



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

TEMA:

**LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO
DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERTAD DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA
CENTRO NORTE COTOPAXI**

Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo General

Autor

Rodas Castillo Mauricio José

Tutor

Dr. Betancourt Ulloa Fernando Renato, Mg

AMBATO - ECUADOR

2020

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

Yo, **Mauricio José Rodas Castillo**, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado **“La Depresión y su influencia en el Deterioro Cognitivo de los Adultos Mayores Privados de la Libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi”**, 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).

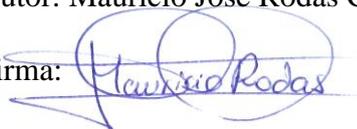
Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

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 Ambato, a los 27 días del mes de mayo del 2020, firmo conforme:

Autor: Mauricio José Rodas Castillo

Firma:



Número de Cédula: 180426399-2

Dirección: Tungurahua, Ambato

Correo Electrónico: mauriciorodas1992@gmail.com

Teléfono: 0983329613 / 0981839195

APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Yo, Betancourt Ulloa Fernando Renato, con C.I #180217681-6, en mi calidad de tutor del 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 **“LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI”**, desarrollado por Rodas Castillo Mauricio José, 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.

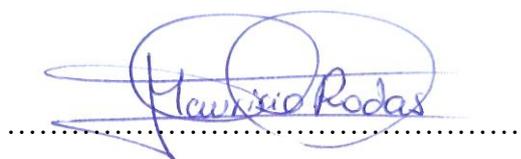
Ambato, 27 de mayo del 2020


.....
Dr. Betancourt Ulloa Fernando Renato, Mg.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Universidad Tecnológica Indoamérica de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Ambato, 27 de mayo del 2020



Mauricio José Rodas Castillo

180426399-2

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI”**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:



.....

Ps. Cl. Gabriela Lorena Abril Lucero Mg.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



.....

Dra. Norma Dalinda Escobar Parra Mg.

VOCAL



.....

Ps. Cl. Verónica Nataly Hidalgo Vásquez

VOCAL

Ambato, 27 de mayo del 2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo principalmente a Dios por darme la oportunidad de llegar a cumplir una meta propuesta en mi vida. A mis padres por su amor, trabajo y sacrificio diario de cada uno de ellos, a su vez por el esfuerzo arduo que han tenido en formarme con los buenos sentimientos, costumbres y valores, siendo ellos un pilar fundamental que han permitido salir adelante en cada momento de mi vida y así lograr mis metas y objetivos planteados. A mis hermanas y hermano por su apoyo moral, compañía y cariño cuales han hecho de mi vida un espacio placentero y bonito, cual espero ser un modelo guía de su camino.

Y a todas aquellas personas que fueron formando parte de mi vida durante el proceso de mi formación profesional, ya que de alguna manera

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

También doy gracias a mi padre y a mi madre por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por ser los dos un excelente ejemplo de vida a seguir.

De igual manera mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Tecnológica Indoamérica, a cada uno mis maestros que con sus valiosos conocimientos en el transcurso de mi formación han logrado que crezca día a día como profesional, gracias por su apoyo incondicional, dedicación y amistad.

INDICE DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA	i
APROBACION DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	14

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA.....	16
CONTEXTUALIZACIÓN	17
ANTECEDENTES	20
FUNDAMENTACIONES	22
FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	22
FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	23
JUSTIFICACIÓN	25
OBJETIVOS	27
OBJETIVO GENERAL.....	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
MARCO CONCEPTUAL	28
DEPRESIÓN	28
DEFINICIÓN	28
SINTOMATOLOGÍA	29
CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	30
DISTIMIA	30
CICLOTIMIA O TRASTORNO DEPRESIVO ESTACIONAL	32
FACTORES DE RIESGO	34
NEUROTRANSMISORES	35

DETERIORO COGNITIVO.....	37
SINTOMATOLOGÍA	38
NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO	41
TIPOS DE ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS	43
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA.....	46
DISEÑO DEL TRABAJO	46
ÁREA DE ESTUDIO	47
POBLACIÓN	47
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	48
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS).....	48
NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA (6 A 85 AÑOS).....	49
PROCEDIMIENTOS PARA OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	51
ACTIVIDADES.....	51
CAPÍTULO III	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	52
COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS	55
DECISIÓN.....	58
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES.....	61
DISCUSIÓN	63
CAPÍTULO V	
PROPUESTA	65
TEMA DE PROPUESTA.....	65
JUSTIFICACIÓN	65
OBJETIVOS	67
GENERAL.....	67
ESPECÍFICOS.....	67
ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA.....	67

SUSTENTACIÓN TEÓRICA.....	69
MODELO DE PROTOCOLO PSICOTERAPÉUTICO.....	70
MODELO DE PROTOCOLO PSICOTERAPÉUTICO.....	73
DESARROLLO DEL PROTOCOLO PSICOTERAPÉUTICO.....	78
SESIÓN #01	78
SESIÓN #02	81
SESIÓN #03	84
TIEMPO: 20 MIN.....	84
SESIÓN #04	87
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	94

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población	47
Tabla 2 Interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	49
Tabla 3 Clasificación de Puntuaciones Normalizadas	50
Tabla 4 Depresión.....	52
Tabla 5 Deterioro Cognitivo	54
Tabla 6 Grado de libertad	56
Tabla 7 Frecuencias Observadas Depresión con Deterioro Cognitivo	56
Tabla 8 Frecuencias Chi Cuadrado Depresión con Deterioro Cognitivo.....	57
Tabla 9 Chi experimental.....	57
Tabla 10 Plan Operativo	72
Tabla 11 Cronograma terapéutico.....	76

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 población	48
Gráfico 2 depresión.....	52
Gráfico 3 deterioro cognitivo.....	54
Gráfico 4 verificación de chi2.....	58

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

TEMA: “LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI”

AUTOR: Mauricio José Rodas Castillo

TUTOR: Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa Mg

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene la intención de comprobar la influencia de la depresión en el deterioro cognitivo de los adultos mayores que son privados de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, se recabó la información necesaria y se determinó que el nivel de depresión de la población oscila entre leve y moderada; para la obtención de datos se utilizó dos instrumentos psicométricos la Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage y el test Neuropsi versión breve (atención y memoria). Donde se pudo identificar que la mitad de los individuos posee un nivel moderado de deterioro cognitivo. Gracias al método del Chi-cuadrado se pudo concluir la relación entre las variables mencionadas. Sobre la base de estos resultados se pretende realizar talleres psicoeducativos para mantener un nivel cognitivo apto en los adultos mayores privados de libertad.

DESCRIPTORES: Adulto mayor, Depresión, Funciones cognitivas, Geriatria.

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

THEME: “THE DEPRESSION AND ITS INFLUENCE IN THE COGNITIVE DETERIORATION OF THE ELDERLY PERSONS DEPRIVED OF THE FREEDOM OF CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI”

AUTHOR: Mauricio José Rodas Castillo

TUTOR: Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa Mg

ABSTRACT

The present research paper is intended to check the influence of depression on cognitive decline of older adults who are deprived of the freedom of the Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, the necessary information and determined that the level of depression in the population ranges from mild to moderate; for data collection was used two psychometric instruments the Yesavage GDS Geriatric Depression Scale and the Neuropsi brief version test (attention and memory). Where half of individuals could be identified as possessing a moderate level of cognitive decline. Thanks to the Chi-square method, the relationship between the aforementioned variables could be concluded. Based on these results it is intended to conduct psycho-educational workshops to maintain a cognitive level suitable in elderly adults deprived of liberty.

KEYWORDS: Cognitive functions, depression, elderly, geriatrics.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno que se da en todas las personas en algún momento en el transcurso de su vida, debido al cambio de emociones que sufre el individuo, este tiene síntomas psicológicos y patológicos, estos consisten en fatiga, tensión muscular, problemas en la vigilia y aislamiento social. Se puede manifestar en cualquier ámbito, escolar, familiar, laboral y mucho más en un centro de rehabilitación social, por no tener un estilo de vida satisfactorio, el manejo de la depresión es un elemento fundamental dentro de la psicología en la vida de los adultos mayores, esto ayuda a enfrentarse a situaciones de carácter adverso que se dan dentro del proceso de privación de libertad, así ayudando a darse una adaptación emocional y conductual de los mismos.

Por otro lado, se tomó en cuenta el deterioro cognitivo que es la pérdida de las funciones como la orientación, atención, pensamiento y memoria. Se manifiesta con el envejecimiento normal proceso que pasa cada persona, y depende de varios factores como los mencionados con anterioridad, el objetivo principal es investigar la depresión y la influencia en el deterioro cognitivo.

En el primer capítulo se realizó una descripción de la problemática a investigar, contiguo a la contextualización, antecedentes investigativos que certifican el trabajo, las fundamentaciones en niveles epistemológicos y psicológicos, la justificación y los objetivos planteados que fueron ejecutados durante la investigación. El segundo capítulo se abordó la metodología utilizada en la recolección y descripción de las variables estudiadas, el tipo de población y finalmente el proceso secuencial utilizado.

El capítulo tres se expuso los resultados estadísticos obtenidos mediante los instrumentos de evaluación psicológica aplicados en la población seleccionada.

El cuarto capítulo se realizó las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados que se obtuvo durante la investigación.

Para finalizar en el quinto capítulo se diseñó una propuesta sobre la base de los resultados, todo esto se basó bajo una justificación, objetivos, tema y argumentación teórica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial, se menciona que afecta a la comunidad de manera distinta con una variación habitual en el estado de ánimo, y a su vez perjudica a las respuestas emocionales breves y también las situaciones de la vida cotidiana, en especial cuando es de larga duración y de intensidad grave, causando sufrimiento, alteración de procesos laborales, en la escuela como en la familia, finalmente en casos graves conlleva al suicidio. Los adultos mayores, van presentando diferentes formas de deterioro cognitivo, mismos que pueden ser, pérdida de la memoria, falta de atención, percepción, entre otros.

El hecho de que ya no logren funcionar como cuando eran jóvenes pueden llegar a causar en la persona adulta mayor falta de sentido de utilidad y por ende llegar a desarrollar síntomas depresivos. La persona que tiene depresión presenta síntomas como pérdida de apetito, fatiga, dolores musculares, aislamiento social, problemas para conciliar el sueño, generando así dificultades en el momento de recordar eventos que han pasado en su vida, alteraciones en la atención y velocidad de procesamiento cognitivo.

En el Centro de Rehabilitación Social (CRS), se encuentra un grupo de personas adultas mayores denominado como Cabecitas Blancas, con edades comprendidas entre los 65 a 95 años, estas personas son vulnerables, ya que al estar en un aislamiento social y debido a su edad atraviesan por problemas como riñas dentro de los pabellones, esto generando preocupación, miedo y emociones negativas hacia el sentido de la vida, al privados de su libertad no solo presentaran problemas depresivos, sino también un deterioro cognitivo debido a que en la mayoría de casos no realizan actividades dentro del centro de rehabilitación social que les puedan ayudar a disminuir o a enlentecer el deterioro de los procesos antes mencionados.

Contextualización

A medida que las personas van envejeciendo, empieza a existir varios cambios, como la jubilación, situaciones estresantes, muerte de seres queridos o problemas médicos, puede ser normal el sentirse triste o estresados por los cambios, pero al hablar de dificultades como la depresión o el deterioro cognitivo afectando a la vida cotidiana de esos seres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017) se estima que la “depresión afecta a un 9,5% de la población mundial, porcentaje que aumenta si se ve asociado con otras patologías” (p.1). Es decir que este trastorno mental afecta a 350 millones personas, siendo el primer motivo de discapacidad a nivel del mundo. El mismo se manifiesta a través de tristeza, anhedonia o incapacidad para experimentar placer, culpa o falta de autoestima, falta de concentración y problemas de sueño o del apetito.

A nivel mundial, se realizó una publicación a casusa del día mundial de la salud mental, donde se identifica que una cierta cantidad de personas adultas mayores sufren de depresión y demencia, las tasas de prevalencia según la Organización Panamericana de la Salud (2017), menciona: “el 7% sufre depresión, mientras que otro 5% padece demencia, otros trastornos como la ansiedad alcanzan el 3,8% (p. 2). La incidencia de nuevos casos por año, es “un 15% en ello estudios realizados en Beijín muestran datos acumulados de cuatro años aproximadamente en donde dicha incidencia indica un 10,58%, tomando en cuenta una población de 2506 ancianos.” (Calderón, 2018, p.)

Por otro lado, la depresión manifestó un incremento sustancial en personas con antecedentes de algún grado de depresión en comparación con personas sin antecedente, en explica: “la incidencia alcanzo a 16,4, % en un periodo de 5 años, la misma que se realizó con una cohorte de individuos de 70 años” (Suecia, González, 2019, p. 22)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2019) define al deterioro cognitivo como “un síndrome que implica el daño de la memoria, intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria” (p. 1). Por ende, la demencia tiene como resultado todas las complicaciones mencionadas

antes y una de las formas más común de la misma es la enfermedad de Alzheimer. Esta resulta abrumadora no solo para quienes lo padecen, sino también para sus cuidadores y familiares, llegando a impactarlos de una forma física, psicológica, social y económica.

Es fundamental recalcar que la demencia como enfermedad en si afecta a individuos de edad avanzada alrededor de todo el mundo y por ende hay que investigar qué factores pueden desencadenarla o qué consecuencias puede llegar a tener como es el caso de la depresión.

La demencia afecta unos 50 millones de personas a nivel mundial, de las cuales alrededor del 60% residen en países de ingresos bajos y medios. Anualmente se estiman unos 10 millones de nuevos casos, de la misma manera, se calcula que un 5% y un 8% de los ciudadanos de 60 años en adelante lo padecen. Por consiguiente, la misma organización prevé que para el año 2050, la demencia alcance los 152 millones de personas (OMS, 2019, p. 1)

También refieren que en otros estudios efectuados en comunidades de Francia, Corea, Japón, España e Italia muestran cifras de prevalencia parecida siendo la tasa menor en Francia y más alta en Japón. Realizaron una investigación en donde señalan que existe un deterioro cognitivo, “entre el 4 y 5% para las personas mayores de 65 años, y esta cifra se eleva hasta un 10% si se tienen en cuenta las formas iniciales ligeras” (González, Gómez y Díaz, 2016, p.98).

A nivel nacional se ha podido identificar la distribución en porcentajes por sexo, edad y individuos que tienen enfermedad de demencia.

Existen un 16,3% de hombres mayores a 60 años que presentan un deterioro cognitivo, mientras que en mujeres la cifra es de 25,7%. Las personas que fueron diagnosticadas con demencia oscilan entre los 61 y 70 años de edad y la cifra total fue de 21,4% a nivel de todo el Ecuador, entre ellos se señala que, según el índice social, las clases bajas son los que

sufren en mayor cantidad este deterioro, teniendo un número total de 54,0% la clase indigente (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, 2019, p.1).

El interés de analizar las estadísticas de la población mencionada se percibe a impulsar la relación que tiene con el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

Existen campañas para crear conciencia de esta patología e indica que, aunque muchas personas creen que esto es un proceso normal del envejecimiento, esta creencia es errónea; “los 65 adultos mayores son diagnosticados con demencia diarios en el Ecuador. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, la cantidad alcanzó una cifra total de 130.000 personas entre Quito y Guayaquil” (Ministerio de Salud Pública Ecuatoriana, MSP, 2019, p. 1).

Según el diario La Hora en el Hospital General Docente Ambato desde enero a junio del presente año se han atendido 1.084 casos de trastornos mixtos de ansiedad y depresión. Caba, (comunicación personal, 6 de agosto del 2017) señala que son los adultos mayores que acuden en mayor cantidad a un tratamiento médico por diferentes causas, entre ellas estrés laboral, depresión, mismos que pueden ser determinados por problemas económicos o familiares.

Sánchez, (2019) refiere que fueron 28 personas las que se suicidaron entre enero y julio del año mencionado en la provincia de Tungurahua. Los últimos casos se registraron en los sectores de San Jacinto y Puerto Arturo, en el cantón Ambato. La gobernación de Tungurahua, mantienen campañas para evitar estos sucesos, sin embargo, no existen concientización de la importancia de acudir a un profesional médico en el caso de reportarse síntomas depresivos.

Esto se debe en su mayor parte a que a pesar de que es una enfermedad degenerativa, existen muchos familiares que no saben cómo cuidar a estos pacientes y por ende los admiten en asilos, en donde muchas veces no reciben la atención

adecuada para dicha enfermedad señala que “un total de 229 muertes femeninas fueron causadas por demencia y enfermedad de Alzheimer, siendo un 0,81% de las muertes totales en el mismo año en la provincia de Tungurahua” (INEC, 2019, p.4)

La depresión como tal, es común que suceda en personas adulto mayores, aunque no es normal en el envejecimiento; estos individuos pueden padecer de la enfermedad por varios motivos como la aparición de otras enfermedades como el Parkinson, enfermedades cardíacas o trastornos tiroideos, entre otros. Algunos individuos que se encuentran deprimidos pueden tener demencia, como enfermedad de Alzheimer, difícilmente se podría diferenciar los síntomas entre estos dos trastornos.

