014). Al comparar los resultados con un grupo control, se logra verificar si la variable dependiente como los tipos de memoria, se alteran en función de la variable independiente, es decir, la presencia o ausencia de depresión.

3.5 Participantes

La muestra está conformada por 19 sujetos de entre 20 y 65 años de edad, 11 mujeres y 8 hombres, que asisten al área de psicología en la Clínica IPS Unión Salud del municipio de la Unión en el departamento de Nariño. Las edades se ubican en el rango de 20 a 65 años (media: 41.5, desviación estándar: 13.8). De los participantes, el 58% (n=11) fueron mujeres, y el 42% (n=8) hombres. La mayoría de personas tenían un nivel técnico de educación (42%), seguido de bachillerato (21%), tecnólogo (15%) y profesional (11%). Los niveles de primaria y posgrado contaron, cada uno, con una representación del 5%. Se aplica la Escala de Depresión de Hamilton (Bobes et al., 2001) determinando los grupos control y clínico de acuerdo a los perfiles obtenidos, conformando el grupo clínico por 11 participantes y 8 participantes el grupo control.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

- No padecer ningún déficit psíquico o sensorial que impida la correcta aplicación del protocolo.
- Saber leer y escribir.
- Tener edad entre los 20 y 65 años.
- Para grupo clínico: Tener diagnóstico de depresión y Escala de Depresión de Hamilton con perfil de depresión menor o mayor.

- Para grupo control: No tener diagnóstico de depresión y Escala de Depresión de Hamilton con perfil normal.

3.7 Instrumentos

Para recolectar los datos, se usaron dos instrumentos, uno que mide la memoria, y otro que mide la depresión. Esto se hizo con el fin de contrastar los puntajes obtenidos por cada uno de los participantes y ver si existe una relación entre las dos variables.

3.7.1 Memoria

Se utilizaron tareas que componen la Escala de Memoria de Wechsler - III (WMS-III) (Wechsler, 1997), la cual es una batería que evalúa de forma completa las dimensiones cerebrales implicadas en el aprendizaje y memoria, permitiendo así evaluar la memoria inmediata, de trabajo y demorada a partir de la modalidad auditiva y visual por medio de tareas que pueden ser de tipo recuerdo y reconocimiento (Wechsler, 1997). Para el presente estudio se tuvo en cuenta las siguientes modalidades y tareas:

Memoria Auditiva

Textos I y II: El examinador presenta oralmente dos textos breves y se pide que los retenga en la memoria con la finalidad que inmediatamente se termine la lectura de cada texto el examinado reproduzca estos textos. El primer texto se lee una sola vez y el segundo se repite dos veces. El recuerdo de ambas historias se realiza por medio del recuerdo libre. Pasados 25 a 35 minutos se aplica **Textos II** donde se le pide que recuerde las historias leídas en **Textos I** sin leerle nuevamente las historias.

Reconocimiento de Textos: Posteriormente se le hacen preguntas de los textos leídos en **Textos I** contestando “Si” o “No” a preguntas relacionadas a las historias.

Memoria Visual

Escenas I y II: En este test el examinador presenta una serie de imágenes donde el examinado debe recordar la mayor cantidad de información posible, se presentan cuatro imágenes con escenas de una familia. El examinado debe recordar qué personajes estaban en cada imagen, en qué lugar se ubicaban y qué acción realizaban. Pasados entre 25 y 35 minutos se aplica **Escenas II** donde la aplicación demorada es semejante a la inicial, pero las escenas no se vuelven a mostrar al examinado. En **Escenas II** se le presenta una página con cuatro cuadrantes y se le pide que recuerde los personajes, la posición y que realizaban en las cuatro escenas presentadas en **Escenas I**.

Memoria de Trabajo

Dígitos: Esta es una prueba que consta de dos partes, siendo **Dígitos en orden directo** y **Dígitos en orden inverso**. Para ambas partes el examinador lee al examinado una serie de números. Para **Dígitos en Orden directo** se pide al examinado que repita la secuencia de números en el mismo orden que se ha presentado, en tanto **Dígitos en orden inverso** la repetición debe darse en orden inverso o desde el último número al primero, para verificar la comprensión de la instrucción se realiza un ejemplo de aplicación.

3.7.2 Escala de Depresión de Hamilton

La escala de depresión Hamilton (Bobes et al., 2001) evalúa la gravedad de los síntomas depresivos, validando la información de acuerdo a la entrevista clínica inicial. En su valoración inicial consta de 21 ítems y cuenta con versiones de 6, 17 y 21 ítems (Bobes et al., 2001; Zimmerman et al., 2004). Para el presente estudio se utiliza la versión de 17 ítems. La aplicación de la escala es autoadministrada, donde se presenta una serie de ítems los cuales presentan una situación y 3 a 5 opciones de respuesta, donde cada opción de respuesta tiene una puntuación (de 0 a 2 puntos o de 0 a 4 puntos) la cual se suma y genera un puntaje entre los rangos de 0 a 54 puntos posibles, generando un perfil acorde a la puntuación obtenida: 0 a 7 puntos = estado

normal, 8 a 12 puntos = depresión menor, 13 a 17 puntos = depresión moderada, 18 a 29 puntos = depresión severa, 30 a 52 puntos = depresión muy severa.

