



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL EN EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL – AMBATO”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Núñez Pérez, Eliana Alejandra

Tutor: Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

Ambato- Ecuador

Febrero 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “**DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL EN EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL- AMBATO**”, de ELIANA ALEJANDRA NÚÑEZ PÉREZ, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Septiembre del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Galarza Zurita, Germán Enrique

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL EN EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL- AMBATO**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....

Núñez Pérez, Eliana Alejandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto o parte de este un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi proyecto, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

A handwritten signature in blue ink, reading "ELIANA NÚÑEZ PÉREZ". The signature is written in a cursive style with a horizontal line drawn through the middle of the text.

.....

Núñez Pérez, Eliana Alejandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Investigación, sobre el tema: **DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL EN EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL- AMBATO”** , de Eliana Alejandra Núñez Pérez estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero del 2016

Para constancia firman:

1er. VOCAL

PRESIDENTE/A

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a Dios, por haberme dado la vida y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A mis padres Kléver Núñez Y Gladys Pérez que han sido mi apoyo incondicional demostrándome paciencia, cariño y sobretodo guiándome a través de sus experiencias.

A mi hermana Dámaris Núñez por ser mi amiga, mi compañera por compartir su vida conmigo y estar siempre pendiente de mí.

A mi abuelita Elida Naranjo por ser como una segunda madre y por siempre tenerme en sus oraciones.

Núñez Pérez, Eliana Alejandra

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud por la oportunidad de formarme en sus aulas, a los profesores de la Carrera de Psicología Clínica que con sus conocimientos aportaron a mi formación profesional, a mi tutor Dr. Germán Galarza por su apoyo y dirección en la ejecución del proyecto y a mis compañeros Ana Viteri y Paul Cruz por su amistad, tiempo y cariño.

Núñez Pérez, Eliana Alejandra

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
El problema	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Justificación	8
1.5 Limitaciones	9
CAPÍTULO II.....	10
Marco Teórico	10
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Base Teórica	19
2.3 Definición de términos	40

2.4 Sistema de Hipótesis	43
2.5 Sistema de variables	43
Marco Metodológico.....	44
3.1 Nivel de Investigación.....	44
3.2 Diseño.....	44
3.3 Población y muestra	44
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	45
3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV	53
Aspectos Administrativos	53
4.1 Recursos	53
4.1.1 Recursos Institucionales:	53
4.1.2 Recursos Humanos:.....	53
4.1.3 Recursos Tecnológicos.....	53
4.1.4 Recursos Materiales	54
4.1.5 Recursos Financieros:.....	54
4.1.6 Recursos Económicos (Presupuesto)	55
4.1.7 Cronograma de actividades.....	56
5. Referencias Bibliográficas	57
5.1 Bibliografía	57
5.2 Linkografía	58
5.3 Citas Bibliográficas- Base de Datos UTA.....	66
5.4 Otras bases de datos	67
6. Anexos.....	70

ÍNDICE DE CUADROS

Validez y Confiabilidad del MMSE	48
Puntuaciones de ambas versiones de GDS	49
Sensibilidad, Especificidad y AUC de GDS.....	51
Presupuesto.....	55
Cronograma.....	56

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
QUE ASISTEN AL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL EN EL
PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL- AMBATO”**

Autora: Núñez Pérez, Eliana Alejandra

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Fecha: Septiembre del 2015

RESUMEN

El deterioro cognitivo y la depresión son alteraciones que se presentan en diferentes niveles en la vida de los adultos mayores, ya sea por situaciones externas o cambios propios del proceso de envejecimiento, estos cambios causan inestabilidad en las actividades diarias del individuo creando sentimientos de incapacidad e inseguridad, esta situación afecta también a sus familiares quienes dejan de lado su vida para dedicarse a este cuidado o deben aportar económicamente para sustentar los requerimientos del individuo afectado.

Se entiende al declive cognitivo como la pérdida de las funciones mentales superiores que con el pasar del tiempo puede desencadenar demencia; y a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que causa perturbación en el estilo de vida manifestando principalmente tristeza, pérdida e ira. Los adultos mayores son considerados un grupo vulnerable no solo por las problemáticas físicas y mentales que les aquejan por la edad sino también al ser entes receptores de maltrato físico, psicológico, abandono familiar y discriminación laboral, etc.

Se ha citado diferentes posturas de varios autores en relación al desarrollo e implicaciones de ambas problemáticas con el fin de comprender de una manera más

amplia el progreso y avance de esta afección diagnosticada mayormente en este grupo etario.

PALABRAS CLAVES:

DETERIORO_COGNITIVO, DEPRESIÓN, DEMENCIA, FUNCIONES_MENTALES_SUPERIORES, ADULTO_MAYOR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“COGNITIVE IMPAIRMENT AND DEPRESSION IN THE ELDERLY
WHO ATTEND THE BRAIN GYM WORKSHOP IN ACTIVE AGING
PROGRAM IN SOCIAL SECURITY INSTITUTE OF AMBATO”**

Author: Núñez Pérez, Eliana Alejandra

Tutor: Dr. Galarza Zurita, German Enrique

Date: September 2015

SUMMARY

Cognitive impairment and depression are changes that occur at different levels in the life of the elderly, either by external situations or typical changes of aging, these alterations cause instability in the daily activities of the individual, creating feelings of inadequacy and insecurity, this also affects their families who put aside their lives to pursue this care and they should contribute financially to support the requirements of the individual concerned.