Antecedentes

El trastorno depresivo mayor es una de las enfermedades más frecuentes en cuanto a la población general, se evidencia que la padecen más de 350 millones de personas a nivel mundial, así lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS). El apareamiento de la depresión suele manifestarse en determinados períodos de la vida, especialmente adquiriendo un curso con tendencia a la recuperación, en ello la prevalencia que, según Seijas, (2014) “este tipo de problemas a nivel de la población mundial es significativa, con un 9,5 %, dato que incrementa gradualmente cuando se vincula a patologías médicas y a enfermedades crónicas” (p.67).

La prevalencia del trastorno mayor (TDM), a lo largo de las etapas de la vida como refiere (Calvo & Jaramillo, 2015) “varía del 11,1% y 14,6% proporcionalmente, lo que indica el 3% anual” (p.90). En efecto, una de las consecuencias con mayor riesgo comprobado de la TDM es que el paciente decida suicidarse, pues si sufre un nivel de depresión evidente, incrementa veinte veces más la posibilidad de causar daños severos.

En una investigación realizada por Saldaña et ál., (2017), en donde participaron retrospectivamente a 336 pacientes (296 pacientes < 85 años frente a 40 pacientes

>= 85 años) que habían sido remitidos en su mayoría desde la atención primaria. El rendimiento cognitivo se midió mediante el test mini mental de Folstein, y la situación clínica global (cognitiva y funcional), mediante la escala de estadificación clínica de la demencia. Los pacientes muy ancianos estudiados en la consulta de neurología presentan con mayor frecuencia deterioro cognitivo, a pesar de tener un tiempo de evolución y una sintomatología similar. Los participantes del estudio que presentaban mayor edad tenían una situación más complicada que los de primera visita y se identificaba con mayor frecuencia una demencia, mientras que otros con menor edad una alteración cognitiva leve; es así que las personas adulto mayores tienen mayor dependencia en cuanto a las actividades esenciales como ir al baño, el aseo personal, subir o bajar gradas.

Una vez revisadas las investigaciones pertinentes se puede concluir que la demencia es una problemática que no solo afecta a los adultos mayores del país, sino también de otras partes del mundo. Se la ha normalizado como algo simplemente de la edad avanzada, cuando la realidad es que este no es un resultado de la misma, sino que puede ser evitada y con los tratamientos adecuadas se puede enlentecer su deterioro, de la misma manera existen varios casos de depresión y suicidios en la ciudad, y el hecho de poseer una enfermedad degenerativa que le impide a la persona realizar sus actividades cotidianas no ayuda a que no se desarrolle este trastorno en ancianos.

Fundamentaciones

Fundamentación Epistemológica

Al entrar al postmodernismo Morín (2014), establece el pensamiento complejo el cual se concibe como multidimensional. Define al hombre como un ser biológico, pero también cultural meta biológico, debido a que habita sumergido en un universo de ideas, lenguaje y conciencia. No se lo puede analizar desde la simplicidad, por esta razón es que al hablar del deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores se debe tomar en cuenta que las consecuencias afectivas y funcionales, dependerán tanto de la genética, del ambiente o cultura en la que se encuentre en el individuo y de sus vivencias pasadas.

Para que la depresión pueda transformarse en la epidemia del siglo (Caponi, 2015), fue necesaria una red de interacciones entre sujetos con frustraciones y sufrimientos cotidianos, un aparato estadístico y médico para la clasificación de síntomas, localización cerebral y diagnósticos por imagen. Parte de certidumbre que existe un fenómeno patológico que puede producir el sufrimiento extremo.

Por otro lado, Hacking, (citado por Widakovich, 2014) refiere que es posible establecer correlaciones entre la depresión y los diversos ciclos o etapas que caracterizan a la condición humana. Las estadísticas muestran que existe depresión en la infancia, aún en el feto, en la adolescencia, entre los veinte y cuarenta años, en la menopausia, y durante en la edad adulta. De esta manera se puede establecer que cada momento de la vida del ser humano, en cada etapa, está en riesgo de ser diagnosticado como deprimido. Entonces al no ser tratada la depresión irrefutablemente produce consecuencias fisiológicas en la función cognitiva, como son pérdida de memoria, pensamiento disociado, entre otros.

Otra variable a considerar son las funciones cognitivas, las cuales se relacionan con el procesamiento de información, en relación con un sin número de actividades, como la atención, la percepción, comprensión, trabajo de memoria, entre otras. Según Vásquez et al. (2016), son un conjunto de pre-requisitos básicos de la inteligencia, mismas que permiten la autorregulación del organismo. Sin embargo,

existen diversos factores que pueden causar un deterioro en las mismas, siendo uno de estos la edad avanzada. Cuando persona posee un trastorno depresivo, algunas de sus funciones cognitivas se ven afectadas, como son la memoria, atención, pensamiento racional, entonces siendo el ser humano un ser multidimensional no podrá efectuarse normalmente en la sociedad si posee este trastorno.

Entonces, al hablar de pensamiento complejo esto se relaciona con las dos variables de la presente investigación, debido a que el hombre al ser multidimensional, no podrá funcionar en su entorno con normalidad ya que tanto la depresión como la demencia pueden estar ligados entre si. El anciano que no pueda cumplir con actividades básicas en su vida cotidiana como es en el caso del Alzheimer, puede llegar a desarrollar síntomas depresivos, entonces es importante analizar esta enfermedad desde todos los puntos que pueden llegar a influenciar en la vida multidimensional del ser humano.

Fundamentación Psicológica

La presente investigación se basa en el Modelo Cognitivo-Conductual, Fernández (2017), aporta que la conducta humana se desarrolla por el aprendizaje, pero este no reside en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas, sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas, igualmente los aspectos conductuales cognitivos y afectivos están vinculados, entonces un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos elementos.

González, (2012) refirió que la depresión en gran parte es el resultado de las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y circunstancias que tiene que afrontar el individuo, gran parte de los significados que el sujeto atribuye a las situaciones desagradables dependen del aprendizaje que haya adquirido del medio en el cual este se desarrolló.

Por ende, un hombre que haya crecido con un padre o madre depresiva, no solo tendrá la predisposición genética para desarrollar un cuadro depresivo, sino que también ha observado y aprendido las maneras de afrontamiento de sus progenitores

por ende esta puede mantenerse por reforzadores sociales. Lewinsonh (citado por Casas, 2017). Establece que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de situaciones ambientales fluctuantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos, son los responsables de la presencia de este trastorno.

Para concluir esta corriente psicológica se relaciona con las variables de la investigación debido a que, los seres humanos aprenden del comportamiento de la sociedad o del ambiente en el que se desarrollaron, el mismo que ha normalizado a la demencia como algo que viene simplemente con la edad, es por esta razón que no existe la atención necesaria y a tiempo para lograr disminuir el avance rápido de la misma y evitar complicaciones como puede ser que aparezcan síntomas depresivos en la persona.

JUSTIFICACIÓN

La investigación presente tiene como propósito analizar la relación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi. Es de **importancia**, conocer la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo y los procesos depresivos que permiten entender esta relación sintomatológica para sobre la base de este conocimiento plantar propuestas de intervención psicológica.

Los **beneficiarios** directos son las personas de tercera edad alojadas en el CRS Cotopaxi, así lo futuros integrantes de este tipo de grupos, tendrán el beneficio de manera secundaria ya que los espacios establecidos como solución serán aplicados con excelente condición y servirán de gran utilidad en sí mismos. Este estudio es de **interés** para la sociedad ya que proveerá información sobre un tema que no se ha tomado encuentra dentro de los Centros de rehabilitación social debido a que las personas adultas mayores que se encuentran aislados son más vulnerables a la problemática planteada, al conocer la influencia de la depresión se puede ver el papel que esta juega en la afectación de las funciones cognitivas, considerando que estas son importantes en la vida cotidiana de las personas en general.

Es **Original** debido a que no se ha realizado investigaciones previas dentro del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, y la gran importancia que genera este trastorno en la población antes mencionada, mejorar así la calidad de vida y factores conjuntos como las relaciones sociales, personales, evitando que sean afectadas las áreas y funciones importantes, logrando que el tipo de problemática no afecte a la vivencia cotidiana de las personas privadas de libertad.

La **Factibilidad** que se presenta para realizar la investigación está determinada porque existe el fácil acceso al área de estudio, considerando los recursos humanos como la facilidad a la socialización con las Personas Privadas de Libertad denominadas PPL y de los especialistas quienes laboran en el Centro De

Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, recursos materiales como los test o escalas precisas e indispensables aplicadas durante el estudio y recursos económicos necesario para llevar a cabo tal investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si la depresión influye en el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

Objetivos Específicos

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.
2. Conocer los niveles de deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi
3. Establecer una propuesta de solución a la problemática encontrada.

MARCO CONCEPTUAL

DEPRESIÓN

Definición

La depresión se identifica como una crisis que puede volverse crónico y disminuir la capacidad de los individuos de estudiar, trabajar, socializar o realizar alguna actividad de la vida diaria; es posible depender de la intensidad de los síntomas, episodios depresivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere: “Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima y concentración, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio” (p.1). Un individuo se encuentra triste no necesariamente quiere decir que es depresivo, pues esta enfermedad se distingue de las variedades habituales del estado de ánimo, de las respuestas emocionales inmediatas a las dificultades cotidianas y sobre todo al saber que está afectando a las esferas psicológicas del ser humano, el trastorno depresivo junto con la demencia son enfermedades mentales que ocurre frecuentemente en los adultos mayores y que suelen afectar a las esferas psicológicas, por ello en la actualidad el impacto de estos son más reconocidos y desafortunadamente en muchos casos suelen ser desapercibidos.

Además de que debido a la depresión puede provocarse un nivel de angustia entre los individuos quienes padecen, afectando a la capacidad de cumplir con sus tareas cotidianas, incluso las más simples, Coryell (2018) menciona: “se caracteriza por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente, para inferir en la funcionalidad, y en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades” (p.2). Se debe tomar en cuenta que este trastorno puede dañar las relaciones sociales, familiares, laborales, en muchas situaciones se ha desconocido las causas que pueden provocar, pero tal vez por herencia, existen cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores, o una alteración en la función neuroendocrina y por factores psicosociales, por tal motivo es una

enfermedad que se sitúa en el campo de la psiquiatría y psicología, posee de una causa específica, presenta un modo de producirse, determinado por un cuadro clínico, síntomas concretos, pronóstico y tratamiento.

Sintomatología

La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta el estatus económico, la edad, sexo, profesión, presentándose con síntomas primarios que no comprenden modificaciones en el estado de ánimo e inclusive no existe cambios en las funciones cognitivas por lo que en muchas ocasiones resulta complicado que cualquiera padezca; es decir, provoca disfunciones a nivel cognitivo, psicomotor, por ejemplo la escasa concentración, cansancio, pérdida del deseo sexual y del interés sobre las actividades que disfrutaban, se altera el sueño (Terrazas, García, Díaz y García, 2015). Las personas que tienen este trastorno frecuentemente tienen pensamientos suicidas, además hay una perspectiva de que padezcan de un abuso de sustancias farmacológicas o psicotrópicas por intentar remediar los problemas con el sueño u otros síntomas como la ansiedad.

Algunos individuos presenta diferentes signtomatología, entre los síntomas de tipo físicos se pueden encontrar el estado de ánimo triste de manera constante, además de los sentimiento de desesperanza, culpa, desamparo, negativismo; se suma la pérdida de interés en las actividades para pasar el tiempo que solían disfrutar; en estas personas ocurre con frecuencia que disminuye su energía, existe un agotamiento y fatiga; problemas del sueño identificados como insomnios, pues se despiertan temprano o duermen más horas de lo normal; cefalea, trastornos digestivos y dolores crónicos, (Jadán, 2017).

La depresión es un trastorno potencialmente grave y letal que afecta al ser humano; ciertamente puede aparecer en cualquier edad y como principal característica la sensación de tristeza, la misma que lleva a un decaimiento emocional que hace perder la voluntad con las cosas que antes le satisfacían realizar,

si este estado de ánimo persiste, se corre el riesgo de pensar que la vida no tiene sentido y si eso sucede se contempla la posibilidad de un suicidio.

Entonces la depresión es caracterizada por etapas prolongadas, es decir, supera las dos semanas de ánimo bajo y apatía pero puede presentar diversos síntomas; los afectivos que se derivan de una tristeza, ansiedad, irritabilidad, falta de voluntad para disfrutar de las actividades, pensamientos suicidas, culpa; mientras que los cognitivos suelen ser por la indecisión, olvidos o pérdidas de concentración; los somáticos como la fatiga, cambios en el apetito, insomnio, hipersomnia, disfunción sexual, dolores de cabeza, complicaciones a nivel digestivo, torácico, entre otros (Sánchez, 2018).

Clasificación de la depresión

Algo que es de gran importancia, es que no todas las depresiones son iguales, al mencionar un término plural se destaca la diversidad clínica del trastorno, el vocablo depresivo suscita desde una condición relevante; y enfermedad depresiva se puede emplear para los individuos con casos más graves con síntomas biológicos; tomando en cuenta tanto su prevalencia entre la población general, existe una clasificación de depresión a continuación se mencionará.

Distimia

La distimia es un tipo en menor severidad depresivo, aunque a comparación de la depresión mayor, es de carácter crónico, se puede diagnosticar cuando el estado de ánimo permanece durante dos años y se halla conducido por al menos dos síntomas depresivos, muchos individuos con trastornos distímicos también perciben episodios depresivos mayores, además no logran establecer con seguridad si se deprimieron; las señales que presentan es el excesivo apetito, problemas para conciliar el sueño o dormir más de lo adecuado, escasa energía, fatiga y sentimientos de desesperanza, quienes presentan el trastorno tienen etapas de humor adecuados que duran hasta dos meses, en donde los integrantes de la familia

y amigos consiguen no saber que esté deprimido, a pesar de que la depresión es leve, aun así interfiere en las esferas psicológicas del individuo (Gibran, 2014).

El trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, es una forma continua y a largo plazo, es decir, de tipo crónico, donde el individuo es posible que pierda interés en las actividades normales de la vida cotidiana, que siente desesperanza, sentir improductividad, tener la autoestima baja y una sensación general de ineptitud; estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida a las relaciones sociales, laborales, familiares y en las acciones cotidianas, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2018) afirma: “presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse, sentimientos de desesperanza” (p.14). Los síntomas de la distimia pueden aparecer y desaparecer durante años y su intensidad puede modificarse con el tiempo, sin embargo no suelen ser por más de dos meses, asimismo puede presentarse episodios de depresión mayor antes de la distimia.

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la composición de síntomas que obstruyen la capacidad de realizar actividades como trabajar, comer, estudiar, dormir, disfrutar de lo que antes solía ser satisfactorio; además de que incapacita al individuo y le dificulta desenvolverse con normalidad, puede suceder solo una vez en el curso de vida de un ser o durante toda su vida; asimismo se identifican señales características como un persistente e intenso estado de ánimo decaído, una pérdida de interés en las tareas diarias que con anterioridad sí lo realizaban, cambios en niveles de apetito o en el peso corporal, alteraciones en los patrones de sueño habitual, quebranto de energía, enlentecimiento físico, entre otros (Gibran, 2014). Este tipo es comúnmente diagnosticado, se muestra un suceso único a lo largo de la vida aunque con frecuencia se experimentan varios episodios recurrentes, al hablar de esta enfermedad cuando si además no ha existido algún episodio maníaco, es decir, de euforia, abundancia de energía, hiperactividad; pues en este caso se hablaría de bipolaridad.

El DSM- V anuncia el diagnóstico sobre el problema depresivo mayor, debe cumplir con por lo menos cinco de los síntomas presentes casi todos los días durante un período dado de dos semanas y uno de ellos debe ser el estado de ánimo o pérdida de interés o placer, debe existir marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, aumento o pérdida significativa de peso o aumento y disminución de peso, a su vez debe existir insomnio o hipersomnia; la persona debe sentir fatiga o pérdida de energía. Además existe sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva, falta de concentración y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte (Coryell, 2018).

Por lo que representa una dificultad de salud pública por su alta prevalencia, la depresión se identifica por la compleja etiología porque intervienen factores psicosociales donde se ha observado que los episodios iniciales aparecen después de algún acontecimiento estresante producido a largo plazo en la fisiología cerebral que ocurre variaciones estructuralmente y el funcionamiento de diversas áreas del cerebro. Los criterios diagnósticos para el este problema se identifican como “la presencia de cinco o más de los síntomas durante un período de dos semanas, uno de ellos debe ser un estado de ánimo depresivo o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo” (APA, 2018, p.15). Dentro de los mismos se encuentran el estado de ánimo la mayor parte del día, por ejemplo el individuo se siente triste y vacío o el llanto y en los niños y adolescentes puede ser irritable, además ocurre una disminución del interés o de la capacidad para el goce en casi todas las actividades la mayor parte del día, perder o aumentar peso sin realizar alguna dieta, problemas con el sueño, enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad y depreciación de las destrezas del pensamiento y concentración.

