



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

INDOAMÉRICA

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

TEMA:

**“EL DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABETICOS DEL CANTÓN
BAÑOS”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General.

Autor

Belén Alexandra Cali Palacios

Tutor

Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa Mg.

AMBATO – ECUADOR

2020

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

Yo, Belén Alexandra Cali Palacios, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado **“EL DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN BAÑOS”**, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”, autorizo al Sistema de Biblioteca 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

Autor: Belén Alexandra Cali

Firma: ... 

Número de Cédula: 1803985843

Dirección: Tungurahua-Ambato

Correo Electrónico: alexabcp@hotmail.com

Teléfono: 0980980081

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de Titulación “el deterioro cognitivo y su influencia en la depresión en adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños” presentado por Cali Palacios Belén Alexandra, para optar por el Título Psicólogo General.

CERTIFICO

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato, 20 de agosto de 2020



Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa Mg.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requisito previo para la obtención del Título de Psicólogo General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor.

Ambato, 20 de agosto de 2020



Belén Alexandra Cali Palacios

1803985843

APROBACIÓN TRIBUNAL

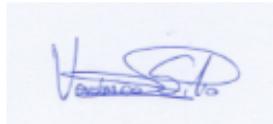
El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “EL DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABETICOS DEL CANTÓN BAÑOS”, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Ambato 20 de agosto del 2020



Psc.Cl.Jorge Luis Cisneros Bedón

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Ps.Cl.Silva Jimenez Norma Veronica
VOCAL



Ps.Cl.María Augusta López
VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicado a mis padres, tíos, hermano y abuelitos quienes fueron mí pilar fundamental para culminar con mi carrera.

Dedico a todas esas personas que estén atraídas en trabajar con adultos mayores, ya que ellos fueron un pilar fundamental para el desarrollo de nuestra sociedad.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme alcanzar un logro más en mi vida, a mi familia que han sido un apoyo fundamental en este proceso, a mi tutor de tesis que compartió sus conocimientos y la paciencia que me ha brindado y a todos los docentes quien a lo largo de la carrera han sabido mostrarme la importancia de la profesión.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA	ii
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO 1

El problema	2
Contextualización.....	2
Antecedentes Investigativos.....	5
Contribución teórica económica social y tecnológica.....	7
Fundamentaciones	8
Justificación.....	10
OBJETIVOS.....	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Marco conceptual	13

CAPITULO 2

METODOLOGÍA	42
Población y muestra	43
Tabla 1.....	44
Gráfico 1.....	44
Instrumentos de investigación.....	45
Mini examen cognoscitivo (Mini mental)	45
Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.....	46
Procedimientos para obtención y análisis de datos	46
Actividades.....	47

CAPITULO 3

Análisis de resultados.....	48
Tabla 2.....	48
Gráfico 2.....	48
Tabla 3.....	49
Gráfico 3.....	50
Comprobación de las hipótesis.....	50
Tabla 4.....	51
Tabla 5.....	52
Tabla 6.....	52
Decisión.....	53

CAPITULO 4

CONCLUSIONES.	54
RECOMENDACIONES	55
DISCUSIÓN.....	56

CAPITULO 5

PROPUESTA.....	57
Tema.....	57

Justificación.....	57
Objetivos	58
Objetivo General.	58
Objetivos Específicos.	58
Estructura técnica de la propuesta	58
Argumentación teórica	59
Corriente neuropsicológica	59
Rehabilitación neuropsicológica	59
Diseño técnico de la propuesta.....	67
Taller N.º 1	70
Taller N.º 2	74
Taller N.º 2	79
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	87

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	44
Tabla 2.....	48
Tabla 3.....	49
Tabla 4.....	51
Tabla 5.....	52
Tabla 6.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	44
Gráfico 2.....	48
Gráfico 3.....	50

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

TEMA: “EL DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN BAÑOS”

AUTORA: Belen Alexandra Cali Palacios

TUTOR: Dr. Fernando Renato Betancourt Ulloa Mg.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar si el deterioro cognitivo influye en la depresión de en adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños. Se conto con la participación de 70 personas, 33 hombres y 37 mujeres, los cuales estuvieron repartidos por los diferentes centros de salud que pertenecen al Cantón Baños los cuales tenían un día designado para la toma de muestras correspondientes a las variables en donde se aplicó el test Mini-Mental State Examination (MMSE) con la intención de identificar si existe un nivel de deterioro cognitivo, cuyos resultados identificados indican que más de la mitad de la población (57%) presenta ya una sospecha de patología que radica en atención y memoria. De la misma manera se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, para determinar los niveles de depresión en donde se demuestra un porcentaje considerable de adultos mayores (23%) ya presenta depresión, lo que significa que el declive de sus funciones tendría efecto en su estado emocional. Como conclusión, luego de aplicado el análisis estadístico chi cuadrado, se determina que existe una relación entre las variables, por lo que se acepta la hipótesis alterna (H1) que señala que el deterioro cognitivo si influye en la depresión en adultos mayores, lo que significa que al presentar una disminución de sus capacidades cognitivas afecta también su estado emocional; por lo que se ha formulado como propuesta talleres enfocados a la estimulación neurocognitiva en atención y memoria, basada en técnicas para el manejo de la problemática encontrada.

PALABRAS CLAVE: Deterioro Cognitivo, Depresión, Adulto mayor, Declive

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

THEME: COGNITIVE IMPAIRMENT AND ITS INFLUENCE ON DEPRESSION IN ELDERS WHO ATTEND TO THE DIABETICS CLUB, AT BAÑOS DISTRICT

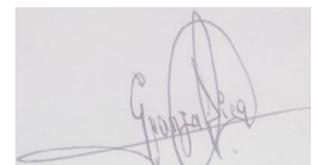
AUTHOR: Belén Alexandra Cali Palacios

TUTOR: Mg. Fernando Renato Betancourt Ulloa

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine if cognitive impairment influences depression in elders who attend to the Diabetic Club at Baños District. There was the participation of 70 people: 33 men and 37 women, who were distributed by the different health centres that belong to the District. There, a day of the week was designated to them for taking samples corresponding to the variables, where the Mini-Mental State Examination (MMSE) test was applied, with the intention of identifying the existence of a level of cognitive impairment, whose identified results indicate that more than half of the population (57%) already has a suspicion of pathology that lies in attention and memory. In the same way, the Yesavage Geriatric Depression Scale was applied to determine the levels of depression in which a considerable percentage of elders (50%) already present an established level of depression, which means that the decline in their functions would have an effect on their emotional state. In conclusion, after applying the chi- square statistical analysis, it is determined that there is a relationship between the variables, so the alternative hypothesis (H1) is accepted, which indicates that cognitive impairment does influence depression in elders, which means that presenting a decrease in their cognitive abilities, it also affects their emotional state. For this reason, workshops focused on neurocognitive stimulation in attention and memory have been formulated as a proposal, based on techniques for managing the problems encountered.

KEYWORDS: cognitive impairment, decline, depression, elderly.



INTRODUCCIÓN

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

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

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

En el Capítulo III se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos y el procesamiento estadístico de los mismos, e identificar si existe relación entre las variables seleccionadas.

En el Capítulo IV se plantean las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con los objetivos del estudio y finalmente, en el Capítulo V se presenta una propuesta de intervención psicoeducativa el deterioro cognitivo con los adultos mayores d ellos diferentes clubs.

CAPÍTULO 1

El problema

El deterioro cognitivo se encuentra relacionado con un síntoma patológico ya que este es un proceso normal que todas las personas pasan y esto se da debido al envejecimiento a nivel neuropsicológico en donde se encuentran afectadas las funciones cognitivas como la memoria, orientación, juicio, comprensión, cálculo, conducta, personalidad y en el reconocimiento visual, en donde estado de ánimo del individuo que la padece cambia ya que empieza a padecer una tristeza profunda que desencadena una depresión, y esto se da porque llegan a ser discriminados en la sociedad que les rodea porque ya no poseen las mismas capacidades cognitivas que cuando eran jóvenes.

Contextualización

En el presente La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) en su investigación estadística público que existe un aumento progresivo de adultos mayores a nivel mundial. Se consideran a las personas a partir de 60 años de edad como adultos mayores. Se estima que entre el año 2015 al 2050 la cifra se duplicará siendo del 12% al 22%, es decir de 900 millones a 2000 millones de adultos mayores; el 20% de adultos mayores presentan algún trastorno mental o neural, el 6,6% presentará alteraciones mentales y del sistema nervioso (pp. 3-6). Los trastornos neuropsiquiátricos con mayor prevalencia son, la demencia y depresión, que a escala mundial afecta aproximadamente del 5 % al 7% de personas mayores a 60 años, lo cual, con el pasar del tiempo, los adultos mayores padecerán más patologías relacionadas a trastornos de depresión y, sobre todo, deterioro cognitivo (p. 3-4).

La investigación realizada por Verdú (2018) la prevalencia de casos de depresión a nivel global que para el 2017 afectó a un 7% de la población de ancianos en general, se tendrá una imagen de las proporciones que el trastorno puede llegar a tener en el transcurso de pocos años considerando, además, que hay una incidencia de 15% de casos nuevos cada año es por ello que concluyen que el adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia y en donde la demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor.

En la investigación realizada por Allegri (2016) señala que en Latinoamérica un 26,4% de la población mayor a 60 años de edad tiene deterioro cognitivo y un 8,3% presenta demencia 4 Se entrevistó a 23.694 adultos mayores pertenecientes a hogares de zonas rurales y urbanas para una investigación de tipo descriptivo realizada sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento Colombia, más de la mitad de la población de adultos mayores se encontraba en los rangos de los 60-69 años, siendo 57,2% de la muestra, entre los 70-79 años un 30.2% y el 12,6% referentes a personas de 80 años y más. Un 78,1% de la misma población viven en zona urbana. En relación con funcionalidad se obtuvo que hay mayor dependencia en bajos niveles económicos y en mujeres, el 79% de la población es independiente en las actividades básicas de la vida diaria. Sobre la actividad física, disminuye según se va aumentando la edad en el adulto mayor de 80 años y más, dando como eje fundamental que las personas que habitan en la zona urbana son aquellas que presentan un alto porcentaje de deterioro cognitivo (p.3-4)

En la investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2015) menciona que la depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo y proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa, solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoidea.

La depresión contribuye a elevar la morbilidad, disminuye la calidad de vida e incrementa los costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en el adulto mayor sigue siendo poco tratada (pág. 45).

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2014) en Ecuador existe total de habitantes (16.390.358), y que este total 1 341.664 son personas mayores de 60 años, dividiéndose en las regiones del Ecuador de la siguiente manera: el 48,5% se sitúa en la región Sierra, el mismo porcentaje se encuentra en la Costa y el 3,5% en la Amazonía e insular es decir el 8 y 9% de la población. El envejecimiento es una problemática que genera el incremento de individuos mayores a 65 años y el aumento de enfermedades como consecuencia de componentes ambientales, económicos, hereditarios, psicológicos, entre otros.

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2014) aplicada a Adultos Mayores en Ecuador para determinar la incidencia de algunas afectaciones en este grupo etario, se obtuvo como resultado en relación al deterioro cognitivo que a nivel nacional los hombres presentan (16,3%) y mujeres (25,7%) , a nivel de ciudades, en Quito se encontró el 8,1% en la población masculina y el 23,7% en la población femenina, así mismo en la ciudad de Guayaquil existe una prevalencia de 13,7% en hombres y 20,3% en mujeres (p.8-9)

En Ecuador según el portal Indexmundi (2017) se estima que la población mayor de 65 años es de aproximadamente el 7,25% de la población total. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos dio a conocer los resultados de la encuesta SABE realizada el mismo año, los datos referentes a prevalencia de depresión en adultos mayores fueron divididos por condiciones sociales, así se calcula que la depresión afecta al 11,9% de adultos mayores de condiciones sociales muy buenas, al 28,2% de condiciones buenas, en condiciones sociales regulares afecta al 40,7% de ancianos, la depresión tiene una prevalencia del 45,7% en adultos mayores con condiciones sociales malas, y en ancianos de condiciones sociales indigentes la depresión presenta una prevalencia del 54,0% (p.7)

Antecedentes Investigativos

Se presentan investigaciones como antecedentes de esta investigación. Estudios que relacionaron el deterioro cognitivo entre la depresión realizadas por diferentes autores mostrando las dificultades que pueden presentar la población establecida.