3.8 Procedimiento

Se realiza la entrevista inicial con el paciente, donde se recopila información correspondiente a historia clínica y personal, así como la socialización y propósito de aplicación del protocolo de evaluación. Se indaga frente a antecedentes médicos y psicológicos, así como eventos que puedan afectar la memoria. Posteriormente se realiza la socialización a profundidad del procedimiento a partir de la lectura del consentimiento informado, verificando la comprensión y participación voluntaria a partir de la explicación de en qué consisten las tareas de la Escala de Memoria de Wechsler (Wechsler, 1997) y la Escala de Depresión de Hamilton (Bobes et al., 2001), se socializa la duración aproximada de la evaluación y los tipos de tareas específicos que se van a realizar. Así mismo se socializa la presencia de beneficios y riesgos, teniendo en cuenta posible incomodidad o estrés que el paciente pueda experimentar durante la evaluación, informando de este modo los derechos que posee el paciente como puede ser el de retirar su consentimiento en cualquier momento del proceso y se asegura que todas las preguntas y dudas del paciente sean atendidas antes de firmar el consentimiento. Finalmente se da lugar a la firma del consentimiento informado.

Posterior a la firma del consentimiento informado se aplica la Escala de Depresión de Hamilton (EDH) (Bobes et al., 2001) determinando la conformación de los grupos clínico y control, validando el curso actual y diagnóstico de depresión previo para el grupo clínico y determinando la inclusión de participantes para el grupo control, conformando los grupos de la siguiente manera: 8 participantes sin ningún tipo de depresión (Categorías EDH seis (6) sujetos con depresión mayor, cuatro (4) sujetos con depresión menor que la mayor, y un (1) sujeto con depresión menor) y 8 participantes grupo control (Categoría EDH: Estado normal)

Posteriormente se realiza la aplicación administración de las tareas específicas de la Escala de Memoria Wechsler (Wechsler, 1997), partiendo por la aplicación de la tarea de Textos I, seguida de Escenas I, posteriormente se aplica Dígitos en orden directo e Inverso con el fin de cumplir con el tiempo de 25 a 35 minutos para la aplicación de recuerdo demorado de Textos II y

Reconocimiento de Textos, para posteriormente aplicar Escenas II. Finalmente se aplica la escala de depresión de Hamilton (Bobes et al., 2001), para pasar a concluir la sesión de evaluación, proporcionar retroalimentación inicial, brindando un espacio para que el paciente haga preguntas y resuelva cualquier duda que pueda tener sobre la evaluación o el uso que se le dará a la información recopilada.

3.9 Plan de análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos en el estudio, se realizó en el análisis descriptivo medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (varianza y rango) y medidas de forma, buscan conocer la distribución de las puntuaciones en la población de trabajo. Por otro lado, para el análisis inferencial se realizó una comparación entre dos muestras independientes utilizando pruebas de hipótesis. Se empleó el software JASP. El objetivo principal de este análisis fue determinar si existían diferencias significativas entre los grupos control y clínico en cuanto a las variables de interés. Primero, se verificaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. Para evaluar la normalidad, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. La homogeneidad de varianzas se evaluó mediante la prueba de Levene. Estas pruebas se adelantaron para identificar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para comparar las medias de las variables entre los grupos, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes si se cumplían los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. En caso contrario, se utilizó la prueba de Mann-Whitney U como alternativa no paramétrica.

Se presentan los valores de medias y medianas, así como los tamaños del efecto (por ejemplo, Cohen's d) para cada variable analizada. Además, se generaron gráficos comparativos entre las distribuciones de las puntuaciones de cada variable para los grupos, con el fin de visualizar las diferencias entre ellos. Los resultados se interpretaron en función de los valores de significancia obtenidos en las pruebas de hipótesis, considerando un nivel de significancia de $\alpha=0.05$ para todas las pruebas estadísticas.

4 RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

El estudio incluyó a 19 personas entre 20 y 65 años de edad, compuestas por 11 mujeres y 8 hombres, que asistían al área de psicología de la Clínica IPS Unión Salud en el municipio de la Unión, Nariño. Las edades de los participantes oscilaban entre los 20 y 65 años, con una edad promedio de 41.5 años y una desviación estándar de 13.8 años. Del total de participantes, el 58% eran mujeres y el 42% eran hombres. En cuanto a su nivel educativo, el 42% tenía educación técnica, el 21% había completado el bachillerato, el 15% tenía título de tecnólogo y el 11% tenía formación profesional. Los niveles de primaria y posgrado tenían cada uno una representación del 5%. Se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton (Bobes et al., 2001) para determinar los grupos control y clínico, quedando conformado el grupo clínico (con depresión) por 11 participantes y el grupo control (sin depresión) por 8 participantes. Los análisis descriptivos y comparativos se muestran a continuación:

Distribución general de puntuaciones y niveles – instrumento Escala de Depresión de Hamilton (EDH) para los dos grupos

Las puntuaciones del instrumento EDH mostraron una puntuación promedio de 11.2 (de = 8.7). La variación de los datos se muestra en la figura 3, en la cual se puede observar que la mayor cantidad de agrupación de la variación se dio en dos grupos: puntuaciones iguales o inferiores a 8, y superiores o iguales a 15. Así mismo, los valores de los cuartiles 1, 2 y 3 fueron 3, 13 y 13 puntos, respectivamente.

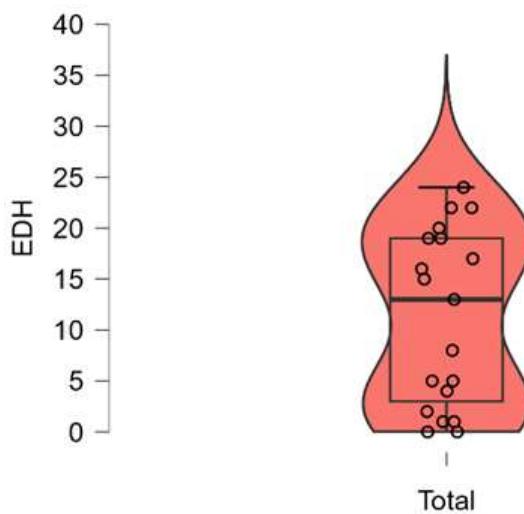


Figura 2. Gráfico de violín - Variación de las puntuaciones EDH.

