



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA:**

---

“DEPRESIÓN Y FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN EL BARRIO “SAN FRANCISCO DE QUITO” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”

---

**Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación**

**Autor**

Mañay, Michelle

**Tutor**

Dra. Marina Calvo Rodríguez

**Quito**

**2019**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Calvo Rodríguez Marina Milagros, con número de cedula 1756926265, en mi calidad de tutor de trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **DEPRESIÓN Y FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN EL BARRIO “SAN FRANCISCO DE QUITO” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018**, desarrollado por Mañay Caiza Michelle Aracely, estudiante de la carrera de Psicología, para optar por el Título de Psicólogo General, ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador.

Quito, 2019

---

Dra. Marina Milagros Calvo Rodríguez, MSc

C.I.: 1756926265

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la carrera de Ciencias Psicológicas declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 2019

---

Mañay Caiza Michelle Aracely

C.I.: 1718534116

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Mañay Caiza Michelle Aracely, declaro ser autor del proyecto de Tesis titulado: “DEPRESIÓN Y FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN EL BARRIO “SAN FRANCISCO DE QUITO” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”. Autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios de RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los días escritos del mes del año firmo conforme:

Autor: Mañay Caiza Michelle Aracely

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Cédula: 171853411-6

Dirección: Diego de Trujillo y Ruperto Alarcon

Correo Electrónico: michellearacely96@hotmail.com

Teléfono: 0958872221

## APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado sobre el tema **DEPRESIÓN Y FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN EL BARRIO “SAN FRANCISCO DE QUITO” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

---

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

---

VOCAL 1

---

VOCAL 2

Quito, 2 Agosto del 2019

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a mi madre Rosa Caiza por ser un pilar fundamental e incondicional por brindarme su fortaleza a lo largo de mi vida y carrera profesional, a mi padre que a pesar de la distancia física siempre ha estado en mi mente y corazón en cada logro que consigo y estaría orgulloso de la niña de sus ojos, a mis hermanos Geovanny Mañay y Paúl Mañay por guiarme día tras día a no darme por vencida y luchar por lo que quiero quienes me han dado unas sobrinas maravillosas con un corazón de oro, a ti amor Jhonn Malacatus porque me enseñaste que el amor no necesita ser entendido, solo necesita ser demostrado mediante el afecto, gentileza y cariño que son los detonantes de mi felicidad.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por su amor y bondad infinita ya que me permite sonreír ante todos mis logros que son resultado de su ayuda y cuando tengo errores aprendo de ellos, me doy cuenta que eso sirve de ayuda para mejorar como ser humano.

No ha sido sencillo llegar a este punto de mi vida pero gracias a cada uno de sus consejos, amor, apoyo e inmensa felicidad que nos caracteriza eh logrado llegar a esta meta con facilidad, agradezco y hago presente de todo corazón mi afecto hacia ustedes mi hermosa familia.

A la Dra. Marina Calvo quien es una excelente profesional y docente, quien me ha guiado en este camino brindándome su conocimiento, quien me ha demostrado que no siempre podemos hacer grandes cosas, pero si podemos hacer cosas pequeñas con un gran amor.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii

## PÁGINAS PRELIMINARES

RESUMEN EJECUTIVO .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	xv

## CAPÍTULO I

EL PROBLEMA .....	16
Planteamiento del Problema .....	16
Contextualización .....	17
Contexto Macro .....	17
Contexto Meso .....	18
Contexto Micro .....	19
Antecedentes .....	20
Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica .....	21
Fundamentaciones .....	21
Fundamentación Psicológica .....	21
JUSTIFICACIÓN .....	59
Objetivos .....	61
Objetivo general .....	61
Objetivos específicos .....	61
MARCO CONCEPTUAL .....	23
DEPRESIÓN .....	23



Concepto.....	23
Historia del término.....	24
Etiopatogenia de la depresión .....	25
Síntomas y diagnóstico.....	27
Clasificación.....	29
Comorbilidad.....	35
Factores de riesgo.....	36
Tratamientos .....	38
Depresión en el adulto mayor.....	39
<b>FUNCIONES COGNITIVAS.....</b>	<b>42</b>
Concepto y clasificación .....	42
Envejecimiento.....	47
Deterioro cognitivo .....	49
Clasificación.....	50
Evaluación y diagnóstico .....	51
Causas y factores de riesgo de deterioro cognitivo.....	53
Tratamiento y pronóstico .....	55
Estudios en el Ecuador .....	57

## **CAPÍTULO II**

<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>62</b>
Diseño del trabajo.....	62
Área de estudio.....	62
Enfoque .....	63
Población y muestra .....	63
Instrumentos de investigación.....	64
Neuropsi .....	64
Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.....	66
Procedimientos para obtención y análisis de datos .....	66

Actividades .....	67
-------------------	----

### **CAPÍTULO III**

ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	68
Diagnóstico de la situación actual .....	68
Análisis e interpretación .....	74

### **CAPÍTULO IV**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
Conclusiones .....	80
Recomendaciones .....	81
Referencias.....	98
ANEXOS .....	108
Anexo A. Resultados adicionales .....	108

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Criterios diagnósticos para depresión mayor según el DSM-5 .....	34
Tabla N° 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10 .....	35
Tabla N° 3. Reclasificación de los puntajes de las escalas de Fluidez verbal del Neuropsi .....	65
Tabla N° 4. Escolaridad nula con un puntaje máximo de 117 .....	65
Tabla N° 5. Escolaridad de 1 a 4 años con un puntaje máximo de 124 .....	65
Tabla N° 6. Escolaridad de 5 a 9 años con un puntaje máximo de 130 .....	65
Tabla N° 7. Escolaridad de 10 a 24 años con un puntaje máximo de 130 .....	66
Tabla N° 8. Prueba de rho de Spearman Depresión*Funciones cognitivas .....	72
Tabla N° 9. Prueba de rho de Spearman Depresión*Funciones cognitivas .....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
Tabla N° 10. Resultados del test Neuropsi según la Edad .....	73
Tabla N° 11. Resultados del test Neuropsi según el Sexo .....	73
Tabla N° 12. Resultados del test Neuropsi según la Ocupación .....	74
Tabla N° 13. Resultados del test Neuropsi según la Escolaridad .....	108
Tabla N° 14. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas* Escolaridad .....	108
Tabla N° 15. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Escolaridad .....	109
Tabla N° 16. Prueba de chi cuadrado Depresión*Escolaridad .....	109
Tabla N° 17. Prueba de chi cuadrado Edad*Depresión .....	109
Tabla N° 18. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Edad .....	110
Tabla N° 19. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas*Edad .....	110
Tabla N° 20. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas*Sexo .....	111
Tabla N° 21. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas*Ocupación .....	111

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Composición de la muestra según Sexo .....	68
Gráfico N° 2. Composición de la muestra según Edad.....	69
Gráfico N° 3. Composición de la muestra según Nivel de escolaridad .....	69
Gráfico N° 4. Composición de la muestra según su Ocupación .....	70
Gráfico N° 5. Test de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	71
Gráfico N° 6. Test Neuropsi .....	71

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA: DEPRESIÓN Y FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS DE LA  
TERCERA EDAD EN EL BARRIO “SAN FRANCISCO DE QUITO” DE LA  
CIUDAD DE QUITO EN EL AÑO 2018**

**AUTOR:** Michelle Mañay

**TUTOR:** Dra. Marina Calvo

**RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación tiene como objetivo el estudio de la relación entre depresión y funciones cognitivas en adultos mayores del Barrio San Francisco de Quito, durante el año 2018. La investigación es cuantitativa, correlacional, no experimental y de campo y contó con una muestra de 100 personas, entre hombres y mujeres mayores de 65 años. Para la recopilación de información se empleó el Neuropsi, instrumento de evaluación neuropsicológica para diagnosticar el estado de las funciones cognitivas, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en su versión corta para el diagnóstico de depresión. El estudio correlacional evidenció que no existe una relación significativa entre depresión y funcionamiento cognitivo relacionado con el predominio de ausencia de depresión y un nivel alto de funcionamiento cognitivo en la población estudiada. Adicionalmente existe una correlación positiva entre la presencia de depresión y la baja escolaridad y en cuanto al funcionamiento cognitivo se determinó que la edad, el sexo, la escolaridad y la ocupación son factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo. Posteriormente se desarrolló una propuesta relacionada con un programa de Estimulación Cognitiva para estos adultos mayores.

**DESCRIPTORES:** depresión, funciones cognitivas, deterioro cognitivo, adultos mayores.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**THEME: DEPRESSION AND COGNITIVE FUNCTIONS IN PEOPLE OF THE SENIOR CITIZENS IN THE DISTRICT “SAN FRANCISCO DE QUITO” OF THE CITY OF QUITO IN THE YEAR 2018**

**AUTHOR:** Michelle Mañay

**Tutor:** Dra. Marina Calvo

**ABSTRACT**

The present investigation has the objective the study of the relation between depression and cognitive functions in senior citizens of the District San Francisco of Quito, during 2018. The investigation in quantitative, correlational, non-experimental and of field and counted on a sample 100 people, between men and women over 65 years old. Neuropsi was used to collect the information a neuropsychological assessment instrument to diagnose the state of cognitive functions, and the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS) in its short version for the diagnosis of depression. The correctional study showed that there is no significant relationship between depression and cognitive functioning related to the predominance of absence of depression and a high level of cognitive functioning in the population studied. Additionally, there is a positive correlation between the presence of depression and low schooling and in terms of cognitive functioning, it was determined that age, sex, schooling and occupation are risk factors for the development of cognitive impairment. Subsequently, a proposal related to a program of Cognitive Stimulation for these older adults was developed.

**KEY WORDS:** depression, cognitive functions, cognitive deterioration, senior citizens.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación se propuso abordar la relación que existe entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en adultos mayores del Barrio San Francisco de Quito, considerando que son variables cuyo estudio es de vital importancia para garantizar la calidad de vida de los adultos mayores. Esto viene dado por un contexto social en el que la esperanza de vida ha aumentado y los cambios en las dinámicas sociales crean condiciones poco favorables para que los ancianos puedan transitar de forma armónica a través de esta etapa del desarrollo. El trabajo se propone a partir de una estructura de cinco capítulos:

En el Capítulo I se exponen los detalles del planteamiento del problema en el cual se consideran los cambios en las dinámicas sociales que imponen condiciones de dificultad para los adultos mayores en un contexto mundial en el que la incidencia de depresión y las tasas de envejecimiento prefiguran un panorama desalentador ante el cual se requieren urgentes acciones preventivas para garantizar el adecuado funcionamiento y adaptación de los ancianos.

En el Capítulo II se presenta la metodología que se empleó para el estudio incluyendo el enfoque y diseño, los criterios para la selección de la muestra, los instrumentos que se emplearon para la recolección de datos y los procedimientos que se utilizaron para analizar los mismos.

En el Capítulo III se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos y el procesamiento estadístico de los mismos, centrándose en la observación detallada de la presencia de depresión en los adultos mayores, el diagnóstico de sus funciones cognitivas y la relación entre ambas variables.

En el Capítulo IV se plantean las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con los objetivos del estudio y finalmente, en el Capítulo V se presenta una propuesta de intervención psicoeducativa para abordar el tema del funcionamiento cognitivo con los adultos mayores.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

El envejecimiento de la población mundial, que se evidencia en la mayoría de los países, representa una de las transiciones más significativas de la humanidad en los últimos años. Es indispensable que las instituciones a escala global desarrollen estrategias de intervención que permitan darle respuestas efectivas a las demandas de este grupo poblacional. Cada vez más se percibe que los adultos mayores son miembros activos y contribuyentes en la sociedad y debe procurarse integrar sus habilidades para el mejoramiento y el autocuidado en las políticas de salud en todos los niveles de atención.

Uno de los trastornos cuyas cifras aumentan considerablemente cada año en diferentes grupos poblacionales es la depresión. En el adulto mayor la depresión es de difícil diagnóstico por la comorbilidad que presenta con patologías médicas de diferente índole, a menudo asociadas con la edad. Esta complejidad hace que no se diagnostique a tiempo el trastorno y esto puede tener graves consecuencias en el desempeño cognitivo de los adultos mayores que, a menudo puede estar afectado por el deterioro de sus estructuras neurológicas como consecuencias de la mediación de otros factores, que también son de difícil valoración. Esta investigación tiene como objetivo estudiar la relación entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor a fin de generar una propuesta de intervención acorde a los resultados encontrados.



## **Contextualización**

### **Contexto Macro**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2015 había 901 millones de personas con 60 años o más, que representa un crecimiento del 48,4% respecto de la población que se encontraba en ese rango etario para el año 2000 a escala mundial. Se estima que para el año 2030 esta cifra ascienda a más de 1400 millones y que para el año 2050 se la población mundial de adultos mayores llegue a ser de casi 3000 millones. Dentro de este grupo se observa un crecimiento mayor respecto del resto de personas del rango, en la población de adultos de 80 años o más (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

Si a esta realidad se suma la prevalencia de casos de depresión a nivel global que para el 2017 afectó a un 7% de la población de ancianos en general, se tendrá una imagen de las proporciones que el trastorno puede llegar a tener en el transcurso de pocos años considerando, además, que hay una incidencia de 15% de casos nuevos cada año (Calderón, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2017).

En cuanto al deterioro cognitivo Arriola y otros (2012) indican que:

“Dependiendo de los criterios utilizados, la prevalencia en mayores de 75 años se encuentra entre el 3 y el 20 %. Otros autores, tras analizar diversos estudios en diferentes países, informan sobre una prevalencia entre el 3 y el 19 % en población general de mayores y una incidencia del 8-58 por 1.000 personas/año. Los aspectos relacionados con la estabilidad de deterioro cognitivo han arrojado diversos datos en base a los criterios utilizados y al tiempo de seguimiento. Algunos estudios indican que entre el 15 y el 41 % de pacientes evolucionan a demencia en un seguimiento de 1 año. En un estudio a 4 años de seguimiento el grado de progresión anual se establece en el 11 %. Los resultados de estabilidad también dependen de la edad del grupo estudiado; así, en un estudio longitudinal de 8 años y de edades entre 62-64 años, se observó que en el 45 % de los pacientes la situación era de tipo inestable”. (págs. 7-8)

La combinación de las prevalencias de estos factores, y las predicciones acerca de la evolución de estos parámetros colocan sobre la palestra la importancia de realizar investigaciones específicas dados los vacíos de información que aún existen sobre una realidad cuya aparición ya está en ascenso.

### **Contexto Meso**

Según señala Villarroel (2018), en un estudio realizado en el 2016, el censo del 2010 mostraba que alrededor de un 6.6% de la población total del Ecuador, estaba en edad adulta mayor. Se estimaba que para el 2017 esta cifra aumentase al 7.0% de la población. El autor también indica que un 30% de los adultos mayores cuentan con asistencia para sus cuidados, un 75% no tiene afiliación a un seguro privado y solo el 23% de los adultos mayores de 60 años están afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Por otro lado, el Ministerio de Inclusión Económica y Social atiende a 625.000 adultos mayores. Las cifras que indica afirman que 3 de cada 10 se sienten frecuentemente desamparados, 5 de cada 10 viven en áreas rurales y son pobres, es decir alrededor de 400.000, mientras que 542.000 viven en zonas urbanas. Un 27% de los adultos mayores han enviudado, 23% tiene una discapacidad permanente y un 16% ha padecido violencia psicológica.

De acuerdo con los datos indicados por Espinoza y Vacacela (2014) en Ecuador se aplicó una encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) que indicó que para el período 2009-2010, un 39% de adultos mayores de 75 años presentaba síntomas de depresión leve o moderada. En cuanto a la prevalencia de deterioro cognitivo, no se hallaron cifras precisas para el Ecuador.

## **Contexto Micro**

En cuanto a los datos de envejecimiento Villarroel (2018) señala que en Tungurahua, según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el año 2010, había una población de 14.949 adultos mayores entre 65 y 69 años, 12.060 con edades comprendidas entre los 70 y los 74 años, 8.779 personas de 75 a 79 años y finalmente 10.503 adultos de 80 a más años. Esto representaba un el 3.48% del total de población nacional.

El mismo autor indica que en la provincia de Tungurahua, en el año 2016 se presentaron 1309 casos de patologías mentales y neurológicas entre adultos mayores atendidos en los servicios de salud, lo que representa un 3,99% de todas las patologías que se atendieron en el año. De esa cantidad, 511 se dieron en el cantón Ambato, siendo 183 en hombres y 328 en mujeres. No se especifica el tipo de patología que se diagnosticó ni las características de las mismas.

Respecto de la prevalencia de deterioro cognitivo en contextos específicos, Calderón (2018) refiere tres estudios específicos sobre deterioro cognitivo en Ecuador. El primero realizado en Riobamba en el 2012 que buscaba determinar la relación entre deterioro cognitivo y diabetes y, aunque se halló correlación, esta no resultó estadísticamente significativa. El segundo estudio se realizó en Cuenca en el 2013 y buscó determinar factores asociados al deterioro cognitivo en una población de adultos mayores jubilados identificando una prevalencia de 35,4% y como factores de riesgo la edad y presencia de diabetes; como factores protectores esta investigación identificó vivir en el área urbana y no haber fumado. Una tercera investigación del año 2014 identificó una prevalencia del 60% de deterioro cognitivo al abordar varios centros de cuidados en Cuenca; la baja escolaridad y el sexo femenino resultaron como factores de riesgo (Calderón, 2018).

## **Antecedentes**

Se presentan dos investigaciones como antecedentes de esta investigación. Estos estudios relacionaron depresión en adultos mayores con diversas variables relacionadas con el desempeño cognitivo de pacientes en algunos centros de atención del Ecuador.

En primer lugar se encuentra la investigación de Tupiza (2015) en la que se abordó una población de 115 adultos mayores institucionalizados en una fundación para población en estado de abandono, mendicidad e indigencia, ubicada en Quito. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y grado de funcionalidad. Los resultados demostraron la existencia de una correlación significativa entre funcionalidad y depresión observando, a partir de una muestra de 30 adultos mayores, que altos niveles de depresión se aparejaban con bajos niveles de funcionalidad en las escalas utilizadas. La autora recomendó generar nuevos estudios en la población de tercera edad en todo el país.

La segunda investigación que se toma como antecedente es la conducida por Castillo (2018) en la que se indagó sobre la relación entre depresión y el proceso de atención en adultos mayores atendidos en el IESS de la ciudad de Ambato. En el estudio participaron 90 personas, con edades comprendidas entre los 60 y los 87 años, de las cuales 81 fueron mujeres. Se emplearon la escala de depresión de Yesavage y la subescala de atención del Neuropsi y se determinó que no existe relación entre la depresión y la atención en los adultos mayores examinados. Los resultados indicaron que 76.7% de la población no presentó depresión, 21,1% presentó mostró depresión leve, y un 2,2% de la población puntuó para depresión moderada. En cuanto a la atención se observó un nivel normal en 31,1% de la muestra, un 24,4% con nivel moderado y un nivel de alteración severo en 23,3%, y afectación leve en 21,1%. Después de conducido este estudio el investigador recomendó continuar con la investigación sobre procesos cognitivos en adultos mayores a fin de identificar los factores que la afectan.

## **Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica**

Este estudio profundiza en diversos aspectos relacionados con la depresión y el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor realizando una contribución importante para la comprensión de la relación entre estas variables en este grupo etario, de manera que, además de un aporte teórico sirva fortalecer las estrategias de prevención y atención de trastornos que disminuyan la funcionalidad e independencia en esta población logrando que puedan permanecer como miembros activos con roles sociales significativos en sus entornos cotidianos.

Este trabajo puede contribuir al fortalecimiento del cuerpo teórico sobre adultos mayores, deterioro cognitivo y depresión, que son variables cuyo estudio aún no arroja resultados concluyentes y generalizables. También se espera que constituya un aporte social al visibilizar la realidad de adultos mayores y ayudar al fortalecimiento de sus capacidades. Los resultados de esta investigación pueden aportar significativamente para la construcción de planes, políticas y estrategias destinadas a garantizar el derecho a la salud integral en la población de tercera edad a nivel local y nacional.

## **Fundamentaciones**

### **Fundamentación Psicológica**

Como fundamentación psicológica se considera que la teoría de desarrollo sociocultural de Vigotsky puede resultar en un aporte singular a la realidad de los adultos mayores puesto que coloca al ser humano como un ser social que puede aprovechar la relación con los otros en su entorno para mejorar su aprendizaje y su desempeño. Particularmente el concepto de zona de desarrollo próximo permite visualizar que el adulto mayor puede avanzar la distancia entre un nivel de desempeño

actual y su nivel de desempeño potencial a través del acompañamiento con las estrategias adecuadas. La visión sociocultural de Vigotsky no excluye los modelos cognitivos de atención terapéutica y los entrenamientos en habilidades específicas que pueden contribuir a la superación del deterioro cognitivo y los trastornos depresivos, antes bien enfatiza el rol de la interacción y del acompañamiento para potenciar estos tipos de tratamientos destinados a que el sujeto aprenda nuevos repertorios para solucionar problemas o compensar por habilidades deterioradas.

## MARCO CONCEPTUAL

### DEPRESIÓN

#### Concepto

Depresión es una palabra de uso común con la que habitualmente se designa un estado de ánimo predominantemente triste o negativo. Sin embargo en un contexto especializado, esta palabra tiene un significado que vale la pena revisar con detalle puesto que el uso cotidiano del vocablo puede resultar confuso o desorientador (Benavides, 2017). La depresión es un conjunto de síntomas que ocasionan una afectación general de la vida psíquica del individuo, especialmente en el plano afectivo. El rasgo clave de estos síntomas es la tristeza patológica y el decaimiento, aunados a una percepción de impotencia e insuficiencia ante las demandas vitales personales y del contexto (Alberdi, Taboada, Castro, & Vázquez, 2006).