En el estudio realizado en España sobre el deterioro cognitivo en donde se lo encuentra definido como la pérdida de funciones cognitivas, lo cual no solo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y lo cual está sujeto a una gran variabilidad interindividual ya que esta efectuado en las alteraciones de la memoria por cambios en los circuitos frontales-estriados que parecen estar involucrados en el proceso de memorización y la formación del recuerdo. Además, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico. En donde concluye en su investigación dando énfasis en que este es un proceso normal en el adulto mayor, los cuales siendo así un grupo vulnerable requieren de cuidados especiales para que este deterioro no se convierta en una patología (Benavides, 2017, p 11).

Según Samper (2015) en el estudio edad y escolaridad realizado en Cuba a sujetos con deterioro cognitivo leve se encontró determinante prevalencia de deterioro cognitivo en personas entre 60 y 64 años en relación a un grupo de personas de menor edad 50- 54, en referencia a las personas con escolaridad baja se evidenció mayor riesgo a desarrollar deterioro cognitivo leve que en las personas con escolaridad alta, por consiguiente, se halla fuertemente relacionada la edad, la escolaridad para la incidencia de este trastorno; en donde el concluye que la población con mayor vulnerabilidad de desencadenar un deterioro cognitivo son las personas que presentan una escolaridad baja, pero sin dejar a lado a la población que si obtuvo educación alta ya que estos podrían ralentizar esta problemática estudiada (p.7).

Según Bastidas (2015) en la revisión sobre enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica realizada en Colombia, se evidenció que las personas que padecen enfermedad cerebrovascular, diabetes, párkinson y alzhéimer exteriorizan depresión debido al desgaste que inducen. Además, se observó que dichas enfermedades pueden preexistir debido a las intervenciones psicológicas y sociales que acarrearán y por último la depresión es una reacción ante la enfermedad cerebrovascular y diabetes ya que el funcionamiento anormal sobrepasa los recursos de afrontamiento que el individuo posee hasta que se origina la sintomatología depresiva, de manera que las enfermedades antes mencionadas pueden preceder a la depresión sin una conexión fisiología directa.

Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán (2014) en su investigación estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores realizado en Lleida- España, en el que se tomó en cuenta factores sociodemográficos y condiciones de salud, se concluyó que el 52,3% de la población manifestó soledad y tristeza, las personas que acudían a medicina interna y los que residían en instituciones de cuidado exteriorizaron peor su estado de ánimo a diferencia de las personas que estaban en centros geriátricos y asistían a consultas (pp. 53-54). Se relacionó al apareamiento de este estado de ánimo con la edad, viudez, soledad, problemas físicos. En la cual concluye que las personas mayores pueden presentar un estado de ánimo negativo, pero pueden no llegar a procesos depresivos graves, por tanto, es una situación que requiere atención ante el posible desarrollo adverso posterior.

Serra e Irizarry en la investigación realizada en el 2015 a los “Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables sociodemográficas” realizado en Puerto Rico, con una población de 45 personas entre 60 y 86 años, el 66.7% eran mujeres y 33.3% eran hombres, se aplicó la Escala Autoevaluativa de Depresión de Zung. Los resultados indicaron que el 35.6% presentaron síntomas de depresión leve, 28.9% tenían problemas de depresión moderada y el 4.4% depresión severa. Los síntomas más frecuentes fueron sentimientos de inutilidad 42.9%, intranquilidad 38.6%, dificultad para hacer las cosas 31.8%, y dificultad para tomar decisiones el 31.7%.

Contribución teórica económica social y tecnológica

El presente estudio abarco en diversos aspectos relacionados con el deterioro cognitivo y la influencia con la depresión en el adulto mayor realizando una contribución importante para la comprensión de la relación entre estas variables en este grupo prioritario, de manera muy significativa, además de un aporte teórico sirva fortalecer las estrategias de prevención y atención de trastornos que disminuyan la funcionalidad e independencia en esta población logrando que puedan permanecer como miembros activos con roles sociales significativos dentro de la sociedad donde permanecen su diario vivir.

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

Fundamentaciones

Fundamentación Epistemológica

El modelo posmodernista busca la relación existente entre lo que sucedió y las soluciones que la personas le pueden dar a un evento ocurrido, es decir; se supone la necesidad de contextualizar el presente tanto en el pasado como en el posible futuro ya que lo posmoderno remite al movimiento en el tiempo buscando así un nuevo modo de conocer, a un cambio en la forma de contemplar la era existencial en donde se encuentra como una manifestación de la crisis en la que se encuentran los grandes relatos de occidente, es decir, las grandes explicaciones racionales de la realidad (Román, 2014).

Dentro de la investigación el modelo posmodernista busca conocer cómo las personas entienden la realidad en la que viven a partir de la transformación de la información, dando lugar al declive de las funciones cognoscitivas esto quiere decir que la persona utiliza los recursos que tiene a su alrededor en lugar de enfocarse en la degeneración de sus procesos cognitivos par que estos no sean un problema para continuar con sus actividades ya que permite que el sujeto no ponga mayor atención a la enfermedad de la que se sigue estando presente, y en la que se continúa, pero distorsionándola a la manera de querer salir adelante.

Fundamentación Psicológica

La presente investigación se la realizara con él enfoque neuropsicológico ya que esta estudia las bases cerebrales que ejercen un papel importante en los procesos cognitivos y la actividad creciente del ser humano permitiendo tanto en personas normales como en personas con daño cerebral, es por ello que se encarga en evaluar, brindar tratamiento y seguimiento a personas con algún tipo de daño y así permitiéndoles un mejor desenvolvimiento en el medio que les rodea (Ríos y López, 2018).

Según este enfoque, los procesos cognoscitivos son explicados a través de una serie de procesos mentales que son únicos y exclusivos ya que dependen de las vivencias o de la experiencia, y considera al individuo como un ser activo que procesa, selecciona, codifica, transforma y recupera información proveniente del exterior para actuar conforme lo determine su cognición dando lugar a que esta haga un hincapié en el estudio de los efectos cognitivos de los daños cerebrales y las enfermedades neurológicas que afectan a las personas que la puedan presentar.

Es por ello que dentro de la investigación existe una relación en la parte neuropsicológica ya que le permite al sujeto pensar, analizar distintos procesos los cuales están relacionado con la memoria , atención, almacenamiento de la información y estos sean identificados si poseen un tipo de alteración que permita asemejar un daño cerebral lo que conlleva a un posible a que los componentes cognitivos no están funcionando bien y la parte conductual se ve por medio de su forma de actuar y los cambios que el individuo puede llegar a transformar con el pasar de los días ya que las personas desarrollan durante toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ayudar al individuo a realizar sus actividades diaria mostrando a si los patrones de conducta que este pueda presentar.

Justificación

El presente trabajo de investigación realizado en el Cantón Baños conjuntamente con el club de diabéticos fue de vital importancia ya que por medio de este se dio a conocer si las personas que acuden al club presentan cierto grado de deterioro en sus funciones cognitivas lo cual puede llegar a desligar algún nivel de depresión que podría aquejar a la sociedad que le rodea y desencadenar diversas patologías.

El interés frente al estudio realizado propuso información que en la población establecida no existía y por medio de esto se planeó soluciones a la problemática señalada. La importancia del trabajo de investigación radica en la posibilidad de generar conocimientos sobre variables significativas para un futuro inmediato al mismo tiempo que se contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida de la población de adultos mayores.

La originalidad del tema se dio porque la población que se ha establecido no ha sido investigada y por medio de este existió un impacto social demostrando que el deterioro cognitivo que pueden presentar los adultos mayores conlleva a una depresión que afectaría a la parte familiar, social y personal, y permitirá que la sociedad tenga conocimiento de lo que podría suceder si esto no es tratado a un buen momento mediante un plan de intervención.

Los beneficiarios directos de esta investigación fueron las personas que acuden a los diferentes clubs de diabéticos del Cantón Baños, de forma indirecta se benefician los médicos tratantes y las familias de dicha población a investigar porque permitió mejorar la convivencia familiar y el estilo de vida para que el individuo tenga un desarrollo óptimo. También se benefició el campo de la creación teórica ya que se aportó información importante para proponer medios de atención y programas de investigación específicos para esta población.

Fue factible ya que se contó con la colaboración de autoridades, médicos y personas que acuden a los diferentes clubs del Cantón que al conocer la propuesta mostraron la preocupación para participar en todo lo que la investigación requirió, además de aquello la institución contribuyo con información de datos estadísticos, material bibliográfico que facilitaron la investigación y además fue posible realizarlo ya que existieron instrumentos necesarios para la medición de las variables propuestas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar el deterioro cognitivo y su influencia en la depresión en adultos mayores que acuden a los clubs de diabéticos de Cantón Baños

Objetivos Específicos

1. Determinar el grado de deterioro cognitivo que presentan en los adultos mayores que acuden a los clubs de diabéticos de Cantón Baños.
2. Describir los niveles de depresión de los en los adultos mayores que acuden a los clubs de diabéticos de Cantón Baños.
3. Diseñar una propuesta de intervención frente a la problemática investigada.

Marco conceptual

Deterioro cognitivo

Definición

El deterioro es un proceso que se produce con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, se presentan diferentes dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos, estos cambios que se producen a esta edad a nivel intelectual pueden ser considerados de manera benigna los cuales se dan de forma normal con cambios en la senectud, e inclusive de forma maligna, es decir la demencia la cual presenta cambios atípicos los cuales incluyen olvidos, aptitudes sociales restringidas y razonamiento limitado (Benavides, 2017).

El deterioro cognitivo se muestra debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación. Por la presencia de factores cerebrovasculares e inflamatorios puede manifestar el declive cognitivo, con el pasar de los años se van perjudicando las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender. Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presenta en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que ostenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos (Samper, 2015).

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

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

Bases Neuroanatómicas

Los neurotransmisores son los efectos que pueden ir cambiando cuando llegan al envejecimiento la serotonina como uno de los neurotransmisores del envejecimiento es aquella que también presenta alteraciones en su proceso normal se puede decir que este puede afectar en la enfermedad del Alzheimer ya que puede identificar en las alteraciones del humor y apetito, el sueño y el surgimiento de la agresividad y con la edad los receptores disminuyen en la corteza ya que se puede decir que la corteza se mantiene estable en el hipocampo (Sánchez y Marín, 2016).

Las alteraciones a nivel de la modulación de la transmisión neuronal, ya que el glutamato como inhibitorio y GABA como uno de los aminoácidos más excitatorios. Es por ello que el neurotransmisor GABA está asociado con el deterioro cognoscitivo en cuanto es al incremento de la edad esto se puede dar por los escasos de neurotransmisores como es el descenso de los inhibitorios lo que provocaría una afectación directa al sistema nervioso central, reduciendo así la actividad cerebral, lo que afecta directamente a equilibrar el desarrollo del sueño, la relajación y la percepción del dolor (Marín, 2016).

La acetilcolina se encuentra en los ganglios basales y en las proyecciones del córtex ya que además que es un neurotransmisor de las neuronas motoras del bulbo espinal la acetilcolina ayuda a modular el ritmo del sueño y la vigilia pero muchas de las veces en la persona que llega al envejecimiento puede tener afectaciones cuando tienen depresión que no puede conciliar el sueño y la vigilia por la preocupación que pueden llegar a tener por el hecho en el que están solos y que no están rodeados por sus seres

queridos y se los llevan a casas de reposo y es ahí cuando más se sienten solos y se siente impotentes por no ser útiles y piensa en cosas negativas (Cancino y Rehbein, 2016).