It is understood the cognitive decline and loss of higher mental functions with the passage of time can trigger dementia; and depression as a mood disorder that causes disruption in lifestyle mainly expressing sadness, loss and anger. Older adults are considered a vulnerable group not only by the physical and mental problems that beset them, but also by being receiving bodies of physical and psychological abuse, family neglect and discrimination at work, etc.

Different positions have been cited by various authors regarding the development and implications of both issues in order to understand more broadly their progress and advancement of the condition diagnosed mainly in this age group.

KEYWORDS: COGNITIVE_IMPAIRMENT DEPRESSION DEMENTIA,
HIGHER_MENTAL_FUNCTIONS ELDERLY

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se fundamenta en la problemática por la que un adulto mayor atraviesa en el proceso de envejecimiento, el mismo que implica varias consecuencias para la salud a nivel físico, emocional y cognitivo, se evidencia principalmente el declive de las funciones intelectuales superiores, causando pérdida de individualidad y dificultad en la ejecución de las actividades diarias. Dichas limitaciones a su vez repercutan en el estado de ánimo lo que agravia el equilibrio del estado general del individuo.

Existe gran cantidad de información sobre casos reales de personas adultas mayores que llegan a afrontar dificultades propias de la edad de una manera negativa desembocando en alteraciones graves, en las cuales es necesario la intervención del personal sanitario, por lo tanto es de gran importancia conocer la manera en la que afecta ambas variables de esta investigación en la vida de dicho grupo.

En el Programa de Envejecimiento Activo del Instituto de Seguridad Social Ambato acuden gran cantidad de adultos mayores en los cuales se puede observar diferentes alteraciones destacando el deterioro cognitivo y la depresión, ambas presentan un impacto negativo en la vida personal, familiar y social siendo un impedimento en el desarrollo de los individuos afectados. Por esta razón es que se busca promover la participación social y la seguridad de este apartado.

Lo que se quiere definir en el proceso de esta exploración es la verificación de la influencia del deterioro cognitivo en la depresión, además determinar los niveles de deterioro cognitivo que presenta la población conjuntamente con los niveles de depresión y sobre todo establecer la relación del deterioro con el género, es decir determinar que parte de la agrupación es mayormente afectada por ambas.

CAPÍTULO I

El problema

1.1 Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo es la pérdida de las funciones mentales superiores, esta alteración se produce en la marcha del declive del cuerpo y depende de varios factores como físicos o ambientales, se clasifica como un síndrome geriátrico, por lo cual debe ser estudiado y abordado desde varios puntos de vista para comprender los elementos que lo constituyen y de esta forma llegar a solucionarlo.

La magnitud de personas ancianas está aumentando a nivel general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) entre el año 2000 y 2050 la proporción pasara del 11% al 22%, es decir de 605 millones de individuos a 2000 millones.

Se considera que un 20% de personas sobre los 60 años padecen algún trastorno mental o neural, el 6,6% de este conjunto de individuos se debe a alteraciones mentales y del sistema nervioso, los desórdenes neuropsiquiátricos comunes son la demencia y la depresión.

Se estima que aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial padezcan de algún tipo de deterioro cognitivo. Este último conjuntamente con el Alzheimer son consideradas las mayores causas de mortalidad y morbilidad. OMS (2013).

Según Samper- Noa et.al., (2012) el envejecimiento cerebral es una etapa complicada de enfrentar, ya que este cambio genera problemas a nivel económico, social y cultural. Se establece que de cada diez personas sobre los 55 años al menos una presentará demencia o Alzheimer en el futuro, existe información en la que diferentes autores mencionan que el 80% de individuos diagnosticados con

deterioro cognitivo leve progresaran en un transcurso de seis años a la enfermedad de Alzheimer, con un predominio de 10 a 15% por año.

Según Custodio et. al., (2012) en un análisis realizado a personas afroamericanas se ha considerado una prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) de 19,2% en sujetos comprendidos en 65 y 74 años, un 27,6% para los que están entre 75 y 84 años y un 38% para los individuos mayores de 85 años.

En la actualidad se considera que hay 47,5 millones de individuos que padecen demencia, se prevé que esta cantidad llegue a 75,6 millones en el año 2030 y 135,5 millones de personas afectadas en el 2050, este crecimiento se origina primordialmente en repúblicas de beneficios medios y bajos. Cada año se reconocen 7,7 millones de casos nuevos. (OMS, 2015).

Según Custodio et.al., (2012) en el estudio Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Llevado a cabo en la ciudad de Lima, refiere que el deterioro cognitivo leve aumenta a nivel que transcurre la edad. En América Latina se encuentra insuficiente información sobre esta problemática. En Argentina específicamente en Córdoba existe una prevalencia de 13,6% en individuos mayores de 50 años; en la ciudad de Medellín – Colombia se halló el predominio de DCL tipo amnésico en 9,7%, y en Chile se desarrolló un análisis en el cual se ejecutó un seguimiento a 36 pacientes con DCL, percibiendo el desarrollo a demencia en 15 de ellos en un periodo de tiempo de 31 meses, y en dos años más el 50% de los casos que se mantenían inalterables evolucionaron en demencia (Enfermedad de Alzheimer). En el año 2015 en el Perú no existen estudios sobre la prevalencia de este trastorno pero se encuentra información sobre el deterioro cognitivo moderado afectando al 20% y el severo aqueja en un 28% a adultos mayores hospitalizados y ambulatorios.