Ciclotimia o trastorno depresivo estacional

La ciclotimia es caracterizada por poseer sucesos leves de depresión o hipomanía, es decir de un elevado estado de ánimo y disminución de la necesidad

de sueño, en la adultez es diagnosticado cuando permanece dos años, mientras que en la niñez y adultez en un año; sin embargo se logra mencionar que la enfermedad tiene una alta morbilidad, relacionado con el quebrantamiento de las relaciones personales, laborales, los individuos que no son tratados pueden tener consecuencias muy graves hasta el punto de llegar a la bipolaridad, a la hora de diagnosticar se torna algo complicado puesto que se puede confundir con el episodio bipolar de tipo II o trastorno límite de la personalidad, porque conseguir experimentar episodios hipomaniacos actuando muy animados, pero se destaca por el tiempo de duración y sucede después de haber tenido una relación sentimental nueva, al desvanecerse el individuo se siente abatido (Aparicio, 2016).

Para el diagnóstico del trastorno ciclotímico la APA (2018) detalla los siguientes períodos de estado de ánimo acelerado o síntomas hipomaniacos, síntomas depresivos durante al menos dos años en el caso de la niñez y la adolescencia, los síntomas estables duran menos de dos meses y afectan considerablemente desde el ámbito social, laboral, escolar así como otras esperas psicológicas del ser humano; hay que tomar en cuenta que los síntomas no cumplen con los criterios de la bipolaridad, depresión grave u trastorno mental y no son producto del consumo de sustancias.

El trastorno es otro subtipo que se caracteriza por encontrar episodios recurrentes vinculados a estaciones del año donde coexiste con estados de ánimo normales durante el resto del año, se han identificado patrones estacionales; se identifica un tipo de nacimiento otoñal, el más habitual, conocido como depresión invernal en el que los episodios principales empiezan hacia finales de la estación y los primeros meses del invierno y desaparecen durante meses de verano, y un tipo de inicio menos común, conocido como depresión veraniega, en donde el episodio depresivo empieza hacia finales de la primavera y primeros meses de verano; la regla general aparece por primera vez durante la etapa adulta temprana es decir la edad promedio de aparición se encuentra sobre los veinte y tres años, es posible que se presenten en mayor parte en el género femenino con una frecuencia de cuatro veces mayor que en los hombres (Gibran, 2014). Los individuos que sufran de la enfermedad

sean más sensibles a la ausencia del sol, debido a que ocasionaría un desequilibrio en los neurotransmisores como la serotonina que provee sensaciones de bienestar, además de que aumenta en la luz solar; mientras que la melatonina regulariza el proceso de sueño, vigilia y aumenta en la oscuridad. Al existir menos horas de luz aumenta de melatonina y hay una escasez en los niveles de serotonina, por tal motivo siente más sueño, desgano, necesidad de estar acostado fuera de lo normal, sin energía para realizar tareas cotidianas; sería la causa de las sensaciones de tristeza, sensibilidad, llanto, pensamiento negativos, son síntomas apegados a la depresión.

En la mayoría de casos, los síntomas del trastorno afectivo estacional pueden aparecer a finales de otoño o inicios del invierno y desaparecen durante los días soleados de primavera y verano, en menor periodicidad, los que muestran el patrón diferente muestran síntomas que empiezan en la primavera y verano, pero en cualquiera de los casos, las indicaciones pueden ser leves al principio y empeorar a medida que avanza la estación, comprenden entre sentirse deprimido gran parte del día o casi todos los días, perder el interés en actividades que alguna vez disfrutó, tener poca energía, individuos presentar problemas para conciliar el sueño, padecer de cambios en el peso o apetito, tener dificultades para concentrarse, desesperación, inutilidad o sentimientos de culpa, tener pensamiento recurrentes de muerte o suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018).

Factores de Riesgo

En cuanto a los factores de riesgo aparecen los familiares, las relaciones parentales poseen un papel prescindible en el desarrollo de los trastornos depresivos en algunos estudios se ha podido manifestar que los individuos percibían que sus padres habían sido sobreprotectores e intrusivos y que de alguna forma utilizaban estrategias culpabilizadoras para ejercer el control sobre ellos o ellas (Jadán, 2017).

En cambio, dentro de los factores de riesgo de tipo social se puede identificar varias causas, puede ser la viudez, relaciones sociales, el apoyo familiar y las

circunstancias demográficas; por ejemplo la jubilación hace que la persona pierda un estatus, deterioro de oportunidades para seguir en un ambiente productivo causa de frustración, la falta de colaboración social y familiar; pues el acompañamiento familiar ha sido reconocido como un ámbito de suma importancia ya que al existir un contexto positivo y generador de armonía, respeto, afectivo, comunicativo acompaña a una genuina expresión de sentimientos entre miembros en cualquier tema si fuera el caso de una familia disfuncional la persona se ve afectada y más vulnerable a los síntomas de depresión (Sinchire, 2017).

Con referencia a las causas psicológicas se logra asociar con la depresión porque los diversos estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen a la misma, la memoria puede facilitar o no al trastorno, según al previo aprendizaje se puede observar en individuos que se premian más, tiene mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas para memorizar, sobre todo cuando requieren resolver problemas donde se exige de esfuerzo (Gotlib et ál., 2014).

En hombres y mujeres existen diferencias interesantes en la lateralización cerebral y en la función cognoscitiva, pues las féminas en general son mejores en las tareas en las que intervienen la habilidad verbal, la velocidad perceptual y la destreza manual fina; mientras que los varones desempeñan mejor las actividades visual-espaciales y matemáticas, en la mayoría de los seres humanos el hemisferio izquierdo se especializa en los procesos verbales los mismos de lateralización son más fuertes en el hombre que en la mujer porque se deben principalmente a la exposición de la testosterona, por ello el hombre en diversas circunstancias tiene mayor probabilidad de reaccionar agresivamente, mientras que éstas tienen alteraciones del estado de ánimo (Butler y Nolen, 2015).

Neurotransmisores

En la actualidad se conoce a la depresión como un trastorno mental multifactorial inducido por alteraciones neuroquímicas de gran importancia, además es posible

que intervenga dificultades a nivel inmunológico, estructural y molecular, siendo causa de la deficiencia de varias sustancias en el sistema nervioso central, así Romeu (2015) afirma: “Tanto la depresión como la ansiedad son en realidad una carencia de neurotransmisores, como la serotonina, dopamina y noradrenalina, en los circuitos que conectan la parte frontal del cerebro, es decir, la inteligencia y la amígdala situado en el sistema límbico” (p.1). Una de las funciones de la amígdala es emitir respuestas automáticas frente a situaciones de estrés, para que se pueda adaptar a los cambios del entorno y a los peligros.

Las monoaminas pertenecen a un conjunto de neurotransmisores que se crean a partir de un solo aminoácido, dentro de este se identifica importantes sustancias como la noradrenalina, adrenalina y la serotonina, las cuales participan en un diverso proceso corporal; se puede asociar que la hormona de la felicidad es la serotonina, ya que sus niveles centrales provoca trastornos del estado de ánimo, conducta, y memoria (Sequeira, 2015).

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio, participa en el mantenimiento del estado de alerta y la función motriz; mientras que la serotonina y la noradrenalina tienen una fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, por ende las tres sustancias son importantes en el funcionamiento normal del cerebro; la interacción de los tres neurotransmisores es primordial, que desde hace muchos años han sido tomados en cuenta para su estudio llamado hipótesis de las monoaminas de la depresión, proponiendo que este trastorno era causado por un déficit funcional de la noradrenalina y serotonina en algún lugar estratégico del cerebro (Rodríguez, 2017).

Por consiguiente, la depresión en personas adultas mayores se ha convertido en un problema de salud pública muy importante, debido a que se caracteriza por una gravedad mayor o un elevado riesgo de muerte suicidio y conflictos al momento de identificarla; es un trastorno que con todo se puede tratar. Pues hay que saber que las personas suelen pasar por diversas etapas en su vida puede ser afortunada o desafortunadamente, al llegar a la etapa de la vejez se origina una serie

de miedos, pérdida de facultades, aprensiones entre otras situaciones, siendo físicas o psicológicas que hace de esta etapa la más temida para el ser humano, ya que conlleva una serie de cambios que afectan a diversos sistemas corporales, como en el sistema nervioso, produciendo una pérdida de conectividad. Las circunstancias sociales, biológicas o psicológicas son elementos que caracterizan a estas personas.

DETERIORO COGNITIVO

Conforme pasan los años, los individuos van llegando a un proceso evolutivo conocido como vejez, en ocasiones se va perdiendo muchas capacidades y otras van disminuyendo hasta llegar a niveles muy bajos uno de los casos más conocidos es el deterioro cognitivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) menciona: “El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, la orientación, el cálculo, juicio, lenguaje, comprensión, reconocimiento visual, conducta y personalidad” (p.1). El quebrantamiento de las funciones mentales como la memoria, atención, fluidez a la hora de comunicarse son síntomas que se asocian a esta problemática, si bien es cierto el deterioro cognitivo puede afectar a toda la población adulta mayor, sin embargo, no a todos los seres humanos les afecta de igual manera.

Existen diversos factores biopsicosociales que establecen la salud mental de los individuos conjuntamente el motivo de tensiones al que se enfrentan a diario, muchas personas adultos mayores se ven dependientes por dificultades de movimiento corporal, dolores crónicos, fragilidad, y otros problemas físicos o mentales, de tal forma que pueden necesitar intervención a largo plazo; además en los adultos mayores se vuelve más habitual sucesos de dolor por varios motivos como la muerte de un familiar, un declive a nivel económico por jubilación o algún tipo de discapacidad (OMS, 2017). Los adultos mayores son vulnerables frente al maltrato psicológico, físico, emocional, al abandono, al no poseer de la adecuada atención y sobre todo a la pérdida del respeto y dignidad; es por tal razón que se

habla de salud mental porque existe influencia a grandes rasgos en la salud de cuerpo de estos seres humanos.

El deterioro cognitivo tiene dos conceptos, el primero se reconoce al deterioro como un declive en cuanto a un nivel previo, hecho que sugiere que haya un proceso patológico subyacente y obliga a diferenciarlos de una mera escasa competencia y de habilidades cognitivas no adquiridas durante el proceso evolutivo, mientras que como segundo lugar se tiene a lo cognitivo, se identifica a los tres componentes clásicos del cerebro humano que el padre de la psicología moderna, James dividía en cognición, emoción y conducta; el elemento cognitivo se caracteriza por el conjunto de varias habilidades o dominios que suelen resumirse en memoria, lenguaje, gnosia, praxis, funciones ejecutivas. Es así, que se puede subdividir los elementos que pueden producir un deterioro cognitivo, dependiendo del nivel de afectación, como, por ejemplo, aquellas que producen un deterioro cognitivo intenso o demencia y por otro las entidades identificadas en el declive por la edad, deterioro leve o neurocognitivo leve (Viñuela, 2019).

Sintomatología

A medida que las personas envejecen pueden aparecer a lo largo de esta etapa, cambios en el desempeño cognitivo, es donde los adultos mayores sin alguna enfermedad específica poseen de alteraciones neurológicas que se identifican en el área de orientación, atención, pensamiento, memoria, lenguaje habilidad visoespacial, inteligencia. Gutiérrez (2015) menciona: “el deterioro cognitivo es la pérdida de las funciones cognitivas tales como la memoria, atención, la velocidad de procesamiento de la información, aparece con el envejecimiento normal y depende de los factores fisiológicos, ambientales y sociales” (p.1). Constan varias investigaciones que plantean la pregunta si los síntomas clínicos se originan con la edad son demostraciones de cualquiera enfermedad específica que se desarrolla en estos procesos o un cuadro degenerativo con relación al envejecimiento, tomando en cuenta una alteración morfo funcional y molecular.

Cuando se habla de la cognición se entiende como el funcionamiento intelectual que permite la interacción del individuo con el medio; al aparecer la vejez se presenta en el cerebro de forma normal con cambios a nivel psicológico, biológico, social; incluso depende de la actividad y de la plasticidad cerebral para poseer de alteraciones cognitivas o a su vez mantener una función normal. Algunos de los cambios morfológicos que se presentan con la pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; puede aparecer la disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, además hay cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen el número y tamaño; ocurre la deducción en neurotransmisores y disminución del número de receptores sobre todo en enfermedades neurodegenerativas, decadencia del flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno en arterosclerosis, pero permanecen invariables en el envejecimiento en el paciente sano (Benavides, 2017).

El envejecimiento es parte de la evolución, pero no todas las personas atraviesan por la misma situación, se origina por las situaciones de la vida por ello el deterioro causado por la edad se debe a modificaciones que sucede el cerebro sano en el declive; cuando es normal suele identificarse a un quebrantamiento cognitivo que se asocia a la edad, en el que los problemas son comunes porque afecta a la memoria, la capacidad de aprendizaje, el rendimiento motor y las funciones ejecutivas, así como el enlentecimiento generalizado en el proceso de información (López y Calero, 2015).

El síntoma inicial del deterioro cognitivo en el adulto mayor es la pérdida de la memoria, demostrando a través de la queja subjetiva de la misma, después esta etapa como tal, al iniciar puede ser leve o avanzar de forma progresiva que es la demencia senil, la más común es el Alzheimer se caracteriza por la pérdida de las necesidades básicas como ir al baño, alimentarse, aseo personal. Vega y Zambrano (2019) mencionan: “Los pacientes con déficit de memoria, pero sin otros déficits cognitivos, así como los pacientes con pequeñas pérdidas en varias áreas cognitivas, pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, se consideran que estos pacientes

padecen deterioro cognitivo leve, o deterioro cognoscitivo leve” (p.1). La demencia leve conlleva una gran diferencia con el deterioro cognitivo leve, es afectado no sólo a la memoria sino también al pensamiento, juicio, el lenguaje y comportamiento; sucede en su normalidad en adultos mayores de sesenta años, no es muy frecuente que ocurra en menos a esta edad, sin embargo, este tipo de deterioro es inalterable, es decir cuando existe modificaciones a nivel cerebral ocasionado por dicha enfermedad, no pueden parar Alzheimer es uno de los tipos más comunes de demencia.

Gutiérrez, et. al. (2017) afirman: “La demencia es una enfermedad neurodegenerativa, con diversas causas, que afecta progresivamente la memoria, el pensamiento y la habilidad para realizar actividades de la vida diaria y conduce a un estado de discapacidad y dependencia” (p. 21). Conocido como un síndrome neurogenerativo por distintas causas que perturba a los adultos mayores de sesenta años de edad en adelante, afectando gradualmente en la memoria, la destreza en las tareas de la vida cotidiana, el pensamiento, a medida que vaya progresando se torna difícil de ser un individuo independiente de sí mismo, necesitando la ayuda de otros para poder realizar actividades que demanda mayor necesidad.

El trastorno neurocognitivo menor muestra un declive cognitivo desde el nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos como la preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un caída en las funciones cognitivas; un inclinación en el desempeño neuropsicológico, involucrando en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente; además de que los déficits cognitivos son insuficientes para interferir en la independencia, por ejemplo, en las actividades de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero, pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o una acomodación para mantener la independencia. (DSM V, 2014).

Niveles del deterioro cognitivo

Equiparar los niveles del deterioro cognitivo se pretende dar a conocer dos tipos: el normal y patológico. Al hablar de un envejecimiento normal, es cuando hay un alteración a nivel biopsicosocial que irremediamente ocurre con el paso de los años, pues es el hecho de que el proceso de envejecimiento es diferente y único en cada individuo, aunque hay factores comunes que en cada individuo se manifiesta de una manera distinta como por ejemplo, el sistema nervioso se puede observar en la conducta, debido a que se dan cambios emocionales, como la depresión que si no se ha intervenido puede desembocar en un deterioro cognitivo; a su vez existe falencias en la memoria, porque incapacitan al individuos para su desarrollo a diario; las funciones cognitivas sufren modificaciones pero no todos por igual, el cerebro empieza a tener modificaciones a nivel molecular, morfológicos y neurofisiológico (González, 2018).

En cambio, al hablar sobre el deterioro cognitivo leve (DCL), se reconoce como un estado en transición entre las alteraciones cognitivas, el envejecimiento normal y el estadio temprano de la demencia, si bien es cierto, se identifica como una patología pero no cumple con los criterios diagnósticos para ser cierta enfermedad; el individuo con DCL tiene mecanismos para reparar déficits y conservar su autonomía, pero requiere de adecuadas intervenciones porque en algunos casos puede llegar a ser irreversible y progresar hacia una demencia, los marcadores que pueden indicar el progreso son la edad, que el individuo no sea consciente de sus déficit, en los reactivos psicológicos pueden presentar un bajo rendimiento en varias funciones cognitivas (Montero et ál., 2018). Es importante poder diferenciar lo que se considera un envejecimientos normal o senescencia, de un patológico o también conocido senilidad, pues existe un exceso de la involución propia de la edad y que por diferentes razones se desemboca en el deterioro a nivel intelectual y a la demencia.