Los efectos en los correlatos neuroanatómicos que se produce en la memoria ya que esto se da en el envejecimiento normal se produce un declive gradual de la sustancia gris cerebral, es un aumento paulatino del sistema ventricular, y al mismo tiempo se da el deterioro de la integridad de la sustancia blanca esto se refleja más en la edad adulta tardía ya que es ahí donde se refleja más los problemas del adulto mayor.

En la sustancia gris cerebral se va deteriorando con la edad ya que es constante y progresiva y lineal esto nos quiere decir que el deterioro se hace más notorio más si tiene Alzheimer ya que con la edad los efectos son más claros con los problemas de memoria que llegan a tener con el paso de los años y de la misma manera la sustancia blanca también muestra los problemas pero que no se da de la misma manera que la sustancia gris cada una se da de diferente manera y las regiones más afectadas son las frontales son las que mayor afectación pueden llegar a experimentar ya que llega a involucrar tanto los circuitos corticales como los subcorticales.

El lóbulo frontal es el responsable de la conducta inteligente y organizada que se presenta en los seres humanos, se localiza en la parte delantera de la corteza cerebral, por delante de la cisura de Rolando y por encima de la cisura de Silvio, se constituye también de un área motora, una corteza premotora la que se ubica anteriormente a la corteza motora, y la corteza pre frontal que forma la parte anterior del lóbulo frontal, este lóbulo se encuentra íntimamente relacionado con el lóbulo temporal, parietal y occipital, de los que se obtiene información tanto auditiva, somato sensorial como visual (Romero y Vázquez, 2015, p.18).

Funciones

De acuerdo con Barrera (2017) las funciones cognitivas son aquellas que permiten la recepción y transformación de la información proveniente del entorno. Estas implican complejos procesos para seleccionar, transformar, almacenar, elaborar y recuperar dicha información y de esta manera maximizar el aprovechamiento que el individuo hace del ambiente en el cual se desenvuelve y disminuir las limitaciones que se le

presentan.

Según lo planteado por Sánchez y Marín (2016) “el ser humano, por la complejidad de sus estructuras cerebrales, requiere de una estimulación constante” (p. 89). La ausencia de esta puede conducir a un rápido declive de las facultades mentales en comparación con personas que son sujetos de tonificación sensorial constante, lo que implica, a su vez, motivación cognitiva.

En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas. Las dispersas son aquellas en las cuales se presentan en una área o región específica, puede aparecer alteraciones o a su vez lesiones que se originan en el parenque-cerebral y afectan a los dos hemisferios. En este tipo de función cognitiva encontramos memoria, atención, concentración, funciones intelectuales de orden superior (Marcia, Avila y Morales, 2016).

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

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

La orientación es una capacidad que permite al sujeto tener conciencia de cada

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

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

La memoria, por su parte permite al sujeto almacenar y evocar información. Su importancia radica en que habilita a la persona para reconocer elementos que se le han presentado previamente sean estos externos o internos y para retener nueva información. Bernabéu (2017) considera que la memoria es un sistema de naturaleza biológica que permite codificar y archivar información proveniente de los sentidos, para lo cual aprovecha un amplio grupo de estructuras cerebrales.

De acuerdo con Moreno (2016) hay tres fases en la operatividad de la memoria. Estas son la codificación, el almacenamiento y la recuperación. En la fase de codificación la

información se prepara para su posterior registro; los estímulos se clasifican de acuerdo a su naturaleza. En la siguiente etapa se organizan los datos de acuerdo a la codificación realizada y se retienen para su posterior uso. Finalmente, el sujeto es capaz de localizar la información y evocarla en un momento específico. La eficacia de cada fase depende de la correcta ejecución de las anteriores.

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

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

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

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

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

El lenguaje es otra función cognitiva compleja y abarca la comprensión lectura, la escritura y la denominación de objetos. Según lo planteado por Barreno (2017) esta función marca la distinción entre el hombre y otras especies y sigue dos vías: la léxica que se realiza en los sentidos y la fonológica que permite el paso al lenguaje oral. Tanto la articulación como la expresión y la comprensión del lenguaje aparecen en este proceso. Habilidades de tipo psicomotor también se incluyen bajo el paraguas de las funciones cognitivas. Estas se relacionan con la capacidad del sujeto para hacer

movimientos específicos, como por ejemplo bucofaciales o de las extremidades superiores.

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

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

Finalmente se describen las funciones intelectuales que constituyen habilidades psíquicas y de personalidad que permite que el sujeto realice unas actividades sin que otras funciones se vean alteradas. Pertenecen a este conjunto las funciones de análisis, que permite descomponer un objeto mental en las partes que lo constituyen; las de síntesis que permiten recomponer las partes del objeto; también las funciones de conceptualización que permite abstraer los principales rasgos para explicar una situación determinada; y el manejo de información que confiere al sujeto la posibilidad de hacer uso de los datos disponibles para comprender un fenómeno específico; también están en este conjunto el pensamiento sistémico, el crítico, la investigación y

la metacognición.

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

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

Clasificación

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

Fajardo y Rosado (2017) señalan una subclasificación del deterioro cognitivo leve de acuerdo a la función específica que se vea afectada. Puede tratarse de un deterioro amnésico, que afecta principalmente la memoria; deterioro cognitivo leve con

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

Causas y factores de riesgo de deterioro cognitivo

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

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

Clasificación

El deterioro cognitivo puede estar clasificado como normal el cual puede estar considerado como un DCL el cual se encuentra denominado como lo normalmente esperado para la edad que tiene la persona, pero esta no plasma los criterios de una demencia, pues la funcionalidad del sujeto se encuentra preservada. Aquí también se pueden observar criterios que ayuden a identificarlo: 1. problemas de memoria, particularmente si son revalidados por un familiar o puede ser identificado por la edad

que el paciente tiene; 2. déficit de memoria objetivado mediante evaluación neuropsicológica en la cual existen desviaciones estándar por debajo de lo esperado para edad y escolaridad; 3. preservación de la función cognitiva general; 4. conservación de las actividades de la vida diaria; y, 5. ausencia de demencia o cualquier otra condición médica que pueda causar déficit cognitivo. A diferencia de la memoria episódica, la memoria semántica se afecta solo en la EA y no en el envejecimiento (Cancino, Rehbein-Felmer, y Ortiz, 2018).

Por último, el deterioro cognitivo patológico se encuentra involucrado en el desnivel de las funciones cognoscitivas, además del propio envejecimiento, una serie de factores de comorbilidad que intervienen de forma concomitante y retroalimentándose en el continuum de la enfermedad desde las fases prodrómicas. Entre ellos cabe destacar el delirium, las alteraciones nutricionales, del equilibrio y la marcha, infecciones e incluso la progresiva incidencia de neoplasias, pero quizás sea la iatrogenia medicamentosa, y no solo de psicofármacos, la que debe de estar siempre presente en nuestro afinamiento diagnóstico y de estadificación. Entre los factores de riesgo y factores predictivos de evolución a demencia. es el más notorio dentro de la memoria, por el contrario, el resto de funciones cognitivas como el viso espacial, verbal y ejecutivas se conservan: Existe deterioro cognitivo leve que corresponde a las vicisitudes propias de la edad, dicho deterioro de memoria hace referencia a personas de 50 años a más, las cuales presentan quejas de memoria, esto puede ocurrir debido a las condiciones en las cuales se desenvuelva el adulto en el entorno social (Cancino y Rehbein, 2016).

Causas y factores de riesgo de deterioro cognitivo

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

en sus roles sociales puede conllevar a un deterioro significativo de su calidad de vida, o incluso la muerte (León, 2016).

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

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

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

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

El uso de inapropiado de medicamentos también puede constituir un factor de

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

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

Evaluación y diagnóstico

De acuerdo con Fajardo y Rosado (2017) son síntomas del deterioro cognitivo la pérdida de memoria, problemas con lenguaje y el idioma, desorientación alopsíquica, dificultad para realizar tareas cotidianas, cambios en el humor y la personalidad y pérdida de funciones básicas para la independencia. Según Sánchez, Vásquez, y Zúñiga (2015) el diagnóstico del deterioro cognitivo es similar al de la demencia ya que comparten características comunes. Es vital apuntar y analizar la historia clínica del sujeto y realizar exámenes físicos, así como pruebas cognitivas y exámenes de laboratorio, a fin de determinar para cuáles funciones y en qué grado es posible revertir el daño.

En el caso específico del deterioro cognitivo leve este se compone de quejas sobre fallos de memoria, deterioro de la memoria según edad y nivel educativo y ausencia de criterios de demencia. La función cognitiva general y las actividades de la vida diaria se mantienen preservadas. La elaboración de la historia clínica del paciente debe centrarse en los antecedentes familiares de demencia, y considerar la forma en la que

comienzan a manifestarse los síntomas, su progresión, empeoramiento y posibles causas del mismo. El cambio en la memoria reportado por la familia o cuidadores debe ser significativo.

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

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

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

Como operación final del proceso de evaluación debe procurarse un diagnóstico

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

Tratamiento y pronóstico

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

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

Los autores recomiendan que la terapia se oriente hacia la conservación de las funciones intelectuales y a desarrollar estrategias cognitivas compensatorias. Para ello se desarrollan ejercicios que buscan potenciar la plasticidad cognitiva mediante entrenamientos de razonamiento, asociación, procesamiento de información en general. Incluso cuando existe un avance significativo de la condición la terapia cognitiva ha mostrado ser efectiva, llegando incluso a revertirse la pérdida de memoria.

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

cognitiva en unión con un diagnóstico temprano.

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

Depresión

Definición

La depresión en general está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (p.5). Es importante mencionar que la American Psychological Association explica que la depresión se genera cuando se presenta sentimientos de tristeza los cuales tienen una duración mayor a los quince días, además de una sensación de indefensión, lo que genera interferencia en las actividades de la vida cotidiana como alimentarse o dormir, además de esto las personas con depresión pueden ver afectadas sus esferas personal, laboral y social.

La cual puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto (Fuhrimann, 2017).

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres (Rodríguez et al., 2017).

Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. Explicaciones dadas al origen familiar de la depresión son que los niños reciban una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor. Factores genéticos, cambios hormonales, ciertas enfermedades médicas, estrés, duelo o circunstancias vitales estresantes también pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión. La combinación de cualquiera de estos factores puede producir cambios en nuestro cerebro y dificultades para adaptarnos a los eventos internos o externos, contribuyendo a que aparezcan síntomas depresivos (Rodríguez et al., 2017).

Es un trastorno bio-social, esto quiere decir que para explicar la génesis de la depresión es necesario considerar la interacción entre factores biológicos y ambientales o psicológicos. Ambos factores son caras de la misma moneda y su interacción es importante para explicar la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Estos factores pueden interaccionar a distintos niveles, a nivel de la resiliencia, como disparadores, como mantenedores y como factores para acabar con un episodio depresivo (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales–V, 2014).

Las personas que padecen un episodio depresivo experimentan una sensación de derrumbamiento; se sienten tristes, irritables, sin energía y a menudo no sienten interés

por cosas que antes les gustaban. Existe una visión negativa de las cosas; con cierta incapacidad para imaginar que los problemas puedan resolverse. Es una enfermedad común pero grave; que genera mucho dolor tanto en el que la sufre como en su familia y seres queridos; y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Etiopatogenia de la depresión

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

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

Los autores revisan también el mecanismo genético, indicando de un 40% a 60% de probabilidad de presencia del trastorno, tomando como base estudios con gemelos monocigóticos criados juntos y separados, para valorar la importancia del ambiente en

la aparición de la enfermedad. Estos estudios han comprobado que el componente genético es más significativo en las mujeres que en hombres, al igual que la heredabilidad. Los resultados de estas investigaciones, sin embargo, no son concluyentes. En análisis de variaciones genéticas en diversos tipos de pacientes los hallazgos respecto de la interacción de genes específicos con condiciones ambientales no han sido replicados o bien hallazgos posteriores han debilitado los planteamientos. No obstante, se ha observado que en casos de trastornos más graves el riesgo de heredabilidad familiar es mayor.