Los síndromes depresivos suelen presentarse en comorbilidad con otros trastornos afectivos, por lo cual resulta complicado establecer su autonomía y en consecuencia definir planes de tratamiento específicos. Habitualmente los especialistas se ven en la necesidad de establecer un diagnóstico a partir de datos como la poca expresividad, expresión de ideas pesimistas, alteraciones circadianas, llanto fácil, aspecto descuidado y tono de voz bajo. Pueden existir quejas respecto a la pérdida de interés o de la capacidad de disfrute de la vida, falta de energía para tareas cotidianas simples o una experiencia del tiempo desagradable. La historia de vida del sujeto, así como su historia familiar son importantes para la precisión diagnóstica.

De acuerdo con el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) es común que los trastornos depresivos se presenten en personas con enfermedad física crónica, lo que puede exacerbar los síntomas y además, constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. La edad de inicio de la depresión puede variar, aunque es más común entre los 15 y 45

años. Los jóvenes suelen presentar síntomas de tipo comportamental mientras que los adultos tienden a presentar síntomas somáticos.

### **Historia del término**

En un recuento sobre la historia del término depresión, Benavides (2017) rastrea el origen de su uso a fin de diferenciarlo de su empleo en las esferas de lo cotidiano. Desde la mera identificación de un sentimiento pasajero hasta el psicodiagnóstico de un trastorno afectivo, hoy en día la palabra depresión, en un contexto científico especializado, denota un espectro amplio de trastornos afectivos que generan cuadros comunes como la depresión mayor hasta cuadros atípicos o variantes que incluso hoy en día están en revisión.

La expresión sintomatológica ha variado lo que resulta clave para comprender los cambios en la delimitación y clasificación clínica y también para diferenciar la tristeza normal de la tristeza patológica con la que se identifica la depresión. En primer lugar es necesario observar la distancia que existe entre el estado de ánimo o humor que es un tono afectivo más o menos perdurable y relativamente autónomo respecto del ambiente, y el sentimiento que es variable y de duración breve. Ambos componentes son independientes y se expresan de manera distinta en el tiempo, pero interactúan entre sí.

Por un lado, las alteraciones del estado de ánimo son independientes del ambiente, están relacionadas con la personalidad y pueden comenzar y terminar sin causa aparente. Mientras que, por otro lado, los sentimientos están vinculados con acontecimientos específicos, pueden dirigirse intencionalmente y su comienzo y final son identificables. Teniendo en consideración esta diferencia, se considera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo y no un sentimiento de tristeza o



melancolía. Como categoría clínica, puede presentarse 1) como un síntoma único acompañado de síntomas no relacionados, 2) acompañado de otros síntomas de tipo afectivo o 3) como una enfermedad que tiene un origen, curso propio y una terapéutica particular.

### **Etiopatogenia de la depresión**

La visión de la etiopatogenia de la depresión ha variado en el tiempo a medida que las técnicas de estudio se han hecho más especializadas, permitiendo una aproximación más compleja y el diseño de protocolos que abarquen con precisión los mecanismos fisiopatológicos implicados en los procesos depresivos. Cobo y Mena (2012) recogen cinco hipótesis que a menudo han conducido la investigación sobre los trastornos afectivos, particularmente en la depresión. De manera sucinta se describen con el fin de ofrecer una mirada que podría orientar la indagación, como posteriormente se observará, en los casos de adultos mayores.

El primer mecanismo que reseñan es el de las vías catecolaminérgica, en especial la dopaminérgica y de otros neurotransmisores. La hipótesis plantea que en el curso de los episodios depresivos hay una menor disponibilidad de norepinefrina y serotonina cerebral. Sin embargo, esta visión es muy simple. Por un lado, la disminución en la transmisión de dopamina se ha vinculado con la depresión en estudios genéticos, neuroquímicos, por neuroimagen, postmortem y en animales. Estos estudios sugieren que hay algunos pacientes con un subtipo de depresión sensible a la dopamina y resistentes a tratamientos que inciden en los mecanismos serotoninérgicos y norepinefrínicos. Otros estudios han concluido que hay participación y cambios en los niveles de GABA y de glutamato puesto que se ha observado un incremento del último y disminución del primero en pacientes con depresión mayor que además varían según la región del cerebro.

Los autores revisan también el mecanismo genético, indicando de un 40% a 60% de probabilidad de presencia del trastorno, tomando como base estudios con gemelos monocigóticos criados juntos y separados, para valorar la importancia del ambiente en la aparición de la enfermedad. Estos estudios han comprobado que el componente genético es más significativo en las mujeres que en hombres, al igual que la heredabilidad. Los resultados de estas investigaciones, sin embargo, no son concluyentes. En análisis de variaciones genéticas en diversos tipos de pacientes los hallazgos respecto de la interacción de genes específicos con condiciones ambientales no han sido replicados o bien hallazgos posteriores han debilitado los planteamientos. No obstante se ha observado que en casos de trastornos más graves el riesgo de heredabilidad familiar es mayor.

El mecanismo bajo el cual ha sido más fructífero explicar el curso de los trastornos depresivos ha sido el endocrino. Esta hipótesis propone una secreción excesiva de adrenocorticotrofina hipofisaria lo que, a su vez, produce un exceso de cortisol que se produce luego de una hipersecreción de la hormona liberadora de la corticotrofina hipotalámica está relacionada con la depresión. El exceso de cortisol produce un daño neuronal y de estructuras cerebrales que acentúa el desequilibrio hormonal.

Bajo este mismo mecanismo se ha postulado una hipótesis circadiana que destaca por la pronunciada alteración del sueño durante los episodios de depresión bipolar y monopolar. Esta alteración del sueño se caracteriza por hipercortisolemia en horas de la tarde cuando lo normal es que se produzca en la madrugada para procurar el aumento del sueño en su fase MOR.

Una cuarta hipótesis se deriva de la observación de las estructuras celulares y se ha identificado una anormalidad en la densidad y tamaño de las neuronas y células gliales, que son células de soporte para el sistema nervioso. En investigaciones postmortem se ha hallado una reducción significativa de neuronas GABAérgicas en

pacientes con depresión mayor a nivel de la corteza occipital y prefrontal. También se ha apreciado una reducción del tamaño de las neuronas en la corteza cerebral y en la corteza cingulada anterior. La disminución en la densidad de neuroglia se asocia a reducción del tamaño de otras estructuras corticales. Se considera que el deterioro de las funciones gliales contribuye con el curso y de los trastornos depresivos.

Finalmente Cobo y Mena (2012) describen alteraciones neuroanatómicas observadas mediante imágenes por emisión de positrones y que consisten en áreas con disminución de actividad del flujo sanguíneo y metabolismo de glucosa. Esta comprende una amplia sección del encéfalo que acusa también una reducción volumétrica observada por tomografías computadas. Se han registrado reducciones de hasta un 48% de materia gris. La zona que va desde la corteza prefrontal ventral hasta la rodilla del cuerpo calloso estaría implicada en el circuito de respuesta emocional ante estímulos sociales significativos y en ella actuarían antidepresivos moduladores de neurotransmisores. En situaciones experimentales con animales se han observado un funcionamiento inhibido de esta zona en casos de depresión. Los seres humanos presentan conductas depresivas cuando aparecen lesiones en esa región. La neuroimagen ha revelado disfunciones en el sistema límbico, cortezas prefrontal y temporal, núcleo caudado y cíngulo anterior. En estados depresivos endógenos se ha detectado un perfil de alteraciones de diferentes aspectos de los patrones de sueño. Estas variaciones se consideran como parte de la secuencia de alteraciones que se producen durante la patología, más que su causa.

### **Síntomas y diagnóstico**

Según lo señalado por Hernández, Soto y Castro (2010) acerca de la sintomatología que se suele presentar en pacientes depresivos, indican una diversidad de signos y síntomas cuya manifestación es indicativa de las alteraciones en el tono

afectivo y, además, incluyen una variedad de expresiones de orden fisiológico y cognitivo. Con precisión, los autores señalan que:

“Entre los diversos signos y síntomas de este trastorno o alteración patológica, se encuentran: estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío”, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad, pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el sexo, insomnio o hipersomnia, disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz, inquietud e irritabilidad, dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria e ideas e intentos de suicidio, entre otros”. (pág. 17)

Los autores agrupan los síntomas en tres categorías que no son iguales a las clasificaciones diagnósticas más utilizadas en la actualidad, como la Clasificación Internacional de Enfermedades, capítulo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Este criterio responde a la distinción que hacen entre estado de ánimo y sentimientos y se suman componentes psíquicos y motores. De esta suerte se tiene que los síntomas se agrupan, para facilitar su reconocimiento en ánimo depresivo, inhibición psíquica e inhibición motora.

A la primera categoría también se le conoce como ánimo melancólico y se constituye por un conjunto de sentimientos y vivencias patológicas de carga negativa. Se describe como una tristeza generalizada, profunda, pesimismo, aburrimiento, apatía y desesperanza. A menudo aparece un sentimiento de culpabilidad por sentirse los sujetos improductivos en las esferas motora, intelectual y afectiva, surgen ideas acusatorias y sentimiento de ser indigno e irresponsable. También puede darse una sensación de vacío o falta de sentimientos. Es común también que la persona se hiperresponsabilice por las tareas, debido al sentimiento de desinterés por ellas, hay gran indecisión y constantemente se compara con el pasado la manera de aprovechar el tiempo. Puede aparecer ideación suicida.

En la categoría denominada inhibición psíquica el paciente experimenta una carga intolerable que afecta su personalidad. El pensamiento y el lenguaje se enlentecen, hay dificultad para expresarse, una rápida fatiga intelectual, alteraciones de la memoria que pueden deberse al desinterés, la falta de atención o las dificultades de concentración. La inhibición psíquica crea una deficiencia en la productividad intelectual acompañada por la sensación de disminución del intelecto. Finalmente la inhibición motora comprende una lentificación de los movimientos y un esfuerzo físico que se percibe como penoso y agotador. Actividades sencillas producen extenuación y los movimientos espontáneos se reducen al máximo.

### **Clasificación**

De acuerdo con Barbosa (2014), se pueden dar distintos tipos de depresión dependiendo de la cantidad, intensidad y contexto de aparición de los síntomas. A fin de poder hacer una adecuada clasificación de los síntomas debe precisarse en la historia clínica del paciente antecedentes de otros trastornos afectivos, así como la cronicidad o recurrencia del cuadro que presenta. Durán y Mora (2018) establecen una primera clasificación, de acuerdo con la intensidad, en tres niveles: leve, moderado y severo. El primer nivel comprende de 5 a 6 síntomas y se manifiesta un ligero deterioro, se puede considerar un nivel bajo. El siguiente nivel es moderado y se considera como un nivel intermedio entre el bajo y el alto, su tratamiento requiere a veces del uso de antidepresivos. En el nivel alto se presentan la mayoría de los criterios y requiere tratamiento, a menudo de emergencia; alrededor de un 30% de pacientes puede manifestar un cuadro de nivel grave.

Existen otras clasificaciones que pueden emplearse para ubicar un trastorno depresivo y facilitar tanto su diagnóstico como su tratamiento. Como se ha referido antes, es indispensable el correcto llenado de la historia clínica a fin de determinar con precisión el inicio de los síntomas y su curso. En su trabajo, Cobo y Mena (2012) indican una

diversidad importante de criterios de clasificación, que se detallan a continuación. Estas clasificaciones atienden a la necesidad de los especialistas de delimitar adecuadamente los cuadros sintomáticos a fin de seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas para restituir a la persona las mejores condiciones de su realidad afectiva y su mejor funcionamiento en el entorno en el que se desenvuelve.

De acuerdo con los autores los síndromes depresivos pueden clasificarse en primarios y secundarios según su etiología. Los primarios pueden ser de tipo endógeno con o sin factores hereditarios o de tipo reactivo cuando se pueden reconocer desencadenantes psicológicos específicos. Los síndromes secundarios también son llamados sintomáticos y aparecen siguiendo a factores biológicos o enfermedades médicas.

Otra categoría de clasificación se da según los síntomas se presenten, bien por la presencia de factores estacionales, o bien por la presencia de factores hormonales, como en el caso de la depresión estacional, depresión postparto o la postmenopáusicas. El caso de la depresión postparto es descrito por Barbosa (2014) como un episodio que se da en las primeras cuatro semanas posteriores al parto y se estima que llega a afectar de 10% a 15% de mujeres que dan a luz. Es un tipo de depresión que puede cursar con la idea de muerte propia o del bebé y pensamientos agresivos. Es más común en mujeres con historial de trastorno bipolar o psicosis.

Una tercera categoría es según la presencia de síndrome melancólico que puede originar depresiones melancólicas o no melancólicas que a su vez se subdividirán en neuróticas, distímicas y atípicas. Según la clínica el síndrome puede diagnosticarse como una melancolía simple, en cuyo caso habría que definir si se trata de una depresión angustiosa, estuporosa u obsesiva; también, según la clínica podría tratarse de depresión con síntomas de despersonalización o depresión psicótica (Cobo & Mena, 2012).

Según su evolución un trastorno depresivo podría ser recurrente (depresión monopolar) o depresión bipolar. Este último es menos común que otros tipos de depresión y se reconoce por la presencia de períodos depresivos alternados con

episodios maníacos separados por intervalos de tiempo en los que el estado de ánimo es normal. Mujeres y hombres son susceptibles por igual de presentar trastorno bipolar, sin embargo las mujeres son más proclives a presentar más episodios depresivos que maníacos (Barbosa, 2014). En esta categoría, según la evolución, también se puede diagnosticar depresión crónica y depresión resistente al tratamiento.

Otro de los criterios que contemplan estos autores es la edad de presentación de los episodios, de lo cual se origina una clasificación que Cobo y Mena (2012) reseñan, según la cual la depresión puede ser infantil cuando se presenta en niños o adolescentes, del adulto o de la tercera edad. Sobre esta última se profundizará más adelante.

Una última categorización que presentan estos autores es la que plantea el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psicológica Americana. En su cuarta versión indica que los trastornos depresivos pueden dividirse en episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.

Según Alberdi, Taboada, Castro, & Vázquez (2006) en un episodio depresivo mayor al menos un síntoma cursa durante al menos dos semanas. Normalmente hay un ánimo deprimido o una pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades. Deben aparecer un mínimo de cinco indicadores, de una lista que incluye alteraciones de sueño, de la actividad psicomotora, hipotonía o falta de energía, pensamientos negativos, de muerte o ideación suicida, dificultades para la concentración y toma de decisiones, entre otros. Los síntomas se mantienen durante la mayor parte del día en el tiempo señalado y hay un deterioro significativo en la funcionalidad del sujeto en sus entornos habituales (familia, amigos, trabajo). En algunos casos la actividad puede parecer normal pero el sujeto experimenta un esfuerzo muy grande para hacerla.

En cuanto al trastorno depresivo mayor, este tiene un curso clínico distinguido por uno o más episodios de depresión mayor sin intercalar con episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Las variaciones del estado de ánimo inducidas por sustancias

de cualquier naturaleza y aquellas que son producto de una enfermedad médica, no clasifican dentro de esta categoría. Se debe indicar si se trata de un episodio único o recidivante. Si no se han cumplido con los criterios completos para episodio depresivo mayor durante al menos dos meses seguidos, se considera que el episodio ha terminado. En el trastorno depresivo mayor la tasa de muerte por suicidio asciende a un 15% (Cobo & Mena, 2012).

El trastorno distímico, por su parte comprende un estado depresivo crónico que se presenta durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años. Esto es percibido por el propio sujeto o por personas de su entorno. Junto con el estado de ánimo se presentan al menos dos de los siguientes síntomas: reducción o incremento del apetito, alteraciones del sueño (exceso o falta del mismo), baja autoestima, dificultad para concentrarse y decidir, sentimiento de desesperanza, pérdida de interés ya aumento de la autocrítica. En un plazo de dos años los intervalos sin síntomas no superan los dos meses. Antes de los 21 años se considera como inicio temprano y después, se denomina de inicio tardío (Alberdi, Taboada, Castro, & Vázquez, 2006).

El caso de la distimia comprende los mismos síntomas que en el trastorno depresivo mayor pero de forma más ligera, dura al menos dos años y hay antecedentes familiares de depresión. Este trastorno se presenta con una prevalencia del 6% con o sin superposición de trastorno depresivo mayor. Su prevalencia como trastorno autónomo es de un 3%. Normalmente tiene un inicio engañoso y temprano en la infancia, adolescencia o al principio de la edad adulta. Los sujetos buscan tratamiento por el trastorno depresivo mayor que se le suele superponer. Este trastorno es distinguible en la actividad normal de la persona pero el trastorno distímico se enmascara en la normalidad que el sujeto percibe de sus síntomas que son menos graves y crónicos (Cobo & Mena, 2012).



Una última categoría es la de trastorno depresivo menor, que se caracteriza por ser más leve y presentar síntomas por menos de dos semanas. La persona puede continuar su actividad normal pero esto le supone un esfuerzo muy grande. Este trastorno es susceptible de convertirse en un trastorno mayor (Barbosa, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado periódicamente por la Asociación Psicológica Americana (DSM-V) propone una división de trastornos depresivos y trastornos bipolares, en contraste con la propuesta del DMS-IV-TR, reseñado anteriormente, que contemplaba una única categoría denominada trastornos del estado de ánimo, aunque no hay ninguna variación significativa respecto de los criterios diagnósticos. Por su parte la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ubica la depresión dentro de los trastornos del humor o afectivos. En ambos sistemas la gravedad de los episodios se basa en la cantidad, clase e intensidad de los síntomas y el deterioro funcional que ocasionan (Grupo de trabajo de la GPCMDA , 2014).

A continuación se presentan dos tablas con la descripción de los criterios diagnósticos del DSM-V y CIE-10 para la depresión mayor.

Tabla. Criterios diagnósticos para depresión mayor según el DSM-5

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p>
---

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Tabla N° 1. Criterios diagnósticos para depresión mayor según el DSM-5

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

Tabla. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras</li> <li>– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta</li> <li>– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual</li> <li>– Empeoramiento matutino del humor depresivo</li> </ul>

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Presencia de enlentecimiento motor o agitación</li><li>– Pérdida marcada del apetito</li><li>– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes</li><li>– Notable disminución del interés sexual</li></ul> |
|--|

Tabla N° 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

## **Comorbilidad**

Según Lara (2015) la comorbilidad es la aparición simultánea de más de un trastorno o enfermedad. En el caso de los trastornos mentales es frecuente encontrar otras condiciones de salud físicas o mentales superpuestas a un trastorno particular. Habitualmente esto genera un mayor nivel de sufrimiento y de afectación de la funcionalidad de los sujetos y dificulta su adaptación al medio habitual donde se desenvuelven. También genera que los pacientes hagan mayor uso de servicios de salud mental que aquellos que presentan un solo trastorno.

La relación entre trastornos mentales y físicos es compleja, y bidireccional. Es decir que trastornos físicos pueden dar lugar a trastornos mentales y viceversa. Enfermedades como la diabetes, patologías respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares y el cáncer son padecimientos cuya prevalencia es creciente a escala mundial. Considerando que la depresión es la principal causa global de discapacidad mental es lógico que esta coexista con muchas enfermedades crónicas. El cruce de los cuadros propios de cada condición genera dificultades tanto para los diagnósticos como para los tratamientos e incluso para que los pacientes acudan a los servicios de salud.

A menudo los médicos y familiares de los pacientes desconocen o minimizan los efectos del trastorno del estado de ánimo y lo asumen como consecuencia de la enfermedad física que toma el protagonismo en la búsqueda de tratamiento. Cuando los pacientes acusan múltiples síntomas físicos y cognitivos se dificulta el diagnóstico

de depresión. La estigmatización de los trastornos psicológicos frecuentemente impide que las familias y los pacientes acudan en busca de ayuda profesional especializada. Lo mismo sucede con el menosprecio de la calidad de vida como valor al que pueden y deben aspirar los pacientes con enfermedades crónicas o terminales.

### **Factores de riesgo**

No existe una explicación definitiva sobre las causas de la depresión. Como ya se ha observado hay múltiples hipótesis sobre su curso etiopatogenia. Tanto condiciones internas como ambientales tienen peso en la configuración de un cuadro depresivo y aunque hay condiciones o variables que pueden considerarse como predisponentes, la investigación no hay sido concluyente al respecto, ya que la depresión es un trastorno que puede aparecer en un rango muy amplio de edades, sin antecedentes familiares y sin necesidad de una circunstancia o evento detonante.

No obstante, Barbosa (2014) indica que, en líneas generales, hay algunos factores recurrentes en las historias clínicas que han sido considerados como posibles causas de la depresión. El primero de ello es una historia de abuso bien sea físico, sexual o emocional que puede predisponer al sujeto a presentar depresión. También puede aparecer como efecto secundario del uso excesivo de algunas medicaciones. Convivir en un entorno conflictivo puede llevar al sujeto a desarrollar un cuadro depresivo. También experimentar una pérdida (o falta de contacto) puede ser un detonante de síntomas de este trastorno.

El Grupo de trabajo de la GPCMDA (2014) define que hay una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres y suelen comenzar en la adolescencia y mantenerse en la adultez. Se manifiesta más síntomas incapacitantes en mujeres que en hombres (alrededor de un 50% más). En el caso de los varones hay mayor incidencia

de depresión cuando tienen antecedentes de ataques de pánico. Rasgos de personalidad neuróticos se han asociado con una mayor incidencia de casos y también otras patologías mentales como los trastornos de ansiedad. Estos últimos se consideran como factores de riesgo para desarrollar un primer episodio depresivo.