De otra forma la demencia a nivel latinoamericano tiene una prevalencia de 3 y 6%, en Uruguay se establece un 4,03%, en Chile un 5,96% y Brasil un 3.42%. En el estudio Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores realizado en la ciudad de México por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición Salvador Zubirán, se descubrió que existe aproximadamente un 4.7 de prevalencia,

mientras que en Jalisco se reportó que por cada mil residentes el 3.3% se encuentra perjudicado, en general se prevé que hay alrededor de 500 mil a 700 mil personas afectadas con demencia y el 25% aun no es diagnosticado. En conclusión han determinado un alto índice de depresión en la población mexicana, la cantidad va de 10% a 40% dependiendo del tipo de población, se atribuye a la edad, escolaridad y género femenino como factores para una mayor probabilidad de este problema. (Mejía- Arango et. al., 2007)

En Ecuador de un total de habitantes (16.390.358), 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. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012).

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2009) 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.

La demencia es la parte peligrosa a la que una persona con deterioro cognitivo leve puede llegar, en el Ecuador existe un predominio similar de esta afectación con el deterioro siendo 21,4% de personas entre 61 y 70 años de edad. (SABE, 2009).

Por otro lado la depresión es una modificación negativa del estado de ánimo la cual puede causar dolencia y perturbar la vida diaria. Se establece que afecta al 7% de adultos mayores en general originado por la reducción de ingresos económicos debido a la jubilación, por la pérdida de seres queridos o amigos, disminución de la capacidad física e individualidad, además de la posibilidad de contraer

enfermedades crónicas, lo que causa una alteración en la estabilidad emocional del individuo y por ende se evidencia una reducción de la capacidad psicológica y fisiológica para adaptarse a diferentes cambios propios de la edad. (OMS, 2013).

Según Mühlenbrock et. al., (2011) en el estudio Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago- Chile, la depresión en el adulto mayor es más frecuente en el género femenino las mismas que experimentan viudez, padecen enfermedades graves, insomnio, personas que han atravesado un suceso estresante e incomunicación social. Además la prevalencia de depresión mayor es de 10% en 12 meses y el 17% por el resto de vida.

La incidencia de este trastorno en Europa aqueja al 10 % y 15% de la población mayor a 65 años, las mujeres tienen más riesgo a padecer dicha afección debido a que el desequilibrio de género es más alto en el sur del continente, además por no haber contraído matrimonio, vivir solas o padecer problemas de discapacidad. (OMS, 2015).

El proceso de cambio en la población se está dando de una manera mucho más rápida en los países subdesarrollados de América latina especialmente en Ecuador, Latinoamérica debe afrontar esta difícil situación debido a que no cuenta con los recursos necesarios como es el caso de los países prósperos. (Ministerio de Inclusión Económica [MIES], 2012-2013)

Según la Organización de las Naciones Unidas (como se citó en Estrada, 2013) el 9% de la población en Latinoamérica para el año 2020 serán personas de 65 años o más, en países como Brasil existirá un 9.6%, en Argentina un 11.9%, Chile 12.1%, Uruguay 15% mientras que en Ecuador será un 8.8% y Bolivia un 5.8%, así mismo en Colombia en el año 2005 existía alrededor de un 6.3% de personas mayores lo que para el 2020 se prevé un 8.5%.

La Alianza de enfermedades mentales (2013) refiere que varios estudios han identificado que el 75% las personas adultas mayores que han cometido suicidio asistieron al médico un mes antes de quitarse la vida. Existe un alto rango de muerte por suicidio en la población adulta mayor americana (18%) en el año 2000,

alrededor de 59 defunciones por cada 100.000 individuos de 85 años de género masculino. Esta demografía representa el 13% del total de habitantes en los Estados Unidos. En relación a la depresión de un total de 35 millones de americanos mayores 2 millones padecen algún nivel de este trastorno y 5 millones padecen de un llamado subsíndrome de depresión debido a que no cumplen los criterios para tener en cuenta el desorden.

Según Rodríguez, Kohn y Aguilar (2009) las alteraciones psiquiátricas y neurológicas para el año 2002 tenía una prevalencia de 22,2% en América Latina y el Caribe. Durante una revisión exhaustiva sobre datos epidemiológicos se encontró un 4,9% de depresión mayor.

De acuerdo a Bastidas (2014) son 340 millones de personas en el mundo los que han sobrellevado la depresión en algún instante de su vida. A nivel de Colombia se encuentran estadísticas en la que el segundo lugar de incidencia son los trastornos depresivos y la mayoría de adultos mayores a partir de 60 años han presentado un episodio depresivo. Además la depresión geriátrica muestra tasas de prevalencia de 1 al 5% y esto aumenta con el transcurso de la edad, por otro lado el 13% de la población adulta mayor presenta síntomas depresivos representativos que no cumplen criterios para ser diagnosticado.

Según Frerich et. al., (como se citó en Florenzano y Zegers, 2003) hallaron que en la población joven (28%) existe mayor frecuencia de depresión que en la población mayor de 65 años (16,7%) en la ciudad de Los Ángeles.