El mecanismo bajo el cual ha sido más fructífero explicar el curso de los trastornos depresivos ha sido el endocrino. Esta hipótesis propone una secreción excesiva de adrenocorticotrofina hipofisaria lo que, a su vez, produce un exceso de cortisol que se produce luego de una hipersecreción de la hormona liberadora de la corticotrofina hipotalámica está relacionada con la depresión. El exceso de cortisol produce un daño neuronal y de estructuras cerebrales que acentúa el desequilibrio hormonal bajo este mismo mecanismo se ha postulado una hipótesis circadiana que destaca por la pronunciada alteración del sueño durante los episodios de depresión bipolar y monopolar. Esta alteración del sueño se caracteriza por hipercortisolemia en horas de la tarde cuando lo normal es que se produzca en la madrugada para procurar el aumento del sueño en su fase MOR.

Una cuarta hipótesis se deriva de la observación de las estructuras celulares y se ha identificado una anormalidad en la densidad y tamaño de las neuronas y células gliales, que son células de soporte para el sistema nervioso. En investigaciones postmortem se ha hallado una reducción significativa de neuronas GABA en pacientes con depresión mayor a nivel de la corteza occipital y prefrontal. También se ha apreciado una reducción del tamaño de las neuronas en la corteza cerebral y en la corteza cingulada anterior. La disminución en la densidad de neuroglia se asocia a reducción del tamaño de otras estructuras corticales. Se considera que el deterioro de las funciones gliales contribuye con el curso y de los trastornos depresivos.

Finalmente, Cobo y Mena (2016) describen alteraciones neuroanatómicas observadas mediante imágenes por emisión de positrones y que consisten en áreas con disminución

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

Factores

Aunque no todas las personas que tienen depresión manifiestan los mismos síntomas, en general tienden a abarcar variada sintomatología la cual puede ser identificada por las personas que se encuentran a su alrededor y las cuales están detalladas a continuación.

El síntoma afectivo más común en la depresión es la tristeza, pero también se presentan síntomas como apatía, ansiedad, pérdida de la alegría, pérdida de sentimientos hacia otras personas. En las depresiones más severas el estado de ánimo se caracteriza por una incapacidad para sentir, se experimenta una anestesia afectiva. Otros síntomas que aparecen con frecuencia son abatimiento, pesadumbre, infelicidad, nerviosismo, angustia o ansiedad, es decir la persona va a sentir el gusto por realizar actividades que en algún momento le llenaron de alegría (OPS, 2014 p.205).

Síntomas motivacionales con frecuencia las personas que padecen depresión experimentan la denominada “triple A depresiva”: apatía, abulia y anhedonia. En esta categoría de síntomas se describen el suicidio como una vía de escape, es decir que la persona siente el deseo de escapar y ve al suicidio como la única opción, también se

presentan el deseo de evitar problemas o situaciones cotidianas. Estos síntomas se relacionan con un estado general de inhibición conductual que en los casos más graves se puede manifestar con el enlentecimiento generalizado del habla, de las respuestas motoras, del gesto, entre otros. En los casos extremos puede darse incluso un estado de parálisis motora (Losada y Strauch, 2014).

Al hablar de síntomas cognitivos se debe mencionar los problemas de concentración ya que la persona no puede presentar problemas de atención y por ende dificultades en la memoria. En esta categoría se pueden distinguir dos grupos principales; primeramente, aparece una disminución en las capacidades cognitivas de la persona, como la memoria, la atención, concentración, velocidad mental, etc. Y por otra aparecen distorsiones cognitivas, es decir, errores en la interpretación de la realidad, sobre su entorno, el pasado, el futuro y su propia persona (Losada y Strauch, 2014).

Síntomas y diagnóstico

Según lo señalado por Dessotte et al. (2015) acerca de la sintomatología que se suele presentar en pacientes depresivos, indican una diversidad de signos y síntomas cuya manifestación es indicativa de las alteraciones en el tono afectivo y, además, incluyen una variedad de expresiones de orden fisiológico y cognitivo. “Entre los diversos signos y síntomas de este trastorno o alteración patológica, se encuentran: estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío”, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad, pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluyendo el sexo, insomnio o hipersomnias, disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz, inquietud e irritabilidad, dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria e ideas e intentos de suicidio, entre otros” (p. 17).

Los autores agrupan los síntomas en tres categorías que no son iguales a las clasificaciones diagnósticas más utilizadas en la actualidad, como la Clasificación Internacional de Enfermedades, capítulo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (OPS, 2008) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014). Este criterio responde a la distinción que hacen entre estado de ánimo y sentimientos y se suman componentes psíquicos y motores. De esta suerte

se tiene que los síntomas se agrupan, para facilitar su reconocimiento en ánimo depresivo, inhibición psíquica e inhibición motora

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

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

Clasificación

De acuerdo con (Ministerio de Sanidad, 2018) se pueden dar distintos tipos de depresión dependiendo de la cantidad, intensidad y contexto de aparición de los síntomas. A fin de poder hacer una adecuada clasificación de los síntomas debe precisarse en la historia clínica del paciente antecedentes de otros trastornos afectivos, así como la cronicidad o recurrencia del cuadro que presenta. Durán y Mora (2018) establecen una primera clasificación, de acuerdo con la intensidad, en tres niveles: leve, moderado y severo. El primer nivel comprende de 5 a 6 síntomas y se manifiesta un ligero deterioro, se puede considerar un nivel bajo. El siguiente nivel es moderado y se

considera como un nivel intermedio entre el bajo y el alto, su tratamiento requiere a veces del uso de antidepresivos.

Existen otras clasificaciones que pueden emplearse para ubicar un trastorno depresivo y facilitar tanto su diagnóstico como su tratamiento. Como se ha referido antes, es indispensable el correcto llenado de la historia clínica a fin de determinar con precisión el inicio de los síntomas y su curso. En su trabajo, Cobo y Mena (2012) indican una diversidad importante de criterios de clasificación, que se detallan a continuación. Estas clasificaciones atienden a la necesidad de los especialistas de delimitar adecuadamente los cuadros sintomáticos a fin de seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas para restituir a la persona las mejores condiciones de su realidad afectiva y su mejor funcionamiento en el entorno en el que se desenvuelve.

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

Otra categoría de clasificación se da según los síntomas se presenten, bien por la presencia de factores estacionales, o bien por la presencia de factores hormonales, como en el caso de la depresión estacional, depresión postparto o la postmenopáusica. Es un tipo de depresión que puede cursar con la idea de muerte propia o del bebé y pensamientos agresivos. Es más común en mujeres con historial de trastorno bipolar o psicosis.

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

de depresión con síntomas de despersonalización o depresión psicótica (Cobo & Mena, 2012).

Según su evolución un trastorno depresivo podría ser recurrente o depresión bipolar. Este último es menos común que otros tipos de depresión y se reconoce por la presencia de períodos depresivos alternados con episodios maníacos separados por intervalos de tiempo en los que el estado de ánimo es normal. Mujeres y hombres son susceptibles por igual de presentar trastorno bipolar, sin embargo, las mujeres son más proclives a presentar más episodios depresivos que maníacos (Cancino et al., 2018). En esta categoría, según la evolución, también se puede diagnosticar depresión crónica y depresión resistente al tratamiento.

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

Una última categorización que presentan estos autores es la que plantea el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psicológica Americana. En su cuarta versión indica que los trastornos depresivos pueden dividirse en episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. En un episodio depresivo mayor al menos un síntoma cursa durante al menos dos semanas. Normalmente hay un ánimo deprimido o una pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades. Deben aparecer un mínimo de cinco indicadores, de una lista que incluye alteraciones de sueño, de la actividad psicomotora, hipotonía o falta de energía, pensamientos negativos, de muerte o ideación suicida, dificultades para la concentración y toma de decisiones, entre otros. Los síntomas se mantienen durante la mayor parte del día en el tiempo señalado y hay un deterioro significativo en la funcionalidad del sujeto en sus entornos habituales. En algunos casos la actividad

puede parecer normal pero el sujeto experimenta un esfuerzo muy grande para hacerla.

En cuanto al trastorno depresivo mayor, este tiene un curso clínico distinguido por uno o más episodios de depresión mayor sin intercalar con episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Las variaciones del estado de ánimo inducidas por sustancias de cualquier naturaleza y aquellas que son producto de una enfermedad médica, no clasifican dentro de esta categoría. Se debe indicar si se trata de un episodio único o recidivante. Si no se han cumplido con los criterios completos para episodio depresivo mayor durante al menos dos meses seguidos, se considera que el episodio ha terminado. En el trastorno depresivo mayor la tasa de muerte por suicidio asciende a un 15% (Cobo & Mena, 2012).

El trastorno distímico, por su parte comprende un estado depresivo crónico que se presenta durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años. Esto es percibido por el propio sujeto o por personas de su entorno. Junto con el estado de ánimo se presentan al menos dos de los siguientes síntomas: reducción o incremento del apetito, alteraciones del sueño (exceso o falta del mismo), baja autoestima, dificultad para concentrarse y decidir, sentimiento de desesperanza, pérdida de interés ya aumento de la autocrítica. En un plazo de dos años los intervalos sin síntomas no superan los dos meses. Antes de los 21 años se considera como inicio temprano y después, se denomina de inicio tardío (Losada & Strauch, 2014).

El caso de la distimia comprende los mismos síntomas que en el trastorno depresivo mayor, pero de forma más ligera, dura al menos dos años y hay antecedentes familiares de depresión. Este trastorno se presenta con una prevalencia del 6% con o sin superposición de trastorno depresivo mayor. Su prevalencia como trastorno autónomo es de un 3%. Normalmente tiene un inicio engañoso y temprano en la infancia, adolescencia o al principio de la edad adulta. Los sujetos buscan tratamiento por el trastorno depresivo mayor que se le suele superponer. Este trastorno es distinguible en la actividad normal de la persona, pero el trastorno distímico se enmascara en la normalidad que el sujeto percibe de sus síntomas que son menos graves y crónicos (Rodríguez et al., 2017).

Una última categoría es la de trastorno depresivo menor, que se caracteriza por ser

más leve y presentar síntomas por menos de dos semanas. La persona puede continuar su actividad normal, pero esto le supone un esfuerzo muy grande. Este trastorno es susceptible de convertirse en un trastorno mayor (Ministerio de Sanidad, 2018).

Efectos

La depresión se ve reflejada en ciertas actividades que suelen ser realizadas sin problema como el desinterés en las actividades que le atraían o realizaba, desvalorización, dudas, incertidumbre, dificultades en la atención, trastornos de la conducta alimentaria, y patrón del sueño, quejas somáticas, signos de ansiedad e ideas de muerte o auto líticas. Lógicamente varía de acuerdo al individuo y su situación, pero si no se ha percibido con rapidez ni diagnosticado a tiempo se puede volver, la tristeza, las vivencias dolorosas, y el sentimiento de desvalorización pasan a un segundo plano, pasando a un grado en el cual los signos son más intensos: agitación, irritabilidad, oposición, paso al acto suicida y fracasos, por lo cual a la depresión se la conoce como el sufrimiento subyacente (Díaz, 2015).

La depresión se encuentra caracterizada porque la persona pierda las ganas, ilusiones, fuerza e inclusive la esperanza de realizar actividades que por algún momento le fueron satisfactorias para sí, al hablar de casos más graves, el individuo con depresión puede llegar hasta el intento de suicidio, por lo que no estamos hablando de un simple periodo de tristeza. La desilusión que presenta la persona no solamente le afecta ella emocionalmente, sino también a las personas que se encuentran en su alrededor ya que va existir un aislamiento que podría afectar en las relaciones familiares, sociales (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La depresión afecta a la sociedad de forma directa e indirecta ya que provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social los cuales son determinantes sociales que juegan un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuestos a una mayor informalidad laboral, pueden ser más propensos a padecerla, lo que provocaría

un aislamiento de la persona y solo recurriría al suicidio (Fuhrimann, 2017).