Este mismo grupo de trabajo señala que:

“La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.” (pág. 37)

Como ya se ha mencionado, la historia familiar del sujeto puede influir significativamente en la aparición de la depresión, bien sea por una posible vulnerabilidad o predisposición genética o porque el sujeto aprende en su entorno familiar patrones conductuales y de personalidad que pueden reflejar depresión. Cambios en el ciclo vital de la persona (transiciones, como por ejemplo pasar de la escuela al trabajo, una ruptura conyugal o conseguir un nuevo empleo) pueden no ser afrontados adecuadamente y generar un episodio depresivo, lo mismo sucede con problemas personales, enfermedades, y consumo de sustancias (Barbosa, 2014).

Si bien lo anterior no puede ser considerado con exactitud como causas del trastorno depresivo, son circunstancias que pueden precipitar, mediar o modificar la probabilidad de manifestar síntomas, considerando además que estos factores pueden interactuar entre sí. Además de estos factores que se encuentran en el orden personal o biográfico del sujeto, otras variables pueden ser consideradas como factores de riesgo para la depresión.

En primer lugar, el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y la situación laboral son elementos de orden sociodemográfico que pueden incidir en la aparición de trastorno depresivo. Personas desempleadas suelen presentar mayores índices de depresión así como grupos socioeconómicos desfavorecidos, también la exposición a situaciones vitales adversas. Con relación a la ubicación geográfica, se ha observado que ciertas ubicaciones, especialmente en países donde las estaciones del año son marcadas y hay cambios climáticos o cambios en la cantidad de horas de luz en el día, muestran mayores cifras de casos de depresión.

## **Tratamientos**

El tratamiento de la depresión requiere de un nivel de personalización basado en la naturaleza de los síntomas, intensidad, antecedentes y comorbilidad. Requiere de una alianza terapéutica efectiva para garantizar el curso exitoso del mismo. Si no se trata a tiempo, las consecuencias de la depresión pueden llegar a ser mortales. La búsqueda de recursos psicosociales puede estar acompañada de tratamiento farmacológico y asistencia psicoterapéutica (Barbosa, 2014).

La terapia cognitivo conductual ha probado su efectividad, especialmente en casos leves, para los cuales habitualmente no se requiere necesariamente de prescripción farmacológica. Para ello se emplean técnicas modificación de creencias y pensamientos, así como entrenamiento en resolución de problemas. A menudo los pacientes responden efectivamente, con resultados similares al tratamiento farmacológico, en un plazo de doce semanas. Esto tiene la ventaja de que el paciente no tenga que afrontar efectos secundarios provenientes del uso de antidepresivos y ofrecer herramientas para la prevención, detección y anticipo de futuros casos. Normalmente si los pacientes no responden al tratamiento psicoterapéutico en un plazo de doce semanas, deben iniciar administración de antidepresivos. También se han

realizado intervenciones con terapia interpersonal, de pareja y psicodinámica con resultados favorables (Cobo & Mena, 2012).

En el tratamiento de la depresión se ha desarrollado con éxito un modelo de explicación cognitivo según el cual los factores de vulnerabilidad se activan en situaciones estresantes para el sujeto y dispara sesgos atencionales, de memoria, interpretación, atribución causal, entre otros, que se habrán conformado en experiencias tempranas. Estos sesgos influyen negativamente en la persona, su mundo y su futuro, lo que se ha denominado como tríada cognitiva. El modelo desarrollado por Samuel Beck ha sido reconceptualizado para describirse como un ciclo en el que se activa un esquema cognitivo que modifica el estado de ánimo, y genera modos de procesamiento disfuncional de la información que afectarán la mencionada tríada y derivarán en depresión, y el estrés de este proceso facilita la repetición del ciclo (Espinoza & Vacacela, 2014).

### **Depresión en el adulto mayor**

Los cambios esperados en el envejecimiento poblacional para los próximos 30 años anticipan cambios en la distribución de las enfermedades a escala global, que se caracterizarán por una disminución en las enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades no transmisibles, entre las cuales se ubican los trastornos mentales. Se espera un incremento de patologías crónicas en todos los grupos etarios, especialmente en adultos mayores de países económicos de ingresos medios y bajos. También se anticipa una mayor tasa de adultos mayores con algún grado de dependencia y será ocasionada por problemas de movilidad, fragilidad o problemas físicos o mentales (Sosa & Acosta, 2015).

En este sentido, ha de prestarse especial atención a la salud mental como componente esencial de la salud. Los factores de estrés biológico, psicológico y social

que acontecen como consecuencia de los cambios vitales que ocurren en el envejecimiento aumentan la vulnerabilidad de los ancianos de presentar patologías mentales, de las cuales la demencia y la depresión son las de mayor prevalencia en adultos mayores.

Como ya se ha señalado, hay una bidireccionalidad o retroalimentación entre la presencia de patologías físicas y mentales, como la depresión, por lo que es esperable que en adultos mayores aumenten las posibilidades de presentar cuadros complejos que involucren ambos tipos de alteraciones, lo cual a menudo está asociado con un mayor índice de mortalidad. Un riesgo adicional es el desconocimiento de profesionales de la salud sobre estas probabilidades y la comorbilidad de trastorno lo que impide los diagnósticos tempranos o bien incide en la minimización, desconocimiento o subidentificación de los síndromes depresivos, impidiendo por lo tanto el acceso a tratamientos adecuados.

El desarrollo de servicios de cuidado y salud para adultos mayores representa un desafío de cara a las predicciones de cambios vitales en la población mundial. Las respuestas para esta población deberán transversalizar todas las áreas de la planificación de los sistemas de salud y políticas sociales, con especial atención en el nivel primario de atención y en los espacios comunitarios. Esto implica la capacitación del personal de servicios de salud, adaptación de las plantas físicas y reforzamientos de las redes de apoyo para los adultos mayores, sin desplazar la posibilidad de su participación activa en estas acciones.

Serán fundamentales también las estrategias de prevención y de promoción del envejecimiento saludable, lo cual se traduce en cuidados de las rutinas de alimentación, sueño, actividad mental y social, consumo de sustancias y medicamentos, en etapas tempranas de la vida y a lo largo de todo el ciclo vital. Sosa y Acosta (2015) enumeran diez acciones necesarias para la asistencia en salud mental, en el marco de acciones para promover el envejecimiento saludable.



Entre ellas señalan la disponibilidad de tratamientos en los sistemas de asistencia primaria, disponibilidad de fármacos en todos los contextos sanitarios y para cuidadores, asistencia a la comunidad en materia de diseño de proyectos con enfoque de salud mental para la tercera edad, estrategias educativas basadas en medios de comunicación para concientizar a la población sobre las implicaciones de los trastornos mentales en adultos mayores, promover la participación activa de comunidades y familias ante estas realidades, establecer programas y políticas nacionales que incluyen cambios en las legislaciones para garantizar la asistencia sanitaria a adultos mayores que presentan patologías mentales, capacitación permanente para el recurso humano de las áreas relacionadas, comunicación intersectorial e interdisciplinar, controles de salud comunitarios para el diagnóstico temprano de alteraciones psicológicas y promoción de investigaciones especializadas en la materia.

Según lo señalado por Ruiz, Zegbe y Sánchez-Morales (2014) la depresión en personas mayores no es diagnosticada tempranamente, lo que incide en que se genere mayor discapacidad por esta patología. Para Trujillo, Esparza, Benavides, Villarreal y Castillo (2017) la depresión no forma parte natural del envejecimiento. Esta tiene una prevalencia en personas mayores de 60 años de 35,5% entre lo observado en reportes comunitarios y los datos de los sistemas de atención primaria. De acuerdo con Hernández, Soto y Castro (2010) la incidencia en adultos mayores es más alta que en adultos de mediana edad. Es necesario considerar que los instrumentos para el diagnóstico de trastornos mentales en adultos mayores son todavía escasos o inadecuados ya que deben tomarse en cuenta las interacciones entre estos y otras alteraciones específicas de esta etapa vital.

La depresión en la tercera edad es un trastorno altamente complejo por la comorbilidad que presenta y la variación en las funciones cognitivas de los sujetos además de acontecimientos vitales adversos. Por estas razones el tratamiento no sigue el mismo curso que con adultos de mediana edad. En los ancianos la pérdida de salud

es un factor de riesgo para depresión. En casos como los accidentes cerebrovasculares que son frecuentes en la ancianidad, se ha registrado incidencia de depresión en 25% a 50% de casos. La pérdida de funcionalidad, el aumento de la dependencia y la reducción de las interacciones y redes sociales comporta un conjunto de agravantes sobre la probabilidad de depresión. Además existe un gran número de fármacos que conllevan riesgo depresivo y se emplean frecuentemente en el tratamiento de patologías del envejecimiento.

## **FUNCIONES COGNITIVAS**

### **Concepto y clasificación**

De acuerdo con Barrera (2017) las funciones cognitivas son aquellas que permiten la recepción y transformación de la información proveniente del entorno. Estas implican complejos procesos para seleccionar, transformar, almacenar, elaborar y recuperar dicha información y de esta manera maximizar el aprovechamiento que el individuo hace del ambiente en el cual se desenvuelve y disminuir las limitaciones que se le presentan. Según lo planteado por Dávila, Ojeda, Fosado, Soto y Hernández (2012) el ser humano, por la complejidad de sus estructuras cerebrales, requiere de una estimulación constante. La ausencia de esta puede conducir a un rápido declive de las facultades mentales en comparación con personas que son sujetos de estimulación sensorial constante, lo que implica, a su vez, estimulación cognitiva.

Corresponden a las funciones cognitivas los procesos de orientación, atención, conciencia, cálculo, memoria, sensopercepción, lenguaje, psicomotricidad y las llamadas funciones ejecutivas que tienen su asiento en el lóbulo frontal. Cada uno de ellos debe ser estimulado de forma regular para fortalecer y complejizar sus potencialidades de cara al mejor desempeño del sujeto en su entorno. A continuación se presenta una breve descripción de los procesos antes mencionados (Barrera, 2017).

La orientación y la atención son funciones básicas para poder acceder al resto de las funciones cognitivas. Sus características pueden definirse por vía negativa observando que cuando hay alteraciones atencionales el sujeto se distrae fácilmente, no persiste, y su capacidad para responder de manera contingente se ve disminuida. Si estas alteraciones progresan el sujeto se verá desorientado temporal y espacialmente.

La orientación es una capacidad que permite al sujeto tener conciencia de cada situación ya que aporta una sensación de presente y le habilita para distinguir el ahora, de su pasado y su futuro. La orientación puede ser autopsíquica cuando se refiere a la propia persona y su sentido de identidad (y biografía) y alopsíquica cuando ubica a la persona en un entorno, es decir con relación a la realidad exterior (tiempo, espacio, objetos) (Barrera, 2017).

Por su parte la atención filtra información del ambiente mediante la activación del sistema activador reticular ascendente y sirve para los propósitos de controlar la capacidad de cognición y activar al sujeto ante estímulos de diferente naturaleza. En este sentido se considera un proceso vital puesto que permitiría a la persona emprender una acción ante estímulos amenazantes o situaciones imprevistas. La atención puede ser interna o externa dependiendo de si se enfoca en los procesos mentales propios o en procesos del exterior; puede ejercerse de forma voluntaria o involuntaria dependiendo si es dirigida por la persona o se activa por estímulos; puede estar abierta o encubierta cuando se puede o no diferenciar observando las respuestas motoras y fisiológicas y puede estar dividida o focalizada si se eligen estímulos relevantes. El proceso atencional habilita al sujeto para concentrarse y evitar la influencia de factores internos o externos denominados distractores (Barrera, 2017).

La memoria, por su parte permite al sujeto almacenar y evocar información. Su importancia radica en que habilita a la persona para reconocer elementos que se le han presentado previamente sean estos externos o internos y para retener nueva información. Bernabéu (2017) considera que la memoria es un sistema de naturaleza

biológica que permite codificar y archivar información proveniente de los sentidos, para lo cual aprovecha un amplio grupo de estructuras cerebrales.

De acuerdo con Moreno (2016) hay tres fases en la operatividad de la memoria. Estas son la codificación, el almacenamiento y la recuperación. En la fase de codificación la información se prepara para su posterior registro; los estímulos se clasifican de acuerdo a su naturaleza (imágenes, sonidos, etc.). En la siguiente etapa se organizan los datos de acuerdo a la codificación realizada y se retienen para su posterior uso. Finalmente el sujeto es capaz de localizar la información y evocarla en un momento específico. La eficacia de cada fase depende de la correcta ejecución de las anteriores.

Con relación a los tipos de memoria se reconocen dos grandes grupos que tienen a su vez subdivisiones: el primero es la memoria a corto plazo y el segundo la memoria a largo plazo. En el primer conjunto se almacenan unidades pequeñas de información por un lapso corto de tiempo mientras que en el segundo se archiva información de manera más permanente. La memoria a corto plazo, se subdivide en una memoria sensorial que almacena información en imágenes y sonidos y una memoria de trabajo u operativa que permite acceder a información muy reciente para su uso en tareas puntuales mientras se realizan otras tareas simultáneamente.

La memoria a largo plazo, por su parte permite retener la información por más tiempo y el sujeto puede acceder a sus contenidos aun cuando haya cambiado su foco atencional. En la memoria a largo plazo se garantiza que pueda ingresar nueva información sin que se alteren los contenidos previamente almacenados. Comprende una forma de memoria declarativa y una no declarativa. La primera tiene que ver con la evocación de recuerdos explícitos de naturaleza semántica, episódica y biográfica e incluye acontecimientos culturales, históricos, autobiográficos y la segunda información que no puede ser expresada mediante un sistema de símbolos y que el individuo emplea en forma de automatismos adquiridos por repetición.

En el caso de las funciones ejecutivas frontales estas representan las conductas adaptativas del sujeto en el medio social en el cual se desenvuelve. El sentido de lo que es o no apropiado se encuentra en este conjunto de la cognición. Las capacidades de planificación y autocuidado se ubican en esta categoría. Según lo señalado por Da Silva (2017) las funciones ejecutivas son un tipo de función cognitiva compleja y su actividad permite la autonomía de la persona y la toma de decisiones. Estas habilidades son fundamentales para el desempeño cotidiano. A las funciones ejecutivas se les atribuye el control de funciones más básicas para conjugar conductas hacia el logro de un propósito o la resolución de un problema.

Las funciones ejecutivas frontales permiten al individuo o adaptarse a circunstancias nuevas cuando las rutinas o el repertorio de patrones con los que cuenta resultan insuficientes. Por ello también se considera que la flexibilidad, la capacidad de inhibición de respuesta (autorregulación), fluidez verbal y las habilidades visoespaciales están dentro de este conjunto. Con relación a las estructuras neurológicas implicadas en este conjunto se pueden destacar las áreas prefrontales en conexión con la neocorteza y otros componentes subcorticales. Estas zonas son las más especializadas en el ser humano y evolutivamente las de más reciente desarrollo.

Para Da Silva (2017), en la producción del aprendizaje es central la acción de las funciones de orden superior, ya que habilitan a la persona para diseñar un serie de estrategias que le resultan adaptativas a su medio y al mismo tiempo le permiten observa críticamente ese proceso, es decir, observarse a sí mismo actuando en el entorno y poder corregir errores, modificar sus acciones, y formular comportamientos para resolver problemas y enfrentar situaciones nuevas.

El lenguaje es otra función cognitiva compleja y abarca la comprensión lectura, la escritura y la denominación de objetos (Martínez, 2018). Según lo planteado por Barrera (2017) esta función marca la distinción entre el hombre y otras especies y sigue dos vías: la léxica que se realiza en los sentidos y la fonológica que permite el paso al

lenguaje oral. Tanto la articulación como la expresión y la comprensión del lenguaje aparecen en este proceso. Habilidades de tipo psicomotor también se incluyen bajo el paraguas de las funciones cognitivas. Estas se relacionan con la capacidad del sujeto para hacer movimientos específicos, como por ejemplo bucofaciales o de las extremidades superiores.

En lo que respecta a la conciencia, Barrera (2017) señala que esta es una capacidad de autopercepción del sujeto en el entorno y que permite estar alerta ante las circunstancias. En su activación se involucran la corteza cerebral y el sistema reticular activador ascendente. Dependiendo del grado de activación se pueden identificar seis estados de conciencia (distintos al normal) entre los que se cuenta el coma que es un grado nulo de conciencia del sujeto sobre sí mismo, la letargia en la cual el paciente está vigil pero desorientado, el estupor que requiere de estímulos intensos para despertar al paciente, la obnubilación en la que se puede despertar al paciente con estímulos leves, el embotamiento que implica un retardo en la elaboración psíquica y la hipervigilia que es una sobreactivación de la función de alerta y puede deberse al uso de sustancias o drogas alucinógenas o episodios maníacos o psicóticos.

El razonamiento es otra función cognitiva que permite el ordenamiento de las ideas con relación a un fin que puede ser el aprendizaje o la resolución de problemas. El razonamiento puede ser de tipo lógico cuando acude a los juicios sobre lo correcto y lo incorrecto, de tipo inductivo cuando busca elaborar conclusiones a partir de casos individuales, de tipo deductivo cuando parte de premisas generales para dar conclusiones sobre un hecho particular, el razonamiento abductivo que evidencia una hipótesis mediante la descripción de un suceso y el razonamiento argumentativo que relaciona el lenguaje con la actividad misma de razonamiento.

Finalmente se describen las funciones intelectuales que constituyen habilidades psíquicas y de personalidad que permite que el sujeto realice unas actividades sin que otras funciones se vean alteradas. Pertenecen a este conjunto las funciones de análisis, que

permite descomponer un objeto mental en las partes que lo constituyen; las de síntesis que permiten recomponer las partes del objeto; también las funciones de conceptualización que permite abstraer los principales rasgos para explicar una situación determinada; y el manejo de información que confiere al sujeto la posibilidad de hacer uso de los datos disponibles para comprender un fenómeno específico; también están en este conjunto el pensamiento sistémico, el crítico, la investigación y la metacognición.

Como se observará en el apartado causas y factores de deterioro cognitivo, existen elementos o eventos que pueden alterar negativamente las funciones cognitivas como enfermedades crónicas cardiopatías o neuropatías, incluso condiciones socioeconómicas adversas que impidan adquirir medicación para estas patologías, carencias afectivas, de estimulación o alimentarias. Se pueden realizar acciones, como se indica en la sección tratamiento y pronóstico, para modificar positivamente las funciones cognitivas, es el caso de la terapia cognitiva que ha demostrado su efectividad.

La atención se puede perjudicar por traumatismos craneales o lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, Alzheimer, déficit de atención y algunos tipos de demencia, también por epilepsia, esquizofrenia, narcolepsia, autismo, intoxicación, alcoholismo o algunas infecciones, tumores y trastornos del sueño. Por su parte la memoria se puede ver afectada por enfermedades neurodegenerativas, tumores, traumatismos craneales, hipoxia, depresión, ansiedad, efectos de medicamentos, cirugía cardíaca y envejecimiento, entre otros. La mejoría de estos procesos depende de la correcta evaluación del trastorno, sus causas y la selección de una terapia acorde (Fernandez, 2014; Budson & Price, 2005).

## **Envejecimiento**

Según lo señalado por Espinoza y Vacacela (2014):

“Se consideran adultos mayores las personas que sobrepasan los 65 años. Sin embargo el proceso de envejecimiento es individual y responde a cambios físicos, psicológicos y sociales. Dentro de los cambios físicos, Robert S. Feldman en su libro "Desarrollo psicológico a través de la vida" (2008) establece una distinción entre el envejecimiento primario y secundario. Los cambios que se muestran en el primer tipo se relacionan con la inevitable degeneración funcional, impulsada por las alteraciones genéticas normales (Feldman, 2007, pág. 595); esto incluye disminución en la velocidad y eficiencia en la respuesta a los estímulos (Dörr, 2008, pág. 373), reducción de la estatura y de la eficiencia de los sistemas corporales, deterioro de la agudeza de los sentidos, baja capacidad respiratoria, afecciones cardiovasculares, problemas renales, entre otros (Fernández, González, & González, 2006, pág. 471). La segunda categoría, envejecimiento secundario, se diferencia por la influencia directa del estilo de vida, del contexto cultural y social. Se expresa a través de enfermedades crónicas y degenerativas que conducen al deterioro funcional y a la dependencia.” (pág. 96)

Las cifras arrojadas por diferentes instituciones relacionadas con la medición de variables demográficas a escala global, señalan que en 1950 la población mundial de adultos mayores era de un 8% y que en el 2050 esta cifra ascenderá a 21%, lo que representa 36.2 millones de personas. Esto no implica necesariamente que esas personas disfrutaran de una calidad de vida apropiada, más bien la expectativa es que los adultos mayores presenten enfermedades degenerativas y limitaciones en sus capacidades emocionales, cognitivas y funcionales que además impedirán su desempeño y relacionamiento con el entorno social (Ruiz, Zegbe, & Sánchez-Morales, 2014).

Enfermedades como el Parkinson, la diabetes, padecimientos cardiovasculares y alteraciones neuropsiquiátricas parecieran ser el pronóstico frente a la realidad del incremento en el envejecimiento de la población mundial. Cambios previsibles como las pérdidas físicas, psicológicas o sociales inciden en el estado de ánimo de las personas, y ante la escalada de trastornos como la depresión y la ansiedad se espera que estas también afecten a la población de adultos mayores (Espinoza & Vacacela, 2014).