Según Blazer et. al., (Como se citó en Florenzano y Zegers, 2003) encontraron que el 1% de Adultos Mayores padecían depresión mayor, el 2% distimia y el 4% presentaba ánimo depresivo en Carolina del Norte.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (como se cita en MIES, 2012-2013) ha considerado que la esperanza de vida en el Ecuador es de 75,6 años en la población en general y por género: para los hombres se estima la edad de 72,7 y mujeres 78,7. Estas cifras son un año mayor a la que se establece a nivel de Latinoamérica.

El 41% de población adulta mayor en el Ecuador presenta depresión, se explica que de cada 3 adultos mayores con este trastorno, 2 son mujeres y 1 de cada 4 toma un tratamiento antidepressivo.

Este trastorno se origina en el país principalmente por las dificultades socioeconómicas ya que el 57% de personas viven en condiciones deficitarias, es decir pobreza y extrema pobreza, debido a que no existen puestos de trabajo adecuados para su situación, además la mayoría de ancianos residen solos sin el apoyo y cuidado de un familiar o de una persona capacitada, se estima que aproximadamente 132.365 ancianos presenten esta condición de vida.

Es indispensable que se encuentre una persona en calidad de cuidador ya que de esta manera se puede evitar situaciones desastrosas como caídas , las mismas que son la primera causa de muerte seguido por la existencia de enfermedades crónicas como las afecciones cardiacas, cerebro vasculares, cáncer, hipertensión arterial, diabetes, trastornos visuales, auditivos , etc.,

El analfabetismo es una problemática que perjudica a 1 de cada 4 adultos mayores siendo mayor en mujeres (29%), hombres (20%), por otra parte está el 68,5 % de este grupo los cuales poseen un lugar fijo y propio para vivir mientras que el resto (20%) habita en circunstancias limitadas mostrando carencias en la estructura y privación de servicios básicos; la violencia es otra de las causas del apareamiento de depresión ya que se considera una realidad lamentable siendo 14,70% de ancianos quienes han recibido insultos y el 14,9% han sido víctimas de descuido y abandono.(Ministerio de Inclusión Económica [MIES], 2012-2013).

1.2. Formulación del problema

¿De qué manera el Deterioro Cognitivo influye en la Depresión en Adultos Mayores que asisten al Taller de Gimnasia Cerebral en el Programa de envejecimiento Activo del IESS- Ambato?

- ¿Cuál es la incidencia de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores?
- ¿Cuáles son los niveles de Depresión más comunes que presentan los Adultos Mayores?

- ¿Cuál es la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo por género en Adultos mayores?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la influencia del Deterioro Cognitivo en la Depresión en Adultos Mayores que asisten al Taller de Gimnasia Cerebral en el Programa de envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Ambato.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores.
- Determinar los niveles de Depresión que presentan los Adultos Mayores.
- Establecer la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo por género en Adultos Mayores.

1.4 Justificación

El programa de envejecimiento activo del Hospital del IESS-Ambato acoge a gran cantidad de adultos mayores, los mismos que asisten a diferentes talleres después de culminar su vida laboral y jubilarse. Intenta involucrarlos con la sociedad y hacer que vean su verdadero valor como personas y lo que aún pueden brindar a sus semejantes.

Al realizar las evaluaciones psicológicas pertinentes se ha observado que la mayoría de estas personas padecen de deterioro cognitivo, delirio y depresión, dichas enfermedades limitan la realización de labores diarias y sobretodo la pérdida de individualidad.

Por esta razón es que la presente investigación es de mucha importancia, ya que centra su esfuerzo en buscar solución a un problema, con lo que se podrá obtener un mejor desenvolvimiento de las personas en el entorno y promover acciones para la participación y acompañamiento en el proceso de envejecimiento activo y saludable.

Entre los beneficios principales se pueden destacar el fomentar la integración de los adultos mayores promoviendo su autocuidado, autoestima y autogestión, generar confianza en sí mismos, establecer vínculos de apoyo, para realizar actividades que sean de su propio interés, ofreciendo alternativas de capacitación y recreación que tiendan a mejorar su calidad de vida.

Al desarrollar este trabajo se podrá poner de manifiesto las competencias adquiridas como el entusiasmo por aprender, compartir y conocer nuevas experiencias que posibiliten su crecimiento individual y social, se logrará reforzar las mismas con conocimientos complementarios y prácticos que beneficiaran a las personas en cuestión, a través de otorgarles aptitudes y destrezas.

Esta investigación es factible debido a que en su mayoría la población a tratar padece de deterioro cognitivo y depresión además se cuenta con los recursos necesarios y la disponibilidad de apoyo por parte de los adultos mayores y los directivos de la extensión geriátrica.

1.5 Limitaciones

- Los adultos mayores pueden no presentar predisposición y colaboración al momento de la evaluación.
- La depresión esta ocasionada por otras afecciones orgánicas o situaciones externas.
- Los adultos mayores tienen un periodo de vacaciones por lo cual este inferiría en el estudio, se deberá esperar dicho tiempo para poder realizar una evaluación continua.
- Exploraciones neuropsicológicas.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Variable Independiente: Deterioro Cognitivo

Guerra et. al., (2015) en su estudio sobre la caracterización de la memoria en el envejecimiento: una mirada desde la neuropsicología realizado en Camagüey (Cuba) se comparó la memoria visual y verbal tomando en cuenta la edad y la escolaridad, se determinó que en personas mayores a 69 años existe dificultad en la memoria visual a largo plazo mientras que en la memoria verbal no se encontró afección alguna, por lo tanto existe mayor dificultad en la memoria visual de este grupo etario.