Nota. EDH = Escala de Depresión de Hamilton.

(Elaboración Propia)

Las puntuaciones obtenidas permiten, según los criterios de calificación de EDH, establecer los perfiles de depresión respectivos. En la tabla 3 se muestran los resultados descriptivos de cada categoría:

Tabla 1. Frecuencias de perfiles EDH

Perfil EDH	Frecuencia	Porcentaje absoluto	Porcentaje Acumulado
Depresión severa	6	31.6	31.6
Estado normal	8	42.1	73.7
Depresión moderada	4	21.1	94.7
Depresión Menor	1	5.3	100.0
Total	19	100.0	

Nota. EDH = Escala de depresión de Hamilton

Fuente. Elaboración Propia

Las personas con estado normal, es decir, el 42%, corresponden al grupo control, mientras que los tres niveles restantes conformaron el grupo clínico. De tal grupo, se observa que la mayor

cantidad de personas presentaba depresión mayor, seguido de menos que depresión mayor, y finalmente el nivel con menor representatividad fue depresión menor.

Análisis descriptivo grupo control

Tabla 2. Análisis descriptivo - Grupo Control

Tarea	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Textos 1	12.6	7.2	8.0	30.0	8.7	11.0	12.0
Textos 2	9.8	1.8	7.0	13.0	9.0	9.5	10.5
Textos Reconocimiento	22.2	3.4	19.0	28.0	19	21.5	24.5
Escenas 1	6.2	4.1	1.0	12.0	4.0	5.5	9.5
Escenas 2	6.1	4.08	2.0	13.0	2.0	6.0	8.5
Dígitos	9.6	1.8	6.0	11.0	8.7	10.5	11.0
EDH	2.2	2.1	0	5	0.75	1.5	4.2

Nota. EDH = Escala de Depresión de Hamilton

Fuente. Elaboración Propia

El desempeño de la tarea de Textos 1 presenta una media de 12.6 (SD 7.2), variando las puntuaciones en un mínimo de 8 y máximo de 30, siendo el percentil 75 de 12. Por otro lado, la tarea de textos 2 para el grupo control indica una media de 9.8 SD 1.8, presentando rango de 7 a 13, siendo así que el percentil 75 para la presente tarea es de 10.5. La tarea de reconocimiento de textos presenta de media 22.2 puntos SD 3.4, con un rango que va desde 19 puntos hasta 28 puntos, ubicando el percentil 25 en 19 puntos, el percentil 50 en 21.5 y el percentil 74 en 24.5 para el grupo control.

El desempeño en la tarea de escenas 1 para el grupo control indica de media 6.2 SD 4.1, con un rango de 1 a 12 y percentil 75 de 9.5, en tanto la tarea de escenas 2 presenta media de 9.6 SD 1.8, con rango que va de 2 a 13, presentando en el percentil 75 puntuación de 8.5. Finalmente, la tarea de Dígitos tiene una media de 9.6 SD 1.8, con rangos que van de 6 a 11, y percentil 75 de

11. Por otro lado, la Escala de depresión de Hamilton para el grupo control presenta media de 2.2 SD 2.1 y rango que va de 0 a 5. En tanto al percentil 75 indica un puntaje de 4.2.

Análisis descriptivo grupo Clínico

Tabla 3. Análisis descriptivo - Grupo Clínico

Tarea	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Textos 1	6.8	3.6	2.0	14.0	4.5	7.0	9.0
Textos 2	6.0	3.2	2.0	13.0	4.0	5.0	8.0
Textos Reconocimiento	20.1	3.6	14.0	27.0	18.0	21.0	22.0
Escenas 1	5.2	3.7	1.0	11.0	1.5	6.0	8.0
Escenas 2	5.9	2.8	2.0	10.0	3.5	6.0	8.0
Dígitos	8.0	1.9	5.0	11.0	7.0	8.0	9.5
EDH	17.7	4.6	8.0	24.0	15.5	19.0	21.0

Nota. EDH = Escala de Depresión de Hamilton

Fuente. Elaboración Propia

El grupo clínico presenta para la tarea de textos 1 una media de 6.8 SD 3.6, en tanto al rango este va de 2 a 14 puntos, en tanto el percentil 75 se ubica en 9 puntos. Por otro lado la tarea de textos 2 indica una media de 6 SD 3.2, con rango que va de 2 a 13 puntos, ubicando el percentil 75 se ubica en 8 puntos. La tarea de reconocimiento de textos para el grupo clínico indica una media de 20.1 puntos SD 3.6, con rango que va de 14 a 27 puntos, ubicando el percentil 25 en 18 puntos, el percentil 50 en 21 puntos y el percentil 75 en 22 puntos.

Las tareas de escenas indica en Escenas 1 una media de 5.2 SD 3.7, por su parte el rango va de 1 a 11 puntos, en tanto el percentil 75 se ubica en 8 puntos. Para la tarea de escenas 2 la media es de 5.9 SD 2.8, con rango de 2 a 10 puntos, en tanto el percentil 75 se ubica en 8 puntos.

La tarea de dígitos presenta media de 8 puntos SD 1.9, en tanto al rango va de 5 a 11 puntos, ubicando el percentil 75 en 9.5 puntos. La escala de depresión de Hamilton para el grupo clínico

presenta de media 17.7 SD 4.6, con rango que va de 8 a 24 puntos posibles, ubicando el percentil 25 en 15.5 puntos y el percentil 75 en 21 puntos.