A este panorama debe sumarse una concepción predominantemente negativa de la vejez, además de una inadecuación generalizadas de los entornos físicos y sociales para afrontar la presencia de individuos mayores. Al percibir esta realidad de exclusión los ancianos experimentan una sensación de pérdida de sus roles habituales y comienzan a buscar la manera de incluirse en nuevos grupos sociales que debido a las limitaciones que pueden aparecer con la edad suelen ser fragmentados o estar en condiciones de alta dependencia (García, Moya, & Quijano, 2015).

García, Moya y Quijano (2015) coinciden en que la sociedad juega un papel fundamental en facilitar la transición de las personas adultas a la etapa de adultos mayores ya que en la misma se produce una crisis de desarrollo que no solamente implica adaptaciones en el orden de lo físico biológico sino también de preocupaciones a nivel psicológico referentes a la adaptación. En la medida en la que se potencia el establecimiento de redes sociales directas por parte del adulto mayor y se le confieren roles de participación social activa en su entorno, el pronóstico de la adaptación resulta más favorable.

### **Deterioro cognitivo**

El proceso de envejecimiento puede conducir a la alteración de las estructuras cerebrales, y por tanto de las funciones cognitivas. A este fenómeno se le conoce como deterioro cognitivo y aunque no es exclusivo del envejecimiento (puesto que puede darse por insuficiente estimulación, accidente o enfermedad) su prevalencia en el curso de la adultez mayor es amplia. (Barrera, 2017).

En la modificación del funcionamiento cognitivo la edad no es el único factor a tomar en consideración. Hay elementos de índole ambiental, social y familiar, así como el grado de estimulación que el sujeto haya recibido en etapas previas del desarrollo que facilitan o dificultan la transición hacia esta nueva etapa.

De acuerdo con García, Moya y Quijano (2015) el deterioro cognitivo ocurre por un decrecimiento en el rendimiento de los procesos cognitivos cuando estos suceden como producto de la afectación de estructuras cerebrales, por lo que los cambios asociados con la edad no entran dentro de esta categoría. Sin embargo el riesgo de daño cerebral en la tercera edad es mayor, por lo que el deterioro cognitivo es frecuente en población de adultos mayores.

Cuando ocurre un daño en las estructuras cerebrales pueden verse afectados los procesos perceptuales y sensitivos (agudeza, habilidades visoespaciales, reconocimiento facial), al igual que disminución en la efectividad de la memoria a corto plazo y otros tipos de memoria. También hay alteraciones en la atención, particularmente en la atención focalizada y disminución en la velocidad de procesamiento de la información. Este tipo de cambios interfiere en la realización de actividades cotidianas y afecta también las facultades superiores. La autonomía de la persona también se ve comprometida (Barrera, 2017).

### **Clasificación**

En la primera categoría las funciones neurocognitivas que permiten la adaptación cotidiana se mantienen, mientras que en el deterioro leve hay degeneración del sistema nervioso y por lo tanto se produce afectación de las funciones cognitivas, que se expresan fundamentalmente a través del olvido. Esto interfiere mínimamente con las actividades diarias. El autor también indica otra clasificación de acuerdo a las áreas del cerebro afectadas. En tal sentido se puede hablar de deterioro localizado cuando hay una sola área afectada o disperso cuando hay varias áreas afectadas y se alteran las funciones que sobre las que estas áreas inciden.

Fajardo y Rosado (2017) señalan una subclasificación del deterioro cognitivo leve de acuerdo a la función específica que se vea afectada. Puede tratarse de un

deterioro amnésico, que afecta principalmente la memoria; deterioro cognitivo leve con alteración de múltiples dominios, en la cual se afectan varias funciones simultáneamente (lenguaje, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas); con alteración no amnésica que afecta varias funciones, pero no la memoria; y por último deterioro cognitivo leve de un solo dominio no amnésico que afecta solamente un área distinta de la memoria.

### **Evaluación y diagnóstico**

De acuerdo con Fajardo y Rosado (2017) son síntomas del deterioro cognitivo la pérdida de memoria, problemas con lenguaje y el idioma, desorientación alopsíquica, dificultad para realizar tareas cotidianas, cambios en el humor y la personalidad y pérdida de funciones básicas para la independencia. Según Sánchez, Vásquez, y Zúñiga (2013) el diagnóstico del deterioro cognitivo es similar al de la demencia ya que comparten características comunes. Es vital apuntar y analizar la historia clínica del sujeto y realizar exámenes físicos así como pruebas cognitivas y exámenes de laboratorio, a fin de determinar para cuáles funciones y en qué grado es posible revertir el daño.

En el caso específico del deterioro cognitivo leve este se compone de quejas sobre fallos de memoria, deterioro de la memoria según edad y nivel educativo y ausencia de criterios de demencia. La función cognitiva general y las actividades de la vida diaria se mantienen preservadas. La elaboración de la historia clínica del paciente debe centrarse en los antecedentes familiares de demencia, y considerar la forma en la que comienzan a manifestarse los síntomas, su progresión, empeoramiento y posibles causas del mismo. El cambio en la memoria reportado por la familia o cuidadores debe ser significativo.

Otros criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo son: la dificultad para adquirir y retener información nueva, dificultad para tareas complejas como la planificación y la resolución de conflictos imprevistos, problemas de orientación, dificultades en la función de lenguaje (elaboración y comprensión), alteraciones generales del comportamiento. Deben considerarse si hay otros síntomas (o historial) psiquiátrico, uso de sustancias tóxicas, cambios en la personalidad o en las actividades habituales.

La exploración física comprende exámenes cardiovasculares y también la inspección neurológica a fin de valorar los niveles de atención, orientación, colaboración, procesos sensitivos (visión y audición principalmente), tono muscular y reflejos, observación de la marcha y la postura, equilibrio y evaluación de conjuntos neurales específicos. En el caso de la evaluación funcional esta debe estar presente y han demostrado ser más efectivas las escalas diseñadas para demencia.

Un aspecto central para el diagnóstico del deterioro cognitivo es la evaluación de las funciones cognitivas que incluye el examen de orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y capacidad de abstracción. Existe un buen número de pruebas cognitivas de fácil aplicación para esta finalidad. Conviene conocer los parámetros de validez y confiabilidad de los instrumentos para utilizarlos convenientemente. Factores como el déficit sensorial, la presencia de trastornos ansiosos o depresivos, la edad y el nivel educativo deben ser tomados en cuenta para la correcta interpretación de los resultados. Las pruebas para evaluar la función cognitiva comprenden una serie de tareas y ensayos en los que el facilitador pide al sujeto que repita, copie, dibuje, analice, calcule, enumere, elabore listas, nombre, todo esto con el fin de calificar los procesos específicos que las tareas involucran. Se toma en cuenta el tiempo en el cual el sujeto realiza las actividades. La aplicación de este tipo pruebas permite diagnosticar si la cognición es normal, si hay deterioro leve o si se trata de un caso de demencia.

Como operación final del proceso de evaluación debe procurarse un diagnóstico diferencial para otras enfermedades o condiciones que pueden cursar con deterioro cognitivo como la depresión, efectos secundarios de medicamentos y alteraciones neurológicas de otra naturaleza. Principalmente debe hacerse diagnóstico diferencial con delirium, que conlleva enfermedades médicas con alto riesgo de mortalidad y la depresión que tiene una influencia negativa sobre las funciones cognitivas.

### **Causas y factores de riesgo de deterioro cognitivo**

Muchos elementos pueden explicar la alteración del estado cognitivo, especialmente en adultos mayores. Enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes, la hipertensión, cardiopatías o neuropatías pueden mediar en la modificación de las funciones cognitivas. Incluso una circunstancia como las condiciones socioeconómicas pueden ser determinante puesto que puede representar la posibilidad de contar o no con medicación para contener el avance de síntomas de dichas patologías. También lo afectivo tiene un papel preponderante puesto que si hay carencias en el entorno del paciente puede manifestar patologías como la depresión lo que aunado a los cambios en sus roles sociales puede conllevar a un deterioro significativo de su calidad de vida, o incluso la muerte (León, 2016).

En el ámbito psicofisiológico las deficiencias en la corteza prefrontal pueden ocasionar alteraciones de la atención, concentración y también de las capacidades superiores. El consumo de drogas y alcohol puede ser considerado como un factor que incide sobre el desarrollo de deterioro cognitivo. También enfermedades cardiovasculares, cambios psicológicos y estrés. Las alteraciones neuronales, particularmente los cambios en las sinapsis pueden explicar las modificaciones cognitivas que ocurren en el envejecimiento.

Según lo indicado por Gil (2006, citado en Barrera 2017):

“Estudios realizados sobre neuroimagen muestran que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza prefrontal lateral, permitiendo que se modifique las capacidades ejecutivas como son la concentración y la atención. El glutamato es otro neurotransmisor que interviene en la formación de la memoria, es el que se encarga del proceso de aprendizaje, la larga liberación de este neurotransmisor no fisiológica provoca enfermedades neurodegenerativas, y por lo tanto pérdida de la memoria que puede producir un deterioro cognitivo.! (pág. 21)

De acuerdo con Fajardo y Rosado (2017) el deterioro cognitivo es un trastorno que es insuficiente para causar una demencia. El principal factor de riesgo asociado al desarrollo cognitivo es la edad por cuanto esta favorece el deterioro de las estructuras neurológicas y cerebrales por la aparición de enfermedades degenerativas. El sexo es otro factor ya que hay una prevalencia mayor en las mujeres. Un bajo nivel de escolaridad también se ha demostrado como agravante porque reduce la probabilidad de estimulación cognitiva de calidad durante el curso vital de la persona. Esto ha sido un tópico controversial y no ha sido del todo comprobado pero la hipótesis es que la reserva cognitiva contribuye en la modificabilidad o plasticidad cognitiva y favorece las conexiones neuronales, sin embargo aceptar enteramente ese elemento como factor de riesgo sobreestimaría el diagnóstico en poblaciones analfabetas o con bajo nivel de escolaridad.

El uso de inapropiado de medicamentos también puede constituir un factor de exposición al deterioro cognitivo ya que la acción de los fármacos puede ser especialmente agresiva sobre el sistema nervioso e incluso llegar a inhibir la función de algunos neurotransmisores. Patologías psiquiátricas, del sistema endocrino, aislamiento sociocultural, alteraciones sensoriales y las ya mencionadas enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes) a las cuales se puede agregar la obesidad y el sedentarismo constituyen elementos que pueden predisponer al sujeto a presentar algún grado de deterioro al incrementar las posibilidades de presentar deficiencias vasculares y cerebrales.

Gómez, Bonnin, Gómez, Yáñez y González (2003) advierten que el presentar deterioro cognitivo no implica que hay un proceso irreversible lo que marca una importantísima diferencia respecto del diagnóstico de demencia (aunque hay estados de pseudodemencia que son reversibles). En el caso del deterioro de las funciones cognitivas estas han mostrado posibilidad de recuperaciones siempre y cuando las tareas diagnósticas sean ágiles y lo más tempranas posibles, lo cual es generalmente difícil por desconocimiento de los especialistas.

### **Tratamiento y pronóstico**

El tratamiento inadecuado del deterioro cognitivo puede desembocar en el desarrollo de demencia o la evolución a la enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, hay pacientes que pueden presentar remisión de los síntomas. En cualquier caso, lo conveniente, por razones epidemiológicas, es considerar al deterioro cognitivo como un factor de riesgo para el desarrollo de demencia. Aún la investigación a través de variados métodos es insuficiente en sensibilidad, especificidad y posibilidad de replicar los estudios, por lo que no se pueden establecer estudios rutinarios para predecir la evolución hacia cuadros dementes. Se recomienda el seguimiento clínico anual (Sánchez, Vásquez, & Zúñiga, 2013).

En adultos mayores se recomienda realizar el abordaje mediante terapia cognitiva en las etapas iniciales, ya que puede considerarse esta etapa como un estado de transición hacia la demencia leve, ya que la evolución hacia cuadros de Alzheimer es de 10% a 15%. Es fundamental el diagnóstico a tiempo para prevenir o retrasar la evolución.

Los autores recomiendan que la terapia se oriente hacia la conservación de las funciones intelectuales y a desarrollar estrategias cognitivas compensatorias. Para ello se desarrollan ejercicios que buscan potenciar la plasticidad cognitiva mediante

entrenamientos de razonamiento, asociación, procesamiento de información en general (actividades como ver televisión, leer, jugar cartas, visitar museos). Incluso cuando existe un avance significativo de la condición la terapia cognitiva ha mostrado ser efectiva, llegando incluso a revertirse la pérdida de memoria (siempre y cuando no exista un cuadro de demencia).

Es importante tomar en cuenta que la cantidad de neuronas no disminuyen en la vejez sino que se reduce su capacidad funcional y esta es recuperable mediante la estimulación y mediante la compensación de unas áreas neurológicas con otras. En algunos casos el deterioro cognitivo permanecerá estancado y en otros evolucionará en demencia. Pero las investigaciones indican que la mejor alternativa es la terapia cognitiva en unión con un diagnóstico temprano.

Existen terapias farmacológicas que no han demostrado ser efectivas, sin embargo se reseñan a fin de comprender los mecanismos específicos sobre los cuales buscan incidir. Estas terapias procuran revertir las alteraciones en mecanismos metabólicos celulares a nivel encefálico, particularmente los que conducen a la producción de radicales libres que ocasionan daño a nivel sináptico en una primera etapa, luego se genera un déficit de neurotransmisores y una respuesta inflamatoria. Sobre esta última etapa buscan incidir los medicamentos.

Se han realizado ensayos clínicos, especialmente para la prevención de demencia y Alzheimer, con las cuales está asociada la etapa descrita anteriormente. En estos ensayos se han empleado inhibidores de la acetilcolinesterasa, medicamentos antiglutamatérgicos, antioxidantes, antiinflamatorios y nootrópicos para compensar las deficiencias de neurotransmisores, evitar la toxicidad en el entorno cerebral, favorecer la actividad neuroprotectora, retardar la aparición de demencia y estimular los procesos de atención y memoria.



## **Estudios en el Ecuador**

Como se observará a continuación, varios autores coinciden en señalar que los estudios específicos sobre deterioro cognitivo en el Ecuador son escasos y los resultados muestran amplia variabilidad, por lo que se dificulta la generalización y el pronóstico a partir de dichos datos. Los estudios más ampliamente reseñados son los realizados por Sánchez, Vásquez, y Zúñiga (2013) en Riobamba y por Guapisaca, Guerrero e Idrovo (2014) en Cuenca. En el primero de estos estudios se encontró una prevalencia de 35,5% de deterioro cognitivo en adultos mayores siendo la edad y la diabetes los factores de riesgo más significativos y en el segundo se halló una prevalencia de 60% siendo el sexo femenino y la baja escolaridad los factores de riesgo más significativos.

Un estudio más reciente, realizado por Urrutia (2019) en Ambato concluyó que el deterioro cognitivo perjudica la independencia y la autonomía de los adultos mayores. En su investigación entre un 80% y 90% de la muestra de 65 participantes, entre hombres y mujeres con un promedio de edad de 80 años, presentaban deterioro cognitivo de medio a leve con un 47,7% de dependencia funcional. Solo entre 12% y 17% de la muestra mostraban funcionamiento cognitivo normal.

Los factores de riesgo determinados por la autora fueron la edad, identificándose el rango entre 75 y 85 años como el de más rápido declive de las funciones evaluadas. También factores sociodemográficos y culturales como el grado de escolaridad, estado civil, enfermedades médicas y ocupaciones, jubilación y tipo de adscripción a centros de cuidado mostraron estar correlacionados con el deterioro cognitivo al observarse puntuaciones más bajas en viudos y solteros, institucionalizados y sin jubilación, con cuadros de hipertensión, diabetes y patologías mixtas. Así mismo el bajo grado de escolaridad mostró correlación con puntuaciones más bajas. Estas últimas variables se relacionan directamente con la calidad de vida de los pacientes.

De las tres investigaciones reseñadas emanaron una serie de recomendaciones que contribuirían a precisar y atender la situación de deterioro cognitivo en adultos mayores en el Ecuador. Entre las más significativas destacan las relativas a la necesidad de un diagnóstico temprano ya que a medida que la edad avanza, el tratamiento es menos efectivo. Una adecuada gestión de hábitos de vida saludables ayudaría a disminuir el riesgo de presentar deterioro cognitivo en la vejez, especialmente por la comorbilidad que presenta el mismo con enfermedades físicas y médicas. También se sugiere la implementación de actividades recreativas y estimulantes en los centros de cuidado a fin de promover la recuperación de la salud cognitiva de los adultos mayores.

Un elemento importante es la evaluación periódica del estado cognitivo de los adultos mayores. Esto con el fin de establecer cuidados regulares que procuren la ralentización del progreso de la enfermedad. Sin embargo es crucial realizar estudios longitudinales a fin de definir la tasa de progresión a cuadros demenciales u observar si existe mejor en las funciones cognitivas y establecer los factores subjetivos y socioculturales y demográficos que pueden coadyuvar en la prevención y atención de la disminución del funcionamiento cognitivo.

Los investigadores coinciden en que las redes de apoyo familiar y social del paciente son fundamentales para brindarle contención y apoyar su evolución favorable. Los especialistas deben procurar que los adultos mayores desarrollen relaciones grupales positivas y que ejerzan roles activos dentro de los entornos en los que se encuentran con la finalidad de conservar un sentido de pertenencia y utilidad social y personal. Han de proponerse también estrategias de intervención neuropsicológicas mediante distintas actividades y modalidades de trabajo que conduzcan a incrementar la calidad de vida de los pacientes. Debe hacerse énfasis en este último concepto y proponer campañas informativas e intervenciones terapéuticas cuando se sospeche de riesgo de que los pacientes se vean afectados por una declinación de sus funciones normales.

## JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se acerca a la realidad de adultos mayores para comprender la relación entre su mundo afectivo y su mundo cognitivo, en el marco de una tendencia mundial al aumento de patologías específicas de estas funciones en el sujeto, lo cual, a una edad donde hay muchos factores que generan vulnerabilidad, puede llegar a ser desalentador y que obligan a realizar un diagnóstico correcto toda vez que no se puede considerar como propias de esta etapa de desarrollo. La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de generar conocimientos sobre variables significativas para un futuro inmediato al tiempo que se contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población de adultos mayores.

Se considera que es un estudio original puesto que permitirá llenar algunos vacíos en el conocimiento de la relación específica entre las variables en estudio en población ecuatoriana y contribuirá a fortalecer los procesos de prevención y atención en un nivel importante del sistema de salud. Se propone que el trabajo es factible ya que existen instrumentos que se requieren para la medición de las variables y se tiene acceso a la población a estudiarse.

Entre la población que se verá beneficiada por la ejecución de esta investigación se encuentran en primer lugar los adultos mayores estudiados. También se beneficiará el campo de la producción teórica y el diseño de políticas públicas ya que se aportará información importante para proponer medios de atención y programas de investigación específicos para esta población.

En la población de adultos mayores del Barrio “San Francisco de Quito” no se han realizado estudios que aborden la relación entre la depresión y las funciones cognitivas por lo cual se realiza esta investigación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la relación entre la depresión y las funciones cognitivas en personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito en el año 2018.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de depresión que presentan las personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito en el año 2018.
- Determinar el estado de las funciones cognitivas en personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito en el año 2018.
- Desarrollar un programa de estimulación cognitiva en personas de la tercera edad en el barrio San Francisco de Quito de la ciudad de Quito en el año 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño del trabajo**

Para esta investigación se manejará un diseño de tipo no experimental debido a que el autor del estudio no ejerce la manipulación de ninguna variable, sino que estas se toman de la manera en la que se presentan en la realidad estudiada. Se puede observar si existe interacción entre ellas a fin de profundizar en su conocimiento en una situación específica (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

El estudio es correlacional debido a que se establecerá una correlación entre la depresión y la alteración de las funciones cognitivas en adultos mayores. Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que un estudio correlacional “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (pág. 81).

Se propone también que esta es una investigación de campo ya que se recolectarán datos en un ambiente o entorno particular donde se encuentra la población objeto del estudio y presenta las características que se pretenden indagar (Cabezas, Andrade, & Torres, 2018).

#### **Área de estudio**

Este trabajo se inscribe en el área de la Psicogerontología, la cual estudia el fenómeno del envejecimiento, al cual considera como una fase natural del desarrollo humano. Desde el punto de vista de la Psicogerontología el adulto mayor se mantiene como un ser biopsicosocial y es necesario aproximarse de manera sistemática a sus modos de vida y comprender cómo el desarrollo en esta fase afecta sus espacios subjetivos y sus relaciones sociales. Esta rama se interesa por el tránsito vital que ocurre en la tercera edad y analiza tanto los procesos de envejecimiento normales como los patológicos, asumiendo que la calidad de vida es un objetivo que se puede alcanzar en todo momento del ciclo vital. La

Psicogerontología procura superar los prejuicios habituales en la cotidianidad y en la ciencia acerca de la vejez y sus implicaciones (Pérez, Oropeza, López, & Colunga, 2014).