Según Samper et. al., (2011) en el estudio edad y escolaridad en 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 DCL que en las personas con escolaridad alta, por consiguiente se halla fuertemente relacionada la edad, la escolaridad para la incidencia de este trastorno.

Según Vallejo y Rodríguez (2010) en su estudio prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados en Cádiz- España en el que se tomó en cuenta edad, sexo, causa de ingreso y estado cognitivo se obtuvo un predominio de esta alteración en un 27% siendo menor en relación a otros lugares de acogimiento de

adultos mayores, de manera que la incidencia de este trastorno repercute negativamente en la vida de los individuos en cuanto a la individualidad y calidad de vida.

Según Sánchez, Moreno y García (2010) en la investigación deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria realizada en Bogotá- Colombia en el que se consideró componentes sociodemográficos así como también genéticos, determinaron que los pacientes que padecen Deterioro cognitivo leve y demencia tipo Alzheimer a lo largo de sus vidas realizaron actividades de tipo manuales, mientras que de la misma manera los individuos con deterioro leve y los sanos variaron de su labor principal a una netamente manual en su jubilación. Y por último no se evidenciaron características genéticas en el desarrollo del deterioro cognitivo, por lo antes dicho se encontró relación entre la ocupación con el desarrollo del deterioro.

Según Sánchez, López, Calvo, Noriega y López (2009) en el estudio depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años se constató que el 3,7% de adultos mayores exteriorizaron el trastorno cognitivo mínimo y la demencia afectó al 8,2%, destacando la enfermedad de Alzheimer en un 70%, demencia vascular 20% y 10% Parkinson; en relación a la depresión se encontró una prevalencia de 2,9% del total de la muestra, por lo tanto no se evidenció un deterioro alto y la prevalencia de depresión es relativamente baja.

Serrano, Dillon, Leis, Tarango y Allegri (2013) En el estudio deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos realizado en Buenos Aires a adultos mayores entre 70 años con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y su presentación de tres subtipos, se determinó que el 27,1% de personas con deterioro cognitivo leve evolucionó en demencia tipo Alzheimer; del grupo con deterioro cognitivo amnésico el 35% desarrolló demencia de este el 20% en seis meses y el 15% a doce meses; del grupo deterioro cognitivo leve y dominio único no amnésico el 11% acrecentará en demencia en un periodo de seis meses y el deterioro cognitivo leve con múltiples dominios desarrollará demencia en seis meses el 15,3% y en un año el 16,3%. Por lo tanto el deterioro cognitivo múltiples dominios

fue el más común teniendo como factores desencadenantes a demencia la jubilación y la edad.

Según Ávila, Vásquez y Gutiérrez (2007) en el estudio deterioro cognitivo en el adulto mayor en Cuba la muestra estaba comprendida entre 75 y 79 años, se evidenció una prevalencia alta del género femenino (57,4%), en relación a las funciones cognitivas los pacientes tenían afección en las siguientes áreas: orientación, atención y cálculo en un 95,3%, memoria inmediata en un 100%, el lenguaje en un 83,7% y por último la memoria mediata afectada en un 29,9%. 65 de los evaluados fueron diagnosticados con deterioro cognitivo leve, de manera que las funciones más afectadas son memoria, atención, orientación, cálculo y lenguaje, y las enfermedades que inciden en el apareamiento del deterioro son hipertensión arterial, diabetes y cardiopatía isquémica.

Arjona, Esperón, Herrera y Albertos (2014) en el estudio asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores de Mérida, Yucatán, México, en el que pretendió determinar la incidencia por género se obtuvo como resultados que el 7,9% de la población mostró deterioro cognitivo, en relación a la diabetes mellitus se identificó un 27,38%. Existe asociación entre estas dos variables predominantemente en el género femenino y como resultado de la aparición de deterioro cognitivo se identificó relación en personas con mayor edad, bajo nivel educativo y diagnóstico de diabetes.

Según Isordia, Góngora, Villarreal, Soto y Espinoza (2014) en el análisis asociación entre el deterioro cognitivo leve y la vasorreactividad cerebral por ultrasonido Doppler transcraneal en adultos mayores de 60 años en Monterrey- México, concluyeron que ambas variables no se asociaron de manera representativa, la prevalencia de DCL fue del 15% en la población evaluada predominando el género masculino. Destacaron componentes de riesgo cardiovascular como hipertensión 33,3%, diabetes 36,2% y controles 36,2%, de acuerdo a la vasorreactividad disminuida se identificó el 37%, en el caso de recibir tratamiento antihipertensivo aumentó dicha proporción en 5%.

Llanero, Montejo, Montenegro, Fernández y Ruiz (2010) en su investigación sobre resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar desarrollado en Madrid- España, en el que se realizó una evaluación pre y postintervención abarcando una escala cognitiva, análisis etiológicos con neuroimagen y bioquímica sanguínea. Se determinó que hubo un restablecimiento cognitivo en las valoraciones obtenidas, especialmente en la puntuación del MMSE, así como también en varios subtest, existe una mejora en el área del recuerdo demorado de la Lista de palabras de la WMS-III. Por lo tanto la estimulación cognitiva mejora y es una actividad productiva para pacientes con DCL).