4.2 Análisis inferencial

Diferencias en memoria auditiva entre grupo control y clínico

A través de la realización de las pruebas de hipótesis de muestras independientes, se identificó que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las tareas de textos 1 y 2 dependiendo de si las personas pertenecían al grupo control o al grupo clínico. No se encontraron diferencias en el desempeño en la tarea de reconocimiento de textos. La magnitud de las diferencias, expresadas por los tamaños del efecto D y rango biserial, fueron grandes, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 4. Prueba de hipótesis para variables de memoria auditiva

	Contraste	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto	ET Tamaño del efecto
Textos 1	Mann-Whitney		73.0	1.8×10^{-2}	0.7	0.3
Textos 2	Student		3.0	8.0×10^{-3}	1.4	0.6
Textos Reconocimiento	Student		1.3	17	0.2	0.6

Nota. Para el Contraste t de Student, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Fuente. Elaboración Propia

Se puede concluir, entonces, que el grupo control tuvo un mejor desempeño en las tareas adelantadas. Esto se puede visualizar gráficamente en la figura 1. La agrupación de puntuaciones se encuentra más a la izquierda en el caso del grupo control, además de contar con menor variabilidad.

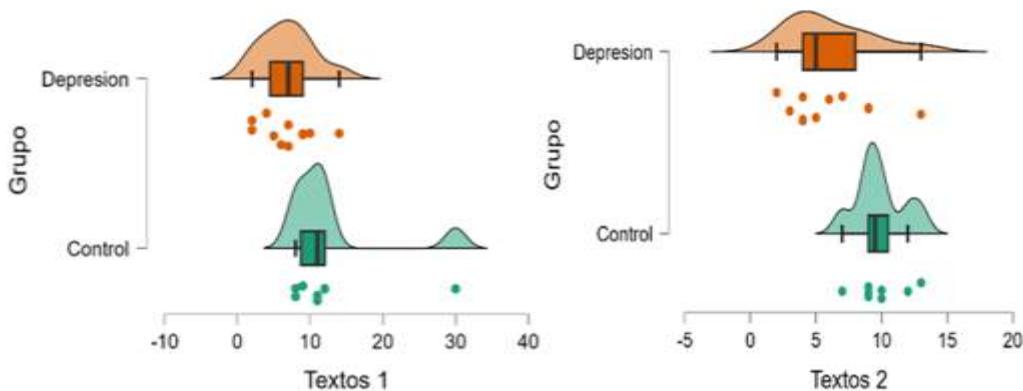


Figura 3. Distribución de las puntuaciones en el grupo control y experimental para las tareas de textos 1 y 2. (Elaboración Propia)

Diferencias en memoria visual entre grupo control y clínico

Se identificó que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las tareas de escenas 1 y 2 respecto al grupo control o al grupo clínico, puesto que el valor P fue mayor en ambos casos al nivel alfa establecido, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 5. Prueba de hipótesis de variables de memoria visual

	Contraste	Estadístico	gl	p	Tamaño del efecto	ET	Tamaño del efecto
Escenas 1	Mann-Whitney		49.5	0.7	0.1		0.3
Escenas 2	Student	-3.1×10^{-2}	16	1.0	-1.5×10^{-2}		0.5

Nota. Para el Contraste t de Student, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Fuente. Elaboración Propia

Diferencias en memoria de trabajo por grupo control y clínico

Respecto a las variables estudiadas, se identificó que no existen diferencias estadísticamente significativas en la realización de la tarea de dígitos dada la pertenencia a uno u otro grupo. Sin embargo, la magnitud de las diferencias, expresada por el tamaño del efecto de correlación de rango biserial, fue de tamaño medio, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 6. Prueba de hipótesis de variables de memoria de trabajo

	W	gl	p	Correlación de Rango Biserial	ET Correlación de Rango Biserial
Dígitos	65.0		8.6×10^{-2}	0.5	0.3

Nota. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota. Contraste U de Mann-Whitney.

Fuente. Elaboración Propia

La exploración visual se identifica en la figura 2. La tendencia de la agrupación de puntuaciones se encuentra más a la izquierda en el caso del grupo control, contando con un 50% de participantes con puntuaciones de 10.5 o más, mientras que en el grupo clínico el 50% de los participantes tuvo puntuaciones superiores a 8.

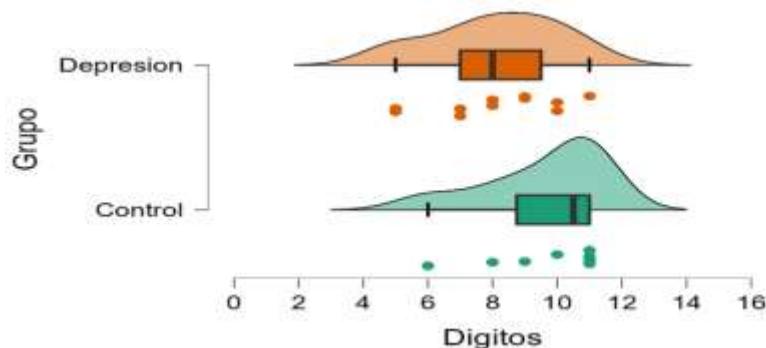


Figura 4. Distribución de puntuaciones en la tarea de dígitos
Fuente. Elaboración Propia

5 DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evidenciar las diferencias en puntuaciones de una prueba de memoria entre personas diagnosticadas con depresión y personas sin depresión. Los resultados se muestran inconsistentes en algunas de las tareas que los participantes llevaron a cabo, por lo que no se puede afirmar que la hipótesis se ratifica o no, sino que depende mucho del procedimiento que se llevó a cabo para este estudio y el tamaño de la muestra, que se vio limitado por la región en la que se desarrolló. Se debe aclarar en primer lugar que para evaluar la capacidad mnésica se tuvo en cuenta una serie de tareas correspondientes a los índices de memoria visual, auditiva y de trabajo que componen la Escala Wechsler de Memoria en su tercera edición (Wechsler, 1997). Los resultados van en sintonía con lo que plantea la literatura especializada sobre la relación entre la depresión y aspectos particulares de la memoria, así como grupos particulares de individuos (Burt et al., 1995) y con lo que se espera de un estudio de estas características en un entorno específico como lo es el municipio de la Unión, Nariño.