### **Enfoque**

La perspectiva cuantitativa guía este estudio ya que se busca medir y cuantificar las variables bajo estudio. Para ello se aplicarán instrumentos que permitan desarrollar dicho propósito y se realizarán cálculos y análisis estadísticos para estudiar la correlación entre las mencionadas variables. El enfoque cuantitativo permite trazar o delimitar pasos específicos para dar respuesta a las preguntas de investigación a partir de la cuantificación de los datos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

### **Población y muestra**

La población que aborda este estudio está conformada por 100 adultos mayores, entre hombres y mujeres, de 65 años o más, que residen en el Barrio San Francisco de Quito, en la ciudad de Quito, Ecuador. Se empleó un procedimiento de muestreo no probabilístico o dirigido debido a las características de la investigación y las posibilidades de la investigadora. En este caso la muestra coincide con la población, de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Que exprese su consentimiento informado de participar en la investigación

Criterios de exclusión:

1. Adultos mayores con diagnóstico previo de demencia
2. Adultos con más de 85 años de edad
3. Que hayan expresado su deseo de no participar en la investigación

## **Instrumentos de investigación**

Para la presente investigación se utilizaron dos instrumentos, el test de atención y memoria Neuropsi y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que se describen a continuación.

### **Neuropsi**

El test de atención y memoria Neuropsi evalúa las funciones de atención y memoria a fin de diagnosticar de manera temprana o predecir posibles alteraciones de tales funciones. El instrumento evalúa con detalle los procesos de atención y memoria en pacientes de Geriátrica, Psiquiatría, Neurología y con otros problemas médicos. El Neuropsi permite explorar la atención selectiva, sostenida y el control atencional, además de la memoria de trabajo y memoria de corto y largo plazo con contenido verbal y visoespacial. El test comprende 5 secciones, 3 áreas y 29 subpruebas y se aplica de manera individual. La duración de la prueba es de aproximadamente 20 minutos (Editorial Manual Moderno, 2019)

De acuerdo con Neurohealth International (2011), para la corrección se deben obtener las puntuaciones naturales de las subpruebas que son orientación, atención y concentración, codificación, lenguaje, lectura, escritura, funciones ejecutivas y evocación. Para obtener los puntajes se debe sumar el número de aciertos en cada una de las subpruebas. Las puntuaciones naturales se transfieren a la hoja del perfil, la cual contiene puntuaciones normalizadas equivalentes para los puntajes posibles.

Se presenta un perfil para cada uno de los siguientes grupos de edad: 16 – 30, 31 – 50, 51 – 65, 66 – 85. Se contemplan además cuatro perfiles según la escolaridad: escolaridad nula, 1 - 4 años de estudio, 5 – 9 años de estudio y de 10 – 24 años de estudio; esto arroja un total de 16 perfiles. El perfil permite observar gráficamente los puntajes normalizados y calificar las áreas que está por arriba de un rango normal, dentro de un rango normal, alteraciones moderadas y alteraciones severas.

Para las pruebas de fluidez verbal tanto semántica como fonológica, es necesario reclasificar los puntajes de la siguiente manera:



Tabla. Reclasificación de los puntajes de las escalas de Fluidez verbal del Neuropsi

Fluidez semántica		Fluidez verbal	
Natural	Codificado	Natural	Codificado
<b>0-8</b>	1	0-6	1
<b>9-18</b>	2	7-13	2
<b>19-24</b>	3	14-18	3
<b>25-50</b>	4	19-50	4

Tabla N° 3. Reclasificación de los puntajes de las escalas de Fluidez verbal del Neuropsi

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

Al hacer la reclasificación se suman los puntajes obtenidos por la persona en cada escala, según lo señalado en el protocolo de aplicación del instrumento. El puntaje máximo posible es de 130 puntos y se puede clasificar como normal alto, normal, alteración leve, alteración moderada o alteración severa. Se puede utilizar las tablas en función de la edad y nivel de escolaridad de la persona, de la siguiente manera:

Tabla. Escolaridad nula con un puntaje máximo de 117

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
<b>16 – 30</b>	91 – 60	59 - 45	44 – 30	<b>29 – 14</b>
<b>31 – 50</b>	94 – 68	67 - 54	53 – 41	<b>40 – 28</b>
<b>51 - 65</b>	90 – 59	58 - 44	43 – 28	<b>27 – 13</b>
<b>66 - 85</b>	<b>75 – 48</b>	<b>47 - 34</b>	<b>33 – 20</b>	<b>19 -</b>

Tabla N° 4. Escolaridad nula con un puntaje máximo de 117

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

Tabla. Escolaridad de 1 a 4 años con un puntaje máximo de 124

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
<b>16 – 30</b>	104 – 73	72 - 58	57 - 42	<b>56 - 27</b>
<b>31 – 50</b>	104 – 81	80 - 69	68 - 58	<b>67 - 46</b>
<b>51 – 65</b>	97 – 77	76 - 67	66 - 57	<b>65 - 47</b>
<b>66 – 85</b>	<b>89 – 61</b>	<b>60 - 46</b>	<b>45 - 32</b>	<b>44 - 18</b>

Tabla N° 5. Escolaridad de 1 a 4 años con un puntaje máximo de 124

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

Tabla. Escolaridad de 5 a 9 años con un puntaje máximo de 130

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
<b>16 – 30</b>	113 - 102	101 – 97	96 - 86	<b>85 - 75</b>
<b>31 – 50</b>	117 - 106	105 – 101	100 - 90	<b>89 - 79</b>
<b>51 – 65</b>	110 - 98	97 – 91	90 - 79	<b>78 - 67</b>
<b>66 – 85</b>	<b>96 - 80</b>	<b>79 – 72</b>	<b>71 - 56</b>	<b>55 - 39</b>

Tabla N° 6. Escolaridad de 5 a 9 años con un puntaje máximo de 130

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

Tabla. Escolaridad de 10 a 24 años con un puntaje máximo de 130

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
<b>16 – 30</b>	114 - 103	102 – 98	97 – 87	<b>86 - 77</b>
<b>31 – 50</b>	112 - 102	101 – 97	96 – 88	<b>87 - 78</b>
<b>51 – 65</b>	101 - 93	92 – 88	87 – 80	<b>79 - 72</b>
<b>66 – 85</b>	<b>91 - 78</b>	<b>77 – 72</b>	<b>71 – 59</b>	<b>58 - 46</b>

Tabla N° 7. Escolaridad de 10 a 24 años con un puntaje máximo de 130

Fuente: Neuropsi

Elaborado por: La investigadora.

### **Escala de Depresión Geriátrica Yesavage**

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), ha sido ampliamente utilizada en poblaciones de adultos mayores. Se trata de un cuestionario con 30 ítems a los que los participantes deben responder Sí o No, teniendo en cuenta cómo se sintieron en la última semana. Existe una versión corta, de 15 preguntas, creada en 1986 que fue la empleada en esta investigación. Para la elaboración de esta versión se seleccionaron las preguntas que guardaban mayor correlación con los síntomas depresivos en los cálculos de validez del instrumento. Diez de los quince puntos indicaban depresión si eran respondidos afirmativamente, mientras que el resto de las preguntas indicaban depresión cuando se contestaban negativamente. En cuanto a los puntajes, de 0-5 se considera que no hay depresión, según la edad, nivel educativo y cantidad de quejas; de 6-9 se cataloga como depresión probable; de 10-15 es indicativo de depresión establecida. Cuando existen afecciones físicas o demencia leve es más sencillo emplear el cuestionario corto que se completa de 5 a 7 minutos, evitando fatiga o dispersión de la concentración (Kurlowicz & Greenberg, 2007); semFYC, 1999.

### **Procedimientos para obtención y análisis de datos**

Para la obtención de la información se procedió a realizar una visita al barrio San Francisco de Quito para abordar a la población identificada de adultos mayores a fin de realizar las pruebas antes especificadas. Luego del consentimiento informado se aplicaron los

instrumentos de acuerdo a las indicaciones de cada uno y se procesaron haciendo uso de los parámetros de corrección para luego construir una base de datos en función de la cual calcular las correlaciones respectivas. Posteriormente se realizó la sistematización de los resultados en forma de tablas y gráficos en un informe final.

### **Actividades**

En cuanto a las actividades que se realizaron para cumplir con los procedimientos se realizó una visita al Barrio San Francisco de Quito en la que se contactó con los adultos mayores. A fin de aplicar la prueba y la escala se solicitó la firma de un consentimiento informado para participar en el estudio. Estos formatos, así como el material para el llenado de las pruebas se prepararon con antelación. Previamente también se había seleccionado un ambiente propicio para la realización de las pruebas. Posterior a la aplicación de los instrumentos, la información fue tabulada haciendo uso del paquete estadístico SPSS y se realizó la corrección tal como lo propone cada instrumento. Luego se aplicó la prueba de chi cuadrado para medir la correlación de ambas variables. Finalmente se redactó el informe final con los resultados, su análisis, las conclusiones y propuesta teniendo como base la información analizada.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### Diagnóstico de la situación actual

Se presentan a continuación los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el test de atención y memoria Neuropsi. En primer lugar, se exponen los datos de composición de la muestra para luego presentar las puntuaciones de las variables bajo estudio. Se emplearán estadísticos descriptivos para presentar los resultados.

Gráfico. Composición de la muestra según Sexo

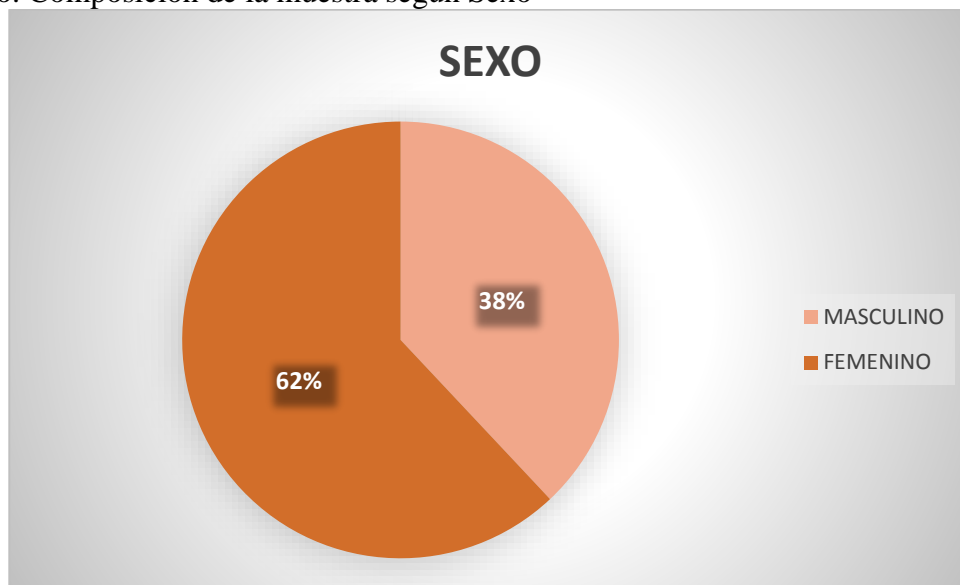


Gráfico N° 1. Composición de la muestra según Sexo

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

En lo que respecta a la composición de la muestra, se observa que está conformada por una cantidad mayor de mujeres que de hombres. Al momento de realizarse la prueba, la muestra presentaba una mayor cantidad de mujeres separadas, viudas y solteras.

Gráfico. Composición de la muestra según Edad

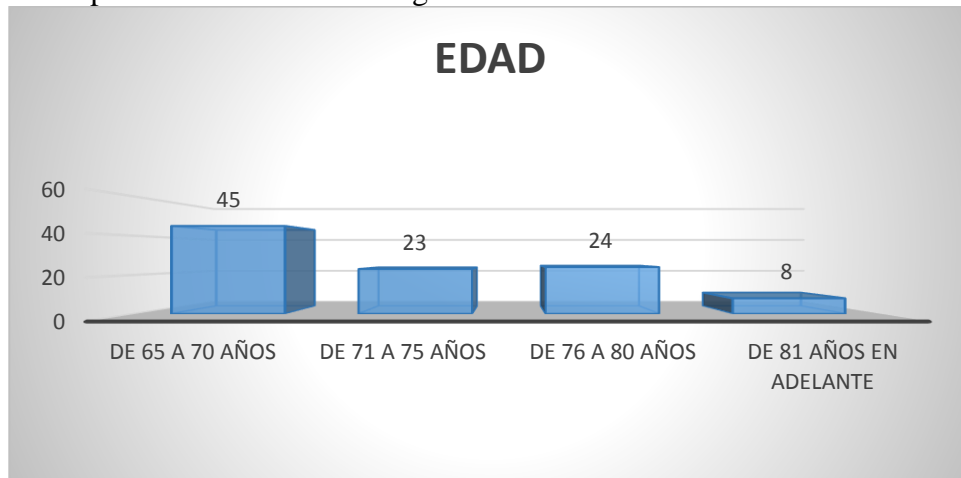


Gráfico N° 2. Composición de la muestra según Edad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

La muestra estuvo conformada por una cantidad mayor de personas en el rango de edad de 65 a 70 años, seguida por los participantes con edades comprendidas entre 76 y 80 años. El tercer rango etario con mayor cantidad de participantes fue el de 71 a 75 años y hubo una menor participación de sujetos con 81 años en adelante, contando solo con 8 personas en ese rango etario lo que guarda relación con la presencia de mayor mortalidad a esta edad.

Gráfico. Composición de la muestra según Nivel de escolaridad

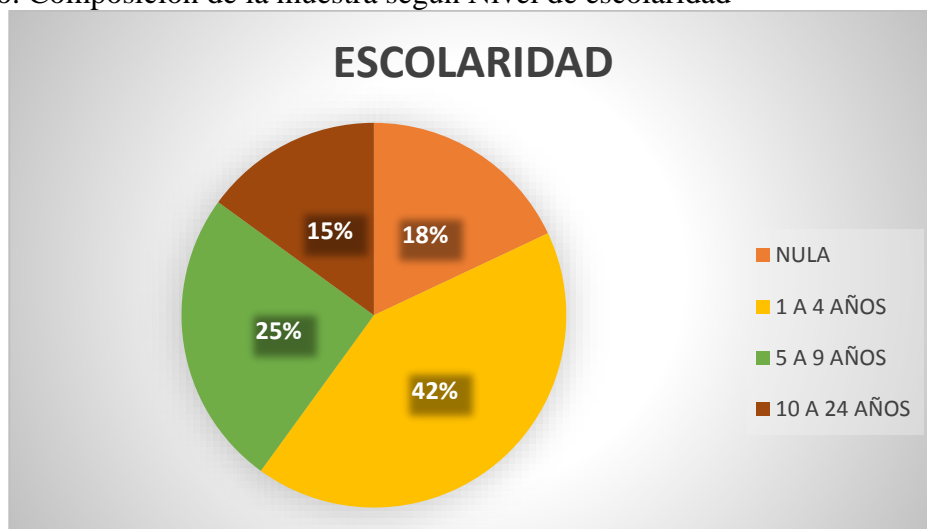


Gráfico N° 3. Composición de la muestra según Nivel de escolaridad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

En cuanto al nivel de escolaridad en el Gráfico 3 se aprecia que la mayor cantidad de sujetos evaluados presenta una escolaridad de entre 1 y 4 años de educación, mientras que una cuarta parte estudió entre 5 y 9 años seguido por los participantes con escolaridad Nula y la menor cantidad de personas posee de 10 a 24 años de estudios. Las personas con menor escolaridad refirieron que desde jóvenes debieron trabajar o cuidar a sus hermanos para que sus padres pudieran trabajar, por lo cual no pudieron acceder a procesos educativos de mayor duración.

Gráfico. Composición de la muestra según su Ocupación

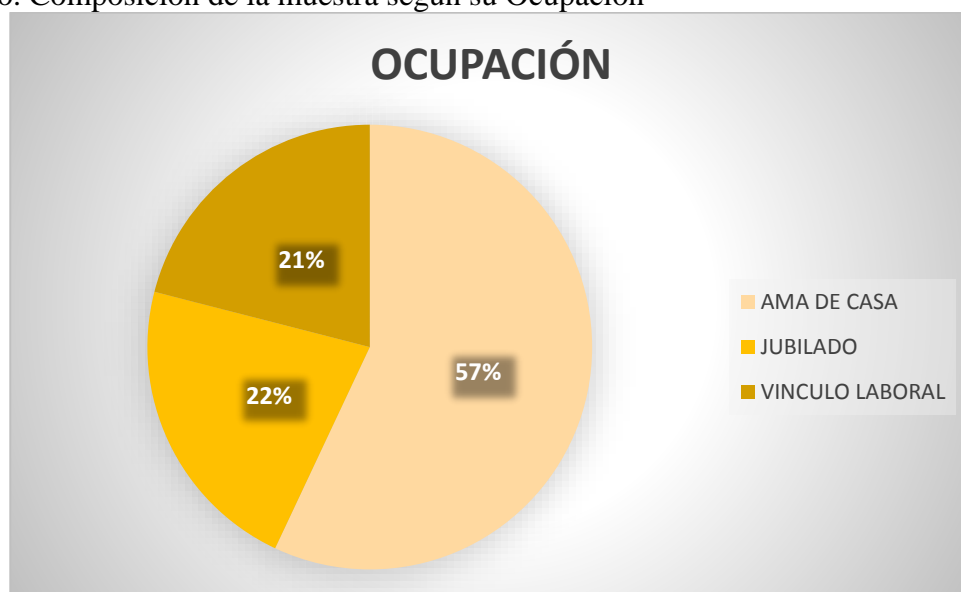


Gráfico N° 4. Composición de la muestra según su Ocupación

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

La muestra estuvo conformada por un porcentaje mayor de amas de casa, mientras que aproximadamente la quinta parte de los sujetos evaluados se encuentra en situación de Jubilación y aproximadamente otra quinta parte se encuentra aún bajo un Vínculo laboral. Esto guarda relación con la composición de la muestra donde predomina el sexo femenino.

Gráfico. Test de Depresión Geriátrica de Yesavage

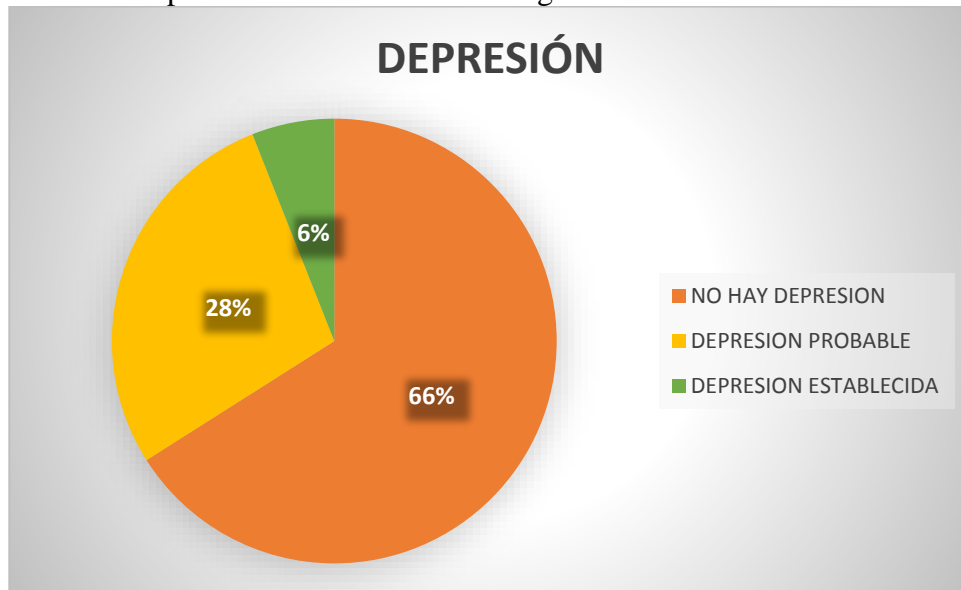


Gráfico N° 5. Test de Depresión Geriátrica de Yesavage

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

En cuanto a la variable Depresión, de acuerdo a la Escala empleada, se identificó una mayoría de sujetos en los que No hay depresión. Casi un tercio de la muestra presentó resultados para Depresión Probable mientras que un porcentaje menor resultó en la categoría de Depresión establecida.

Gráfico. Test Neuropsi

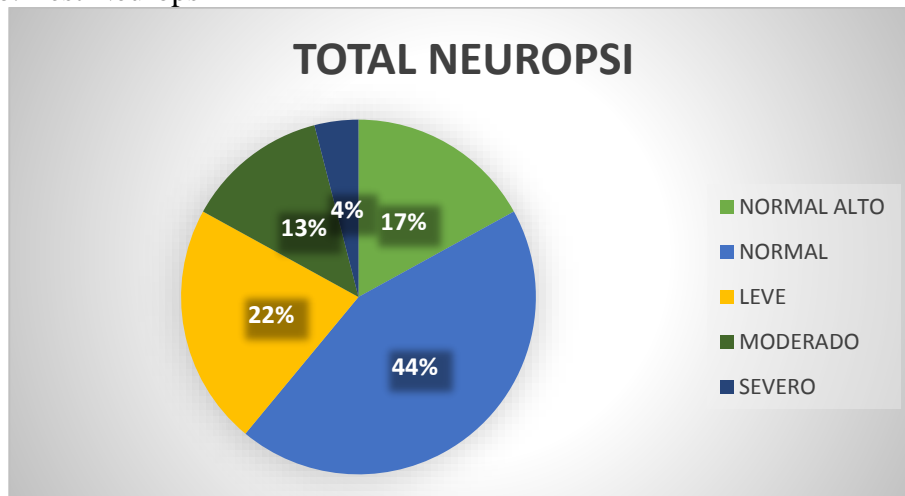


Gráfico N° 6. Test Neuropsi

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora.

La mayoría de los sujetos evaluados se encuentra en el rango de Normalidad según las categorías establecidas por el instrumento. Le sigue un número importante de sujetos con deterioro cognitivo Leve, mientras que el siguiente rango con mayor cantidad de personas es el funcionamiento Normal Alto. Un 13% de los sujetos presenta deterioro Moderado mientras que 4 sujetos puntuaron en la categoría de deterioro Severo.