A nivel familiar la depresión es difícil de conllevar ya que esta siente la impotencia y el malestar cuando ve que alguien de su hogar está triste, no disfruta con cosas que antes le gustaba realizar, se siente cansado y muchas veces está susceptible, deja de ser la persona que compartía es por ello que siente que la irritabilidad que tiene el individuo deprimido se une a la de la familia, ya que en algunos momentos pueden llegar incluso a sentirse menospreciados y utilizados es por eso que la familia debe establecer empatía ya que fundamental escuchar y servir como recurso para el desahogo de la persona (OMS, 2015)

Depresión en el adulto mayor

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

En este sentido, ha de prestarse especial atención a la salud mental como componente esencial de la salud. Los factores de estrés biológico, psicológico y social que acontecen como consecuencia de los cambios vitales que ocurren en el envejecimiento aumentan la vulnerabilidad de los ancianos de presentar patologías mentales, de las cuales la demencia y la depresión son las de mayor prevalencia en adultos mayores.

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

diagnósticos tempranos o bien incide en la minimización, desconocimiento o subidentificación de los síndromes depresivos, impidiendo por lo tanto el acceso a tratamientos adecuados.

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

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

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

Según lo señalado por Ruiz, Zegbe y Sánchez-Morales (2014) la depresión en

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

La depresión en la tercera edad es un trastorno altamente complejo por la comorbilidad que presenta y la variación en las funciones cognitivas de los sujetos además de acontecimientos vitales adversos. Por estas razones el tratamiento no sigue el mismo curso que con adultos de mediana edad. En los ancianos la pérdida de salud es un factor de riesgo para depresión. En casos como los accidentes cerebrovasculares que son frecuentes en la ancianidad. La pérdida de funcionalidad, el aumento de la dependencia y la reducción de las interacciones y redes sociales comporta un conjunto de agravantes sobre la probabilidad de depresión. Además, existe un gran número de fármacos que conllevan riesgo depresivo y se emplean frecuentemente en el tratamiento de patologías del envejecimiento.

CAPITULO II METODOLOGÍA

Diseño del trabajo

Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue un estudio transversal, ya que se midió a la población en un lapso de tiempo ya determinado. Se realizó de forma cualicuatitativa, cualitativo debido a la búsqueda del aspecto teórico-conceptual, la fundamentación fue descriptivo, basado en un marco teórico referencial y en las explicaciones y sustentos de varios autores que permitieron la explicación de las variables que se aplicó en el estudio. En el enfoque cuantitativo se utilizó la recolección y análisis de datos para contestar las interrogantes de investigación y comprobar la hipótesis planteada a través de la prueba estadística del chi².

La modalidad de la investigación fue científico debido a la información en cierta y probable, y además porque fue sujeta a verificación. Fue bibliográfica en donde las fuentes son primarias y secundarias, las fuentes primarias abarcan libros e información brindada por los clubs de diabéticos, las fuentes secundarias fueron documentales, puesto que se indago en repositorios de tesis, artículos de revistas y libros sobre la temática que se aborda con el propósito de respaldar el desarrollo del trabajo. La información que fue registrada en los distintos documentos los cuales sirvieron como punto de partida para el análisis que se realizó en el transcurso de la investigación, para explicar los distintos puntos de vista de las variables de estudio propuestas. La modalidad es de campo porque existió un acercamiento con la población ya que se dio una interacción directa con la misma para la aplicación de los instrumentos psicológico relacionados con las variables de deterioro cognitivo e identificar la relación de con la depresión.

Es estadístico porque permitió interpretar los datos, los cuales contribuyeron a confirmar o descartar la hipótesis. Es psicométrico porque se emplea instrumentos psicométricos, mismos que cuentan con la validez y fiabilidad necesaria para obtener

resultados para la interpretación de los instrumentos psicológicos utilizados.

Área de estudio**Campo:** Psicología**Área:** Clínica**Aspecto:** Deterioro Cognitivo y Depresión**Delimitación espacial:** Adultos Mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños**Provincia:** Tungurahua**Cantón:** Baños**Delimitación Temporal:** 2019-2020**Enfoque:** Neuropsicológico**Población y muestra**

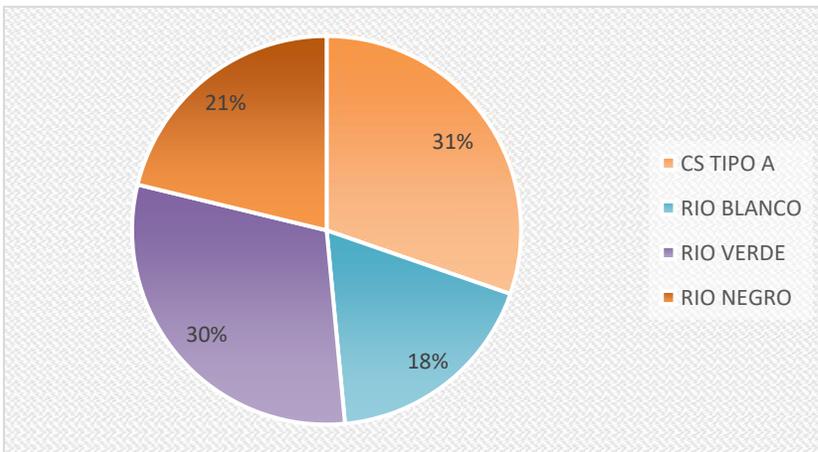
En el desarrollo de la presente investigación se trabajó con adultos mayores que acuden al club de diabéticos que se encuentran en el Cantón Baños distribuidos por centros de salud es decir CS. Tipo “A”, “Rio Blanco”, “Rio Verde” y “Rio Negro”, que en total constituyen una población de 70 personas entre hombres y mujeres de edades entre 55 a 80 años de edad, los cuales fueron seleccionados como muestra para este estudio a realizar.

Tabla 1.
Distribución de la población

Club de diabéticos	Hombres	Mujeres	Total
CS Tipo A	10	10	20
Río Blanco	6	9	15
Río Verde	10	10	20
Río Negro	7	8	15
Total	33	37	70

Nota. Elaboración propia

Gráfico 1.
Adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños



Nota. Elaboración propia

Instrumentos de investigación

Para la presente investigación se utilizaron dos instrumentos, el test Mini-Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que se describen a continuación.

Mini examen cognoscitivo (Mini mental)

Folstein, Folstein y McHugh, fueron los creadores en 1975, se la realizó con el objetivo de poseer una prueba fácil que sea de aplicación corta para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos, esta es una prueba muy utilizada para la detección de enfermedades neuropsiquiátricas, la misma que se utiliza en estudios clínicos y en la detección de patologías en este caso demencias. se encarga de evaluar el estado mental y nos permite observar cómo va progresando en el estado cognitivo, se evalúa en las áreas como: orientación en el espacio en el tiempo, codificación, atención y concentración, recuerdo, lenguaje y construcción visual.

Se puede observar correlaciones con diferentes medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos cognitivos, y esto se le puede aplicar en una gran variedad de población, este test mantiene una excelente correlación con diferentes medidas como son la valoración clínica de un experto, la valoración de enfermería, con niveles de necesidades, también se ha encontrado correlación de la escala con daños biológicos identificados mediante tomografía computarizada, resonancia magnética.

La consistencia interna que se presenta en el test oscila entre 0.82-0.84. Su fiabilidad interjueces es de 0.83 esto es en pacientes que presentan demencia, de 0.95 en pacientes que presentan diferentes trastornos neurológicos, y de 0.84-0.99 en adultos mayores que se encuentran en régimen de residencia. Posteriormente en sus coeficientes de correlación intra-clase está entre 0.69 y 0.78 en adultos mayores en régimen de residencia. En el nivel de acuerdo interjueces llega al Kappa = 0,97 para 5 evaluadores. Su fiabilidad test-retest -entre un día y nueve semanas- alcanza índices comprendidos entre 0.75 y 0.94 en pacientes con demencias; 0.56 en pacientes con delirios; y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad declina con el paso del tiempo, sobre todo en personas mayores y con trastornos. El Alfa de Cronbach fue de 0.807.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), ha sido ampliamente utilizada en poblaciones de adultos mayores. Se trata de un cuestionario con 30 ítems a los que los participantes deben responder Sí o No, teniendo en cuenta cómo se sintieron en la última semana. Existe una versión corta, de 15 preguntas, creada en 1986 que fue la empleada en esta investigación. Para la elaboración de esta versión se seleccionaron las preguntas que guardaban mayor correlación con los síntomas depresivos en los cálculos de validez del instrumento. Diez de los quince puntos indicaban depresión si eran respondidos afirmativamente, mientras que el resto de las preguntas indicaban depresión cuando se contestaban negativamente. En cuanto a los puntajes, de 0-5 se considera que no hay depresión, según la edad, nivel educativo y cantidad de quejas; de 6-9 se cataloga como depresión probable; de 10-15 es indicativo de depresión establecida. Cuando existen afecciones físicas o demencia leve es más sencillo emplear el cuestionario corto que se completa de 5 a 7 minutos, evitando fatiga o dispersión de la concentración. Su Alfa de Cronbach es de 0.82 (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

Procedimientos para obtención y análisis de datos

Para la obtención de datos se realizó un acercamiento con las autoridades responsables de cada club en donde se ejecutó un oficio de autorización para realizar la investigación, una vez que se habilitó el permiso se eligió los instrumentos psicológicos con los que se realizó la recolección de datos los cuales fueron el test Mini-Mental y la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage, posteriormente se elaboró un cronograma para la aplicación de los reactivos con fechas y horarios en los que los adultos mayores asistían a los diferentes clubs, en donde principalmente se les dio a conocer sobre la investigación a realizarse, para la evaluación con los instrumentos se los hizo de manera individual, una vez que se finalizó el proceso de aplicación de los instrumentos psicológicos, se efectuó el estudio de los datos mediante el estadístico Chi² y se comprueba la hipótesis, una vez que se cumplió este último proceso concluyen los resultados para finalmente elaborar una propuesta con el fin de favorecer a la institución.

Actividades

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

CAPÍTULO 3

Análisis de resultados

Diagnóstico de la situación actual.

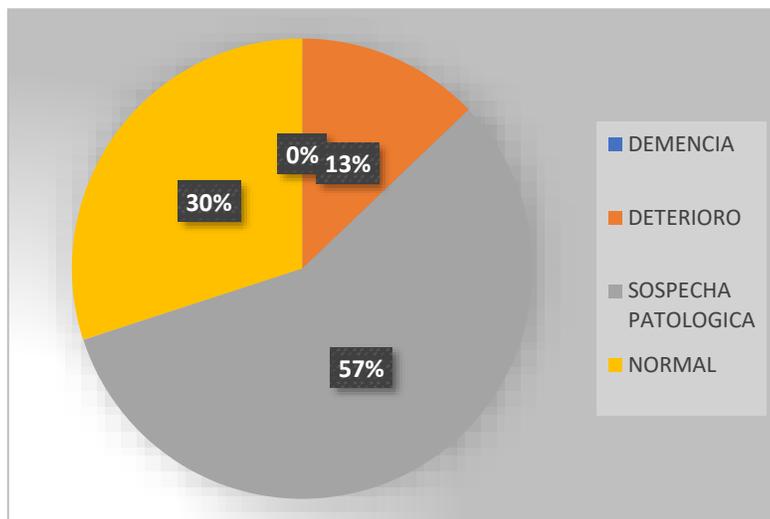
Se presentan a continuación los resultados que se obtuvieron de la aplicación del test Mini-Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Tabla 2.
Mini-Mental

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Normal	21	30%
Sospecha de patología	40	57%
Deterioro	9	13%
Demencia	0	0%
Total	70	100%

Nota. Elaboración propia

Gráfico 2
Mini-Mental



Nota. Elaboración propia

Análisis e interpretación

En cuanto a la evaluación realizada con el Mini-Mental más de la mitad de la población muestra un índice alto de sospecha patológica indicando un declive de las funciones cognitivas en donde ya se presenta un síntoma geriátrico que podría generar una enfermedad tanto física como emocional provoca una desgana y falta de interés que acaba repercutiendo directamente en las capacidades de la personas, y en la memoria, haciendo que ésta disminuya por lo que afecta en las actividades que acostumbra a realizar en su diario vivir; una cuarta parte de los evaluados se encuentran dentro del rango normal mostrando que sus funciones son parte del proceso establecido de la vejez en donde existen cambios, limitaciones o pérdidas de sus capacidades y fortalezas los cuales se verán afectadas en sus actividades; un décimo de los sujetos indica ya un deterioro de sus funciones que se debe a la edad que presenta la población que fue evaluada en donde está determinado como un proceso normal para la edad en donde no fueron tratados, finalmente ninguno de los participantes manifiesta síntomas de demencia.