La demencia senil y presenil se encuentran dentro de los trastornos del deterioro cognitivo patológico, en primer lugar hay que saber que el término demencia se encuentra en cesación porque limita las expectativas de su tratamiento, muchas

veces poniendo riesgo en su vida. La Confederación Española de Alzheimer (CEAFA, 2017) afirma: “se caracteriza por un deterioro de las funciones intelectuales a grado tal, que les lleva a ser independientes de los otros para sobrevivir” (p.1). Un individuo que presenta demencia puede empezar con dificultades de memoria y termina recibiendo asistencia para realizar todas las actividades cotidianas.

La demencia presenil es aquella que puede propagarse en edades tempranas antes de los sesenta y cinco años de edad, padecer de demencia tipo alzheimer a edades tan tempranas genera un marca emocional y psicológico para aquellas personas, además los síntomas que se puede presentar en esta etapa pueden llegar hacer muy confusos y en si dificultar el diagnóstico notablemente; lo individuos que preseniles suelen tener alteraciones conductuales, de lenguaje, visuales y dificultades de las praxis, de la memoria; los procesos demenciales se producen como consecuencia esta enfermedad y otras como la frontotemporal, la genética, las enfermedades vasculares, el consumo de alcohol, traumatismo craneoencefálicos y la discapacidad intelectual (Borja, 2016).

Los síntomas de una demencia senil pueden varian tomando en cuenta desde donde se origina, existe un inicio del predominio del deterioro de ls funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, orientación espacial, el individuo olvida que ocurrió recientemente o se pierde de espacios conocidos, si la causa de la demencia es por la degeneración frontotemporal lo más posible que ocurra un cambio notable en la conducta del individuo que se expone deshinhibida y realizar cosas poco características de sí mismos, a su vez se vuelve una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo (CEAFA, 2017).

Tipos de alteraciones neurocognitivas

De los tipos de alteraciones neurocognitivas se puede encontrar el delirium, es causado por un motivo orgánico caracterizado por una alteración de las funciones cognitivas como la conciencia, atención, memoria, orientación, pensamiento, lenguaje y percepción, inicia agudamente y tiene una perduración fluctuando pudiendo durar varios días, las personas que padecen de delirium conllevan una alteración en la atención, disminuyendo su capacidad para centrar, mantener, dirigir su atención, dentro de la percepción el individuo puede hacer que malinterprete situaciones de la realidad, tenga alucinaciones, condicionando su comportamiento y a su vez puede expresar por agresividad o miedo, otros de los síntomas es la desorientación de tipo temporo-espacial, disminución de las actividad psicomotriz, suelen tener alteraciones con fases de somnolencia diurna, es por esto que el trastorno suele propagarse durante la noche y en sitios de exiguo estímulo ambiental (Antón, Giner y Villalba, 2014).

Los criterios diagnóstico para el delirium se basa en las alteraciones de la conciencia, por ejemplo, cuando existe una disminución de la capacidad de atención al entorno con disminución de la capacidad para mantener, centrar o dirigir la atención, además de un cambio en las funciones cognoscitivas como el déficit de memoria, orientación, lenguaje o la existencia de una alteración de la percepción que no tiene explicación de una demencia previa o en desarrollo; se puede decir también, sobre la alteración en un período corto de tiempo habitualmente en horas o días y tiende a oscilar a lo largo del día; por último existe una demostración por medio de la historia, la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (Asociación América de Psiquiatría, 2002)

Los Trastornos neurológicos mayores y leves hacen referencia a las enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir de la médula espinal, los nervios craneales, las raíces nerviosas, la placa neuromuscular, el sistema nervioso autónomo y los músculos; con ello se puede contar la enfermedad de Alzheimer,

epilepsia, demencias, enfermedades cerebrovasculares así como la enfermedad de parkinson, infecciones neurológicas, afecciones traumáticas del sistema nervioso, trastornos neurológicos causados por la desnutrición (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Entre los trastornos más importantes se encuentra el Alzheimer es una enfermedad degenerativa, afecta directamente a las funciones cognitivas como la memoria, pensamiento, comportamientos, se desarrollan generalmente se van desarrollando con el tiempo hasta que pueden llegar a ser muy graves y a su vez perjudican las tareas cotidianas del individuo. “ La enfermedad produce un deterioro cognitivo progresivo y se caracteriza por depósitos de beta-amiloide y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral y la sustancia gris subcortical” (Huang, 2018, p.123). Se reconoce como un trastorno neurocognitivo, siendo la causa frecuente de la demencia, se puede dar dos veces más seguido en mujeres que en hombres, sabiendo que los síntomas empeoran gradualmente con el pasar del tiempo, y en la etapa final las personas que lo padecen llegan a perder la capacidad de poder mantener una conversación.

Los individuos con la variante comportamental de los trastornos neurocognitivos frontotemporal, mayor o leve presentan diversos grados de apatía o desinhibición, además de que pueden perder el interés por las relaciones sociales, el autocuidado, y responsabilidades personales, o presentar comportamientos socialmente inapropiados, las personas pueden desarrollar cambios en su estilo social u en sus creencias religiosas y políticas, con movimientos repetitivos, asimismo existe modificaciones en su comportamiento alimentario; las evidencias de una mutación genética puede ser causa de un trastorno frontotemporal, ya sea por antecedentes familiares, puede evidenciarse una afectación desajustada del lóbulo frontal o temporal en el diagnóstico de neuroimagen (Escobar, 2016).

Se denominan trastornos neurológicos por enfermedades frontotemporales a un diverso grupo de trastornos que perturban principalmente a los lóbulos frontal y temporal del cerebro, es la zona del cerebro que se encuentra detrás de la frente y

se encarga de controlar el comportamiento y las emociones, en el lado izquierdo se encuentran zonas que se encargan del lenguaje y los lóbulos temporales están en ambos lados del cerebro y son responsables de la percepción auditiva, la memoria, y habla, la comprensión, el lenguaje, las respuestas emocionales, percepción visual y el reconocimiento facial (Llarena, 2018).

La enfermedad neurológica con cuerpos de Lewy es el segundo tipo más común de la demencia progresiva, después del Alzheimer, los depósitos de proteínas llamados cuerpos de Lewy se desarrollan en las células nerviosas de las regiones cerebrales involucradas en el pensamiento, memoria y movimiento es decir en el control motor, puede causar una disminución de las capacidades mentales, los individuos que lo padecen pueden experimentar alucinaciones visuales y modificaciones en la lucidez mental y la atención, otros efectos incluyen signos y síntomas semejantes de la enfermedad de Parkinson, como músculos rígidos, movimientos lentos y temblores, pueden incluir síntomas como alucinaciones visuales, trastornos del movimiento, mala regulación de las funciones corporales, problemas cognitivos, dificultades para dormir, atención fluctuante, depresión, apatía (Benavides, 2017).

Finalmente, el deterioro cognitivo se vuelve uno de los problemas en la población adulta mayor que se presentan con mayor continuidad. Los individuos caminan por varias etapas en el trayecto de su vida, el último escalón es la vejez donde suele existir un proceso de desenso de su organismo que conlleva a alteraciones de tipo psicológicas, morfológicas, funcionales y bioquímicas quebrantando sus esferas psicológicas; dentro de las alteraciones más conocidas de esta etapa es el deterioro cognitivo, causa para la disminución de la capacidad mental adecuada, depresión, deterioro cognitivo leve e incluso demencia; además de una función inadecuada de sus funciones cognitivas como es la memoria, percepción, atención, orientación y demás.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

Esta investigación fue ejecutada en el Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, el método de la investigación es el científico, la información es cierta y probable, además es sujeta a verificación, pues la ciencia formula problemas de hipótesis, y un conjunto de procedimientos como mecanismos para su verificación, la información que se va a analizar proporciona resultados objetivos debido a que la investigación está dirigida a una población específica, claramente delimitada o definida.

La investigación presente es un estudio cuali-cuantitativo, cualitativo por la búsqueda del aspecto teórico-conceptual, la fundamentación es descriptiva, basada en un marco teórico referencial y en sustentos de varios autores que permitieron explicar las características de las variables de estudio. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar las interrogantes de investigación y comprobar la hipótesis planteada, se basa en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística descriptiva para establecer con precisión o exactitud patrones de comportamiento en una población de estudio determinada como es el caso de esta investigación. Es un estudio transversal, se mide a la población correspondiente en un lapso de tiempo determinado y el método es psicométrico, se utilizaron instrumentos psicométricos para medir el nivel de resiliencia y las estrategias de afrontamiento en la población a estudiarse. La modalidad de estudio es documental, se utilizaron fuentes primarias como son libros, tesis, artículos científicos, y fuentes secundarias como enciclopedias, con el propósito de respaldar el desarrollo del trabajo. La información registrada en los distintos documentos sirve como punto de partida para el análisis que se realiza en el transcurso de la investigación, para explicar o describir distintas temáticas relacionadas con las variables de estudio.

La investigación es de campo, se realizó un proceso sistemático, riguroso y racional de recolección, análisis y presentación de datos, a través del método psicométrico porque se utilizaron reactivos psicológicos, basado en una estrategia de recolección directa de los datos en la población de estudio.

Área de estudio

Campo: Psicología

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Depresión y Deterioro Cognitivo

Delimitación espacial: Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Latacunga

Delimitación Temporal: 2018 – 2019

Población

La población objeto de estudio es de 78 adultos mayores, que se encuentran dentro del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga. Por la cantidad de los evaluados, no fue necesaria el cálculo de una muestra.

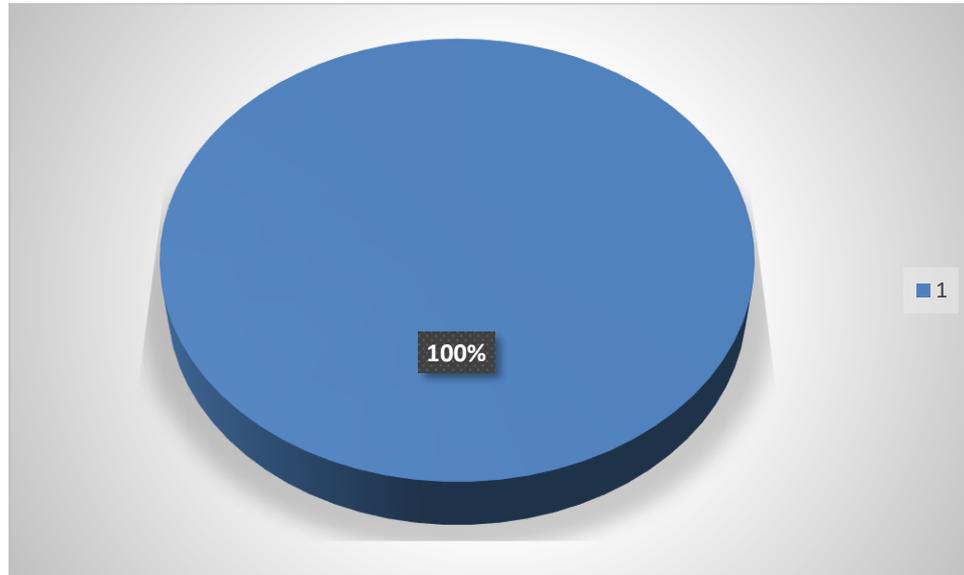
Tabla 1 Población

CRS LATACUNGA	HOMBRES	FRECUENCIA
Adultos mayores privados de la libertad	78	100%
Total	78	100%

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: El Investigador

Gráfico 1 Población



Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: El Investigador

Instrumentos de investigación

Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

La presente investigación se desarrolló mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica, dicho instrumento fue creado para medir el nivel de depresión en adultos mayores, existe dos versiones de la escala de depresión geriátrica GDS, la versión larga consta de 30 puntos en el que los participantes deben responder si o no con respecto a cómo se sintieron durante la última semana; se creó un cuestionario corto de GDS, el cual consiste de 15 preguntas. Para esta versión, se escogieron preguntas que guardaban mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación (Yesavage et. ál, 1986).

Para la calificación de dicho instrumento, de los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto de preguntas (1,5,7,11 y 13) indican depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

El cuestionario se puede completar en 5 a 7 minutos; en cuanto a la validez y confiabilidad, la sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. En un estudio de validación que compara los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron el objetivo de medir la variable con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh y Yesavage, 1986).

Tabla 2 Interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Puntaje	Interpretación
0-4	Normal
5-8	Depresión leve
9-11	Depresión moderada
12-15	Depresión severa

Elaborado por: El investigador

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica

Neuropsi Atención y Memoria (6 a 85 años)

El test Neuropsi Atención y Memoria es un instrumento diseñado para evaluar en detalle tipos de atención entre ellos se encuentran la atención selectiva, sostenida y el control atencional; así como tipos y etapas de memoria incluyendo memoria de trabajo, y memoria a corto y largo plazo para material verbal y viso-espacial.

El esquema del instrumento está constituido por ítems sencillos y cortos. En la medida de lo posible se incluyeron pruebas con alta validez neuropsicológica, y/o se adaptaron estas pruebas para poder evaluar poblaciones de ancianos o psiquiátricas. Para su administración es necesario que sea individual, se requiere un conjunto de tarjetas (láminas anexas) y el protocolo de registro. En población sin alteraciones cognoscitivas la duración aproximada para su administración es de 50 a 60 minutos y en población con trastornos cognoscitivos es de 80 a 90 minutos.

El sistema de calificación aporta datos cuantitativos y cualitativos. La calificación es fácil y puede realizarse en aproximadamente 20 minutos. Se

cuantifican los datos naturales o crudos y se convierten a puntuaciones normalizadas. Se obtienen por separado la ejecución en pruebas de Atención, la ejecución de pruebas de Memoria y la ejecución global de ambas. Esta subdivisión permite detectar si el individuo presenta deficiencias en los procesos atencionales y/o en los procesos mnésicos. Los datos naturales se convierten a puntuaciones normalizadas con una media de 100 y una desviación estándar de 15.

Además de las puntuaciones totales, con los datos independientes de cada habilidad cognoscitiva, se obtiene un perfil individual. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognoscitivas evaluadas. Los datos naturales de las 29 subpruebas se convierten a puntuaciones normalizadas con una media de 10 y una desviación estándar de 3. Tanto para la puntuación total como para las diversas subpruebas, los parámetros de normalización permiten obtener un grado o nivel de alteración de las funciones cognoscitivas que se clasifican en: 1) normal alto, 2) normal, 3) alteraciones leves, o 4) alteraciones severas.

En cuanto a la validez del instrumento, la sensibilidad a las alteraciones cognoscitivas que presentan varios grupos clínicos incluyendo: Síndrome de trastornos de atención, con y sin hiperactividad e impulsividad, depresión, esquizofrenia, efecto de sustancias tóxicas, menopausia y terapia hormonal de reemplazo. Es objetivo y confiable que permite la evaluación de los procesos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos.

Tabla 3 Clasificación de Puntuaciones Normalizadas

Puntuación total normalizada	Clasificación
116 – en adelante	Normal alto
85 – 115	Normal
70 – 84	Alteración leve
69 – o menos	Alteración Severa

Elaborado por: El investigador

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica

Procedimientos para obtención y análisis de datos

Para la obtención de datos se visitó la institución y se habló directamente con la autoridad con el fin de obtener el permiso para llegar a cumplir los objetivos de la investigación, mediante instrumentos psicológicos de medición se logró recolectar los datos suficientes para las tabulaciones correspondientes. A partir de esta recolección se finalizó con el estudio estadístico del “Chi cuadrado” para la comprobación de las hipótesis planteadas.

Actividades

A partir de la aplicación de instrumentos psicológicos se logró reunir la información necesaria para la investigación propuesta “La Depresión Y Su Influencia En El Deterioro Cognitivo De Los Adultos Mayores Privados De La Libertad Del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi”. Para el procedimiento de recogida de datos, se asistió a la institución, teniendo un acercamiento con el director del Centro, con el objetivo de obtener datos acerca de las variables de estudio. A continuación, se realizó la provisión de instrumentos psicológicos, también se recogió información acerca de la población total, debido al número de la población no fue necesario el cálculo de muestreo, teniendo como total a 78 adultos mayores. Así se planificó la aplicación de los instrumentos psicológicos en manera grupal; una vez recogidos los datos se diseñó en Microsoft Excel tablas en las que se permitió ingresar y consolidar los datos de forma organizada y sistemática. Para finalizar se obtuvo los resultados y se realizó el estudio estadístico para llegar a la verificación y comprobación de la hipótesis con el método estadístico correcto, siendo este el Chi².