Tabla. Prueba de rho de Spearman Depresión\*Funciones cognitivas

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Rho de Spearman	199160	8	,05176

Tabla N° 8. Prueba de rho de Spearman Depresión\*Funciones cognitivas

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

La Tabla 8 presenta el cálculo de la correlación rho de Spearman entre las variables principales de la investigación. Se observa que la significancia es de  $p > ,05$ , por lo que se considera que no existe una correlación significativa entre las variables de estudio. Este valor permite afirmar que la Depresión y las Funciones cognitivas no se presentan bajo una relación de dependencia en la muestra evaluada.

Tabla. Prueba de rho de Spearman Depresión\*Funciones cognitivas

	Valor	p valor
Rho de Spearman	199160	,05176

Tabla N° 9. Prueba de rho de Spearman Depresión\*Funciones cognitivas

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

La Tabla 9 muestra la correlación Rho de Spearman la cual expresa la correlación a nivel ordinal entre las variables. Según el p valor que arroja el cálculo es  $p,05176$ , no hay un nivel de significancia en la correlación entre las variables estudiadas. Esto es debido a que los adultos mayores estudiados mostraban bajo niveles de depresión y un adecuado nivel de funcionamiento cognitivo que está relacionado con un estilo de vida pro activo, mantienen un alto nivel de socialización, incorporación a grupos sociales (por ejemplo, al programa “Sesenta y Piquito”) y la práctica de deportes.



Tabla. Resultados del test Neuropsi según la Edad

		Normal Alto	Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
60 a 65 años	Recuento	7	4	1	0	0	12
	% del total	7,0%	4,0%	1,0%	,0%	,0%	12,0%
66 a 70 años	Recuento	7	18	5	2	1	33
	% del total	7,0%	18,0%	5,0%	2,0%	1,0%	33,0%
71 a 75 años	Recuento	3	10	6	2	2	23
	% del total	3,0%	10,0%	6,0%	2,0%	2,0%	23,0%
76 a 80 años	Recuento	0	12	5	6	1	24
	% del total	,0%	12,0%	5,0%	6,0%	1,0%	24,0%
81 años en adelante	Recuento	0	0	5	3	0	8
	% del total	,0%	,0%	5,0%	3,0%	,0%	8,0%
Total	Recuento	17	44	22	13	4	100
	% del total	17,0%	44,0%	22,0%	13,0%	4,0%	100,0%

Tabla N° 10. Resultados del test Neuropsi según la Edad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Se muestra la distribución de las categorías de evaluación del Neuropsi, de acuerdo con la edad de las personas evaluadas. Se aprecia que la mayor cantidad de personas se ubica en el funcionamiento Normal, siendo este predominante en los grupos de 66 a 70, de 71 a 75 y de 76 a 80 años, mientras que en el grupo de 60 a 65 años predomina el funcionamiento Normal Alto. En el caso del grupo de 81 años en adelante hay una presencia mayoritaria de deterioro cognitivo Leve seguido de Moderado. En este grupo no se presenta ningún otro tipo de funcionamiento.

Tabla. Resultados del test Neuropsi según el Sexo

		Normal Alto	Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
Masculino	Recuento	8	23	3	3	1	38
	% del total	8,0%	23,0%	3,0%	3,0%	1,0%	38,0%
Femenino	Recuento	9	21	19	10	3	62
	% del total	9,0%	21,0%	19,0%	10,0%	3,0%	62,0%
Total	Recuento	17	44	22	13	4	100
	% del total	17,0%	44,0%	22,0%	13,0%	4,0%	100,0%

Tabla N° 11. Resultados del test Neuropsi según el Sexo

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Se muestra la distribución de las categorías del funcionamiento cognitivo según el Sexo de las personas evaluadas. Como se observa, tanto en mujeres como en hombres, predomina un funcionamiento cognitivo Normal. En las mujeres la siguiente categoría con mayor cantidad de personas es Deterioro Leve. En ambos casos el deterioro Severo es la categoría con menor cantidad de participantes, pero este es mayor en la población femenina, al igual que el deterioro Moderado.

Tabla. Resultados del test Neuropsi según la Ocupación

		Normal Alto	Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
<b>Ama de casa</b>	Recuento	7	18	19	10	3	57
	% del total	7,0%	18,0%	19,0%	10,0%	3,0%	57,0%
<b>Jubilado</b>	Recuento	5	11	2	3	1	22
	% del total	5,0%	11,0%	2,0%	3,0%	1,0%	22,0%
<b>Vínculo laboral</b>	Recuento	5	15	1	0	0	21
	% del total	5,0%	15,0%	1,0%	,0%	,0%	21,0%
<b>Total</b>	Recuento	17	44	22	13	4	100
	% del total	17,0%	44,0%	22,0%	13,0%	4,0%	100,0%

Tabla N° 12. Resultados del test Neuropsi según la Ocupación

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Los resultados que vinculan el Funcionamiento cognitivo con la Ocupación indican que hay una menor prevalencia de Deterioro cognitivo en personas que mantienen un vínculo laboral. Mientras que un alto porcentaje de Amas de casa presentan deterioro cognitivo Leve y Moderado.

### **Análisis e interpretación**

A continuación, se presenta un análisis de los resultados obtenidos. Se contrastarán los hallazgos realizados a partir de la aplicación de los instrumentos de medición con los aportes teóricos y experiencias de investigación en torno al tema, a fin de generar una comprensión acerca de la relación entre depresión y funcionamiento cognitivo en el adulto mayor.

En primer lugar, ha de señalarse que los resultados de esta investigación coinciden con las ideas expuestas por Trujillo, Esparza, Benavides, Villarreal y Castillo (2017) con

relación a que la depresión no es un componente natural del proceso de envejecimiento, lo cual justifica que no hallase una correlación significativa entre estas variables. Si se consideran las categorías de Depresión probable y Depresión establecida, arrojadas por la Escala de Yesavage, se observará también una coincidencia con los datos reportados por estos autores en cuanto a la prevalencia de depresión en adultos mayores (35,5% en su estudio y 34% en la presente investigación) aunque no hay coincidencia con el factor de riesgo Edad, establecido por los autores (Tabla. Prueba de chi cuadrado Edad\*Depresión).

A este respecto se considera que los datos son valiosos puesto que permiten establecer un diagnóstico temprano en una población cuyas condiciones de vulnerabilidad son significativas puesto que el riesgo de dependencia se incrementa con la edad. De esta manera se estaría previniendo (al tomar acciones para atender los riesgos observados) a las recomendaciones de Ruiz, Zegbe y Sánchez-Morales (2014) para evitar que se genere una mayor discapacidad por la presencia de la patología depresiva. Otro de los aspectos a resaltar es la funcionalidad de la Escala de Depresión Geriátrica ya que es uno de los pocos instrumentos que permite aproximarse de manera específica al fenómeno de la depresión en adultos mayores.

Si bien no hay un argumento definitivo que explique la depresión, existen múltiples factores tanto internos como externos que pueden contribuir en su aparición. En tal sentido, este estudio ha identificado una correlación significativa entre la Depresión y la Escolaridad (Ver Anexo A), lo que apunta a la interacción entre las condiciones ambientales como las internas para la producción de cuadros depresivos. Sin embargo, con estos datos, no se puede afirmar de manera categórica que la baja escolaridad se asocie con depresión.

Se pudiese argumentar que en el curso biográfico del sujeto condiciones socioeconómicas adversas le impidieron acceder a procesos educativos formales o que esto limitó sus oportunidades de participación en el mercado laboral, lo cual coincidiría con los planteamientos de Barbosa (2014) para quien las variables de orden sociodemográfico tiene un papel importante en la aparición de los trastornos depresivos. Sin embargo, no se halló correlación entre la Depresión y la Ocupación, por lo que no se puede ofrecer una afirmación categórica a este respecto.

Otra explicación es que los niveles bajos de escolaridad, o las condiciones que los producen, generan patrones negativos de procesamiento cognitivo, predominando distorsiones o creencias disfuncionales en torno a los estímulos o situaciones que se perciben desde el exterior o desde la realidad interna del sujeto. Sin embargo, como ya se mencionó, no existen datos suficientes en esta investigación para poder realizar tales afirmaciones.

En cualquier caso, habría que realizar un mapeo más detallado de los rasgos de la población evaluada, a fin de establecer con precisión las condiciones sociodemográficas y epidemiológico-clínicas asociadas tanto con la depresión como con el deterioro cognitivo. Esto también viene dado porque los trastornos afectivos en los adultos mayores se presentan en una comorbilidad que acentúa su complejidad. Si se pretende hacer frente a las implicaciones del envejecimiento de la población mundial, tendencia que ya se hace evidente en el Ecuador, es fundamental establecer con la mayor precisión posible este tipo de investigaciones para contar con la mayor cantidad de información científica a fin de establecer medidas preventivas y reactivas en los casos requeridos.

En ese sentido se comulga con la idea propuesta por García, Moya y Quijano (2015) quienes consideran que la sociedad en su conjunto debe sensibilizarse ante las transformaciones propias del desarrollo de los adultos mayores para responder de manera efectiva y facilitar la adaptación de estas poblaciones, contribuyendo a fortalecer su redes sociales y a mejorar sus condiciones de salud.

En cuanto al deterioro cognitivo, este presentó una correlación significativa con la edad. Esto coincide con el principal factor de riesgo identificado por Fajardo y Rosado (2017), aunque autores como García, Moya y Quijano (2015) señalan que la edad no es el único elemento que ha de tomarse en cuenta para explicar el funcionamiento cognitivo. Es importante prestar atención a esta relación puesto que evidencia la vulnerabilidad de los sujetos mayores ante la realidad del deterioro de algunas funciones que garantizan su calidad de vida y autonomía. Una vez más, se requiere una ampliación de las variables observadas en el estudio a fin de establecer si existen condiciones ambientales, sociales, familiares o de estimulación cognitiva previa que puedan explicar de manera contundente los resultados observados.

Es necesario en este punto recordar las ideas propuestas por los mismos autores que alertan sobre el riesgo de daño cerebral en adultos mayores, lo cual puede explicar la presencia de deterioro cognitivo (García, Moya, & Quijano, 2015). Según Barrera (2017) el daño cerebral puede afectar los procesos perceptuales, mnémicos, atencionales y de procesamiento de información lo cual interfiere con la cotidianidad de los sujetos, afecta sus facultades superiores y compromete su autonomía.

Si se atiende a las características de las categorías de deterioro cognitivo que reseña Barrera (2017) se observará que en la primera, el funcionamiento cognitivo Normal, no se presenta compromiso en la capacidad de adaptación de los sujetos, lo cual se puede aplicar a los sujetos que puntuaron dentro de las categorías Normal y Normal Alto en esta investigación. En cuanto a la segunda categoría propuesta por el autor, el deterioro cognitivo Leve, esta se caracteriza por un decremento de las funciones cognitivas como producto de la degeneración del sistema nervioso. Esta afectación interfiere con las actividades cotidianas del sujeto. En el caso de los individuos que en la presente investigación obtuvieron puntuaciones que los ubicaron en las categorías de deterioro Leve, Moderado y Severo, es necesario realizar estudios de mayor profundidad para conocer la naturaleza del daño nervioso y establecer con mayor precisión las áreas neurológicas afectadas.

Al igual que con la depresión, las explicaciones para el deterioro cognitivo son múltiples. En el caso de este estudio se hallaron correlaciones positivas con la Edad, el Sexo, la Escolaridad y la Ocupación. Debido a que no se hizo una evaluación de otras características clínicas no se puede establecer si el deterioro está relacionado con otras patologías médicas. Sin embargo, la relación con las variables mencionadas es acorde con los parámetros establecidos en la revisión teórica del tema. León (2016), por ejemplo, indica que las condiciones socioeconómicas adversas pueden resultar significativas en el desarrollo de cuadros de deterioro cognitivo, lo cual coincide con los resultados de esta investigación aunque no se puede conocer con precisión el motivo de esta asociación.

Al igual que con la depresión, se requiere de un estudio de mayor alcance en cuanto a las variables que se incluyan para comprender la naturaleza y localización del deterioro cognitivo en la población evaluada. Un estudio de este tipo habría de incluir componentes afectivos, determinación de cambios en el tejido social del sujeto, estudios de imagenología

cerebral, hábitos de consumo de alcohol y otras sustancias, uso de medicamentos, así como patologías médicas, psiquiátricas, sedentarismo y estrés.

Los resultados de esta investigación, en cuanto al diagnóstico de deterioro cognitivo, coinciden plenamente con los factores expuestos por Fajardo y Rosado (2017) para quienes la edad es el factor de riesgo primordial en el desarrollo de deterioro cognitivo al igual que se determinó en este estudio (ver Tabla y Tabla). Los autores también identificaron mayor prevalencia en mujeres, lo cual emergió también en esta investigación (ver Tabla y Tabla). El bajo nivel de escolaridad también se considera como un elemento que puede predisponer al deterioro, aspecto que se reiteró en el presente estudio (ver Tabla y Tabla). En este caso, los autores no hacen referencia al tema de la ocupación o profesión que en esta investigación resultó ser una variable importante relacionada con el deterioro.

En relación con el penúltimo punto los autores refieren la controversia que ha suscitado y que posiblemente sea aplicable también al tema de la ocupación, ya que se piensa que la escolaridad está vinculada con el acceso a estimulación cognitiva lo cual es un factor protector frente al deterioro. Aunque esto no ha sido del todo comprobado, es necesario recordar observar estos datos con precaución por el riesgo de sobrediagnóstico en poblaciones analfabetas o con baja escolaridad (Fajardo & Rosado, 2017).

Respecto de las investigaciones realizadas en el contexto local, existen algunas coincidencias con el estudio llevado a cabo por Urrutia (2019) en el que determinó como factores de riesgo para el deterioro cognitivo la edad (coincidiendo incluso el rango etario que identificaron de 75 a 85 años, con el rango que presentó mayor deterioro en la presente investigación), el grado de escolaridad y la ocupación, con lo cual se solventa el vacío respecto del estudio anterior, aunque no hacen referencia a la correlación con el sexo de los sujetos evaluados. Aún así los porcentajes de la muestra que presentaban deterioro cognitivo en la investigación referida son considerablemente mayores.

Con relación a los antecedentes considerados para esta investigación, se aprecia que no existe coincidencia con los resultados alcanzados por Tupiza (2015) quienes identificaron una correlación entre la depresión y el bajo rendimiento cognitivo en una población de 30 adultos mayores en condiciones de mendicidad. Estos resultados probablemente estén

relacionados con características específicas de la población estudiada. Por otro lado, los resultados de este trabajo coinciden con la investigación conducida en Ambato por Castillo (2018) en la que se abordó la relación entre depresión y el proceso cognitivo atencional en adultos mayores que asisten a consulta en el IESS. Se emplearon las mismas escalas y no se identificó una correlación significativa entre las variables bajo estudio.

Es necesario considerar, como lo aseguran Gómez, Bonnin, Gómez, Yáñez y González (2003) que el deterioro cognitivo no es un proceso irreversible y es posible tomar acciones para evitar el progreso de este tipo de cuadros. Si se advierte que, aunque no exista una relación estadísticamente significativa con la depresión, estos son factores que disminuyen la calidad de vida de los adultos mayores y ponen en riesgo otras áreas de su salud, se apreciará que es necesario desarrollar acciones tanto de manera preventiva como reactiva para la evitación de estos cuadros y su diagnóstico temprano.

A este respecto, y siguiendo las recomendaciones de Sánchez, Vásquez y Zúñiga (2013) se considera que el seguimiento clínico anual así como la preocupación por contar con instrumentos de mayor sensibilidad y precisión serán claves para atender a esta población, además de establecer medidas para procurarles espacios y cuidados que les permitan sostener o recuperar un lugar activo y protagónico en la sociedad actual y futura.

Con respecto a la relación entre la depresión y el funcionamiento cognitivo, el cálculo de la correlación de Spearman permitió determinar que hay una vinculación entre estas variables en el nivel ordinal de la medición, es decir que existiría una relación lineal, con significancia estadística, moderada y directamente proporcional, entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en adultos mayores.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado se exponen las conclusiones y recomendaciones que emanaron al realizar la evaluación de la población mediante los instrumentos seleccionados y luego de haber realizado los análisis estadísticos y someterlos a contraste con la teoría previamente expuesta para profundizar en la relación entre la depresión y el funcionamiento cognitivo en adultos mayores.

#### Conclusiones

- No hay un nivel de significancia en la correlación entre las variables estudiadas. Esto es debido a que los adultos mayores estudiados mostraban bajo niveles de depresión y un adecuado nivel de funcionamiento cognitivo que está relacionado con un estilo de vida pro activo, mantienen un alto nivel de socialización, incorporación a grupos sociales (por ejemplo, al programa “Sesenta y Piquito”) y la práctica de deportes.
- La mayor cantidad de adultos mayores estudiados no presentaban depresión, lo que corrobora que la depresión no es una parte natural del envejecimiento y que está relacionada con factores de riesgo y con un enfoque preventivo en la atención a este grupo etario. Estos adultos mantienen un estilo de vida activo y presentan redes de apoyo en particular el grupo de adultos mayores de la casa barrial.
- En cuanto al funcionamiento cognitivo predominó un funcionamiento normal y normal alto. Esto guarda relación con que los adultos mayores estudiados mantienen un estilo de vida donde predomina la realización de actividades físicas y estar incorporados a la casa Barrial donde realizan diferentes tipos de actividades incluidas las de estimulación cognitiva.



## Recomendaciones

- Se recomienda mantener un programa de estimulación cognitiva estructurado con el objetivo de potenciar el estado de las funciones cognitivas en esta población incluyendo actividades que abarquen todos los procesos cognitivos. El deterioro cognitivo es un proceso reversible, por lo cual es posible proponer que se realicen estrategias para promover el entrenamiento cognitivo en adultos mayores de forma preventiva y como tratamiento. Este tipo de acciones permitiría recuperar el funcionamiento de los diferentes procesos cognitivos en los casos en los que haya daño y evitar que se produzca el deterioro al aportar herramientas específicas que potencien los factores protectores.
- Evaluar la eficacia de programas de estimulación cognitiva una vez finalizado el mismo.
- Evaluar clínicamente a los adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo o depresión probable o establecida con vistas a un diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Dadas las complejas características de las variables bajo estudio y de la población abordada en esta investigación, se considera necesario realizar un estudio detallado de los rasgos sociodemográficos y epidemiológica médica y neurológica de los adultos mayores con condiciones de depresión o deterioro cognitivo con el propósito de determinar las condiciones de riesgo para esta población. Esto dada la comorbilidad que presentan las patologías estudiadas. Tales estudios permitirán establecer protocolos de atención preventiva y reactiva.
- De manera particular se considera importante proponer estrategias de sensibilización hacia la sociedad en general puesto que muchas veces es en este conjunto en el que se dan situaciones de estigmatización o inadaptación lo cual pone en riesgo a los adultos mayores. En tal sentido se pueden implementar planes socioeducativos a fin de abordar esta temática en diferentes grupos sociales.

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA TERAPÉUTICA**

**TEMA:** “Rápido aprendamos la estimulación cognitiva para adultos mayores del Barrio “San Francisco de Quito” durante el año 2018”

#### **DATOS INFORMATIVOS DE LA INSTITUCIÓN**

**Nombre:** Barrio “San Francisco de Quito”

**Ubicación:** Juan Camacaro y Boliche sur de Quito, Sector la Santiago

**Provincia:** Pichincha

**Cantón:** Quito

**Parroquia:** Chilibulo

#### **JUSTIFICACIÓN**

En los resultados obtenidos de la presente investigación se encontró que las personas de la tercera edad tienen una preservación de las funciones cognitivas y bajo nivel de depresión debido a que están relacionados con un estilo de vida pro activo, mantienen un alto nivel de socialización, incorporación a grupos sociales (por ejemplo, al programa “Sesenta y Piquito”) y la práctica de deportes.

Por esta razón se establece la importancia de una adecuada estimulación cognitiva que permite mejorar la calidad de vida de estas personas. La estimulación cognitiva mantiene y potencia las capacidades cognitivas lo que a su vez contribuye el incremento el rendimiento funcional al mantener mayor autonomía para sus actividades de la vida diaria estimulando capacidades cognitivas, emocionales y relacionales.

Por tanto, se debe tener en cuenta que las intervenciones tenderán a ser más efectivas en la medida en que se abarque al adulto mayor desde su integralidad, trabajando junto con otras disciplinas y teniendo un amplio conocimiento y contextualización sobre estas personas; un programa de intervención debe estar basado en indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales ya que las inconsistencias se deben a miradas subjetivas relacionadas con el adulto mayor (OMS, 2006; Uribe-Rodríguez, Molina & González, 2006).

Mediante los talleres de estimulación cognitiva se podrá mantener las funciones cognitivas que con el envejecimiento presentan modificaciones pero al mismo tiempo se potenciara más las habilidades adquiridas por cada uno de las personas de la tercera edad consiguiendo un mejor desarrollo de la misma, debemos tener en cuenta que desde adultos e incluso desde ante debemos promover un envejecimiento activo, fomentando hábitos de vida saludables y entrenando las capacidades cognitivas para evitar un envejecimiento patológico o el desarrollo de una demencia.

## **OBJETIVOS**

### **General**

- El programa de estimulación cognitiva tiene como objetivo conservar y potenciar el funcionamiento cognitivo de las personas de la tercera edad del Barrio “San Francisco de Quito” y así mejorar el día a día de los mismos en áreas como las relaciones sociales, familiares, independencia funcional, las emociones y la autoestima, contribuyendo a un envejecimiento activo.