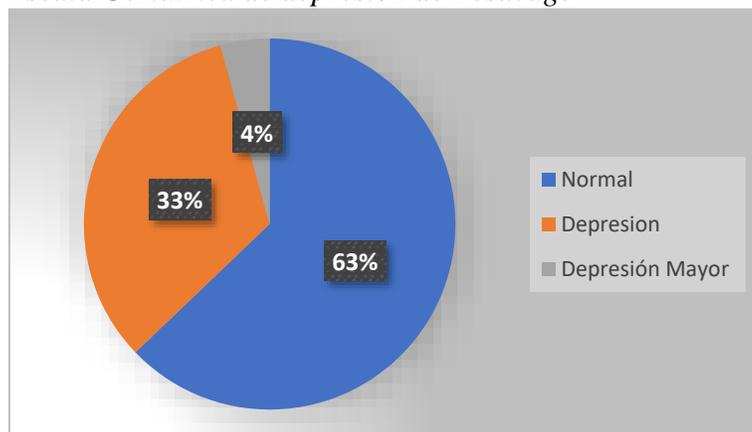
Tabla 3.
Escala Geriátrica de depresión de Yesavage

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Normal	44	63%
Depresión	23	23%
Depresión Mayor	3	4%
Total	70	100%

Nota. Elaboración propia

Gráfico 3.

Escala Geriátrica de depresión de Yesavage



Nota. Elaboración propia

Análisis e interpretación

En cuanto a la variable Depresión, de acuerdo a la Escala, más de la mitad de la población muestra un índice normal en cuanto a su estado de ánimo lo cual conlleva que es parte de su envejecimiento normal por la pérdida de sus relaciones interpersonales; las dos cuartas partes de los evaluados indican un problema en su estado emocional mostrando un desinterés en las actividades diarias que están pueden estar aquejando no solo a la persona sino a las que se encuentran a su alrededor finalmente casi un tercio de la población muestra que ya existe una depresión mayor lo que da a entender que presentan tristeza y baja voluntad en sus actividades diarias ya que su estado emocional afecta continuamente lo cual se puede dar por la pérdida de un ser querido.

Comprobación de las hipótesis

Examinando los datos, es necesario que se compruebe la hipótesis mediante el estadístico χ^2 : para lo cual se desarrollan y plantean hipótesis nulas y alterna, a fin de comprobar o no la existencia del problema.

Hipótesis

H_0 = Hipótesis Nula

H₁= Hipótesis Alternativa

H₀ = El deterioro cognitivo no influye en la depresión en adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños.

H₁= El deterioro cognitivo si influye en la depresión en adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños.

Con el propósito de verificar las hipótesis planteadas, se ha considerado el método estadístico Chi2. Su fórmula se expone a continuación.

$$x^2 = \frac{\sum(f_o - f_e)}{f_o}$$

X²= Chi cuadrado

∑= Sumatoria

O = Frecuencia observadas

E= Frecuencia esperadas

A continuación, se desarrolla el cálculo del Chi2 mediante la siguiente tabla cruzada:

Tabla 4.
*Deterioro Cognitivo * Depresión*

Deterioro cognitivo	Mayor Deterioro	Depresión		Total
		Depresión	Normal	
Demencia	0	0	0	0
Deterioro	4	1	4	9
Sospecha patológica	2	15	23	40
Normal	0	5	16	21
Total	6	21	43	70

Nota. Elaboración propia

Tabla 5.

*Resultados esperados entre Deterioro Cognitivo * Depresión*

	Mayor Deterioro	Depresión	Normal
Demencia	0	0	0
Deterioro	0.8	2.7	5.5
Sospecha patológica	3.4	12,0	24.6
Normal	1.8	6.3	12.9

Nota. Elaboración propia

Tabla 6.

Pruebas de Chi2

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19, 264 ^a	4	0,001
Razón de verosimilitud	14,669	4	0,005
Asociación lineal por lineal	7,822	1	0,005
Nº de casos válidos	70		

Nota. Elaboración propia

Decisión

Posterior a la realización de la prueba estadística se obtuvo el siguiente resultado. Se comprueba la hipótesis alterna ya que tomando el valor de referencia 0,001 el cual está por debajo del valor de significancia que es 0,005 el cual equivale al 5% del margen de error por lo tanto se encuentra por debajo de valor mencionado y es por eso que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula lo que quiere decir el deterioro cognitivo si influye en la depresión de los adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños.

Capítulo 4

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones.

1. Mediante el estudio realizado se investigó que el deterioro cognitivo se encuentra relacionado con la depresión de los adultos mayores, debido a que los datos del Chi² entre las variables arrojaron la referencia de 0,001 el cual está por debajo del valor de significancia que es 0,005 el cual da lugar a que se apruebe la hipótesis alterna, por lo que existió una correlación entre las variables propuestas es decir que el deterioro cognitivo si influye en la depresión de los adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños, lo que significa que al existir un declive en las funciones cognitivas las cuales pueden ser la memoria, el lenguaje, la atención, la conducta, el aprendizaje o la orientación y al verse afectada estas áreas afecta el estado de ánimo de los adultos llevándoles así a una depresión mostrándose mediante sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración los cuales afectaran las actividades diarias durante semanas o por más tiempo
2. Mediante el test Mini-Mental State Examination para detectar el grado de deterioro cognitivo se pudo determinar que más de la mitad de la población evaluada muestran una sospecha de patología en el deterioro de sus funciones cognitivas esto se presenta en la atención y la memoria y por eso está relacionada a una disminución de sus habilidades con respecto al pasado, pero funcionan de forma independiente o casi en sus actividades diarias que a largo tiempo se verá afectado no solo a la persona si no a la que están a su cuidado.

3. De acuerdo a la Escala Geriátrica de depresión de Yesavage se pudo identificar que el 63% de la población evaluada no presenta un nivel alto de depresión al contrario se logró observar que los individuos presentan un nivel normal para la edad que tienen lo que quiere decir que la parte emocional no está afectada ya que no se encuentran síntomas como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, entre otros esto se debe a las actividades que realizan en el diario vivir y las actividades pro activas, que permiten que el adulto mantenga una energía vital para su desenvolviendo normal en el medio.
4. Se diseñó una propuesta enfocada a un programa psicoeducativo para trabajar rehabilitación neuropsicológica en los adultos mayores para que no pierdan sus facultades tanto en la memoria y atención en donde se vio una afectación poco considerable.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las personas que se encuentran a cargo del cuidado del adulto mantener o aplicar un programa de estimulación cognitiva estructurado con el objetivo de potenciar el estado de las funciones cognoscitivas en esta población incluyendo actividades que abarquen todos los procesos cognitivos ya que al existir un declive en estas funciones es reversible, por lo cual es posible proponer que se realicen estrategias para promover el entrenamiento cognitivo en adultos mayores de forma preventiva.
2. A la directora de a cargo realice las evaluaciones constantemente a los adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo o depresión probable ya que esto permitirá mejorar la calidad de vida y por ende realizar un tratamiento adecuado para las necesidades que presente y así realizar un seguimiento constante.
3. De manera particular se considera importante proponer estrategias de sensibilización hacia la sociedad en general puesto que muchas veces en este se genera una discriminación o inadaptación lo cual pone en riesgo a los adultos mayores. En tal sentido se pueden implementar planes socioeducativos a fin de abordar esta temática en diferentes grupos sociales.
4. Se propone un programa de rehabilitación cognitiva para trabajar procesos

cognitivos ya que estos permitirán mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

DISCUSIÓN.

Una vez culminada la investigación cuyo objetivo estaba vinculado a determinar el grado de deterioro cognitivo que exhiben los adultos mayores que acuden al club de diabéticos y al aplicar el instrumento psicológico Mini-Mental podemos identificar que las personas evaluadas en su mayoría muestran una sospecha patológica, lo que nos lleva a decir que las funciones cognitivas van presentando un declive y que este es un cambio tanto fisiológico como ambiental, es por ello que se da una correlación en la investigación que realiza Benavides (2017) quien concluye su investigación mencionado que es un proceso normal en el adulto mayor, los cuales al ser un grupo vulnerable requieren de cuidados especiales para que este deterioro no se convierta en una patología.

Según Bastidas (2015) en la revisión sobre enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor, se evidenció que las personas que padecen enfermedad cerebrovascular, diabetes, párkinson y alzhéimer exteriorizan depresión, debido al desgaste, llegando a la conclusión que la depresión es una reacción ante la enfermedad cerebrovascular y diabetes ya que el funcionamiento anormal sobrepasa los recursos de afrontamiento que el individuo posee hasta que se origina la sintomatología depresiva, de manera que las enfermedades antes mencionadas pueden preceder a la depresión sin una conexión fisiología directa, esto podíamos relacionarlo con la investigación que se realizó ya que el reactivo psicológico aplicado fue la escala geriátrica de depresión de yesavage en donde se aplicó directamente a la población que presenta diabetes y es por ello que el 23% de la misma que presenta una depresión, lo que conlleva a una pérdida en el funcionamiento normal del organismo.

Con estos antecedentes me permite dar mayor fiabilidad sobre la presente investigación, identificando semejanzas entre los resultados comparados, sirviendo como base o apoyo a los datos actuales, que demuestra la influencia de la variable independiente ante la dependiente.

Capítulo 5

PROPUESTA

Tema.

Talleres enfocados a la estimulación neurocognitiva en atención y memoria en adultos mayores.

Justificación

En los resultados obtenidos de la presente investigación se encontró que los adultos mayores presentan un declive en sus funciones cognoscitivas especialmente en la atención y la memoria es por esta razón se establece la importancia de una adecuada estimulación cognitiva que permite mejorar la calidad de vida de estas personas. Es por ello que se realizara talleres enfocados en conservar dichas facultades. La originalidad se da porque la estimulación cognitiva permitirá mantener y potenciar las capacidades cognitivas lo que a su vez contribuye el incremento el rendimiento funcional al mantener mayor autonomía para sus actividades de la vida diaria estimulando capacidades cognitivas, emocionales y relacionales, por ende, los beneficiarios serán los adultos mayores que acuden al club de diabéticos del Cantón Baños correspondientes a los diferentes centros de salud del mismo. Se realizará de una manera factible ya que existe un espacio de trabajo en los clubs que se reúne una vez por semana y además existe la predisposición de cada uno de los usuarios y del personal de los centros de salud.

Por tanto, se debe tener en cuenta que las intervenciones tenderán a ser más efectivas en la medida en que se abarque al adulto mayor desde su integralidad, trabajando junto con otras disciplinas y teniendo un amplio conocimiento y contextualización sobre estas personas; un programa de intervención debe estar basado en indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales ya que las inconsistencias se deben a miradas subjetivas relacionadas con el adulto mayor (Uribe-Rodríguez, Molina y González, 2015).