En este sentido, los resultados de la prueba en las tareas auditivas, muestran que existe una diferencia significativa del desempeño entre los participantes con diagnóstico de depresión y los participantes que no tienen este diagnóstico, ya que los puntajes en la tarea de textos 1 y 2 son sustancialmente mayores en el grupo control para esta población; sin embargo, en el desempeño de la tarea de reconocimiento de textos no se encontraron diferencias significativas. Finalmente, el tamaño del efecto para las tres tareas se considera grande, lo que sugiere que, si se amplía el tamaño de la muestra, estos resultados podrían seguir su tendencia. Estos resultados van en concordancia con lo que se ha planteado por algunos autores con anterioridad, que sugieren que la memoria auditiva está estrechamente ligada con la impregnación emocional de la información, y que por lo tanto, una alteración en el estado de ánimo, como lo puede ser un episodio depresivo, tiene incidencias negativas en el procesamiento de la información sonora (Grosso et al., 2015; Billig et al., 2022) Además, al ser una prueba que se relaciona con la memorización de textos, se ha encontrado evidencia de que existe una relación entre los trastornos emocionales como la depresión, y la disminución en la escucha de las frecuencias a las que se asocia a las

vocales y consonantes, por lo que a los sujetos se les dificulta procesar de manera adecuada este tipo de información (Jayakody et al., 2018; Castañeda et al., 2008).

Para las tareas relacionadas con la memoria visual, los resultados no sugieren una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo clínico, tampoco el tamaño del efecto fue un elemento a resaltar. Estos resultados indican que el desempeño entre los dos grupos fue muy similar y no indican que, en caso de ampliar la muestra, haya una mayor diferencia estadística. Sobre este apartado, la literatura no es concluyente sobre las afectaciones de la memoria visual bajo los síntomas depresivos. Hay algunos meta-análisis, como los de Snyder (2013) y Beaune, Fhur et al. (2014) y Beaune, Miller et al. (2010), que mencionan la existencia de una afectación sobre la memoria visual, aunque especifican que fue durante los primeros episodios en donde las alteraciones fueron más evidentes. Curiosamente, los pacientes con depresión mayor mostraron un peor rendimiento con un tamaño de efecto grande en una medida de percepción visoespacial (Roca et al., 2015). Otro aspecto que se debe tener en cuenta, según Hammar y Schmid (2013), es el aspecto motivacional que se ve afectado en los pacientes con depresión, ya que en su estudio concluyen que quienes tienen el trastorno de depresión pueden estar con bajos niveles de motivación para realizar los ejercicios de manera correcta; y, por el contrario, los participantes cuyos síntomas depresivos disminuyeron, mostraron mejores resultados en las pruebas de memoria visual.

En cuanto a la memoria de trabajo, si bien no existen diferencias significativas, el tamaño del efecto sí indica que, si se amplía la muestra, la diferencia estadística puede aumentar. Al respecto, Dumar-Díaz y Román-Estarita (2016) encontraron que algunos adultos con depresión pueden tener dificultades al almacenar información en el corto plazo, retenerla, evocarla y compararla, para responder de manera efectiva ante un determinado estímulo. Autores como Ortiz et al. (2003) también sugieren una relación positiva entre la depresión y las dificultades en la memoria de trabajo. Y como sugieren los resultados estadísticos, podría considerarse el tamaño de la muestra como un factor influyente en la diferencia de medias en los resultados de los dos grupos. Para autores como Dominik et al. (2023), los resultados de su revisión sistemática, revelan inconsistencias, ya que algunos estudios señalan que existen diferencias significativas entre el grupo clínico y grupo control respecto a la memoria de trabajo (Daniel et al., 2013; Grützner et

al., 2019), sin embargo, existen otros estudios que indican que no hay una diferencia significativa para esta variable (Bhardwaj et al., 2010; Holvorsem et al., 2012). Por lo que se requiere más investigaciones que aborden de manera más profunda esta temática.

5.1 Conclusiones

Las conclusiones del estudio sobre las alteraciones en la memoria en pacientes con depresión pueden entenderse en primer lugar desde el impacto en la memoria auditiva, puesto que se encontraron diferencias significativas en la memoria auditiva entre personas con depresión y sin depresión, con el grupo de control (sin depresión) obteniendo mejores resultados. Esto sugiere que la depresión afecta particularmente la memoria auditiva.

En tanto para la memoria visual y de trabajo no se encontraron diferencias significativas en la memoria visual o la memoria de trabajo entre los dos grupos. Esto indica que estos tipos de memoria pueden no estar tan afectados por la depresión como la memoria auditiva, sin embargo, el análisis estadístico indica para la memoria de trabajo que con mayor muestra estos resultados pueden llegar a ser significativos en tanto se aumente la muestra, logrando generar significancia en tanto a la diferencia del grupo control y clínico.

Otro elemento importante es la importancia que menciona la teoría acerca de la influencia de variables sociodemográficas y enfermedades neurológicas subrayando la importancia de considerar variables en futuras investigaciones. Puesto que estas variables podrían afectar los resultados y proporcionar una visión más completa de cómo la depresión influye en la memoria. Destacando la necesidad de una evaluación más detallada de las diferentes formas de memoria en personas con depresión, y sugiere que las intervenciones terapéuticas deberían considerar estos aspectos para ser más efectivas.