Según Carballo, Arroyo, Portero y Ruiz (2013) en el estudio efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos, llevado a cabo en Madrid, se evidenció un progreso en el estado intelectual tanto en el declive normal como patológico. Además en el área afectiva y la condición de vida se vio favorecida por la aplicación de esta terapia, por otro lado en el área de autosuficiencia de actividades diarias no se evidencio mejora alguna, de manera que esta aplicación beneficiará principalmente a los pacientes afectados a modo de prevención en aspectos cognitivos como emocionales.

Según Pedroso, Bringas y Salazar (2007) en la exploración sobre deterioro cognitivo en el curso de la Enfermedad de Parkinson realizado en Cuba se determinó que la mayoría de pacientes valorados (71%) presentaban déficit en el área neuropsicológica específicamente en el lenguaje, atención, memoria y pensamiento aunque no sean catalogados como dementes, a medida que pasa la edad los síntomas se agudizan, además se evidenció depresión en el 50% de la muestra.

De acuerdo a Calero y Navarro (2006) en la publicación eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro llevado a cabo en Madrid – España, se concluyó que las personas que recibieron la intervención mostraron mejoría tanto inmediatamente como a largo plazo a través de las escalas aplicadas, mientras que los individuos que no fueron partícipes de este mantenimiento exteriorizaron declive en sus funciones, por lo tanto existen

efectos positivos en la población estudiada al aplicar este tipo de programa cognitivo tanto inmediatamente como después, es decir se mantienen estos cambios.

Según Monsalve, Korenfeld, Guarín y Buitrago (2013) en la investigación rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve realizado en Colombia en el que se determinó que al aplicar estos procesos de rehabilitación los adultos muestran una mejoría en el área cognitiva, dos de los evaluados mantuvieron la atención y la función ejecutiva, otras dos en memoria, orientación, percepción y en las actividades de la vida diaria, de manera que esta rehabilitación mejorara la independencia, relaciones y entorno familiar y social así mismo se verán sobresalientes resultados si es aplicada por un tiempo prolongado.

Gonzales, Deza, León y Poma (2014) en su estudio hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque llevado a cabo en Colombia, en el que se determinó que el 13,1% de la población presentó hipotiroidismo subclínico y el 4,8 hipotiroidismo establecido, por otro lado la depresión se evidenció en el 42,9% de la muestra y deterioro cognitivo en un 13,1%. Por lo dicho antes existió relación entre hipotiroidismo subclínico con depresión y deterioro cognitivo en la muestra evaluada.

Variable Dependiente: Depresión

Según Bastidas (2014) 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 acarrear 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.

Conforme a Cerquera (2007) en la investigación sobre relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga en Colombia, en el cual se tomó en cuenta población institucionalizada se definió que si no existe la presencia de deterioro cognitivo el nivel de depresión es bajo. Se determinó estados depresivos en las descripciones de las personas al referirse a su estadía en el lugar y situaciones pasadas que de alguna manera les marcaron. En cuanto a la presencia de deterioro está afectada solo en la atención ligada a sentimientos de desamparo y retraimiento por lo tanto se encuentra relación entre ambas problemáticas.

Frade, Barbosa, Cardoso y Núñez (2014) en el estudio *depression in the elderly; symptoms in institutionalised and non- institutionalised* llevado a cabo en Brasil, en el que se consideró el nivel de educación, estado civil y edad, se obtuvieron como resultados una prevalencia alta de incidencia de depresión en adultos mayores solteros y viudos en relación a los que son casados, la posibilidad de manifestar depresión en adultos que no se encuentran institucionalizados fue baja en un 74,1%, por lo tanto la sintomatología depresiva aparece en ancianos que residen solos, son viudos y se encuentran institucionalizados.

Según Pérez, Lizárraga y Martínez (2014) en la exploración asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor ejecutado en México con una población mayor a 65 años se constató que el 83,3% de la estadística se encuentra en peligro o algún nivel de desnutrición, en relación a la depresión el 63,9% presentó esta alteración, estableciendo en el grupo de desnutrición más personas con esta sintomatología, debido a los cambios que se generan como privación del apetito y por consiguiente la pérdida de peso. Por lo tanto la depresión es un agente de peligro para la desnutrición, además de reflejar una mayor prevalencia en el género masculino.

Según Sánchez et. al., (2012) en el estudio frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores en la ciudad de México se determinó en la primera fase una

prevalencia de los síntomas de 21,7%, en la segunda fase el 12,0% exteriorizó depresión mayor, el 7,5% probabilidad de desarrollar la sintomatología, el 2,6% manifestó episodio depresivo sub- umbral y el 60,7% en rango normal, por lo tanto obtuvieron un 6,5% de sintomatología depresiva receptados por GDS y CESDR.

Según Rapp et. al., (2005) en su publicación diferencias neuropsicológicas entre la depresión mayor geriátrica y la de inicio tardío en New York, se señaló disimilitudes en el área de la atención y función ejecutiva en las personas con trastorno depresivo mayor de inicio tardío además en este grupo se evidenció anhedonia y enfermedades cardiovasculares, mientras que los individuos con trastorno depresivo mayor recurrente exteriorizaron déficit en la memoria episódica. El estado cognitivo se encontraba más alterado en las personas que padecían depresión. Por lo tanto el trastorno depresivo mayor de inicio tardío presenta déficits en atención, función ejecutiva con anhedonia y comorbilidad cardiovascular.