Mediante los talleres de estimulación cognitiva se podrá mantener las funciones cognitivas que con el envejecimiento presentan modificaciones pero al mismo tiempo se potenciara más las habilidades adquiridas por cada uno de las personas de la tercera

edad consiguiendo un mejor desarrollo de la misma, debemos tener en cuenta que desde adultos e incluso desde antes debemos promover un envejecimiento activo, fomentando hábitos de vida saludables y entrenando las capacidades cognitivas para evitar un envejecimiento patológico o el desarrollo de una demencia.

Objetivos

Objetivo General.

- Planificar talleres que permitan la estimulación cognitiva en el adulto mayor

Objetivos Específicos.

- Estructurar base teórica argumentativa de la propuesta orientada a los adultos mayores.
- Identificar estrategias que permitan la estimulación cognitiva para optimizar la calidad de vida del adulto mayor.

Estructura técnica de la propuesta

La propuesta es creada de tal manera que los talleres permitan mejorar el estilo de vida y permitan reducir un declive en sus funciones cognitivas en los adultos mayores ya que esta es una edad en donde se pierde muchas de estas funciones, es por ello que se va a profundizar en trabajo de la memoria y atención ya que se dio dificultades en estas áreas cuando se realizó la toma de muestra; y eso se previene con la estructuración de los talleres.

El deterioro cognitivo es un síntoma geriátrico ya que todo adulto mayor va perdiendo de a poco sus funciones cognoscitivas, esta es una respuesta normal para la edad, es por ello que para trabajar con adultos mayores se realizara dinámicas de rehabilitación neuropsicológicas que permitan que sus las funciones cognitivas mantengan un punto estable y que estas funciones como con la atención y memoria se conserven y así evitar posibles demencias a futuro.

Para la realización y aplicación de la propuesta se ha desarrollado tres talleres con los temas de: el deterioro cognitivo como afecta en la vida diaria, pongamos en juego nuestra atención selectiva y juguemos a memorizar mediante estrategias que permitan

el almacenamiento de información. Cada taller se encuentra planificado para trabajar una hora ya que los participantes tienen otras actividades a realizar, estos talleres iniciaran con una dinámica que permitirá la cohesión grupal y se presentara a continuación la estimulación neuropsicológica del taller a trabajar.

Argumentación teórica

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

Corriente neuropsicológica

La neuropsicología es la rama de las neurociencias que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta tanto en personas como en aquellos que han sufrido algún daño cerebral. El objetivo de estudio son los procesos cognitivos que estos pueden verse afectados a nivel psicológico, emocionales y el comportamiento de la persona.

Rehabilitación neuropsicológica

El sistema cognitivo hace referencia al conjunto de procesos mentales, denominados funciones cognitivas que permiten conocer, asimilar e interpretar la realidad. El desempeño cognitivo en general depende del correcto funcionamiento de la atención y la memoria, que son dominios básicos para la adquisición de nueva información.

Es por ello que es primordial trabajar atención y memoria cuando ya existe un nivel de deterioro, ya que en el adulto mayor a lo largo va a ser muy perjudicial a nivel psicológico y emocional ya que tanto la atención y la memoria son sistemas cognitivos complejos y no unitarios, es decir, están estructurados por una serie de componentes y cada uno de ellos depende el funcionamiento de las diferentes estructuras del cerebro.

Diseño técnico de la propuesta

Cuadro N. 1
Plan Operativo

Fase	Actividades	Objetivos	Recursos	Tiempo	Responsable
Fase I Logística y organización	Preparación y organización del espacio físico donde se ejecutará los talleres y los materiales que se emplearan	Adecuar el lugar y el horario más oportuno para trabajar en los talleres	Personal Bibliográfico Tecnológicos Material lúdico	1 día	La investigadora
Fase II Socialización	Socialización de los resultados obtenidos durante la evaluación de la investigación y de que tratan los talleres	Conocer los resultados y la proposición.	Personal Bibliográfico Tecnológicos	1 hora	La investigadora
Fase III Ejecución	Taller I El deterioro cognitivo como afecta en la vida daría.	Dar a conocer como el deterioro cognitivo afecta en nuestra vida y como trabajar con ello. Plantear estrategias que permitan a la persona establecer orientación en tiempo y espacio.	Personal Bibliográfico Tecnológicos Material lúdico	1 hora	La investigadora

	Taller II Pongamos en juego a nuestra atención	Potenciar la atención sostenida mediante ejercicios de cancelación			
	Taller III Juguemos a memorizar	Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades que permitan su agilidad y fluidez a través de ejercicios prácticos.			
Finalización	Cierre	Consolidar lo aprendido mediante una futura practica en casa.	Personal Tecnológicos	45 min	La investigadora

Nota. Elaboración propia

Cuadro N. 2

Taller 1

Taller I					
Tema: El deterioro cognitivo como afecta en la vida daría.					
Objetivo: Dar a conocer como el deterioro cognitivo afecta en nuestra vida y como trabajar en su estimulación.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Integración del grupo	Dinámica Grupal Tela de araña	Cohesión de grupo	15 minutos	Investigadora
Fase II – Introducción	Presentación del taller y aspectos en los que se va a trabajar	Psicoeducativa	Socializar los temas a tratar	10 minutos	Investigadora
Fase III – Procedimiento	Que es el deterioro cognitivo Que áreas se encuentran afectas Estimulación en la Orientación y concentración	- Definiciones técnicas - Asertividad - Técnicas a trabajar mediante el modelo holístico	- Modificar creencias erróneas - Mejorar la comunicación - Mejorar las funciones cognitivas	30 min	Investigadora
Fase VI – Cierre	Preguntas y elementos principales del taller.	Feedback	Retroalimentación del taller	15 minutos	Investigadora

Nota. Elaboración propia

Taller N.º 1

Tema: El deterioro cognitivo como afecta en la vida diaria.

Objetivo: Dar a conocer como el deterioro cognitivo afecta en nuestra vida y como trabajar en su estimulación.

DESARROLLO.

Fase I – Rapport

Para dar inicio al primer taller, se trabajará principalmente en la bienvenida a los participantes en este caso serán adultos mayores, para lo cual el expositor se presentará y dará a conocer los temas del taller a trabajar y por ende se realizará la presentación de cada uno de los participantes y se realizará una dinámica de iniciación.

Técnica: Dinámica

Tema: Tela de araña

Objetivo: Escenificar la interacción grupal

Tiempo de duración: 15 minutos

Materiales:

- Ovillo de lana o cinta

Desarrollo

Para iniciar la dinámica el expositor deberá solicitar a los participantes formen un círculo, al azar pedirá que tome el ovillo de lana, se presente y al concluir, sin soltar la punta del ovillo de la debe arrojar o acercar a cualquiera de los participantes por el aire o por el suelo. La dinámica se repetirá hasta que todos los miembros se hayan presentado.

Fase II – Introducción

Subsiguiente a la realización de la dinámica y ya habiendo logrado establecer rapport y conexión grupal. Se procede con el inicio del taller para lo cual se realizará una exposición psicoeducativa de información sobre el deterioro cognitivo, en donde se presentará los temas que se van a exponer, los objetivos que se quiere lograr con lo expuesto y por último como trabajar si y existe un posible deterioro.

Fase III – Proceso

Se realiza una psicoeducación informativa principalmente porque existen creencias erróneas sobre lo que es el deterioro cognitivo y las áreas que este afecta ya que este es un proceso normal del envejecimiento y mediante la aplicación del modelo holístico se permitirá el trabajo de la orientación en tiempo, espacio y persona.

Fase IV – Cierre

Para el cierre y finalización del primer taller se realizará un proceso de retroalimentación, cada uno de los participantes podrá realizar preguntas si el caso lo requiere. Por último, se generará compromisos con los participantes en que los ejercicios que se pueden realizar para ralentizar la aparición de deterioro de las funciones cognitivas sean puestas en práctica para que esto les ayude no solo en la parte psíquica sino también en la emocional.

Cuadro N. 3
Taller 2

Taller 2					
Tema: Pongamos en juego a nuestra atención sostenida					
Objetivo: Potenciar las distintas variantes de la atención.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Bienvenida a los participantes	Dinámica Grupal Tingo-tingo tango	Cohesión grupal	15 minutos	Investigadora
Fase II – Introducción	Presentación del taller	Psicoeducativa	Socializar el tema del taller a trabajar	10 minutos	Investigadora
Fase III – Procedimiento	Potenciar la atención sostenida mediante ejercicios de cancelación	Distingue estímulos muy similares <ul style="list-style-type: none"> • Diferencia los estímulos del estímulo • Prestar atención al estímulo correcto 	Filtrar la información e ir asignando los recursos para permitir la adaptación. Poner en marcha a los procesos que intervienen en el procesamiento de la información, participa y facilita el trabajo de todos los procesos cognitivos.	30 min	Investigadora

Fase VI – Cierre	Retroalimentación	Feedback	<p>Generación de compromisos para la modificación de funciones cognitivas.</p> <p>Envío de tareas a casa para que estas ayuden al trabajo realizado en el taller.</p>	15 minutos	Investigadora

Nota. Elaboración propia

Taller N.º 2

Tema: Pongamos en juego a nuestra memoria

Objetivo: Potenciar las distintas variantes de la atención.

Desarrollo

Fase I – Rapport

Para dar inicio al segundo taller, se realizará la bienvenida a los participantes, para lo cual el expositor se presentará ante el grupo de trabajo, así como presentará el tema a trabajar, posterior a ello se realizará una dinámica.

Técnica: Dinámica

Tema: Tingo-tingo Tango

Objetivo: Fortalecimiento de la comunicación de los participantes

Tiempo de duración: 15 minutos

Materiales:

- Globo

Desarrollo

Para iniciar la dinámica el expositor deberá solicitar a los participantes formen un círculo, al azar pedirá que tome el globo y el expositor empezará a decir varias veces tingo-tingo-tingo mientras el globo va pasando por todos los participantes hasta que llegue el tango y la persona que se quede con el globo deberá responder a una interrogante del taller anterior.

Fase II – Introducción

Subsiguiente a la realización de la dinámica y ya habiendo logrado establecer rapport y conexión grupal. Se procede con el inicio del taller para lo cual se realizará una exposición psicoeducativa donde principalmente se empezará con la definición de la atención y si existen dudas entre los participantes serán resueltas.

rápido posible.



Ilustración 1: Diferencias y similitudes
Fuente: Blog (2017) Rehabilitación cognitiva

Técnica 3

Nombre: Prestar atención al estímulo correcto

Objetivo: Determinar la información que sea relevante

Desarrollo

Para trabajar la atención, una de las tareas más importantes que debemos realizar es aprender a fijarnos en los estímulos correctos. Esto quiere decir que los participantes sean capaces de seleccionar la información que sea relevante o de su interés. Es por ello que a los mismo se les dar una lámina con el alfabeto mezclado y colores los cuales deben poner la máxima de la atención en encontrar cuantas T contenga la lámina y los números que encuentren en esta.