5.2 Limitaciones

Respecto a las limitaciones metodológicas se evidencia en primer lugar la dificultad que existe en Colombia para acceder a instrumentos neuropsicológicos adaptados o validados para la población

(Arango-Lasprilla et al., 2022), por otro lado se debe destacar la influencia de características sociodemográficas y la influencia que pueden tener en el desempeño de la prueba, tales como el nivel educativo o el estrato socioeconómico porque son variables que pueden influir en el desempeño cognitivo de un individuo (Cano-Gutiérrez et al., 2017). Por otra parte, el tiempo de recolección del estudio se vio limitado, por ende se recomienda para futuros estudios ampliar el tiempo de recolección de datos, ya que se debe tener en cuenta como eje principal el tiempo de aplicación del protocolo y optimización en la sistematización de la información. Finalmente es relevante generar estudios transversales los cuales cuentan con mayor tiempo de recogida de datos, en tanto el presente se vio limitado al lapso de un mes para la recogida de información, igualmente generar estudios longitudinales, en tanto la dinámica del diagnóstico de depresión puede variar en tanto a la existencia o no de intervención, al igual que factores internos como externos al individuo los cuales pueden generar cambios en la intensidad del cuadro depresivo actual y por ende de las alteraciones cognitivas que el paciente presenta (Hammar & Schmid, 2013; Villalobos-Galvis et al., 2019).

5.3 Prospectiva

Se recomienda a los futuros estudios que tengan en cuenta, además de las variables mnésicas y de depresión, la inclusión de variables sociodemográficas y la influencia que estas pueden tener en los resultados. Igualmente es relevante la presencia de estudios que incluyan la influencia de enfermedades neurológicas actuales o pasadas que pueda tener el paciente.

Finalmente, el presente estudio establece una primera línea de base que aborde la neuropsicología y depresión en pacientes del municipio de la Unión, Nariño, brindando la posibilidad de generar diversos procesos que incluyan las presentes variables en pro de generar intervenciones en las cuales la neuropsicología y psicología clínica se integren con otras áreas de la salud, entendiendo que la depresión es un trastorno en el cual interactúan diversas causas biopsicosociales, y que requiere de estudios longitudinales en tanto la interacción de estas causas varían a lo largo de la vida (Villalobos-Galvis et al., 2019), generando en el marco de la interacción

multimodal dinámicas de rehabilitación integrales, las cuales miren al paciente desde una perspectiva humanista y holística (Carlosama et al., 2019).

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2018). Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición. ISBN 978-0-89042-551-0
- Arango-Lasprilla, J., Rivera, D., & Ramos, D. (2022). Neuropsicología en Colombia: datos normativos, estado actual y retos a futuro (Segunda ed.). El Manual Moderno. ISBN 978-958-8993-87-4
- Araujo-Zúñiga, H.T., y Velandia-Arias, C.J. (2024). Depresión y memoria congruente con el estado de ánimo en universitarios. *Entretextos, Revista de Estudios Interculturales Desde Latinoamérica Y El Caribe* 18(34), 183-200. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10472733>
- Burt, DB, Zembar, MJ y Niederehe, G. (1995). Depresión y deterioro de la memoria: un metanálisis de la asociación, su patrón y especificidad. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.2.285>
- Baddeley, A. (1998). Memoria humana:Teoría y Práctica. McGraw-Hill Interamericana de España. Recuperado el 05 de Abril de 2022. ISBN 9788448121068
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? Trends in Cognitive Sciences, 4(11). doi:[https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)
- Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D (2010) The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res* 176(2–3), 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.12.001>
- Baune, B.T., Fuhr, M., Air, T., Hering, C. (2014). Neuropsychological functioning in adolescents and young adults with major depressive disorder a review. *Psychiatry Res*, 218(3), 261-271. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.052>
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>

Bhardwaj, A., Wilkinson, P., Srivastava, C. & Sharma, M. (2010) Cognitive deficits in euthymic patients with recurrent depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 513–515. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c5ba>

Billig, A. J., Lad, M., Sedley, W., & Griffiths, T. D. (2022). The hearing hippocampus. Progress in neurobiology, 218, 102326. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2022.102326>

Bruder, G.E., Kayser, J., Tenke, C.E. (2012) Event-related brain potentials in depression: Clinical, cognitive and neurophysiologic implications. En S. J. Luck & E. S. Kappenman (Eds.), *The Oxford Handbook of Event-Related Potential Components* (pp. 563-592). New York: Oxford University Press

Cano-Gutiérrez, C., Bordaz, M. G., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A. J., & Samper-Ternent, R. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. Biomédica, 37, 57-65.
doi:<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>

Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. de L., & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Persona Y Bioética, 23(2), 245–262.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>

Castellanos-Meza, F.A., Rodríguez-Carrillo, M.A., y Rodríguez-Ramírez, M.E. (2020) Depresión y rendimiento académico: propuesta del Perfil Institucional de Riesgo Académico por Depresión. *Revista de Educación y Desarrollo* 54, 53-61

Daniel, B.D., Montali A., Gerra, M.L., Innamorati, M., Girardi, P., Pompili, M., Amore, M. (2013) Cognitive impairment and its associations with the path of illness in affective disorders: a comparison between patients with bipolar and unipolar depression in remission. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(4), 275–287.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000432597.79019.e2>

Dumar-Díaz, L. Román-Estarita, J. (2016). Inhibición, Memoria de Trabajo y Flexibilidad Cognitiva en estudiantes con síntomas. [Tesis de pregrado, Universidad de la Costa].