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Diagnóstico de la situación actual

El propósito de la presente investigación fue identificar el nivel de depresión y como esta puede llegar a influir en el deterioro cognitivo en los adultos mayores privados de la libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, de la ciudad de Latacunga, para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

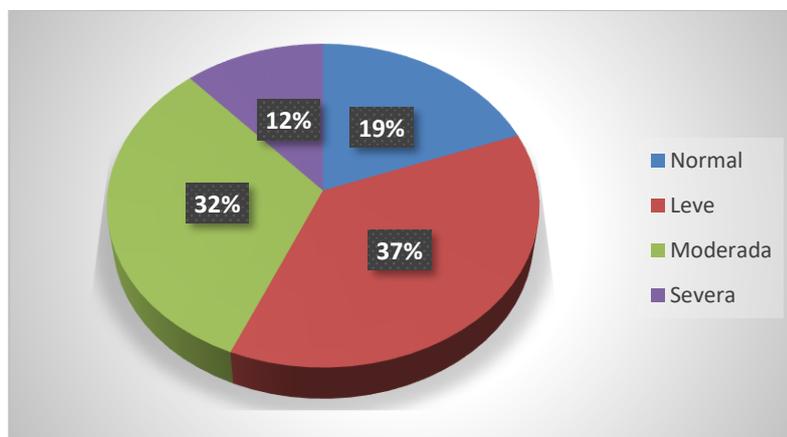
Tabla 4 Depresión

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Normal	15	19%
Leve	29	37%
Moderada	25	32%
Severa	9	12%
Total	78	100%

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Gráfico 2 Depresión



Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

De acuerdo al análisis de los resultados del test de depresión en los adultos mayores del Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi, se observa que el nivel normal ocupa menos de un cuarto del total. Cerca de la mitad de la población encuestada predice rasgos de depresión en forma leve, un cuarto posee un grado moderado, y por último el nivel severo representa menos de un cuarto de los encuestados.

De los datos obtenidos se puede observar que la población evaluada se caracteriza por un nivel leve y moderado de depresión, esto significa que los que se encuentran dentro del primero, presentan algunos síntomas claves en cuanto a un trastorno depresivo, sin embargo, esto es aceptable considerando las condiciones en las cuales se encuentran habitando el centro de rehabilitación social; sin embargo es necesario realizar un correcto seguimiento a estos adultos mayores; mientras que los últimos presentan síntomas depresivos que repercuten significativamente en su calidad de vida, es decir que interfieren con la realización de sus actividades diarias y por ende causan malestar dentro de la vida de los internos, como pérdida del apetito o subida del mismo, falta de sueño y por ende pueden tornarse agresivos con los demás internos. No es tan común que los evaluados tengan un nivel de la variable en donde esta tenga efectos negativos de relevancia con respecto al desarrollo evolutivo en general. Por último, una minoría tiene un grado de depresión que influya de manera representativa en el desarrollo de actividades cotidianas del individuo, además los ítems tienen una predicción significativa sobre la variable dependiente, que en este caso la depresión. En efecto la mayor parte de pacientes se encuentra en un nivel leve de depresión, lo que no descarta la posibilidad de alcanzar niveles más altos con el pasar del tiempo.

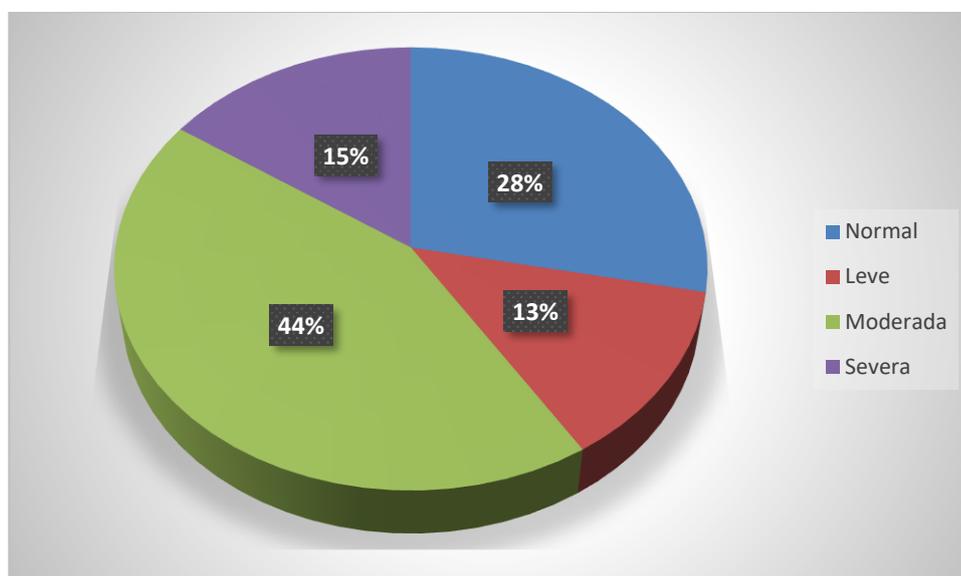
Tabla 5 Deterioro Cognitivo

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Normal	22	28%
Leve	10	13%
Moderada	34	44%
Severa	12	15%
Total	78	100%

Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Gráfico 3 Deterioro Cognitivo



Elaborado por: El Investigador

Fuente: Investigación de campo

Análisis e Interpretación

De acuerdo a los resultados del deterioro cognitivo de los adultos mayores que han sido evaluados en el Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi, del total de 78 participantes, se observa que casi la mitad posee un nivel moderado de deterioro cognitivo. Por otro lado, más de la cuarta parte de la población presenta un nivel normal, más de la décima parte tiene un nivel severo y por último, más de una décima parte de la población posee un grado leve de alteración.

Según la información recabada observa que la población se caracteriza por poseer un deterioro cognitivo moderado y normal; el primero dando lugar a la incapacitación para realizar actividades de la vida diaria, esto quiere decir que pueden presentar pérdida de memoria, falla en su capacidad intelectual, lo cual imposibilita el ser totalmente independientes dentro del centro de rehabilitación, Mientras que el segundo pues no repercute significativamente en la calidad de vida del mismo, sin embargo, No es tan común que los adultos mayores presenten un nivel de deterioro que pretende describir la sintomatología previa a la demencia. Una minoría manifiestan pérdida de funciones cognitivas como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. En efecto la mayor parte de pacientes se encuentra en un nivel moderado de deterioro cognitivo, conforme pueden agravarse si no reciben algún tipo de tratamiento y/o terapia psicológica de acuerdo a la necesidad de cada uno.

Comprobación de las hipótesis

HI La depresión si influye en el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi

HO La depresión no influye en el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi

Para la comprobación de Hipótesis se utiliza el proceso estadístico χ^2 , cual sirve para la prueba de hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En términos generales, este proceso contrasta las frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo a la hipótesis nula.

Tabla 6 Grado de libertad

Grado de libertad: $G_l = (\# \text{ Filas} - 1) \times (\# \text{ columnas} - 1)$

$$G_l = (4 - 1) \times (4 - 1)$$

$$G_l = (3) \times (3)$$

$$G_l = 9$$

Elaborado por: El investigador

Fuente: Investigación de Campo

A nivel de significancia de 0,05 y 9 grados de libertad (gl) el valor de Chi Cuadrado tabular es de $X^2_t = 16,919$

Tabla 7 Frecuencias Observadas Depresión con Deterioro Cognitivo

Deterioro cognitivo Depresión	NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	TOTAL
NORMAL	11	1	3	0	15
LEVE	9	4	12	4	29
MODERADO	2	3	15	5	25
SEVERO	0	2	4	3	9
TOTAL	22	10	34	12	78

Elaborado por: El investigador

Fuente: Investigación de Campo

Tabla 8 Frecuencias Chi Cuadrado Depresión con Deterioro Cognitivo

Frecuencia Observada O	Frecuencia Esperada E	O - E	(O-E)^ 2	((O-E)^ 2)/E
11	4.230769231	6.76923077	45.8224852	10.8307692
1	1.923076923	-0.92307692	0.85207101	0.44307692
3	6.538461538	-3.53846154	12.5207101	1.91493213
0	2.307692308	-2.30769231	5.32544379	2.30769231
9	8.179487179	0.82051282	0.67324129	0.0823085
4	3.717948718	0.28205128	0.07955293	0.02139699
12	12.64102564	-0.64102564	0.41091387	0.03250637
4	4.461538462	-0.46153846	0.21301775	0.04774536
2	7.051282051	-5.05128205	25.5154504	3.61855478
3	3.205128205	-0.20512821	0.04207758	0.01312821
15	10.8974359	4.1025641	16.8310322	1.54449472
5	3.846153846	1.15384615	1.33136095	0.34615385
0	2.538461538	-2.53846154	6.44378698	2.53846154
2	1.153846154	0.84615385	0.71597633	0.62051282
4	3.923076923	0.07692308	0.00591716	0.0015083
3	1.384615385	1.61538462	2.60946746	1.88461538
78	78	0	119.392505	26.2478574

Elaborado por: El investigador
Fuente: Investigación de Campo

Tabla 9 Chi experimental

Chi Experimental	26,25
Grado de libertad	9
Margen de error	0,05
Valor Critico	16,919

Elaborado por: El investigador
Fuente: Investigación de Campo

Gráfico 4 Verificación de Chi2



Elaborado por: El investigador

Fuente: Investigación de Campo

El valor del chi experimental es mayor al valor crítico por ende si existe relación entre la variable de depresión y la de deterioro cognitivo.

Una vez conociendo los resultados de la investigación presente cuales corresponden a la depresión y su influencia en el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, al realizar el cruce de los datos respectivos tanto de depresión con el deterioro cognitivo se obtiene una puntuación de 26,25 (Tabla No. 8), el valor chi experimental es mayor al valor crítico 16,92, cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

Decisión

Al considerar la regla general, en el caso de la presente investigación el Chi experimental es mayor al valor crítico y por ende se acepta la hipótesis alternativa que especifica que la depresión si influye en el deterioro cognitivo de los Adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se determinó mediante el método Chi- Cuadrado que existe relación entre depresión y deterioro cognitivo debido a que los datos estadísticos arrojaron un 16,919 con relación a 26,25 del valor crítico, este corrobora la hipótesis alterna, la depresión influye en el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, trayendo consecuencias negativas en su estilo de vida. (Tabla N°. 9)
2. Se identificó que los niveles de depresión si afecta a los adultos mayores del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, sienten un estado de ánimo triste la mayor parte del día, existe la presencia de anhedonia, sin embargo, se caracterizan en su mayoría por tener un nivel de depresión leve, por ende, presentan algunos síntomas claves en cuanto a un trastorno depresivo, sin embargo, esto es aceptable considerando las condiciones en las cuales se encuentran habitando el centro de rehabilitación social. Sin embargo, no es un número significativo considerando que casi la misma cantidad presentan un grado de depresión moderada, tienen síntomas depresivos que repercuten significativamente en su calidad de vida, es decir que interfieren con la realización de sus actividades diarias y por ende causan malestar dentro de la vida de los internos. (Tabla No. 4)
3. Se conoció el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi en donde se evidencia que la mayoría de ellos, se encuentra en un

nivel de deterioro cognitivo moderado, es decir, casi la mitad de los participantes encuestados, ello muestra la incapacitación para realizar actividades de la vida diaria. (Tabla No. 5) Esto quiere decir que las personas que presentan este trastorno tendrán una disminución en sus funciones cognitivas como son, la memoria, la atención o el pensamiento, a diferencia de quien no presenta esto.

RECOMENDACIONES

1. Tomando en cuenta que la depresión influye en el deterioro cognitivo en los adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, se recomienda contrastar en términos descriptivos a profundidad el alcance que tienen el constructo del deterioro cognitivo como factor determinante en el desarrollo de la depresión y enfermedades relacionadas, a fin de cuestionar criterios carentes de justificación.
2. Una vez identificados los niveles de depresión que presentan los adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, se recomienda proponer planes de contingencia para contrarrestar el incremento del nivel de depresión de acuerdo a la escala, a más de monitorear los métodos de evaluación como vector de alcance para conocer la magnitud del desarrollo de los distintos niveles de depresión que se evidencian de acuerdo a criterios de investigación.
3. Determinando que los adultos mayores privados de libertad del Centro De Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, presentan un nivel de deterioro cognitivo, se recomienda acudir a especialistas para optar por un tratamiento especializado, el mismo que señalara determinada terapia a seguir, a más de asistir a controles periódicos a fin de no agravar la situación actual de cada uno.
4. Se recomienda realizar una propuesta direccionada a contribuir al mejoramiento y satisfacción de la calidad de vida de los pacientes, como una herramienta psicoterapéutica de gestión, a fin de contrarrestar los efectos negativos del deterioro cognitivo.

5. Es fundamental que estos adultos mayores ocupen su tiempo en actividades que ayuden a trabajar sus funciones cognitivas para impedir el deterioro acelerado de estas, como la gimnasia cerebral, la estimulación cognitiva a través del uso de rompecabezas; el mismo que ayuda al manejo de la memoria largo y corto plazo, discriminación de figuras y la atención.

DISCUSIÓN

La relación entre la depresión, demencia o deterioro cognitivo vienen siendo desde hace mucho tiempo un motivo importante de estudio; debido a que la depresión afecta al funcionamiento de la persona como tal, a las relaciones interpersonales, laborales, emocionales. Los individuos que padecen del trastorno depresivo posiblemente tengan distorsiones a nivel cognitivo, así como los pensamientos negativos sobre sí mismo, el entorno y el futuro. La depresión puede ser la causa de alteraciones en el rendimiento cognitivo como en la concentración, memoria, atención, y la capacidad de tomar decisiones; de este modo se pretende contrastar por medio de investigaciones que se dan a conocer a continuación.

La depresión influye en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, resultados corroborados por la investigación realizada por Cornejo, Moreno, Cabanillas, Villar, Saravia, Portocarrero y Fernández, (2017) en donde se encuestaron a 267 adultos mayores y concluyeron que los índices de depresión aumentaron conforme aumentaba la edad y hubo una mayor probabilidad de tener trastorno neurocognitivo en aquellos con depresión severa. Por ende, no hay que tomar en consideración el ambiente en el que viven estos adultos, debido a que a pesar de que la población tomada en cuenta para esta investigación habita durante ya algunos años en un centro privado de libertad, presentaron los niveles parecidos a los adultos mayores utilizados en la segunda investigación; tomando en cuenta que el permanecer recluso genera una cadena de reacciones o distorsiones cognitivas, afectivas, emocionales o a su vez perceptivas, en conjunto se provoca por la tensión emocional que se vive a diario el permanecer encerrado sin contacto social o familiar.

De la misma manera en un estudio realizado por López, Orozco, Borboa y Flores (2015) en donde participaron 217 pacientes, hombres y mujeres, según los investigadores “un 38,7% presentaron un deterioro cognitivo y el 25.8% presentaron depresión” (p.89). Al realizarse la correlación mediante r de Pearson se obtuvo un resultado de $r = 0.683$, comprobando la concordancia en la presente investigación se determinó mediante el método Chi- Cuadrado que existe relación

entre depresión y deterioro cognitivo debido a que los datos estadísticos arrojaron un 16,919 con relación a 26,25 del valor crítico Se corroboran los resultados de la presente investigación, a su vez, según la literatura Cancino (2016), el paso de la edad, la disminución de autonomía, falta de trabajo, o de sentirse útil para la sociedad en la que habita el individuo en la mayoría de casos si no se trata resulta en depresión, la misma que con el sedentarismo que ocasiona da lugar a que el deterioro cognitivo en adultos mayores se dé con mayor rapidez, por ende esta investigación es una prueba de esta correlación positiva entre ambas variables.

CAPITULO V

PROPUESTA

TEMA DE PROPUESTA

“Intervención terapéutica para la depresión en las personas adultos mayores privados de la libertad”.

JUSTIFICACIÓN

Una vez concluido la presente investigación se pudo determinar que la depresión influye en el deterioro cognitivo en las personas adultos mayores privados de la libertad del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte Cotopaxi, se obtuvo la correlación entre las dos variables, es decir, una relación de manera recíproca a medida de que una de las variables varia la otra también varia de manera correspondiente; así mismo se ha podido identificar que más de la mitad de los encuestados presenta un nivel de depresión leve y moderado, además casi la mitad de la población tiene un nivel moderado en cuanto al deterioro cognitivo. Ya que la enfermedad les impide llevar una vida con normalidad, con esto se recalca la necesidad implementación de una intervención psicoterapéutica que permita mejorar esta problemática.

Destacando que es un tema de suma importancia ya que se ayuda a los individuos a contrarrestar la depresión, de manera significativa con el objetivo de así preservar la capacidad cognitiva para que logren desarrollarse eficazmente en el ambiente donde se encuentran y afronten de manera eficiente las diferentes adversidades que pueden ocurrir en el centro de rehabilitación.