Fase IV – Cierre

Para el cierre y finalización del taller se realizará un proceso de retroalimentación, el cual dará a conocer los beneficios que tiene realizar las actividades que realizar durante este encuentro es así como los participantes pueden contar al grupo sobre su experiencia realizando las diferentes actividades. Por último, se generará compromisos con los

participantes en que los ejercicios que se pueden realizar para ralentizar la aparición de

deterioro de las funciones cognitivas sean puestas en práctica para que esto les ayude no solo en la parte psíquica sino también en la emocional

Cuadro N. 4
Taller 3

Taller 3					
Tema: Juguemos a memorizar					
Objetivo: Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades que permitan su agilidad y fluidez a través de ejercicios prácticos.					
Fase	Aspecto a trabajar	Técnica	Metas de resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I – Rapport	Bienvenida a los participantes	Dinámica Grupal Veo – veo	Cohesión grupal	15 minutos	Investigadora
Fase II – Introducción	Presentación del taller	Psicoeducativa	Socializar el tema del taller a trabajar	10 minutos	Investigadora
Fase III – Procedimiento	Mantener las capacidades cognitivas enlenteciendo la progresión del deterioro, mediante estrategias de almacenamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Recordando lo que ya vi. • Escucho con atención. 	Estimular y mantener las capacidades mentales preservadas. Mejorar el rendimiento funcional y optimizar el funcionamiento cognitivo.	30 min	Investigadora
Fase VI – Cierre	Retroalimentación	Feedback	Generación de compromisos para la modificación de funciones cognitivas.	15 minutos	Investigadora

Nota. Elaboración propia

Taller N.º 2

Tema: Juguemos a memorizar

Objetivo: Potenciar el funcionamiento cognitivo a través de actividades que permitan su agilidad y fluidez a través de ejercicios prácticos.

DESARROLLO.

Fase I – Rapport

Para dar inicio al tercer taller, se realizará la bienvenida a los participantes, para lo cual el expositor se presentará ante el grupo de trabajo, así como presentará el tema a trabajar, posterior a ello se realizará una dinámica.

Técnica: Dinámica

Tema: Veo – Veo

Objetivo: Desarrollar empatía y genera interacción entre los integrantes del taller.

Tiempo de duración: 15 minutos

Desarrollo

Para iniciar la dinámica el expositor deberá solicitar a los participantes formen un círculo, al azar pedirá a uno de los miembros que observe algo que sus compañeros de grupo no puedan ver y estos adivinen lo que su compañero no vea esto ayudara a estimular la memoria, la concentración visual y la comunicación verbal.

Fase II – Introducción

Subsiguiente a la realización de la dinámica y ya habiendo logrado establecer rapport y conexión grupal. Se procede con el inicio del taller para lo cual se realizará una exposición psicoeducativa donde principalmente se empezará con la definición de la atención y si existen dudas de los participantes serán resueltas y pregúntales sobre las variantes de la atención sostenida, atención selectiva, atención visual o auditiva.

Fase III – Proceso

Posterior a la explicación teórica del tema, se procede a poner en práctica junto a los participantes algunas técnicas que permitan conservar la memoria y ralentizar el proceso de deterioro.

Técnica 1

Nombre: Recordando lo que ya lo vi

Objetivo: Mantener a la mente activa para evitar posible declive.

Desarrollo

Para empezar con la técnica se explica a los participantes que consiste encontrar al par de la imagen es por ello que se colocara imágenes ya sean de paisajes, animales o entre otros las cuales estarán boca abajo y mezcladas, teniendo en cuenta que los participantes deberán encontrar los pares, cada uno tendrá un turno y deberá levantar dos imágenes, la persona que tenga más imágenes nos damos cuenta que su atención y memoria van estar activadas.

Técnica 2

Nombre: Escucho con atención

Objetivo: Identificar el nivel de retención que se puede tener.

Desarrollo

Para empezar con esta técnica se explicará a los participantes que la misma permitirá observar y darse cuenta el nivel de retención que se puede tener de la información que escucha o que se le pide que haga a un adulto mayor.

La actividad consiste que el expositor dará a conocer un listado de 5 palabras como frutas, animales, etc. Los participantes del taller mencionar la mayor cantidad de palabras que haya escuchado. Para esta actividad se trabajará con estrategias de almacenamiento como la visualización que el momento que se le vaya nombrando cada palabra se le presentará imágenes, para que así se mas fácil que las recuerden. Lo que nos permite mantener activo tanto nuestra memoria, atención y concentración.

Fase IV – Cierre

Para el cierre y finalización del taller se realizará un proceso de retroalimentación, el cual dará a conocer los beneficios que tiene realizar las actividades que realizar durante este encuentro es así como los participantes pueden contar al grupo sobre su experiencia realizando las diferentes actividades. Por último, se generará compromisos con los participantes en que los ejercicios que se pueden realizar para ralentizar la aparición de deterioro de las funciones cognitivas sean puestas en práctica para que esto les ayude no solo en la parte psíquica sino también en la emocional. También se realizará el agradecimiento por haber sido participes de los talleres y se le entregará un detalle a cada uno.

BIBLIOGRAFÍA

- Avila y Vázquez. (2016). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista Trimestral*.
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, *146*(3), 315–322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016a). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica Anticipatory signs and risk factors for Mild Cognitive Impairment (MCI): *Terapia Psicológica*, *34*, 183–189.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016b). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, *34*(3), 183–189. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
- Dessotte, C. A. M., Silva, F. S., Furuya, R. K., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., & Dantas, R. A. S. (2015). Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: Differences by sex and age. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(2), 208–215. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0287.2544>
- DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ta edición)*. Retrieved from <https://www.cociepsi.com/libros-de-psicologia/dsm-v-descarga-gratuita-pdf/>
- Fuhrmann, C. M. (2017). La depresión : Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar Depression : A society ' s challenge we need to discuss. *Revista Cubana de Salud Pública*, *43*(2), 136–138.
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, *10*(3), 735–743. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.eydg>
- Losada, A., & Strauch, M. (2014). Síntomas Depresivos en Adultos Mayores de 65 años.

Influencia del Vivir Solo o Acompañado. *Article*, 1(1), 48–62.

M., S. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez: ¿Fenómeno normal?* 14–15. Retrieved from https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. E. I. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. 337. Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

OPS. (2008). Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud Décima Revisión. *Organización Panamericana de La Salud*, 1(554).

Organización Mundial de la Salud. (2015). La depresión. *Centro de Prensa de La Organización Mundial de La Salud*, 1. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Ríos Flórez, J., & López Gutiérrez, C. (2018). El rol de la neuropsicología y la interdisciplinariedad en la etiología y neurofuncionalidad del Déficit de Atención e Hiperactividad. *Psicoespacios: Revista Virtual de La Institución Universitaria de Envigado*, 12(20), 5.

Rodríguez, Daymaris, Leyva, R., Pérez, Gómez, & Iv, G. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión Psychological intervention in senior citizens with depression. *Humanidades Médicas*, 17(2), 306–322. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc05217.pdf>

Román, A. (2014). Perspectivas que cuestionan la psicología clínica. *Revista Electrónica de Psicología Social*.

SALUD, O. P. D. LA. (2014). PARTE II: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Regional de la. *Guía*, II, 15. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia08.pdf>

Sánchez, L., & Marín, A. (2016). Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Costa Rica : Situación Y Factores De Riesgo En Centros Diurnos Depression in Older

Adults of Costa Rica : Situation and Risk Factors in Adult Care Centers . Abstract :
Article, 2(4), 288–293.

Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores da depressão em uma mostra de adultos maiores em porto rico: Auto eficácia, escolaridade e outras variáveis sócio demográficas. *Acta Colombiana de Psicologia*, 18(1), 125–134.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>

Verdú, L. (208AD). Demencias. In *Geriatrka* (Vol. 13).

Avila y Vázquez. (2016). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista Trimestral*.

Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 315–322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016a). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica Anticipatory signs and risk factors for Mild Cognitive Impairment (MCI): *Terapia Psicológica*, 34, 183–189.

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016b). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183–189.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>

Dessotte, C. A. M., Silva, F. S., Furuya, R. K., Ciol, M. A., Hoffman, J. M., & Dantas, R. A. S. (2015). Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: Differences by sex and age. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 208–215. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0287.2544>

DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ta edición)*. Retrieved from <https://www.cociepsi.com/libros-de-psicologia/dsm-v-descarga-gratuita-pdf/>

Fuhrmann, C. M. (2017). La depresión : Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar Depression : A society ' s challenge we need to discuss. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136–138.

- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, *10*(3), 735–743.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.eydg>
- Losada, A., & Strauch, M. (2014). Síntomas Depresivos en Adultos Mayores de 65 años. Influencia del Vivir Solo o Acompañado. *Article*, *1*(1), 48–62.
- M., S. (2016). *Deterioro cognitivo en la vejez: ¿Fenómeno normal?* 14–15. Retrieved from https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. E. I. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. 337. Retrieved from http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
- OPS. (2008). Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud Décima Revisión. *Organización Panamericana de La Salud*, *1*(554).
- Organización Mundial de la Salud. (2015). La depresión. *Centro de Prensa de La Organización Mundial de La Salud*, 1. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ríos Flórez, J., & López Gutiérrez, C. (2018). El rol de la neuropsicología y la interdisciplinariedad en la etiología y neurofuncionalidad del Déficit de Atención e Hiperactividad. *Psicoespacios: Revista Virtual de La Institución Universitaria de Envigado*, *12*(20), 5.
- Rodríguez, Daymaris, Leyva, R., Pérez, Gómez, & Iv, G. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión Psychological intervention in senior citizens with depression. *Humanidades Médicas*, *17*(2), 306–322. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc05217.pdf>
- Román, A. (2014). Perspectivas que cuestionan la psicología clínica. *Revista Electrónica de Psicología Social*.

SALUD, O. P. D. LA. (2014). PARTE II: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Regional de la. *Guía, II*, 15. Retrieved from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia08.pdf>

Sánchez, L., & Marín, A. (2016). Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Costa Rica : Situación Y Factores De Riesgo En Centros Diurnos Depression in Older Adults of Costa Rica : Situation and Risk Factors in Adult Care Centers . Abstract : *Article*, 2(4), 288–293.

Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Fatores protetores da depressão em uma mostra de adultos maiores em porto rico: Auto eficácia, escolaridade e outras variáveis sócio demográficas. *Acta Colombiana de Psicologia*, 18(1), 125–134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>

Verdú, L. (208AD). Demencias. In *Geriatría* (Vol. 13).

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD



Oficio N. 002-FCHS-2020
Ambato, Enero 06 del 2020

Mg.
Marco Escobar
DIRECTOR DISTRITAL DE SALVA 18D03-BAÑOS DE AGUA SANTA
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 **"EL DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN BAÑOS "**, autorizado para su ejecución para la señorita Cali Palacios Belén Alexandra 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.

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

Atentamente,



Dra. Norma Escobar
DECANA FCHS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
07/01/2020
12:18
UAP

Anexo 1: Oficio de Decana



Coordinación Zonal 3
Dirección Distrital 18D03 – Baños de Agua Santa

Memorando Nro. MSP-CZ3-DDS18D03-2020-0155-M

Baños de Agua Santa, 15 de enero de 2020

PARA: Dra. Norma Escobar

ASUNTO: OFICIO RECEPTADO 002-FCHS2020

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo la Dirección Distrital 18D03 Salud en referencia al memorando MSP-CZ3-DDS18D03-2020-0130-M el cual manifiesta:

"Con un cordial y atento saludo pongo en su conocimiento la recepción del oficio 002-FCHS2020 suscrito por la Dra. Norma Escobar Decana de FCHS en el cual expone y solicita "Autorización la aplicación de los instrumentos para recolección de información del proyecto de la investigación"

Por lo expuesto en el texto anterior me permito poner en conocimiento en el anexo la documentación receptada en la secretaria para su revisión y autorización. "

Por lo expuesto en el texto anterior me permito generar la Autorización la aplicación de los instrumentos para recolección de información del proyecto de la investigación por parte de la Srta. Cali Palacios Belén Alexandra con el compromiso de mantener la confidencialidad en referencia a la información. Motivo por el cual pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración,

Atentamente,



Documento firmado electrónicamente

Mgs. Marco Vinicio Escobar Rivera

DIRECTOR DISTRITAL - DISTRITO 18D03 BAÑOS DE AGUA SANTA - SALUD (E)

Referencias:

- MSP-CZ3-DDS18D03-2020-0130-M

Calle Calle Pedro Vicente Maldonado y Oriente • Baños de Agua Santa – Ecuador
• Código Postal: 180301 • Teléfono: 593 (03) 2741-728 • www.salud.gob.ec

Anexo 2: Aceptación MSP