<https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/267/1124033916-1143140373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garay, M. (2007). Relación entre depresión y deterioro cognitivo (tesis postgrado en psiquiatría y psicología médica). Universidad Nacional de La Plata Facultad Ciencias Médicas, Departamento Graduados. La Plata. Obtenido de:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5482>

Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B. & Mangun, G.R. (2014). Cognitive neuroscience: The biology of the mind (4^a Ed.). Nueva York, Estados Unidos de América: W. W. Norton & Company.
Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642485006>

González Hernández, A., Rodríguez Quintero, A. M., & Bonilla Santos, J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. Revisa Espanola de Geriatría y Gerontología, 57(2), 118-128.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>

Grosso, A., Cambiaghi, M., Concin, G., Sacco, T., & Sacchetti, B. (2015). Auditory cortex involvement in emotional learning and memory. Neuroscience, 299, 45–55.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.04.068>

Grützner, T.M., Sharma, A., Listunova, L., Bartolovic, M., Weisbrod, M., Roesch-Ely, D. (2019). Neurocognitive performance in patients with depression compared to healthy controls: association of clinical variables and remission state. Psychiatry Res 271, 343–350.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.047>

Halvorsen M, Hifdt RS, Myrbakk IN, Wang C, Sundet K, Eisemann M, Waterloo K (2012) Cognitive function in unipolar major depression: a comparison of currently depressed, previously depressed, and never depressed individuals. J Clin Exp Neuropsychol 34(7):782–790.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2012.683853>

Hammar, A. & Schmid, M. (2013) Visual Memory Performance in Patients with Major Depression: A 9-Month Follow-Up, Applied Neuropsychology: Adult, 20(3), 192-196, DOI: 10.1080/09084282.2012.670170

Hammar, A., & Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression--a summary. *Frontiers in human neuroscience*, 3, 26. <https://doi.org/10.3389/neuro.09.026.2009>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014) *Metodología de la Investigación* (6^a ed.) McGraw-Hill

Jaúregui, M. & Razumiejczyk (2011). Memoria y aprendizaje: Una revisión de los aportes cognitivos. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, 26(1), 20-44. Recuperado de <https://racimo.usal.edu.ar/4501/1/174-712-1-PB.pdf>

Jayakody, D., Almeida, O. P., Speelman, C. P., Bennett, R. J., Moyle, T. C., Yiannos, J. M., & Friedland, P. L. (2018). Association between speech and high-frequency hearing loss and depression, anxiety and stress in older adults. *Maturitas*, 110, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.02.002>

Julio Bobes, Antonio Bulbena, Antonio Luque, Rafael Dal-Ré, Javier Ballesteros, Nora Ibarra, Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión, Medicina Clínica, Volume 120, Issue 18, 2003, Pages 693-700, [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73814-7)

Taivalantti, M., Barnett, J., Halt, A., Koskela, J., Auvinen, J., Timonen, M., Jarvelin, M. & Veijola, J. (2019). Depressive symptoms as predictors of visual memory deficits in middle-age. *Journal of Affective Disorders*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.125>

Menéndez M, García C, Antón C, Calatayud MT, González S, Blázquez B. (2005). Pérdida de memoria como motivo de consulta. *Neurologia*; 20: 390-4. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/ibc-046698>

Montañés P. Enfermedad de Alzheimer. Memorias que se desvanecen. 1st ed. (Colombia UN dé, ed.). Bogotá D.C; 2016. ISBN 978-958-99088-8-4

Montenegro-Peña M, Montejo P, Claver-Martín MD, Reinoso AI, De Andrés-Montes ME, García-Marín A, Llanero-Luque M, Huertas E. Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. *Rev Neurol* 2013;57 (09):396-404 doi: 10.33588/rn.5709.2013047

Morgado, I. (2005). Psicobiología del aprendizaje y la memoria. Cuadernos de Información y Comunicación, 221 - 233. <https://www.redalyc.org/pdf/935/93501010.pdf>

Morgado, I. (2005). Psicobiología del aprendizaje y la memoria: fundamentos y avances recientes. Revision en Neurociencia, 289 - 297. doi:DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4005.2005004>

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). Depresión. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw8J6wBhDXARIsAPo7QA9tLTJLw1663iN8goUH3mT-ievOjXxUh7sbtpLnmmh9OAVYnZXISckaApxJEALw_wcB

Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11^a ed.). <https://icd.who.int/>

Ortiz, T., Pérez-Serrano, J.M. Zaglul, C., Coullaut, R., Coullaut, Jr. J., Criado, J. y Fernández, A. (2003). Déficit de los potenciales evocados cognitivos durante una tarea de memoria en pacientes con depresión mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría* 31(4), 177-181. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-30993>

Pellicer-Porcar, O., Mirete-Fructuoso, M., Molina-Rodríguez, S. y Soto-Amaya, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: Influencia del estado emocional. *Revista de Neurología* 59(12), 543-550. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5912.2014457>

Portellano, J. A. (2005). Introducción a la Neuropsicología. McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U. ISBN 9788448198213

Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 43(5), 187–193. Retrieved from <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/608>

Rogers, M.A., Kasai A.K., koji M.A., Fukuda R.A., Iwanami C.A., Kazuyuki Nakagomed, K., Fukuda E.M., & Kato, N. (2004). Executive and prefrontal disfuntion in unipolar depression: a revium of neuropsychological and imaging evidence. *Neurociensce research*, 50, 1 – 11. doi:10.1016/j.neures.2004.05.003

Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;44(10):1-12. Doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291713002535>

Ruiz-Sánchez de León J.M., Llanero-Luque M., Lozoya-Delgado P., Fernández-Blazquez M.A. y Pedrero-Pérez E.J. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista de Neurología* 51(11), 650-60. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5111.2010270>

Sistema de Estimulación Neuroauditiva [SENA], (agosto de 2020). Depresión y procesamiento auditivo. Recuperado de <https://www.senasytem.com/depresi%C3%B3n-y-procesamiento-auditivo>

Stelzer, F., Cervigni, M., & Mazzoni, c. (2013). Programas de entrenamiento cognitivo de la memoria de trabajo. Un análisis comparativo de estudios en niños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233229143005.pdf>

Snyder HR. Major Depressive Disorder Is Associated With Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychol Bull*. 2013;139(1):81-132.