### **Específicos**

- Sensibilizar sobre la importancia que tiene el envejecimiento activo en el adulto mayor
- Desarrollar diversas actividades de estimulación cognitiva y mejorar la calidad de vida
- Mejorar la calidad de vida promoviendo un desempeño autónomo y funcional de las personas de la tercera edad.

## **ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA**

La propuesta pretende potenciar y mejorar las funciones cognitivas en las personas de la tercera edad ya que en la investigación no hay un nivel de significancia en la correlación de las variables estudiadas, esto se debe a que la población estudiada mostró un bajo nivel de depresión y un nivel adecuado del funcionamiento cognitivo.

Esta propuesta presenta cuatro talleres la cual tiene un inicio, desarrollo y cierre con una duración mínima de 30 minutos que está conformada por 100 personas la cual se dividirá en 5 grupos de 20 personas y se realizara en la casa barrial del Barrio “San Francisco de Quito”.

## **ARGUMENTACIÓN TEÓRICA**

La estimulación cognitiva se define como el conjunto de acciones que se dirigen a mantener o mejorar el funcionamiento cognitivo mediante ejercicios de memoria, atención, lenguaje funciones ejecutivas, percepción, funciones psicomotoras entre otras. Entre las llamadas terapias no farmacológicas es la que recibe el mayor apoyo empírico basado en la evidencia y se propone como en la primera intervención a realizar especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y la demencia (Centro de Prevención de deterioro cognitivo del instituto de salud pública de Madrid, 2019)

Se basa en un conjunto de técnicas y estrategias para optimizar la eficacia del funcionamiento cognitivo mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en forma de programas; no se centra solamente en la parte cognitiva sino que busca intervenir sobre la personas adulta sobre forma integral abordando otros factores tales como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica. (Villalba y Espert, 2014).

## DISEÑO TÉCNICO PROPUESTA

### Planificación General

<b>TALLERES</b>	<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Taller 1	Pongamos atención a nuestra memoria que es arte.	Potenciar las distintas variantes de la atención sostenida, atención selectiva, atención visual o auditiva, entre otras.	<b>60 min</b>	Michelle Mañay
Taller 2	Si 2 más 2 es 4 porque nos olvidamos del cálculo.	Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades de cálculo (su agilidad y fluidez) a través de ejercicios prácticos.	<b>60 min</b>	Michelle Mañay
Taller 3	Movamos nuestro cuerpo para expresar nuestro amor.	Aprender a regular la respiración, para trabajar la percepción del cuerpo a través de los sentidos, coordinación de los movimientos corporales, crear vínculos afectivos con el entorno y reforzar el trabajo en equipo.	<b>60 min</b>	Michelle Mañay
Taller 4	Percibe aquello que no puede ser visto por tus ojos.	Potenciar y mejorar la percepción, tanto visual como auditiva y táctil.	<b>45 min</b>	Michelle Mañay

## **Taller 1: Pongamos atención a nuestra memoria que es arte.**

### **Objetivo del taller**

Potenciar las distintas variantes de la atención sostenida, atención selectiva, atención visual o auditiva, entre otras.

### **Actividad Inicial (10 min)**

- Dar la bienvenida a las personas de la tercera edad y poner sus nombres en cartulinas.
- Haga que todos dibujen el contorno de su mano en una hoja de papel, luego péguela en su espalda, posterior a ello se mezclaran y escribirán cosas positivas en sus espaldas.
- Se deberá discutir el día, mes, año, acordar el tiempo de cada sesión.

### **Calentamiento**

El grupo deberá jugar a pasar el balón, al pasarlo a cada uno de los integrantes del grupo pueden decir su nombre y para aquellos que lo recuerden el nombre de aquel al que le pasan el balón. Pueden además mencionar el origen de su nombre

### **Actividad Principal (35-40 min):**

- Comunicar en forma oral una secuencia de números y la persona deberá recordarlo en el mismo orden o de forma inversa.
- Identificar las siguientes diferencias entre dos dibujos aparentemente iguales.
- Colocar domino de animales boca abajo en la cual existen dos figuras iguales se deberá mezclarlas y distribuir las por toda la mesa la persona debe levantar dos fichas e ir tomando las que coincidan, si falla les dará la vuelta hasta terminar el ejercicio.
- Lee las siguientes palabras y construye una frase con ella así puedes ordenarlas y escribir debajo la frase que has conseguido.

**Materiales a utilizar:**

- Hoja, esfero
- Cartulina, imperdibles
- El comercio
- Dominio de animales o distintas figuras.

**Actividad de cierre (5-10 min)**

- Agradecer a cada miembro del grupo por asistir y contribuir al desarrollo de la sesión.
- Resumir la discusión resaltando las ideas más relevantes en busca de retroalimentación.
- Recordar la hora y el tema de la próxima sesión.

**Taller 1: Pongamos atención a nuestra memoria que es arte.**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Horas</b>	<b>Evaluación</b>
Potenciar las distintas variantes de la atención sostenida, atención selectiva, atención visual o auditiva, entre otras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar en forma oral una secuencia de números y la persona deberá recordarlo en el mismo orden o de forma inversa.</li> </ul>	Hoja	10 min	Los adultos mayores deberán seguir las órdenes y realizar la secuencia de números e identificar las diferencias en el menor tiempo posible.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las siguientes diferencias entre dos dibujos aparentemente iguales.</li> </ul>	Esfero El comercio	10 min	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar domino de animales boca abajo las cuales existen dos figuras iguales se deberá mezclarlas y distribuir las por toda la mesa la persona debe levantar dos fichas e ir tomando las que coincidan, si falla les dará la vuelta hasta intentarlo.</li> </ul>	Dominio de animales o distintas figuras.	10 min	El juego de domino de animales deberá de tener como máximo tres fallas en un tiempo estimado de 20 minutos previo a la explicación.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lee las siguientes palabras y construye una frase con ella así puedes ordenarlas y escribir debajo la frase que has conseguido.</li> </ul>	Hoja Esfero	10 min	Realizar 5 frases en 4 minutos



## **Taller 2: Si 2 más 2 es 4 por qué nos olvidamos del cálculo.**

### **Objetivo del taller**

Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades de cálculo (su agilidad y fluidez) a través de ejercicios prácticos.

### **Actividad Inicial (10 min)**

- Dar la bienvenida a las personas de la tercera edad.
- Realizar un recordatorio sobre la actividad de la sesión pasada.
- Se deberá discutir el día, mes, año, acordar el tiempo de cada sesión.
- Discutir acerca de una noticia del interés las personas de la tercera edad (puede utilizarse el periódico, revista o noticias de TV).

### **Calentamiento**

El grupo deberá realizar un círculo en el cual se les pedirá a los participantes que se sienten uno de las personas dirá una palabra y los participantes deben ir agregando cada uno una palabra y en esta forma hacer una frase. El jugador que tiene el turno debe repetir recordando toda la frase y agregar una palabra final.

### **Actividad Principal (35-40 min):**

- Facilitar un listado de números y ordenar en números pares, de mayor a menor y viceversa.
- A la persona se le dirá un número e irle restando de 3 en 3 debe hacerlo mentalmente.
- Debe recorrer el circuito en el sentido marcado por las flechas, partiendo de la cifra de la casilla, e ir solucionando las sucesivas operaciones hasta llegar a la que aparece una letra, en la que tienes que poner el resultado.

- El número de una casilla es igual a la suma de los números de las dos casillas inferiores a ella.

**Materiales a utilizar:**

- Hoja impresa, esfero
- Borrador
- Vaso de agua
- Flores dobladas

**Actividad de cierre (5-10 min)**

- Agradecer a cada miembro del grupo por asistir y contribuir al desarrollo de la sesión.
- Distribuir un vaso de agua para cada participante y decir que no se debe beber. Distribuir en seguida la flor cerrada, (deben esperar que todos la reciban) y después colocarla dentro del agua muy despacio para no hundirla. La flor comenzará a abrirse.
- En seguida pedir a cada participante que lea su mensaje y que lo comparta con los demás de forma espontánea.

**Taller 2: Si 2 más 2 es 4 porque nos olvidamos del cálculo.**

Objetivo	Actividades	Recursos	Horas	Evaluación
Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades de cálculo como su agilidad y fluidez a través de ejercicios prácticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar un listado de números y ordenar en números pares, de mayor a menor y viceversa.</li> </ul>	Hoja	10 min	Escribir en el menor tiempo posible la orden transmitida.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A la persona se le dirá un número e irle restando de 3 en 3 debe hacerlo mentalmente</li> </ul>	Esfero	10 min	Cometer el menor número de errores en el menor tiempo posible.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe recorrer el circuito en el sentido marcado por las flechas, partiendo de la cifra de la casilla, e ir solucionando las sucesivas operaciones hasta llegar a la que aparece una letra, en la que tienes que poner el resultado.</li> </ul>	Hoja Esfero	10 min	Establecer la respuesta adecuada mediante las operaciones realizadas.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El número de una casilla es igual a la suma de los números de las dos casillas inferiores a ella.</li> </ul>	Hoja Esfero	10 min	Buscar que numero falta para cada ejercicios matemático

### **Taller 3: Movamos nuestro cuerpo para expresa nuestro amor.**

#### **Objetivo del taller**

Aprender a regular la respiración, para trabajar la percepción del cuerpo a través de los sentidos, coordinación de los movimientos corporales, crear vínculos afectivos con el entorno y reforzar el trabajo en equipo.

#### **Actividad Inicial (10 min)**

- Dar la bienvenida a las personas de la tercera edad.
- Realizar un recordatorio sobre la actividad de la sesión pasada.
- Se deberá discutir el día, mes, año, acordar el tiempo de cada sesión.
- Discutir acerca de una noticia del interés las personas de la tercera edad (puede utilizarse el periódico, revista o noticias de TV).

#### **Calentamiento**

El grupo deberá realizar una técnica de respiración en la cual deberá tomar aire profundamente por la nariz, mientras observamos cómo la mano colocada en el vientre se alza. Realizar una pequeña pausa y soltar el aire por la boca lentamente. Repetir esta secuencia al menos durante 5 minutos

#### **Actividad Principal (35-40 min):**

- Los adultos mayores deben formar un círculo en el cual cada uno de ellos deberá escribir su nombre con el brazo derecho y posterior a ello con su brazo izquierdo y para finalizar deberán realizarlo con ambos brazos al mismo tiempo
- Explicar a los adultos mayores las técnicas de respiración que se pueden hacer y los beneficios se trabajará por parejas, donde uno de los integrantes pondrá en práctica las técnicas aprendidas, mientras el compañero, pondrá la mano en el abdomen, en la

caja torácica y la clavícula para que sienta como entra y sale el aire en el cuerpo. Luego se cambian el rol y repiten la actividad.

- Se entregaran hojas con diferentes dibujos para pintar mándalas o colorear figuras, hasta realizar cuadros sobre lienzo o en diferentes superficies.
- Colocar ligas alrededor de los tubos de papel higiénico.

**Materiales a utilizar:**

- Hoja impresa
- Colores, témperas
- Tubos de papel
- Ligas o moños
- Música (parlantes, computador)

**Actividad de cierre (5-10 min)**

- Agradecer a cada miembro del grupo por asistir y contribuir al desarrollo de la sesión.
- Cada participante debe mencionar un sentimiento que traduzca o que evalúe el día vivenciado donde el grupo sienta la importancia de reconocerse y verbalizar los sentimientos vivenciados durante el trabajo en grupo y compartirlo con todos.

### Taller 3: Movamos nuestro cuerpo para expresa nuestro amor.

Objetivo	Actividades	Recursos	Horas	Evaluación
Aprender a regular la respiración, para trabajar la percepción del cuerpo a través de los sentidos, coordinación de los movimientos corporales, crear vínculos afectivos con el entorno y reforzar el trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los adultos mayores deben formar un círculo en el cual cada uno de ellos deberá escribir su nombre con el brazo derecho y posterior a ello con su brazo izquierdo y para finalizar deberán realizarlo con ambos brazos al mismo tiempo</li> </ul>		10 min	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a los adultos mayores las técnicas de respiración que se pueden hacer y los beneficios se trabajará por parejas, donde uno de los integrantes pondrá en práctica las técnicas aprendidas, mientras el compañero, pondrá la mano en el abdomen, en la caja torácica y la clavícula para que sienta como entra y sale el aire en el cuerpo. Luego se cambian el rol y repiten la actividad.</li> </ul>		15 min	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entregaran hojas con diferentes dibujos para pintar mándalas o colorear figuras, hasta realizar cuadros sobre lienzo o en diferentes superficies.</li> </ul>	<p>Hoja impresas</p> <p>Colores</p>	10 min	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar ligas alrededor de los tubos de papel higiénico.</li> </ul>	<p>Tubos de papel higiénico</p> <p>Ligas o moños</p>	5 min	

## **Taller 4: Percibe aquello que no puede ser visto por tus ojos.**

### **Objetivo del taller**

Potenciar y mejorar la percepción, tanto visual como auditiva y táctil.

### **Actividad Inicial (5 min)**

- Dar la bienvenida a las personas de la tercera edad.
- Realizar un recordatorio sobre la actividad de la sesión pasada.
- Se deberá discutir el día, mes, año, acordar el tiempo de cada sesión.
- Discutir acerca de una noticia del interés las personas de la tercera edad (puede utilizarse el periódico, revista o noticias de TV).

### **Calentamiento**

El grupo de participantes se organiza en círculo, con amplia distancia entre cada uno, unos detrás de otros. A la señal de los participantes se desplazaran en círculo, cantando en voz baja una melodía que todos se sepan. En forma inesperada se pronuncia un número menor a seis. Todos procuran formar grupos de tres, tomándose de las manos.

### **Actividad Principal (25-30 min):**

- La persona visualiza a una persona realizando una secuencia de golpes a modo de melodía. Por otro lado, escucha distintas secuencias de sonidos.
- Aparece en una pantalla un símbolo durante un breve periodo de tiempo. Posteriormente, se presenta un conjunto de símbolos y la persona deberá identificar.
- Nombrar los colores de las fichas recordando por donde va cada una de ellas tomando de ejemplo los modelos mediante la reproducción de plantillas.

**Materiales a utilizar:**

- Palos de madera
- Celular
- Fichas impresas y plastificadas
- Botones de colores
- Corazones de cartulina color rojo

**Actividad de cierre (5-10 min)**

- Entrega a cada participante un corazón de cartulina y les pide que escriban su nombre en él, se le pide a los participantes que observen a sus compañeros, que recuerden los momentos vividos durante el curso, los días de trabajo, las tareas compartidas, las actividades realizadas, los momentos de risa, los de cansancio, los de aprendizaje. A partir de estos recuerdos se les pide que elijan por afinidad a un compañero al que le ofrecen su corazón



#### Taller 4: Percibe aquello que no puede ser visto por tus ojos.

Objetivo	Actividades	Recursos	Horas	Evaluación
Potenciar y mejorar la percepción, tanto visual como auditiva y táctil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona visualiza a una persona realizando una secuencia de golpes a modo de melodía. Por otro lado, escucha distintas secuencias de sonidos.</li> </ul>	Palos de madera	10 min	Identificar los movimientos que ha visto y realizar de forma que coincidan tanto el golpeteo como el sonido.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparece en una pantalla un símbolo durante un breve periodo de tiempo. Posteriormente, se presenta un conjunto de símbolos y la persona deberá identificar.</li> </ul>	Celular	10 min	Identificar en el menor tiempo posible el símbolo que se presentó.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombrar los colores de las fichas recordando por donde va cada una de ellas tomando de ejemplo los modelos mediante la reproducción de plantillas.</li> </ul>	Fichas impresas y plastificadas. Botones de colores	10 min	Formar la mitad de figuras en las fichas en un tiempo proporcionada por el terapeuta sin observar la plantilla.

## REFERENCIAS

- Acosta, J. (2016). *Introducción en la legislación ecuatoriana del divorcio por mutuo consentimiento realizado ante notario para cónyuges que tengan hijos menores de edad o bajo su dependencia*. Universidad de las Américas. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6692/1/UDLA-EC-TAB-2016-101.pdf>
- Alajo, H. (2017). *Efecto del divorcio de los padres en el proceso enseñanza aprendizaje de los niños y niñas de educación inicial*. Universidad Técnica de Cotopaxi. Obtenido de <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/3886/1/T-UTC-0466.pdf>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6. Obtenido de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Andrade, P., & Rodríguez, P. (2018). *Estilos de afrontamiento en estudiantes de padres divorciados de educación general básica de la Unidad Educativa San Felipe Neri. Riobamba, octubre 2017- marzo 2018*. Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5207/1/UNACH-FCEHT-TG-P.EDUC-2018-000043.pdf>
- Arámbulo, I. (2016). *Estrategias de afrontamiento aplicadas a niños, niñas y familias que se encuentran en proceso de divorcio*. Universidad Técnica de Machala. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8758>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (6a ed.). Caracas, Venezuela: Episteme. Obtenido de <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-C3%93N-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Arica, R. (2015). *Afrontamiento de los hijos frente al divorcio de sus padres*. Universidad Técnica de Machala. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/4240/1/CD00533-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>

- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2012). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. (J. López, Ed.) España: Sociedad española de Geriatria y Gerontología. Obtenido de <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Aspiazu, C. (2018). *Análisis de los síntomas clínicos psicológicos que presentan las parejas en proceso de divorcio que acuden al Centro de Servicios Especializados de Protección Especial, MIES, de la ciudad de Ambato*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato.
- Aspiazu, C. (2018). *Análisis de los síntomas clínicos psicológicos que presentan las parejas en proceso de divorcio que acuden al Centro de Servicios Especializados de Protección Especial, MIES, de la ciudad de Ambato*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato. Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2422/1/76701.pdf>
- Barbosa, M. (2014). *Rompamos el misterio, la depresión no discrimina: campaña de comunicación para informar y sensibilizar sobre la depresión como enfermedad mental*. Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3848/1/112466.pdf>
- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Batalla, J. (2015). *Separación-divorcio como crisis paranormativa del ciclo vital y su incidencia en el desarrollo social y afectivo de niños de 7 a 12 años*. Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13149/1/TESIS%20DE%20JOHANNA%20BATALLA.pdf>

- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*(105), 171-188. Obtenido de <http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/download/119/149>
- Bernabéu, E. (2017). La atención y la memoria como claves del proceso de aprendizaje aplicaciones para el entorno escolar. *ReiDoCrea*, 6(2), 16-23. Obtenido de <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-2-3.pdf>
- Budson, A., & Price, H. (2005). Disfunción de memoria. *New England Journal of Medicine*. (352), 692-9. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/memory\\_dysfunction\\_espenol.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/memory_dysfunction_espenol.pdf)
- Cabezas, E., Andrade, D., & Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Ecuador: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Obtenido de <http://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*(29), 182-191.
- Castillo, L. (2018). *Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IEES*. . Universidad Técnica de Ambato.
- Centro de Prevención de deterioro cognitivo del instituto de salud pública de Madrid. (2019). Obtenido de <https://www.estevefarma.com/paciente-cuidador/cuadernos-de-ejercicios-de-estimulacion-cognitiva>.
- Cobo, P., & Mena, P. (2012). *Depresión y ansiedad en mujeres que acuden a consulta por infertilidad en la Clínica de infertilidad y esterilidad INFES, medido por el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Autoaplicada de Ansiedad de Zung*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7310/11.27.001100.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

- Código Civil. (19 de junio de 2015). Ecuador: Registro Oficial Suplemento 526. Obtenido de <https://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/08-Codigo-Civil.pdf>
- Da Silva, D. (2017). *El estudio de las funciones ejecutivas en una población colombiana de niños y niñas de 7 a 11 años: su valor predictivo en el rendimiento escolar*. Universitat Autònoma de Barcelona. Obtenido de [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl\\_10803\\_461298/dfdsmlde1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl_10803_461298/dfdsmlde1.pdf)
- Dávila, E., Ojeda, J., Fosado, E., Soto, V., & Hernández, C. (2012). Morbilidad cognitiva en el anciano y su relación con la anestesia. *MediSur, 10*(5), 405-411.
- Durán, J., & Mora, M. (2018). *Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de casas de acogida, Cuenca 2016*. Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28898/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Editorial Manual Moderno. (2019). *Editorial Manual Moderno*. Obtenido de <https://www.manualmodernodistribuidoraeelefante.com/nam-neuropsi-atencion-y-memoria-ostrosky-294-p.asp>
- Escapa, S. (2017). Los efectos del conflicto parental después del divorcio sobre el rendimiento educativo de los hijos. *Revista Especializada de Investigación Sociológica*(158), 41-58. Obtenido de [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_158\\_031491547705524.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_158_031491547705524.pdf)
- Espinoza, C., & Vacacela, M. (2014). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. *Investigatio*(5), 93-109. Obtenido de <http://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/39/39>
- Espinoza, C., & Vacacela, M. (2014). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. *Investigatio*(5), 93-109.
- Fajardo, K., & Rosado, A. (2017). *Factores asociados al deterioro cognitivo en los adultos mayores*. Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador.