También es importante este trabajo ya que se ha hecho respuesta a la petición realizada en la institución por parte del Abogado Diego Gómez quien cumple la función de director del Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi, solicito una copia de la investigación realizada y la elaboración de un modelo de propuesta con el fin

de servir como guía para el personal quienes conforman el departamento psicológico del CRS.

La presente propuesta es de interés considerable para el autor, debido a que es una gran oportunidad que facilita la intervención acerca de las variables a tratarse, utilizando los conocimientos obtenidos en el proceso universitario, profesional y personal, además de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Es novedoso porque se destaca al hecho que no se han realizado psicoterapia que traten la depresión y las emociones que se generan durante este estado emocional de los adultos mayores privados de la libertad.

Resulta factible porque se posee de los recursos económicos, personales; así también con la información adecuada, existe la apertura en la institución, contando con los espacios y tiempo necesario. De igual manera la institución en donde se realizó la investigación cuenta con psicoterapeutas que pueden ayudar a su recuperación según la información que será impartida.

Existen varios beneficiarios, en primer lugar y de manera directa los adultos mayores del centro de rehabilitación social de Latacunga, se tiene la expectativa que la intervención en psicoterapia disminuyan los niveles de depresión y se pretende conservar la capacidad cognitiva que se presentan con el avance de la edad y afectan el desarrollo normal de la persona.

Cabe mencionar que dentro de este proceso psicoterapéutico se trabajará con 54 de las 78 personas evaluadas, siendo quienes presentaron niveles de depresión entre leve y moderada con un porcentaje considerable del 69% del total, las personas que presentan niveles depresivos normales y severos, no participaran dentro del proceso considerando los criterios de exclusión e inclusión relacionados al tema a tratar.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que deben cumplir durante el proceso terapéutico, los PPL deben tener las siguientes características como, aquella población que esta dentro

de una depresión leve y moderada, no tener conductas agresivas, mantener una estabilidad emocional y deben tener un nivel de conservación cognitiva.

Criterios de Exclusión

Aquellas personas que tengan o presenten las características como aquellos que presenten niveles normales y severos de la depresión, quienes necesiten tratamiento psiquiátrico y asistencia clínica de forma directa relacionado con el uso de medicamentos y aquellos que tengan un nivel de conservación de deterioro cognitivo, serán excluidas del proceso terapéutico

OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar una intervención psicoterapéutica para la depresión en las personas adultos mayores privados de la libertad.

ESPECÍFICOS

1. Manejar el estado de ánimo depresivo de los adultos mayores privados de libertad.
2. Mejorar la adaptación al medio

ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA

La propuesta posee material teórico recolectado para la ejecución, se fundamenta una terapia cognitivo conductual con la meta de reducir los niveles de depresión en los adultos mayores del centro de rehabilitación de la Latacunga con el objetivo de manejar el estado de ánimo depresivo de los adultos mayores privados de libertad.

Aplicaciones de terapia cognitivo conductual en poblaciones adultos mayores y privadas de libertad

Chávez, Benitez y Ontiveros (2014) en su investigación sobre la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I en personas adultultas mayores; han evidenciado que la terapia aplicada es de gran utilidad, debido a que disminuye el número y duración de episodios depresivos, los síntomas residuales o interepisódicos, asi mismo tiene un efecto positivo en el funcionamiento psicosocial.

Así mismo Morales, Fresán, Robles y Domínguez (2015) en su publicación en cuanto a la terapia cognitiva conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia en pacientes adultos mayores, donde llegan a la conclusión que la aplicación de la terapia ha sido una de las más efectivas tanto para reducir los síntomas positivos y los negativos como para mejorar el funcionamiento general de los pacientes.

De igual forma Valencia (Valencia, 2019) en su aporte sobre la terapia cognitvia y activación conductual del trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias se llega a la conclusión de que las intervenciones demuestrán efectividad en el tratamiento propuesto y se presenta además una reducción de la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos, de las distorciones cognitivas y estrategias de afrontamiento compensatorias y de evitación; también permitió la flexibilización de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos disfuncionales asociados a la situación actual; mientras que la activación conductual colaboró en reducir los síntomas.

Por último, Prada et ál., (2014) bajo su investigación sobre la efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años donde se llega a los óptimos resultados debido a que permitió tanto a los pacientes como a los terapeutas centrarse en problemas aquí y ahora, los elementos esenciales del enfoque es poseer un plan de las sesiones previamente establecido con mets y objetivos claros acordados entre los integrantes. Esto permitió que el proceso tuviera una dirección clara y que los pacientes pudieran comprender las tareas que se le aplican.

Sustentación Teórica

La terapia cognitivo conductual es un modelo de la psicoterapia utilizada brevemente y con un límite de objetivos, básicamente se orienta a una acción en la que el psicólogo trabaja con varios individuos para detectar y poner solución a una problemática.

En efecto, es importante conocer cómo se manifiesta la depresión en las personas de la tercera edad, pues la depresión es considerada uno de los síndromes psiquiátricos más representativos y probablemente el segundo trastorno que muestra más discapacidad en la población a nivel mundial.

El componente conductual de la TCC instruye al paciente en diferentes estrategias conductuales de actuación diseñadas para aumentar la cantidad de refuerzos positivos que el paciente es capaz de obtener de su entorno. Una técnica fundamental es la de aprender a identificar e incrementar el estado de ánimo aumentando la cantidad de actividades en la vida cotidiana de las personas (Sánchez, 2017).

Existen diversas razones por las que la TCC es particularmente útil cuando se trabaja con personas mayores. La TCC enfatiza la relación entre el terapeuta y el paciente como un componente central para el éxito terapéutico. Según Marquéz, (2015), en la TCC, los terapeutas desarrollan una alianza terapéutica de colaboración con sus pacientes, en la que el logro de los objetivos es considerado como un trabajo de equipo. El énfasis en la colaboración entre terapeutas y clientes puede ser especialmente atractivo para las personas mayores, ya que su sabiduría y experiencias vitales constituyen una parte integral de la terapia.

Hernández, Romero, Alcázar, Vogel y Reyes (2017) realizaron una intervención cognitiva conductual para mejorar el nivel de depresión en un adulto, La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos, con el objetivo de reducir emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga. Los resultados de las evaluaciones pre (Pt= 19) y post terapia (PosT=8) muestran la disminución

de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno, en concordancia con otros estudios.

Así mismo Sales et ál., (2015) en su investigación sobre los efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas, donde se puede reflejar una disminución de los resultados en el grupo de tratamiento, es decir, que la eficacia de las técnicas cognitivas para aliviar la depresión en estos individuos, aprendiendo a modificar las cogniciones des adaptativas y ver la realidad más empírica permitiendo actuar de forma positiva

Por último, dentro del modelo terapéutico que se propone se utiliza diferentes técnicas como la modificación cognitiva, reestructuración cognitiva, la técnica de solución de problemas, entre otras; además se utiliza instrumentos como los registros y las posibles tareas que son emitidas a los participantes.

Modelo de protocolo psicoterapéutico

Para la realización del modelo se toma en cuenta a un autor muy destacado Arthur E. Jongsma, Jr., cuyo modelo de empleo propone los siguientes aspectos:

Primer paso se encuentra la selección del problema donde el terapeuta debe determinar los problemas más significativos en los que se centra el proceso del tratamiento, de esta forma se puede identificar signos y síntomas que poseen los pacientes.

En segundo lugar, se establece las definiciones, es decir, las dificultades que se puede observar o síntomas que emiten los pacientes, los mismos que deben ser tomados en cuenta como parte de los criterios que se asocian al trastorno.

Para determinar el tercer punto se parte desde el objetivo de desarrollo, donde se establece objetivos generales para resolver el problema que indican un resultado positivo deseado para los procedimientos del tratamiento, este planificador proporciona diferentes declaraciones de objetivos posibles por cada problema.

El cuarto paso a seguir es la construcción objetiva, en contraste a largo plazo las metas, los objetivos deben indicar en el lenguaje de comportamiento medible por lo que es claro para examinar las agencias, organizaciones de mantenimiento de salud cuando el cliente ha alcanzado los objetivos establecidos, están diseñados para satisfacer la demanda de rendición de cuentas.

El quinto paso se menciona la creación intervención, las mismas son acciones del terapeuta para favorecer al paciente a completar los objetivos, debe existir una intervención por cada objetivo, si el paciente no cumple con el objetivo de la intervención inicial, las nuevas deben ser añadidas al plan, deben ser seleccionadas según las necesidades y capacidades del paciente y completa recopilación del terapeuta.

Por último, el sexto paso trata de la determinación del diagnóstico, la misma que basa en una evaluación de la presentación clínica completa del paciente, el terapeuta debe comparar los síntomas conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales que el cliente se presenta con los criterios diagnóstico de una condición de enfermedad mental como se describe en el DSM-IV (Jongsma, 2006).

Tabla 10 Plan Operativo

FASE O ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Planificación	Estructurar sesiones de trabajo sistematizadas para el manejo de la depresión.	Realizar psicoterapia basados en la teoría de Beck	Internet Recursos Humanos Recursos económicos	El investigador	1 semana
Logística	Gestionar con las autoridades correspondientes la ejecución de la psicoterapia	Bienvenida a los colaboradores Ubicación en el espacio físico determinado. Diseño de las sesiones propuestas.	Espacio físico Recursos Humanos Materiales	El investigador	2 horas
Socialización	Planificar estrategias psicológicas acordes a las sesiones de trabajo.	Realizar rapport entre los colaboradores y el terapeuta. Autorización informada, firmada por los participantes	Recursos Humanos Materiales de oficina	El investigador	1 hora
Ejecución	Aplicar las estrategias correspondientes para el manejo de la depresión.	Identificación de emociones y consecuencias. Técnicas de solución de problemas Modificación cognitiva	Proyector Computador Espacio Físico Recursos Humanos	El investigador	1 semanas
Finalización	Verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.	Socializar los resultados	Recursos Humanos	El investigador	30 minutos

Modelo de protocolo psicoterapéutico

Visión negativa de sí mismo, del presente y del futuro

Definiciones: en la población evaluada se constató un estado de ánimo deprimido.

Existe disminución del interés y/o placer de realizar alguna actividad.

Ante la pérdida de las habilidades motoras y cognitivas se produce la idea de inutilidad, minusvalía.

Los individuos presentan problemas tanto para conciliar y/o mantener sueño.

Dificultades para mantenerse activos por la privación, generando fatiga y pérdida de energía

Presentan una percepción negativa, expectativas negativas del presente, pasado y futuro.

Metas:

1. Mejorar el estado de ánimo de los adultos mayores privados la libertad.
2. Estimular la capacidad de experimentar el placer, la pérdida de interés o satisfacción.
3. Mejorar las conductas relacionadas con el sueño.
4. Reestructuración cognitiva sobre la percepción y expectativas negativas

Objetivos:	Intervenciones:
1. Identificar las situaciones que influyen en el estado de animo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proponer un test que mide los aspectos específicos de la depresión, con el fin de obtener mayor número de datos. 2. Retroalimentación o Feedback de resultados 3. Enlistar situaciones o eventos de cuando sucede. 4. Generar un espacio de confianza, del contacto visual, la escucha activa y aceptación para generar información necesaria. 5. Elaboración de registros de situaciones que le generan incomodidad para relacionarse con el medio. 6. Valorar los factores desencadenantes, que generan el estado de ánimo deprimido. 7. Feedback de los factores desencadenantes. 8. Elaboración de registros.
2. Identificar las emociones de los individuos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un espacio de confianza, del contacto visual, la escucha activa y aceptación para generar información necesaria. 2. Psicoeducación de las emociones basado en técnicas expositivas. 3. Elaboración de registros sobre los aspectos tratados 4. Registro de situaciones desencadenantes y emociones 5. Como tarea identificar y registrar las emociones en relación a los eventos que han tenido. 6. Valoración subjetiva de depresión. Implicando del 0 al 10 (Cuanto de triste se siente)
3. Identificar y reconocer las conductas que tienen que ver con los individuos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un espacio de confianza, del contacto visual, la escucha activa y aceptación para generar información necesaria. 2. Psicoeducación basado en técnicas expositivas <ul style="list-style-type: none"> - conductas relacionadas a los hechos y a las emociones - conductas que se ven y sus reacciones fisiológicas 3. Identificar las conductas que se relacionan y refuerzan el estado deprimido

	4. Registro de situaciones desencadenantes, emociones y conductas
4. Identificar y reconocer los pensamientos que obtiene el individuo.	<p>1. Generar un espacio de confianza, del contacto visual, la escucha activa y aceptación para generar información necesaria.</p> <p>2. Psicoeducación basado en técnicas expositivas sobre el Principio Básico Cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicación tanto de la conducta como de las reacciones del individuo ante un evento o situación por los pensamientos, sea conductual o emocional. - el paciente debe pensar con la realidad y considerar que no todos los pensamientos son verdaderos. <p>3. Identificar los pensamientos que vienen en los eventos</p> <p>4. Registro de situaciones desencadenantes, emociones, conductas y pensamientos</p> <p>5. Psicoeducación basado en técnicas expositivas sobre las distorsiones cognitivas.</p> <p>6. Identificar las distorsiones cognitivas.</p> <p>7. Modificación de distorsiones en base a técnicas</p> <p>8. Aprendizaje de como cuestionar las distorsiones para lograr la modificación.</p>

CRONOGRAMA TERAPÉUTICO

Tabla 11 Cronograma terapéutico

Diagnóstico: depresión

Técnicas	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Dinámica de grupo “El regalo de la alegría”	x			
Dinámica de grupo “Brújula de las emociones”		x		
Dinámica de grupo “El maniquí”			x	
Dinámica de grupo “Historia de mis Recuerdos”				x
Psicoeducación basada en técnicas expositivas		x	x	x
Dialogo socrático			x	x
Continuum cognitivo	x		x	x
Reestructuración cognitiva				x
Técnica elaboración de registros	x	x	x	x
Dinámica de grupo Cierre de sesión “Himno a las Cabecitas Blancas”	x	x	x	x

Responsable: Mauricio Rodas

DESARROLLO DEL PROTOCOLO PSICOTERAPÉUTICO

SESIÓN #01

Tema: Situaciones que influyen en el estado de ánimo de los PPL

Objetivo: identificar las situaciones que influyen en el estado de ánimo de los PPL

INTRODUCCIÓN

Para dar apertura de la sesión es imprescindible empezar con un saludo y bienvenida cordial a los asistentes, se pretende establecer empatía y rapport, creando un ambiente agradable de armonía con el fin de preparar a los integrantes para la dinámica que se realizara posteriormente. Es fundamental la presentación de quien va a impartir la sesión, así como la descripción de la temática en general a tratar.

Se dará a conocer a los adultos mayores mediante diapositivas, la investigación realizada y sus respectivos resultados. Se indicará a las personas de tercera edad los objetivos del programa para mejorar el grado de la variable que poseen, de esta manera, justificando el motivo de las sesiones. Es fundamental que los participantes conozcan las expectativas que buscan obtener con las actividades destinadas.

Dinámica: el regalo de la alegría

Objetivo: Promover un clima de confianza personal, de valorización personal, y un estímulo positivo, en el seno del grupo.

Tamaño de grupo: seis a diez participantes

Tiempo requerido: cinco minutos por participante.

material:

I. Lápiz.

II. Papel.

Lugar: Un salón suficientemente amplio donde los participantes puedan desplazarse cómodamente.

Desarrollo:

I. El instructor formará subgrupos y proporcionará papel a cada participante.

II. El instructor hará una exposición, como la siguiente: "Muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. Muchas veces nos quedamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y no nos preocupamos por hacer cosas menores, y que tienen mayor valor."

III. El instructor les comunica a los participantes que escriban un mensaje para cada compañero del grupo. El mensaje da diferentes reacciones a los participantes ya sean positivas o negativas.

IV. El instructor presentará sugerencias, procurando que cada participante envíe su mensaje a todos los miembros del grupo incluyendo a las personas que no les caen bien. Sus indicaciones serán las siguientes: 1.- Procuré ser específico, diciendo, por ejemplo: "Me gusta tu manera de reírte, cada vez que te diriges a alguien lo haces con mucho respeto" ahí ya te estas expresando correctamente. 2.- Procure escribir un mensaje especial que se dirija amablemente al participante para poder aplicarlo a los demás. 3.- Incluya a todos, aunque no los conozca lo suficiente, Busque algo positivo de cada uno de los participantes. 4.- Procure decir a cada uno lo que observó dentro del grupo, sus puntos altos, sus éxitos, y hágalo siempre en primera persona, o sea "A mí me gusta " o " Yo siento "etc. 5.- Dígale a la otra persona lo que encuentra en ella que lo vuelve a usted muy feliz.

V. Los participantes podrán, firmar el mensaje si ellos lo desean.

VI. Escritos los mensajes, se doblarán, se pondrá en el lado de afuera el nombre del participante al que va dirigida la carta y serán colocadas en una caja para ser recogidos.

VII. Después de que todo hayan leído sus mensajes, se procede a hacer los comentarios sobre las reacciones de los participantes.