Tamayo Giraldo FJ, Baracaldo Pinzón LI, Valencia Almonacid SL, Ortega Lenis D, Giraldo

Cárdenas MM. Índice de envejecimiento activo en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015). Rev Panam Salud Publica. 2021 Sep 1;45:e69. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2021.69. PMID: 34475880; PMCID: PMC8369134.

Villalobos-Galvis, F.H., Ojeda-Rosero, E., & Luna-Tascón, E.G. (2019). Caracterización de las conductas suicidas en adolescentes de la zona de influencia del volcán Galeras, Nariño, Colombia. Informes Psicológicos, 19(2), pp. 163-180
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a011>

Wechsler, D. (1997). Wechsler Memory Scale-Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. (Adaptación Española, 2004, TEA Ediciones).

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. (2004). A Review of Studies of the Hamilton Depression Rating Scale in Healthy Controls. The Journal of Nervous and Mental Disease, 192(9), 595–601. doi:10.1097/01.nmd.0000138226.227

7 ANEXOS

Anexo A. Informe Favorable



2024_3969

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Evaluación de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión** presentado por Dña. **Helen Janetty Rivera Lasso** en el que consta como autora, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 7 de mayo de 2024.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 7 de mayo de 2024

Anexo B. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Título del Programa:

Evaluación de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión.

Estudiante TFE:

Helen Janetty Rivera Lasso

Lugar de realización:

Colombia- Nariño- La Unión

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por una persistente sensación de tristeza, falta de interés en actividades cotidianas y cambios en el patrón de sueño y apetito, en un contexto donde el 5.6% de adultos mayores presentan depresión y el 51.7% presentan algún síntoma depresivo (Tamayo et al., 2021), es relevante tener en contexto el impacto de la depresión en la función cognitiva, incluida la memoria.

La intersección entre la salud mental y el funcionamiento cognitivo ha sido objeto de un interés creciente en la investigación contemporánea. Entre las diversas condiciones psicológicas, la depresión emerge como un fenómeno complejo que va más allá de sus manifestaciones emocionales, llegando a ser un factor de riesgo para desarrollar Enfermedad de Alzheimer (González, et al., 2022). Por ende, este Trabajo de Fin de Máster se sumerge en indagar las alteraciones mnésicas en pacientes con depresión.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantea al respecto.

Propósito del estudio:

Evaluación de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión.

Procedimientos/explicación del estudio:

Como participante tendrás que realizar una serie de pruebas de El Test de Memoria de Wechsler (WMS), subescala de dígitos, subescala de texto, subescala de escena, de igual manera la aplicación de escala de Hamilton para evaluar depresión, la participación tendrá una duración de 90 minutos aproximadamente.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a personas con estos

trastornos. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio, salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de las entrevistas clínicas y la prueba administrada.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo...) y otros están relacionados con la salud (p.ej. su historia clínica, su estado físico y mental, referidos en ocasiones como datos personales). La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Sólo su Psicóloga podrá establecer la relación entre los datos recogidos en el estudio y su historia clínica.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

_____ Firma del participante

Nombre del estudiante:

Helen Rivera

_____ Firma del Estudiante (INVESTIGADORA)

He leído y comprendido este consentimiento informado.

La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Correo de contacto: riverahelen119@gmail.com

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFE y la última para el participante o sus familiares.

Referencia bibliográfica

Araujo-Zúñiga, H.T., y Velandia-Arias, C.J. (2024). Depresión y memoria congruente con el estado de ánimo en universitarios. *Entretextos, Revista de Estudios Interculturales Desde Latinoamérica Y El Caribe* 18(34), 183-200.

González Hernández, A., Rodríguez Quintero, A. M., & Bonilla Santos, J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Revissta Española de Geriatría y Gerontología*, 57(2), 118-128. doi:<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>

Wechsler, D. (2004). WMS-III: Wechsler Memory Scale-Third Edition. The Psychological Corporation.

Anexo C. Autorización del Centro

unir LA UNIVERSIDAD EN INTERNET

Autorización del centro para realización de Trabajo Fin de Estudio

Con la presente, yo, Emely Gamboa Muñoz con DNI 59708304 como representante del Centro clínico IPS UNION SALUD declaro que:

La estudiante, Helen Janetty Rivera Lasso con DNI 1085295513 de la Universidad Internacional de la Rioja, ha informado al centro de la realización del Trabajo Fin de Estudio que lleva por título Evaluación de las alteraciones mnésicas en una muestra de pacientes con depresión. Y se le da autorización para ello.

**IPS
UNION SALUD**

Emely Gamboa M.

15/03/2024

IPS UNION SALUD

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A., tratará sus datos de carácter personal con la finalidad de gestionar la presente autorización para permitir el desarrollo de TFG/TFM del alumno en el centro. Si usted lo desea, puede ejercitar los derechos reconocidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, mediante solicitud dirigida a Avda. de la Paz, 137. 26006. Logroño (La Rioja). España o a la siguiente dirección de correo electrónico: ppd@unir.net adjuntando copia de su DNI o documentación acreditativa de su identidad. A su vez puede consultar información adicional y detallada sobre protección de datos a través de la misma dirección de correo o en <https://estudiar.unir.net/politica-privacidad/>.

Anexo D. Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./Dña. HELEN JANETTY RIVERA LASO, con DNI 1085295513 y estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A.("UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos en el centro clínico, IPS UNION SALUD, y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizar la recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: Helen Janetty Rivera Lasso

DNI: 1.085.295.513

FIRMA: 