- Fernandez, A. (2014). Neuropsicología de la atención. Conceptos, alteraciones y evaluación. *Revista Argentina de Neuropsicología*(25), 1-28. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/273970215\\_Neuropsicologia\\_de\\_la\\_atencion\\_Conceptos\\_alteraciones\\_y\\_evaluacion/download](https://www.researchgate.net/publication/273970215_Neuropsicologia_de_la_atencion_Conceptos_alteraciones_y_evaluacion/download)
- García, M. (2018). *El papel del apego y el afrontamiento en los divorcios conflictivos*. Universidad Pontificia Comillas. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31687/TFM001029.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, M., Moya, L., & Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- Gómez, N., Bonnin, B., Gómez, M., Yáñez, B., & González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 4(2), 12-17.
- González, M. (2016). Aspectos jurídicos del divorcio difícil. En AEPap (Ed.), *Curso de actualización Pediatría 2016* (págs. 39-44). Madrid: Lúa Ediciones.
- Grupo de trabajo de la GPCMDA . (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Obtenido de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Guapisaca, D., Guerrero, J., & Idrovo, P. (2014). *Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca*. Universidad de Cuenca .
- Hernández, I., Soto, M., & Castro, I. (2010). *Envejecimiento normal y depresión clínica en el adulto mayor*. Universidad Bolivariana, Santiago de Chile. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Isaias\\_Hernandez\\_Olmedo/publication/220024709\\_Envejecimiento\\_Normal\\_y\\_Depresion\\_Clinica\\_en\\_el\\_Adulto\\_Mayor/links/0d](https://www.researchgate.net/profile/Isaias_Hernandez_Olmedo/publication/220024709_Envejecimiento_Normal_y_Depresion_Clinica_en_el_Adulto_Mayor/links/0d)

1c84f40372bc8c04000000/Envejecimiento-Normal-y-Depresion-Clinica-en-el-Adulto-Mayor.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metología de la investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana editores.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Anuario de estadísticas vitales: matrimonios y divorcios 2011*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Matrimonios\\_Divorcios/Publicaciones/Anuario\\_Matrimonios\\_y\\_Divorcios\\_2011.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Matrimonios_Divorcios/Publicaciones/Anuario_Matrimonios_y_Divorcios_2011.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (02 de junio de 2017). Los divorcios crecieron 83,45% en diez años en Ecuador. *Noticias INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/los-divorcios-crecieron-8345-en-diez-anos-en-ecuador/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Registro Estadístico de Matrimonios y Divorcios 2017*. INEC. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Matrimonios\\_Divorcios/2017/Presentacion\\_Principales\\_Resultados.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Matrimonios_Divorcios/2017/Presentacion_Principales_Resultados.pdf)

Jara, M. (s.f.). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4-14. Obtenido de [https://www.academia.edu/attachments/31565272/download\\_file?st=MTU1NzQyMTc1NywxODYuNC4yNDkuMTY2LDU1MDkxNDUw&s=swp-toolbar](https://www.academia.edu/attachments/31565272/download_file?st=MTU1NzQyMTc1NywxODYuNC4yNDkuMTY2LDU1MDkxNDUw&s=swp-toolbar)

Jerez, D. (2017). *Las habilidades sociales y el rendimiento académico de los estudiantes del noveno año de educación básica de la Unidad Educativa Tomás Sevilla, de la parroquia Unamuncho, del cantón Ambato, provincia de Tungurahua*. Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25939/1/Jerez%20Camino%20Daniel%20Sebasti%c3%a1n%201803987765.pdf>

- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *Try this: Serie de evaluación general*. Obtenido de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>
- Landero, R., & González, M. (2012). Matrimonio, separación, divorcio, monoparentalidad. En M. Ribeiro, R. Landero, & T. Blöss (Edits.), *El divorcio: procesos, causas y consecuencias* (págs. 37-58). Universidad Autónoma de Nuevo León y Clave Editorial. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/282861996\\_El\\_divorcio\\_Procesos\\_causas\\_consecuencias](https://www.researchgate.net/publication/282861996_El_divorcio_Procesos_causas_consecuencias)
- Lara, M. (2015). La comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades. En M. Medina, E. Sarti, & T. Quintanar, *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (págs. 29-38). México: Academia Nacional de Medicina.
- León, G. (2016). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo – Ecuador. *Centro de Biotecnología*, 5(1), 31-39.
- Martínez, D. (2018). *Eficiencia del programa "Estimulación cognitiva para adultos" en el incremento del funcionamiento cognitivo de adultos mayores del centro de atención "Mis años dorados"*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción.
- Moreno, D. (2016). *Relación entre la memoria de trabajo, la planificación y el aprendizaje matemático*. Universidad Internacional de la Rioja, Neuropsicología y Educación. Tunja - Colombia: UNIR. Obtenido de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/4561/MORENO%20ARIAS%2c%20DIANA%20CAROLINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muelas, A. (2014). Influencia de la memoria y las estrategias de aprendizaje en relación a la comprensión lectora en estudiantes de educación primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 6(1), 343-350.
- Neurohealth International. (2011). *Evaluación del funcionamiento cognitivo. Evaluación neuropsicológica breve en español*. Neuropsi. Lima: Instituto Neuroscience. Obtenido de <https://www.academia.edu/33075916/NEUROPSICOLOGIA>



- Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Envejecimiento poblacional mundial*. Nueva York: ONU. Obtenido de [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2006). Género y envejecimiento. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>. Accedido el 15 agosto 2006.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. *Prensa OMS*. Obtenido de <https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales*. PAHO y OMS. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Ortiz, D. (2015). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Sophia*(19), 93-110. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846096005.pdf>
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J., & Colunga, C. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 3-10. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/311811396\\_Psicogerontologia\\_y\\_trabajo\\_anticipado\\_del\\_envejecer/download](https://www.researchgate.net/publication/311811396_Psicogerontologia_y_trabajo_anticipado_del_envejecer/download)
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. España: McGraw-Hill/Interamericana S.A.U. Obtenido de <http://www.universidadcultural.com.mx/online/claroline/backends/download.php?url=L05ldXJvcHNpY29sb2dpYV9JbnRyby4ucGRm&cidReset=true&cidReq=DLP7>

- Redacción Regional Centro. (19 de junio de 2017). En Cotopaxi, de enero a mayo se registraron 284 divorcios. *El telégrafo*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/193/1/en-cotopaxi-de-enero-a-mayo-se-registraron-284-divorcios>
- Ribeiro, M. (2012). Tendencias sociodemográficas del divorcio en Nuevo León. En M. Ribeiro, R. Landero, & T. Blöss (Edits.), *El divorcio: procesos, causas y consecuencias* (págs. 15-36). Universidad Autónoma de Nuevo León y Clave Editorial. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/282861996\\_El\\_divorcio\\_Procesos\\_causas\\_consecuencias](https://www.researchgate.net/publication/282861996_El_divorcio_Procesos_causas_consecuencias)
- Rodas, J. (2016). *Los niños de edad escolar, en el conflicto del fenómeno del divorcio*. Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25034/1/tesis.pdf>
- Rodríguez, H., Luján, I., Díaz, C., Rodríguez, J., & González, Y. (2018). Satisfacción familiar, comunicación e inteligencia emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1). Obtenido de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349855553013/349855553013.pdf>
- Ruiz, D., Zegbe, J., & Sánchez-Morales, F. C.-I. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*(29), 73-78. Obtenido de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/29/029\\_RuizSalinasPolanco.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf)
- Ruiz, X. (2016). *El divorcio sin expresión de causal en la legislación ecuatoriana*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato. Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1821/1/76324.pdf>
- Salinas, V. (2018). Hacia la medición del riesgo de disolución del matrimonio en Chile. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 33(3), 769-798 . Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v33n3/2448-6515-educm-33-03-769.pdf>

- Sánchez, J., Vásquez, D., & Zúñiga, J. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Universidad de Cuenca.
- Sosa, A., & Acosta, I. (2015). La salud mental del adulto mayor. En M. Medina, E. Sarti, & T. Quintanar, *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (págs. 101-112). México: Academia Nacional de Medicina.
- Tiberius, J. (2016). *Memoria, Lenguaje y otras Capacidades Intelectuales* (Tercera ed., Vol. 3). Molwick.
- Trujillo, P., Esparza, S., Benavides, R., Villarreal, M., & Castillo, R. (2017). Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Investigación*, 14(89), 1-10.
- Tupiza, I. (2015). *La relación entre el grado de funcionalidad y depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro hogar de vida I de la fundación patronato municipal San José*. . Universidad Central del Ecuador.
- Urrutia, K. (2019). *Severidad del deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la ciudad de Ambato. Análisis en función a la edad y el sexo*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato.
- Villarreal, I. (2018). *Perfil epidemiológico del adulto mayor de la provincia de Tungurahua en el 2016*. Universidad Técnica de Ambato.
- Villalba, S., & Espert, R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una revisión neuropsicológica. Obtenido de <http://gamisolution.es/wp-content/uploads/2016/06/Dialnet-EstimulacionCognitivaUnaRevisionNeuropsicologica-5149523.pdf>
- Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria (semFYC, 1999) Demencias España: Barcelona página 111.

## ANEXOS

### Anexo A. Resultados adicionales

Tabla. Resultados del test Neuropsi según la Escolaridad

		Normal Alto	Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
<b>Nula</b>	Recuento	0	8	9	1	0	18
	% del total	,0%	8,0%	9,0%	1,0%	,0%	18,0%
<b>De 1 a 4 años</b>	Recuento	6	16	10	8	2	42
	% del total	6,0%	16,0%	10,0%	8,0%	2,0%	42,0%
<b>de 5 a 9 años</b>	Recuento	5	12	3	3	2	25
	% del total	5,0%	12,0%	3,0%	3,0%	2,0%	25,0%
<b>De 10 a 24 años</b>	Recuento	6	8	0	1	0	15
	% del total	6,0%	8,0%	,0%	1,0%	,0%	15,0%
<b>Total</b>	Recuento	17	44	22	13	4	100
	% del total	17,0%	44,0%	22,0%	13,0%	4,0%	100,0%

Tabla N° 13. Resultados del test Neuropsi según la Escolaridad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Se observan las categorías de Funcionamiento cognitivo de acuerdo con la escolaridad de la muestra evaluada. La mayoría de los sujetos tiene un funcionamiento cognitivo Normal. El deterioro cognitivo Leve se presenta en una mayor cantidad de sujetos con escolaridad Nula y de 1 a 4 años, lo mismo sucede con el deterioro de nivel Moderado. En sujetos con mayor nivel de escolaridad se observa una prevalencia menor de deterioro cognitivo.

Tabla. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\* Escolaridad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	24,489 <sup>a</sup>	12	,017

Tabla N° 14. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\* Escolaridad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Según la prueba de chi cuadrado realizada para estas variables, la relación que presentan es estadísticamente significativa, por lo que se puede afirmar que el Deterioro cognitivo y la Escolaridad se presentan bajo una relación de dependencia en la muestra evaluada.

Tabla. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Escolaridad

		No hay depresión	Depresión probable	Depresión establecida	Total
<b>Nula</b>	Recuento	6	10	2	18
	% del total	6,0%	10,0%	2,0%	18,0%
<b>De 1 a 4 años</b>	Recuento	29	11	2	42
	% del total	29,0%	11,0%	2,0%	42,0%
<b>de 5 a 9 años</b>	Recuento	22	2	1	25
	% del total	22,0%	2,0%	1,0%	25,0%
<b>De 10 a 24 años</b>	Recuento	9	5	1	15
	% del total	9,0%	5,0%	1,0%	15,0%
<b>Total</b>	Recuento	66	28	6	100
	% del total	66,0%	28,0%	6,0%	100,0%

Tabla N° 15. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Escolaridad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

En cuanto a los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica en relación con la Escolaridad, se aprecia una mayor prevalencia de depresión tanto Probable como Establecida en el porcentaje de la muestra con menor nivel de escolaridad (Nula y de 1 a 4 años).

Tabla. Prueba de chi cuadrado Depresión\*Escolaridad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	14,608a	6	,024

Tabla N° 16. Prueba de chi cuadrado Depresión\*Escolaridad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

El cálculo de la prueba de chi cuadrado para diagnosticar la relación entre la Depresión y la Escolaridad arroja un valor de  $p < ,05$ , por lo cual se considera que la relación es estadísticamente significativa.

Tabla. Prueba de chi cuadrado Edad\*Depresión

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	7,052 <sup>a</sup>	8	,531

Tabla N° 17. Prueba de chi cuadrado Edad\*Depresión

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

Se realizó el cálculo de la correlación de las variables Depresión y Edad, y esta resultó ser no significativa, por cuanto el valor de  $p > ,05$ . Se reporta este dato, así como los datos de

la tabla siguiente, por motivos que se presentarán en la discusión e interpretación de los resultados.

Tabla. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Edad

		No hay depresión	Depresión probable	Depresión establecida	Total
<b>60 a 65 años</b>	Recuento	11	1	0	12
	% del total	11,0%	1,0%	,0%	12,0%
<b>66 a 70 años</b>	Recuento	23	8	2	33
	% del total	23,0%	8,0%	2,0%	33,0%
<b>71 a 75 años</b>	Recuento	12	9	2	23
	% del total	12,0%	9,0%	2,0%	23,0%
<b>76 a 80 años</b>	Recuento	14	8	2	24
	% del total	14,0%	8,0%	2,0%	24,0%
<b>81 años en adelante</b>	Recuento	6	2	0	8
	% del total	6,0%	2,0%	,0%	8,0%
<b>Total</b>	Recuento	66	28	6	100
	% del total	66,0%	28,0%	6,0%	100,0%

Tabla N° 18. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica según la Edad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

En la Tabla 18 se observa cómo se presentan las categorías de la Escala de Depresión Geriátrica en función de los grupos etarios según los cuales se clasificó a los participantes. La depresión establecida se observa en el rango de los 66 a los 80 años, mientras que hay depresión probable en unos 28% de la muestra, distribuidos en todos los rangos etarios. El grupo mayoritario no presenta síntomas de depresión. Si bien estas variables no están correlacionadas, como se indicó anteriormente, son datos que resultarán importantes a nivel de la discusión.

Tabla. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Edad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,404 <sup>a</sup>	16	,000

Tabla N° 19. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Edad

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

El cálculo de la prueba de chi cuadrado para las variables Edad y Funciones cognitivas resultó significativo, dado que el valor de  $p < ,05$ . Esto indica que existe una relación de dependencia entre la Edad y el funcionamiento cognitivo.

Tabla. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,455 <sup>a</sup>	4	,022

Tabla N° 20. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Sexo

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

El cálculo de la correlación chi cuadrado para las variables Sexo y Funciones cognitivas, cuyo resultado se observa en la Tabla 20, indica que los valores mostrados anteriormente son estadísticamente significativos, y el valor de  $p < ,05$  indica que existe una correlación entre estas dos variables.

Tabla. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Ocupación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	20,070 <sup>a</sup>	8	,010

Tabla N° 21. Prueba de chi cuadrado Funciones cognitivas\*Ocupación

Fuente: Investigación

Elaborado por: La investigadora

La correlación de chi cuadrado para las variables Funcionamiento cognitivo y Ocupación, resultó ser estadísticamente significativa, por cuanto el valor de  $p < ,05$ . Esto indica que hay una relación de dependencia entre las variables.



**UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación titulada Depresión y funciones cognitivas en personas de la tercera edad del Barrio “San Francisco de Quito“ de la Ciudad de Quito, en el año 2019 tiene como objetivo identificar el funcionamiento cognitivo y evaluar el estado emocional de los participantes.

Para lograr estos objetivos se utilizarán dos encuestas con un tiempo estimado de aplicación de 95 minutos.

El único beneficio que se obtendrá de la presente investigación es de carácter científico que permitirá la elaboración de estrategias de intervención para mantener y potenciar el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor.

La investigación no conlleva ningún riesgo para el participante.

En todo momento se respetará estrictamente la confidencialidad. El nombre del participante no será utilizado en ningún informe o publicación de los resultados de la investigación.

La participación es absolutamente voluntaria y el participante puede retirarse de la investigación en el momento que lo considere oportuno sin ninguna consecuencia por esta decisión.

Para expresar mi consentimiento de participar en la investigación firmo la presente:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha



**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN  
ESPAÑOL  
NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardau y  
Dra. Mónica Roselli

**DATOS GENERALES**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
LATERALIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS**

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cual y la dosis:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial                        | <input type="checkbox"/> Traumatismos craneoencefálicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                                  | <input type="checkbox"/> Tiroidismo                     |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia                           | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares   |
| <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual o<br>auditiva. | <input type="checkbox"/> Otros                          |

**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN  
ESPAÑOL  
NEUROPSI**

Dra. Peggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardau y  
Dra. Mónica Rosselli

**PROTOCOLO DE APLICACIÓN**

ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

**I.- ORIENTACIÓN**

	Respuesta	Puntaje
A.-Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
B.-Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0 1
	¿En qué lugar estamos? _____	0 1
C.-Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0 1
<b>TOTAL</b> _____		<b>(6)</b>

**II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**

**A.-DÍGITOS EN REGRESIÓN**

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-3-2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta	Respuesta	
6-3-5-9-1 _____ 5	5-2-7-9-1-8 _____ 6	
3-8-1-6-2 _____ 5	1-4-9-3-2-7 _____ 6	
<b>TOTAL</b> _____		<b>(6)</b>

**B.-DETECCIÓN VISUAL**

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES \_\_\_\_\_  
 TOTAL DE ACIERTOS \_\_\_\_\_

**C.- 20-3**

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_ (5)

**III. CODIFICACIÓN**

**A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA**

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

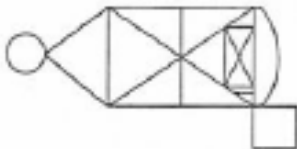
Proporcione los tres ensayos.

**1. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA**

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUSIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____	_____	_____	TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2o. ensayo	3er. ensayo	

**B.- PROCESO VISIOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)**

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

**IV.- LENGUAJE**

**A.-DENOMINACIÓN**

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta		
CHIVO	0	1	_____	LLAVE	0	1	_____
GUIARRA	0	1	_____	SERPIENTE	0	1	_____
TROMPETA	0	1	_____	RELOJ	0	1	_____
DEDO	0	1	_____	BICICLETA	0	1	_____
				TOTAL	_____ (8)		

**NOTA:** SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE: "¿QUÉ ES ESTO?"

**LAPIZ, RELOJ, BOTÓN, TECHO, CODO, TOBILLO, ZAPATO, LLAVE**

1	2	3	4	5	6	7	8	
							TOTAL	_____ (8)

**B.-REPETICIÓN**

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje	
Sol.....	_____	0	1
Ventana.....	_____	0	1
El niño llora.....	_____	0	1
El hombre camina lentamente por la calle.....	_____	0	1
		TOTAL	_____ (4)

**C.-COMPRESION**

Presente la lamina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo "bolita" y "cuadro".

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y un cuadrado.....	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande.....	0	1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande.....	0	1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1
TOTAL.....		(6)

**D.-FLUIDEZ VERBAL**

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra "F" sin que sean nombres propios o palabras derivadas (y. gr. familia, familiar).

Nombres de animales:		Palabras que inician con "F"	
1. _____	15. _____	1. _____	15. _____
2. _____	16. _____	2. _____	16. _____
3. _____	17. _____	3. _____	17. _____
4. _____	18. _____	4. _____	18. _____
5. _____	19. _____	5. _____	19. _____
6. _____	20. _____	6. _____	20. _____
7. _____	21. _____	7. _____	21. _____
8. _____	22. _____	8. _____	22. _____
9. _____	23. _____	9. _____	23. _____
10. _____	24. _____	10. _____	24. _____
11. _____	25. _____	11. _____	25. _____
12. _____	26. _____	12. _____	26. _____
13. _____	27. _____	13. _____	27. _____
14. _____	28. _____	14. _____	28. _____
TOTAL SEMÁNTICO _____		TOTAL FONOLÓGICO _____	
INTRUSIONES _____		INTRUSIONES _____	
PERSEVERACIONES _____		PERSEVERACIONES _____	

## V.- LECTURA

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Respuesta	Puntaje
¿Porqué se ahogó el gusano?	_____	0 1
¿Qué pasó con el otro gusano?	_____	0 1
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0 1
	TOTAL _____	(3)

## VI.- ESCRITURA

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Puntaje
DICTAR: El perro camina por la calle	0 1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0 1
	TOTAL _____ (2)

## VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS

### A.- CONCEPTUAL

#### 1.- SEMEJANZAS

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. "silla-mesa... son muebles".

	Respuesta	Puntaje
naranja-pera	_____	0 1 2
perro-caballo	_____	0 1 2
ojo-nariz	_____	0 1 2
	TOTAL _____	(6)

#### 2.-CALCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuanto es $13 + 15$ ? (26).....	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuanto le quedó? (7).....	_____
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____
	TOTAL _____ (3)

### 3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

TOTAL \_\_\_\_\_ (1)

### B.-FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

#### 1.- CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MANO

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo

2 = Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

TOTAL \_\_\_\_\_ (4)

#### 2.- MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo desautomatizado

2 = Lo hizo correctamente

TOTAL \_\_\_\_\_ (2)

#### 3.- REACCIONES OPUESTAS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

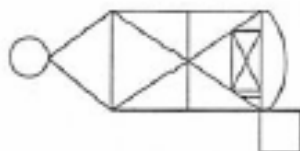
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL \_\_\_\_\_ (2)

### VIII.-FUNCIONES DE EVOCACIÓN

#### A.-MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

## B.- MEMORIA VERBAL

### 1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____		
					TOTAL _____ (6)

### 2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____	
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____	
animales	_____			
				TOTAL _____ (6)

### 3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenezcan a la serie memorizada anteriormente.

Boca	_____	codo*	_____	zorro	_____	vaca*	_____
Gato*	_____	arbol	_____	mamo*	_____	flor	_____
Carra	_____	gallo	_____	fresa*	_____		
Pera*	_____	lapiz	_____	ceja	_____		
INTRUSIONES _____				TOTAL _____ (6)			





Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

Por favor conteste con honestidad las siguientes preguntas:

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>		