MEDIO

Mediante se va realizando la sesión se mencionará que se debe ir realizando la elaboración de registros de situaciones que le generen incomodidad a los PPL con el fin de relacionarse con el medio y a su vez valorar los factores desencadenantes que generen el estado de animo deprimido, aplicando la técnica Continuum

cognitivo para modificar las creencias, dibujar una coordenada que permita determinar si realmente existe las categorías (ejemplo, éxito o fracaso)

CIERRE

Para dar finalización a la primera sesión se realizará un Feedback en base al tema de los factores desencadenantes que generan un estado deprimido en los participantes, luego a todos los asistentes para constancia de los conocimientos adquiridos, una vez establecido esto se solicitara que escriban en una hoja una lista de los aspectos cuales ellos consideran son factores que influyen en su estado de ánimo deprimido.

Se enviará una tarea la cual consta en realizar un registro de los factores desencadenantes que se presenten a partir de la finalización de la sesión actual hasta hacer presencia de la próxima sesión.

Finalmente se realizará el canto del himno a las cabecitas blancas destinado para adultos mayores.

Tema de la dinámica: Himno a las cabecitas blancas

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a personas de tercera edad

Desarrollo de la dinámica: Canto del Himno a las cabecitas blancas

Las personas de tercera edad se forman de manera gradual, y inician el canto con una voz firme y fuerte, con el fin de incentivar al positivismo al final del himno se grita 3 veces la palabra libertad.

SESIÓN #02

Tema: Emociones de los PPL

Objetivo: identificar las emociones de los adultos mayores privados de libertad.

INTRODUCCIÓN

Para dar inicio a la sesión se recibe a todos los participantes, agradeciendo por su asistencia y compromiso y se procede permitiendo a un integrante que dé a conocer sobre sus puntos de vista en base a la sesión anterior y tarea realizada, así cada uno de los individuos podrá comparar cualidades nuevas que han ido descubriendo en sí mismos, una vez finalizada la actividad se procederá con la dinámica grupal.

Dinámica: Brújula de las emociones

Objetivo: distinguir las distintas emociones que sentimos en determinados momentos.

Tiempo necesario: alrededor de media hora.

Tamaño del grupo: puede hacerse en grupo de tamaño mediano o bien, de manera individual.

Lugar: sala o aula amplia en la que cada persona tenga espacio para trabajar de manera individual.

Materiales necesarios: folio en el que esté pintada la rosa de los vientos, algo para escribir.

Pasos a seguir:

1. Pintamos la alegría al norte y reflexionamos sobre la pregunta: ¿Qué he logrado?
2. Al sur, reflejamos la respuesta y responderemos ¿Qué he perdido?
3. Entre ambas emociones, situaremos el logro que hemos conseguido, o bien el fracaso. Es importante hacer una lectura positiva.
4. En el este, pondremos el enfado. Pensaremos qué me ataca o me hace sentir en una situación de riesgo.

5. En el lado oeste, situamos el miedo. En este punto, reflexionaremos cuáles son nuestros miedos.
6. Unimos al enfado y al miedo a través de la amenazada y reparamos en identificar las amenazas que tenemos presentes.
7. En el resto de puntos, podemos situar otras emociones que estén presentes.

Discusión: si la actividad se realiza en grupo y existe confianza suficiente, las personas que lo deseen puede compartir sus emociones con sus compañeros.

MEDIO

Mediante psicoeducación basándose en la técnica expositiva se dará a conocer sobre las emociones, se hablará de aspectos importantes, de inicio un concepto claro y conciso, causas, tipos, síntomas y posibles actividades para dar solución a este tipo de problemática con el fin de que los PPL tengan conocimiento previo sobre el tema a tratar, durante el proceso de exposición se utilizará empatía con el fin de que las personas se integren a la sesión y no presenten desanimo, ni cansancio alguno.

Mediante el desarrollo de la sesión se aplicará el uso de la técnica de elaboración de registros en donde los PPL irán tomando en cuenta los factores de situaciones desencadenantes y las emociones que influyen sobre la depresión que se genera en el espacio en donde ellos están viviendo.

CIERRE

Para dar finalización a la sesión se realizará un Feedback en base al tema de los factores desencadenantes que generan un estado deprimido y las emociones en los participantes. Como tarea se enviará identificar y registrar las emociones en relación a los eventos que ha tendido cada uno de los PPL, así aplicando una valoración subjetiva a la depresión implicando del 0 al 10 (cuanto de triste se siente).

Finalmente se realizará el canto del himno a las cabecitas blancas destinado para adultos mayores.

Tema de la dinámica: Himno a las cabecitas blancas

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a personas de tercera edad

Desarrollo de la dinámica: Canto del Himno a las cabecitas blancas

Las personas de tercera edad se forman de manera gradual, y inician el canto con una voz firme y fuerte, con el fin de incentivar al positivismo al final del himno se grita 3 veces la palabra libertad.

SESIÓN #03

Tema: Conductas que tienen los individuos

Objetivo: Reconocer las conductas que tienen que ver con los individuos

INTRODUCCIÓN

En esta sesión el psicólogo dará un breve saludo a los integrantes, a continuación, hará la revisión de los registros encomendados con el fin de llevar un correcto labor y seguimiento de las sesiones anteriores. Mientras revisa los registros el psicólogo elegirá a tres PPL con el fin de que puedan expresar a sus compañeros de aula sobre la tarea realizada y que expectativas tienen a futuro, relacionando con sus trabajos. Una vez finalizado la revisión de tareas el psicólogo dará las pautas de la dinámica a trabajar, dando así inicio a la nueva sesión.

Tema: “El maniquí”

Tiempo: 20 min

Materiales: Prendas de vestir e implementos de los PPL

Durante la explicación de la sesión , se aclaró la importancia que generan las dinámicas grupales ya que a más de ser un distractor y liberador de tensiones, proporciona un clima más ameno para la realización de la sesión, en esta ocasión la dinámica a utilizar se llama el maniquí a más de ser sencilla, muestra los niveles de competencias, habilidades que muchas veces pasan desapercibidas como por ejemplo el pensamiento estratégico, rasgos de personalidad, identificación de quien toma la posta o líder, manejo de grupos, etc, así generando conductas las cuales son indispensables para poder trabajar en el tema de la sesión. Los pasos a desarrollar son los siguientes:

- Se divide al grupo en dos partes iguales, esta vez se permitirá que los grupos se integren por afinidad.
- Se les dará la premisa de que cada grupo debe elegir a un representante que sea el maniquí.

- Una vez escogido el maniquí un integrante del grupo contrario lo coloca en la posición que desee cabe recalcar que en esa posición permanecerá por el resto de la dinámica.
- Una vez que se ubican los maniquís el moderador da la orden de que cada grupo debe poner la mayor cantidad de prendas y accesorios acomodados en su maniquí correspondiente por un tiempo estimado de diez minutos, sin mover al maniquí de la posición inicial.
- Transcurrido el tiempo los concursantes se alejarán de los maniqués.
- Y el moderador contara prendas y accesorios una a una.
- El grupo que tenga más prendas y accesorios, a más de optar una posición única e interesante es el ganador.
- Y se le dará un premio adicional al grupo que logre acomodar todo lo que utilizaron en su respectivo lugar.

Al final se evaluará las conductas de cada uno de los grupos incluido el grupo ganador y las estrategias utilizadas que les dieron el triunfo, de la misma manera se hablara con el grupo perdedor para que determinen cuales fueron sus falencias dentro de la competencia, a la final les pediremos que mencionen si existió uno o más líderes dentro de su equipo y quienes fueron, a más de sus características.

MEDIO

Mediante una clase basado en técnicas expositivas el investigador dará a conocer una breve introducción sobre el tema a tratar, durante el proceso de exposición se utilizará empatía con el fin de que las personas que integran la sesión no presenten desanimo ni cansancio alguno.

Se hablará de aspectos importantes, de inicio un concepto claro y conciso de las conductas, tipos, la relación entre conductas relacionadas a los hechos y con las emociones, a su vez posibles actividades para dar cambio a las conductas negativas que se observan y tienen reacción fisiológica, durante el proceso de la sesión se aplicaran técnicas como dialogo socrático el cual esta ayudara a que los PPL tengan

uno nuevo juicio crítico en base a la duda de sus pensamientos y creencias disfuncionales, esto los estimulará a entrar a un espacio tipo prueba, también se aplicará la técnica de continuum cognitivo cuyo objetivo es modificar las creencias o esquemas disfuncionales relacionados con las expectativas negativas de sí mismos.

CIERRE

Para dar finalización a la sesión se realizará un Feedback en base al tema de las situaciones desencadenantes, emociones y conductas que se relacionan con el estado deprimido. Como tarea se enviará identificar las conductas que se generan durante el tiempo entre sesiones a su vez relacionar con los registros de las emociones y situaciones desencadenantes que ha vivido cada uno de los PPL.

Finalmente se realizará el canto del himno a las cabecitas blancas destinado para adultos mayores.

Tema de la dinámica: Himno a las cabecitas blancas

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a personas de tercera edad

Desarrollo de la dinámica: Canto del Himno a las cabecitas blancas

Las personas de tercera edad se forman de manera gradual, e inician el canto con una voz firme y fuerte, con el fin de incentivar al positivismo al final del himno se grita 3 veces la palabra libertad.

SESIÓN #04

Tema: Pensamientos que obtiene el individuo

Objetivo: Reconocer los pensamientos que obtiene el individuo.

INTRODUCCIÓN

En esta fase se brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica de solución de problemas el cual cada vez que una persona integrante del grupo sienta una emoción negativa nosotros le ayudaremos a generar una solución ante la situación que esté pasando, junto al refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal creando un ambiente ameno mediante alago por haber realizado su tarea expresando frases como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica.

Tema: Historia de mis recuerdos

Tiempo: 60 minutos

Tamaño del grupo: a partir de 20 personas

Divididos en subgrupos de 5 a 6 participantes

Lugar: aula

Edad: a partir de los 5 años

MATERIAL:

- Una hoja blanca.
- Lápiz o bolígrafo para cada persona.

DESARROLLO

I. El moderador explica a los participantes que: "Los recuerdos son como un trozo de nuestro pasado y los guardamos como verdaderos tesoros. Con ellos nos acordamos de momentos felices de nuestra vida. Cada vez que vienen a nuestra mente las personas y los hechos, vivimos de nuevo la experiencia en que

participamos. Al comentar un recuerdo, revelamos algo de nosotros mismos, de nuestra historia personal"

II. El moderador entrega a cada una de las personas una hoja blanca y les solicita que escriban en ella la historia de un recuerdo importante de su vida.

III. El moderador les pedirá a las personas que le entreguen las hojas que contienen sus historias.

IV. Las personas son integrados en subgrupos por el dinamizador con la siguiente encomienda: "Cada subgrupo recibirá 5 historias diferentes a las de vosotros para que las lean y traten de identificar su autor.

V. El moderador reúne al grupo y solicita a las personas que comenten los sentimientos que les provocaron las historias.

VI. Al terminar la actividad anterior, el moderador pide a los subgrupos que entreguen las hojas de las historias a las personas que consideran son el autor y les expliquen la razón de su elección

VII. El moderador indica a las personas que mencionen si realmente son los autores de la historia que les entregaron.

MEDIO

Para iniciar esta sesión el psicólogo mediante la técnica expositiva dará un espacio de psicoeducación basado en el principio básico cognitivo en donde se dará una explicación tanto de la conducta como de las reacciones del individuo ante un evento o situación por los pensamientos sea esto conductual o emocional, para lograr resultados positivos se aplicara la técnica del dialogo socrático en donde se hará dudar al paciente de sus pensamientos y creencias disfuncionales así el paciente llegando a pensar con la realidad y considerar que no todos los pensamientos son verdaderos.

También se aplicará la técnica de elaboración de registros identificando los pensamientos que vienen en los eventos junto a las situaciones desencadenantes, emociones, conductas y pensamientos.

Para dar continuidad con la sesión, nuevamente se aplicará la técnica expositiva en donde se brindará información fundamental en base a la identificación de las distorsiones cognitivas y modificación de las mismas en base a técnicas como el continuum cognitivo así poder modificar las creencias o esquemas disfuncionales relacionados con las expectativas negativas de sí mismos, finalmente aplicando la técnica de reestructuración cognitiva en donde ayudara a identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo , es decir la visión negativa del mundo , del futuro de sí mismos, esta técnica se desarrollara junto a la técnica de registros es decir el PPL enlistará los pensamientos irracionales, su validez y utilidad, en donde el terapeuta participa realizando preguntas a los mismos, con el fin de reflexionar sobre los pensamientos que les han llevado a sentirse mal y encontrar los pensamientos alternativos como por ejemplo si un amigo tuviese este pensamiento ¿Qué le diría? ¿Me ayuda a tener un mejor estado de ánimo?

CIERRE

Para dar finalización a la sesión se realizará un Feedback en base a la identificación y reconocimiento de los pensamientos que obtiene el individuo en relación a situaciones desencadenantes, emociones y conductas que se relacionan con el estado deprimido. Como tarea se enviará identificar las distorsiones cognitivas que se generan durante el tiempo entre sesiones a su vez relacionar con los registros de las emociones y situaciones desencadenantes que ha tendido cada uno de los PPL. Finalmente se realizará el canto del himno a las cabecitas blancas destinado para adultos mayores.

Tema de la dinámica: Himno a las cabecitas blancas

Tiempo de duración: 10 minutos

Materiales a utilizar: Humano

Participantes: Dirigido solo a personas de tercera edad

Desarrollo de la dinámica: Canto del Himno a las cabecitas blancas

Las personas de tercera edad se forman de manera gradual, e inician el canto con una voz firme y fuerte, con el fin de incentivar al positivismo al final del himno se grita 3 veces la palabra libertad.

Bibliografía

- Antón Jiménez, M., Giner Santeodoro, A., & Villalba Lancho, E. (2014). Delirium o síndrome confusional agudo. *Tratado de geriatría para residentes*, 189-198.
- Aparicio , D. (2016). *Qué es el trastorno ciclotímico y estrategias para afrontarlo*. Psyciencia. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/que-es-la-ciclotimia-y-como-afrontarla/>
- Asociación America de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatria. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Benavides, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en adulto mayor . *Revista mexicana de anesthesiología*, 107-112.
- Borja, L. (2016). *Tiene problemas de memoria? causas de la demencia presenil* . España: Cognifit, salud, cerebro y neurociencia.
- Calvo, J. M., & Jaramillo, L. E. (2015). Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review. *Rev. Fac. Med Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C.*, 471-82.
- Cano Vindel , A. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela* . Madrid-España: Universidad Complutense de Madrid.
- Confederación española de Alzheimer (CEAFA). (2017). *Lo que debes saber sobre eso que llamas demencia senil*. Navarra: Confederación Española de Alzheimer.
- Coryell, W. (2018). *Trastornos depresivos*. College of Medicine al University of Iowa. Manual MSD, versión para profesionales.
- Gibran, K. (2014). *Dile adiós a la Depresión*. México: SISTA.
- González, R. (2018). *Prevención, formación e intervención en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Estimulación cognitiva global. Obtenido de

<https://www.estimulacioncognitiva.info/2016/02/16/diferenciando-envejecimiento-normal-deterioro-cognitivo-leve-y-alzheimer/>

Gutiérrez Alcalá, R. (24 de Julio de 2015). Deterioro cognitivo en adultos mayores. *El Universal*, 1.

Gutiérrez Robledo, L. M., García Peña, M., Roa Rojas, P., & Martínez Ruíz, A. (2017). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud*. México: Academia Nacional de Medicina de México.

Huang, J. (2018). Memory Impairment and Neurodegenerative Dementia (MIND) Center. *Manual MSD, version para profesionales*.

Jadán , C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 y 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. Loja: Universidad Nacional de Loja.

Jadán López, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. Loja: Universidad Nacional de Loja.

Llanero, M. (2016). *¿Cual es la demencia más desconocida? Trastorno frontotemporal* . Sanitas la Moraleja : CUidarBien.

López , Á., & Calero, D. (2015). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos . *Revista española de geriatría y gerontología*, 220-225.

Montero Parra, J., Gómez Romera, C., Guitiérrez fernpandez , J., Gómez, A., & Salmerón , S. (2018). Envejecimiento normal/envejecimiento patológico. Factores de riesgo psíquico de evejecimiento patológico. *Geriatricarea*.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *¿Qué son los trastornos neurológicos?*

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Organización Mudial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Llevar un modo de vida sano ayuda a reducir el riesgo de padecer demencia*. OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2019-adopting-a-healthy-lifestyle-helps-reduce-the-risk-of-dementia>

- Rodríguez, L. (2017). *Relación de neurotransmisores con la depresión y el accidente cardio cerebral* . España: Unniversidad Americana.
- Romeu LLabres, H. (2015). *¿Qué es la depresión? Principales síntomas y causas* . España: Drromeu.
- Sequeira, A. (2015). Neurobiología de la depresión . *Rev. Mex Neuroci*, 462-478.
- Sinchire, M. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos* . Loja: Universidad nacional de Loja.
- Terrazas, E., García, A., Díaz , M., & García , M. (Septiembre de 2015). Depresión, imprecision diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista Asociación Española*, 31(3).
- Viñuela Fernández, F. (2019). Deterioro cognitivo. una aproximación terminológica y conceptual. En V. Fernández, *Recomenaciones para el manejo del deteriorpo cognitivo* (págs. 1-156). Sevilla-España: Fundación Sociedad Andalucía de Nuerología .

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMERICA



Facultad de Ciencias
Humanas y de la Salud

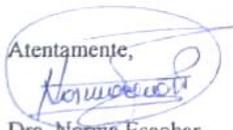
OFIC 0023/FCHS/2019
Ambato, 01 de febrero de 2019

Abg.
Diego Gómez
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL COTOPAXI
Presente.-

De mi consideración:

Permitame ser la portadora de un saludo cordial y afectuoso, en representación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, y a la vez conocedora de su alto espíritu de colaboración, me permito solicitarle se sirva autorizar la aplicación de los instrumentos para recolección de información del proyecto de investigación "LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI EN EL PERIODO 2018-2019 ", autorizado para su ejecución para el señor Mauricio José Rodas Castillo los datos recabados se manejarán con total confidencialidad. El informe de resultados y su interpretación se entregará a usted con la intención de que la información sea beneficiosa para su institución. El mencionado estudiante realizo Prácticas Pre profesionales en la institución y también el voluntariado dentro del mismo.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Dra. Norma Escobar
COORDINADORA FCHS



Validación de reactivos



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



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La depresión y su influencia en el deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra contra Norte Cotacachi en el periodo 2018-2019

INSTRUMENTO A VALIDAR: Neuropsi

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cómo la depresión influye en el deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad dentro del centro de rehabilitación social regional Sierra contra Norte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar los niveles de depresión que presentan las Adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra contra Norte Cotacachi.
2. Analizar el nivel de deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra contra Norte Cotacachi.
3. Establecer una propuesta para dar solución en la problemática encontrada en la institución.

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Ana Carolina Márquez Altamirano

PROFESIÓN: Psicología Clínica

OCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 23 / Enero / 2019



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



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La expresión y su influencia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, pobreza de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra centro norte catapuzi en el periodo 2018-2019

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Depresión Geriátrica

OBJETIVO GENERAL:

Determinar como la depresión influye en el deterioro cognitivo de los adultos mayores, pobreza de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra centro norte catapuzi

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los Adultos mayores, pobreza de la libertad del Centro de rehabilitación social regional Sierra centro norte catapuzi
2. Analizar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores, pobreza de la libertad del Centro de rehabilitación social regional Sierra centro norte catapuzi
3. Establecer una propuesta para dar solución a la problemática encontrada en la institución

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Ana Carolina Márquez Altamirano

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 23/Enero/2019



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La depresión y su influencia en el desempeño cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra Centro Norte Cotacachi en el periodo 2018-2019

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de depresión Geriátrica

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cómo la depresión influye en el desempeño cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra Centro Norte Cotacachi

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra Centro Norte Cotacachi
2. Analizar el nivel de desempeño cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional Sierra Centro Norte Cotacachi
3. Establecer con precisión para dar solución a las problemáticas encontradas en la institución

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Norma Escobar

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 24-01-2019



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La depresión y su influencia en el deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaxi en el periodo 2018 - 2019

INSTRUMENTO A VALIDAR:

Neuropsa

OBJETIVO GENERAL:

Determinar como la depresión influye en el deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaxi

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaxi
2. Analizar el nivel de deterioro cognitivo de las adultas mayores privadas de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaxi
3. Establecer una propuesta para dar solución a la problemática encontrada en la institución

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Norma Escobar

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 24-01-2019



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La depresión y sus influencias en el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaz en el periodo 2018-2019

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Depresión Geriátrica

OBJETIVO GENERAL:

Determinar como la depresión influye en el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaz

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los Adultos mayores privados de la libertad del Centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaz.
2. Analizar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del Centro de rehabilitación social regional sierra centro norte catapaz.
3. Establecer una propuesta para dar solución a la problemática encontrada en la institución.

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Pada Salinas

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

Ocupación: Docente Universitario

Firma del evaluador

Fecha: 24/01/2019



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



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

La depresión y su influencia en el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte cotacachi en el periodo 2018 - 2019

INSTRUMENTO A VALIDAR: Neuropsi

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cómo la depresión influye en el deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte cotacachi

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte cotacachi
2. Analizar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores privados de la libertad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte cotacachi
3. Establecer una propuesta para dar solución a la problemática encontrada en la institución

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Pareda Salinas

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 24/01/2019

Anexo 2

Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **Heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Apellidos y Nombres:
 Edad: Sexo: N° Aplic:
 Unidad / Centro:
 Fecha de evaluación:

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

Anexo 3

NEUROPSI Atención y Memoria 6 a 85 Años (Versión Breve)



NEUROHEALTH
International Institute of Neurosciences
NEUROSCIENCES



NEUROPSI
Evaluación Neuropsicológica
Breve en Español

Apellidos y Nombres: H.C.:
 Edad: Sexo: Lugar y Fecha de Nac.: Procedencia:
 Escolaridad: Ocupación: Lateralidad: Fecha de Evaluación:/...../.....
 Dx. Neurológico:
 Dx. Neuropsicológico:
 RMN:
 TAC:
 EEG:
 Otros:

Observaciones de importancia
 Antecedentes personales y familiares de importancia:

1. ORIENTACIÓN (Ptje. 0-1)

- A. *Tiempo*: día () mes () año ()
 B. *Espacio*: Ciudad () Lugar ()
 C. *Persona*: Edad ()
 Puntaje Total: ____ (6)

2. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

A. Dígitos en Regresión:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 4-8.....(2) | 9-1.....(2) |
| 2-8-3.....(3) | 7-1-6.....(3) |
| 8-6-3-2.....(4) | 2-6-1-7.....(4) |
| 6-3-5-9-1.....(5) | 3-8-1-6-2.....(5) |
| 5-2-7-9-1-8.....(6) | 1-4-9-3-2-7.....(6) |

Total: ____ (6)

B. Detección Visual (t: 60"): Lam. A (t: 3")

____ (Aciertos) - ____ (Errores) = ____ (16)

C. Sustracción:

20-3= ____ -3= ____ -3= ____ -3= ____

Total: ____ (5)

3. CODIFICACIÓN

A. Memoria Verbal Espontánea:

1.° Ensayo	2.° Ensayo	3.° Ensayo
gato	mano	codo
Pera	vaca	fresa
mano	fresa	pera
Fresa	gato	vaca
Vaca	codo	gato
Codo	pera	mano
Total		

Intrusiones: Perseveraciones:

Primacia: Presencia:

Total Promedio: ____ (6)

B. Proceso Visoespacial (Copia Lam. 1):

Total ____ (12)

4. LENGUAJE

A. Denominación (Lam 2-9)

	Pje	Rpta		Pje	Rpta
Chivo			Llave		
Guitarra			Serpiente		
Trompeta			Reloj		
Dedo			Bicicleta		

Opcional: Lápiz, reloj, botón, techo, tobillo, zapato, llave
 Total: ____ (8)

B. Repetición:

	Rpta	Pje
Sol		0 - 1
Ventana		0 - 1
El niño llora		0 - 1
El hombre camina lentamente por la calle.		0 - 1

Total ____ (4)

C. Comprensión Lam. 10 (Ptje. 0-1)

Señale el cuadrado peq.	
Señale un círculo y un cuadrado.	
Señale un círculo peq. y un cuadrado grand.	
Toque el círculo peq. , si hay un cuadrado grande.	
Toque el cuadrado grand. , en lugar del círculo peq.	
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.	

Total ____ (6)

D. Fluidez Verbal: (t:60")

NEUROHEALTH Internacional Institute NEUROSCIENCES ®

Nombre de animales		Palabras 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: Instrucciones Perseveraciones:		Total Fonológico: Instrucciones Perseveraciones:	

5. LECTURA

Que lea en voz alta (Lam. 11)

	Pje
¿Por qué se ahoga el gusano?	0 - 1
¿Qué paso con el otro gusano?	0 - 1
¿Como se salvo el gusano?	0 - 1
Total: _____ (3)	

6. ESCRITURA

	Pje
Dictar: El perro camina por la calle	0 - 1
Copiar: Lam. 12	0 - 1
Total: _____ (2)	

7. FUNCIONES EJECUTIVAS

A. Conceptual

1. Seméjanzas:

	Rpta	Pje.
naranja-pera		0 1 2
perro-caballo		0 1 2
ojo-nariz		0 1 2
Total: _____ (6)		

2. Cálculo: Mental

	Rpta.
Cuanto es 13 + 15	
Juan tenia \$12, recibió 9 y gasto 14 ¿cuánto le quedo?	
¿Cuánto naranjas hay en 2 docenas y medias?	
Total: _____ (3)	

3 Secuenciación: Lam.13

Continué con la secuencia: _____
Total: _____ (1)

B. Motora

1. Posición de la mano:
Der:J.....J..... (Puño/Filo/Palma)
Izq:J.....J..... (Palma/Filo/Puño)

Total: _____ (4)

2 Movimientos alternos: (Abierto/Cerrado)

Total: _____ (2)

3 Reacciones opuestas: (Indice/Puño)

Total: _____ (2)

8. FUNCIONES DE EVOCACION

A. Memona visoespacial

Total: _____ (12)

B. memona audioverbal

1: Evocación	2: Categoría por:Claves
	Partes del cuerpo
	Frutas:
	Animales:
Intrusiones: Persev.: Total: _____ (6)	Intrusiones: Persev.: Total: _____ (6)

3. Reconocimiento:

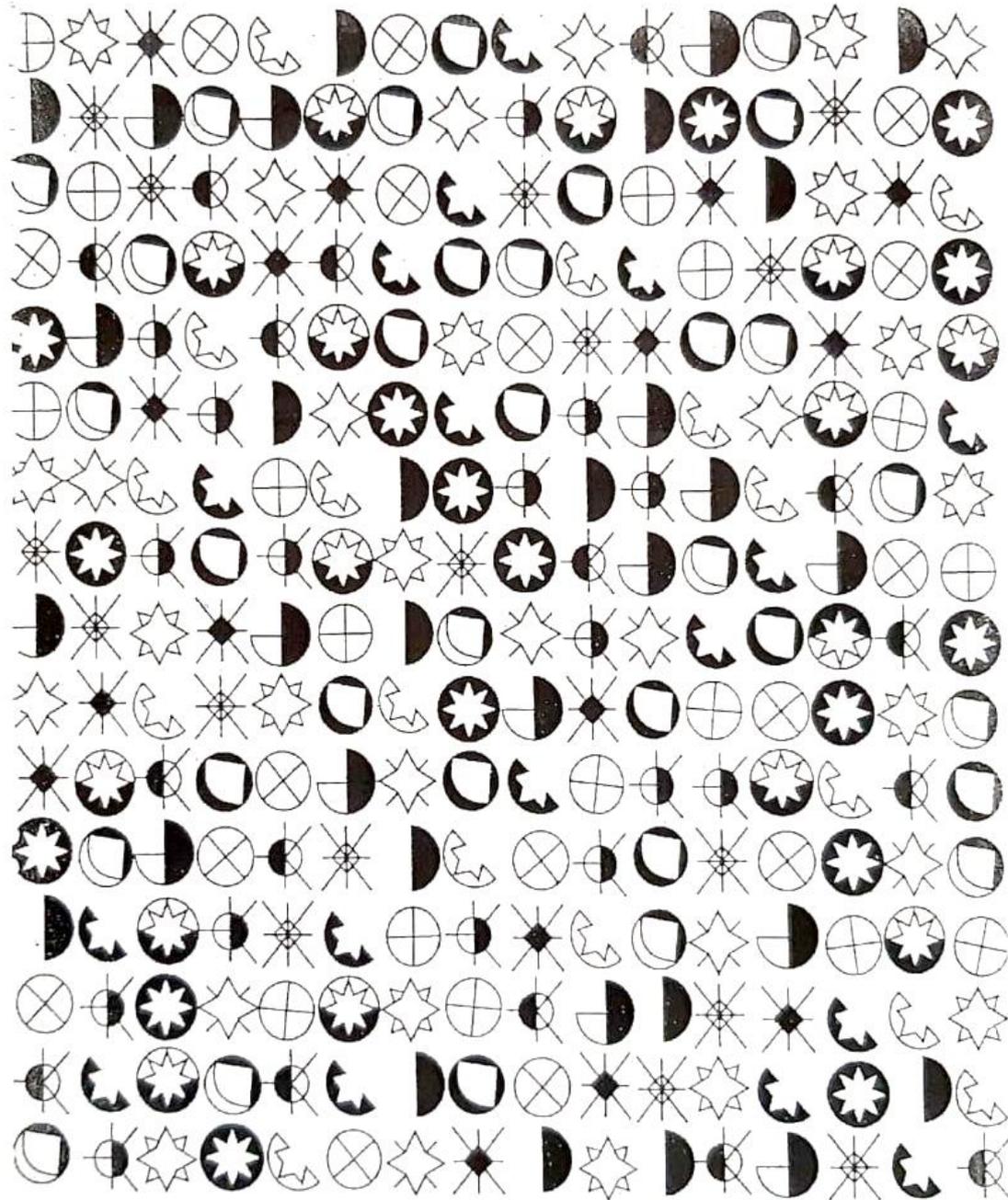
boca _____ codo* _____ vaca* _____
gato* _____ arbol _____ mano* _____
cama _____ gallo _____ zorro _____
pera* _____ lapiz _____ ceja _____
flor _____ fresa* _____

Intrusiones:
Total: _____ (6)

Resumen General

SUBTÉST	PUNTAJE
1. ORIENTACIÓN	
2. ATENCIÓN CONCENTRACION	
3. CODIFICACIÓN	
4. LENGUAJE	
5. LECTURA	
6. ESCRITURA	
7. FUNCION EJECUTIVA	
8. FUNCION DE EVOCACION	
PUNTAJE GENERAL	

Dx: _____



↑
Hacia arriba

CODIFICACION COPIA LAMINA #01

--

ESCRITURA

LECTADO

--

COPIA LAMINA #12

--

EVOCACION LAMINA #01

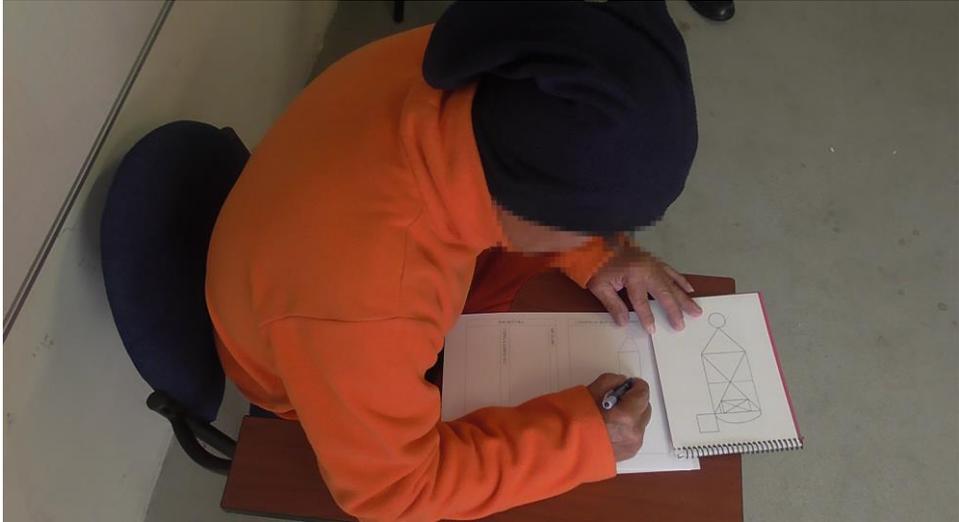
CONTINUAR SECUENCIA LAMINA #13

Anexo 4

Aplicación de los instrumentos de evaluación a los Adultos mayores privados de libertad







HOJA DE EVALUACIÓN FINAL DE SESIÓN

Datos personales

Nombres:

Apellidos:

Edad: **Genero:**

Unidad / Centro:

Fecha de evaluación:

- ¿Se han cumplido los objetivos propuestos en esta dinámica?

.....
.....

- ¿Los materiales han sido los adecuados?

.....
.....

- ¿El tiempo ha sido suficiente?

.....
.....

- ¿Se han comprendido las reglas de la dinámica?

.....
.....

- ¿La dinámica ha sido apropiada para la edad propuesta?

.....
.....

- ¿El lugar donde se ha desarrollado la dinámica ha sido el adecuado?

.....
.....

- ¿La sesión realizada fue de su interés? Si..... NO.....

Justifica tu respuesta:

.....