Zavala- González, Posada- Arévalo y Cantú-Pérez (2010) en su investigación sobre dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México se definió para actividades básicas de la vida diaria normalidad en un 97,4%, levemente incapacitado el 1,9%, moderadamente incapacitado en un 0,6%; en cuanto a la evaluación para actividades instrumentales de la vida diaria se obtuvo 62,6% personas independientes, 32,9% moderadamente dependientes y dependencia 4,5%. En relación a la depresión se evidencia que el 92,9% de la muestra no presenta alteración, el 5,2% exterioriza depresión leve y el 1,9% depresión moderada y grave. Existe relación entre indicios de dependencia y síntomas depresión.

Según Carrillo, Valdés, Domínguez y Marín (2010) en su estudio correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz con una población de 60 años en adelante, se obtuvieron como resultados que el 66% de la muestra no manifestó depresión, el 31% presento depresión leve y el resto de personas depresión moderada y grave, en cuanto al estilo de vida se identificó que la mayoría de individuos evaluados exteriorizaron un estado excelente siendo el 58%, seguido

por un estado bueno en un 33% y un 8 y 1% en regular y malo; por lo tanto se estableció una relación débil entre ambas variables.

Borda et. Al., (2013) en el análisis depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo en el que se tomó en cuenta la edad, sexo, ingresos económicos y nivel de instrucción se encontró que el 36,4% de los evaluados presentaban depresión en general destacando el nivel leve en un 24,2%. Los factores de riesgo prominentes fueron el nivel educativo y la existencia de algún trastorno, además existió una fuerte relación de aparición de depresión en el género masculino y estado civil en este caso soltero.

Según Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015) en la investigación factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor en Cuba se obtuvo como resultado que la prevalencia de género fue femenina en un 64,38%, entre los factores psicosociales influyentes se encuentran: el temor a la muerte en un 78,08%, seguido por desadaptación a la jubilación en un 70,54%, la violencia psicológica se halla en un 67,12% ,la necesidad de ser escuchado en un 57,53%, la necesidad de comunicación 56,85%, la viudez 56,16%, déficit en la economía 54,1%, la dependencia de hábitos tóxicos 49,31% y la desesperanza 86,98%. La depresión establecida fue la predominante en un 50,69%, siendo el sexo femenino el más afectado (31,51%), de manera que son varios los componentes psicosociales influyentes en este trastorno debido a la coexistencia familiar, la jubilación, desesperanza, la comunicación, etc.

Según Patiño y Cardona (2007) en una investigación sobre depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005 la edad promedio de la muestra fue de 65,7 años, se incluyeron a las personas con 6 y 10 años de jubilación, la mitad de la población acude a programas y se ejercita constantemente. Se encontró que el 94% presento depresión normal, mientras que el 2% exteriorizo nivel moderado y el 4% severo. Se evidencio mayor predisposición en las mujeres debido a su reciente retiro de las actividades laborales, la falta de ejercicio físico, muerte de seres queridos, mala situación económica, etc.

Según Canto y Castro (2004) en la exploración depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo realizado en México, en el que se evaluaron a personas tanto de asilos como los que acuden a estancias periódicamente, se encontró en referencia a los asilos que el 4% exteriorizo no padecer ansiedad, el 46,6% presento ansiedad leve y el 13,3% ansiedad establecida; de acuerdo a la depresión el 63,3% no presento depresión, el 20% depresión leve, 13,3% depresión moderada y depresión grave el 3,3%; en relación a la autoestima el 90% mostro un nivel alto y el 10% media o normal. Por otro lado en la evaluación a las estancias se halló que el 71,8% de la población no presenta ansiedad, el 25% ansiedad leve y el 3,1% ansiedad moderada; en cuanto a la depresión el 71,8% ausencia, el 21,8% nivel leve, el 3,1% moderada y el 3,1% grave, los niveles de autoestiman se mantienen en relación a los asilos. Concluyendo, mientras la población tenga un alto nivel de autoestima menor será la incidencia de depresión, también a mayor nivel de ansiedad, alta probabilidad de depresión.

De acuerdo a Leal y Salazar (2004) en la búsqueda prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional adulto mayor del ministerio de justicia llevado a cabo en Costa Rica, se identificó la edad promedio de la muestra 67,7 años, el tiempo medio de reclusión fue de 22 meses, en referencia a la nacionalidad el 91% fueron de Costa Rica, el 5,6% Nicaragua, 2,2% Colombia y 1,1% ingleses. La prevalencia de depresión establecida fue de 20,2%, fijando un punto de corte de 10 asciende al 38,2% de personas afectadas. Por lo tanto no se evidencio relación entre el tiempo de reclusión y el trastorno del estado de ánimo.

Según Dew et. al., (2007) en el estudio recuperación de la depresión mayor en ancianos que recibieron refuerzo de la farmacoterapia antidepresiva se encontró que el 39,5% no respondieron correctamente al tratamiento combinado de terapia interpersonal y la ingesta de paroxetina, el 14,4% presentó una recaída después de un inicio satisfactorio en el proceso y el 46,2% exhibió una respuesta preliminar sin sufrir una reincidencia. Recibieron refuerzo las personas que no reaccionaron al tratamiento trayendo como consecuencias alteración en el sueño. Se concluye que hubo una recuperación de 50% mientras el 80% de los que no recibieron refuerzo solo se restablecieron.

Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán (2013) 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. Se relacionó al apareamiento de este estado de ánimo con la edad, viudez, soledad, problemas físicos, etc.

2.2 Base Teórica

VARIABLE INDEPENDIENTE: DETERIORO COGNITIVO

Funciones mentales superiores

También denominada cognitiva tiene que ver con la aptitud de analizar la información que se entrega en un inicio se usa la cognición, con la ayuda de la percepción, el razonamiento, el don del juicio, la intuición y la capacidad de uso de la memoria.

Es la aptitud que un sistema de organización de la información perceptual y aquellos mecanismos cortico-subcorticales implementan el pensamiento, de igual manera la retentiva en el aprendizaje anterior y la habilidad de trabajar simultáneamente dos o más informaciones y/o eventos. (Rodríguez, 2002)

Entre ella tenemos:

- **Alerta cortical:** Este sistema es la etapa inicial de los procesos que controlan la vigilia, la alerta, y la activación que son necesarios para la percepción y para la consciencia. La base fundamental para que estas funciones se realicen es la formación reticular ascendente activadora, que es la que proviene del tronco cerebral asciende al sistema talámico difuso y finaliza en las vías tálamo-corticales, las cuales activan el sistema nervioso

central y en concreto la corteza cerebral facilitando la consciencia de forma difusa. (Székely, 2010)

- **Atención:** Parte de los niveles básicos de alerta cortical y es la red neuronal jerárquica fundamental para los procesos cognitivos.

Dichos sistemas son: De ellos el cortexprefrontal posee tres funciones atencionales: dirección de la atención, atención selectiva y atención sostenida. (Székely, 2010)

- **Percepción:** Modula la información externa que procede de los sistemas sensoriales, realiza en forma de hipótesis la representación inicial de la realidad. En el área motora suplementaria, existe un sistema de convergencia que puede tomar información de la memoria y sensorial, para generar acciones motoras y sensoriales. (Székely, 2010)

- **Memoria:** Es todo aquello que se puede retener de las acciones que se han visto o escuchado en el pasado, basada en la formación de conexiones sinápticas temporales suficientemente con capacidad de actualización o futuro funcionamiento. Existe la memoria episódica que es aquella que permite recordar únicamente experiencias personales contextualizadas, en el núcleo talámico anterior, cuerpos mamilares, fornix, corteza prefrontal. Y existe la memoria semántica explícita, que es aquella que se usa para almacenar conocimiento general, sin relación con el contexto, y que utiliza el lóbulo temporoinferolateral. Memoria de trabajo explícita y declarativa, es aquella que tiene la capacidad de retener y utilizar temporalmente información necesaria para realizar una tarea, esta compuesta de información fonológica, la cual esta localizada en corteza prefrontal, área de Wernicke y visual-espacial, localizada en corteza prefrontal y area de asociacion visual, junto con la función ejecutiva adecuada para utilizar estos recursos. (Mias, 2009)

- **Cognición:** utiliza las facultades mentales para razonar e implementar las facultades mentales, se logra obtener un tipo de habilidad a la cual denominamos como facultad o capacidad mental, que nos ayuda entender y observar con más detenimiento el término mente a la cual se define como

facultad intelectual, actuando dentro de los marcos del pensamiento, la memoria, la imaginación y la voluntad. (Dorsch, 1994)

- **Inteligencia:** Son las funciones cognitivas como la memoria, la asociación y la razón. Es la habilidad o destreza para realizar algo, es la facultad de entender, razonar, saber, aprender y de resolver problemas. Es así que se parece a conceptos como 'entendimiento' e 'intelecto'. (Dorsch, 1994)
- **Lenguaje:** Es el conjunto de signos y de sonidos que ha utilizado el ser humano, desde su creación hasta nuestros días, para poder comunicarse con otros individuos de su misma especie a los que manifiesta así tanto lo que siente como lo que piensa acerca de una cuestión determinada. (Durand & Barlow, 2008)

Deterioro Cognitivo

Es una condición en un momento dado de un conjunto de funciones neurocognitivas (atención, memoria, lenguaje, visioespacial, ejecutiva, entre otras.) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de actividad mental.

Es el déficit en las funciones cognitivas por el envejecimiento razón por la que encajaremos dentro de lo establecido socialmente como "deterioro normal", en cambio el deterioro cognitivo leve es medible mediante la observación detectaremos un considerable síntoma el olvido, como una demencia o enfermedad de alzhéimer, es el más notorio dentro de la memoria, por el contrario el resto de funciones cognitivas como la visoespacial, 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. (Vitela, 2007)

Las funciones cognitivas afectadas son principalmente:

- la memoria a corto, medio o largo plazo.
- las áreas del lenguaje (comprensión, elaboración, vocabulario).

- las habilidades manuales (praxias).
- las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones.
- los rasgos de la personalidad.

El deterioro cognitivo sin demencia, propuesto por Graham (1997), se refiere a la disfunción cognitiva sin la gravedad para construir una demencia.

De aquí podemos describir dos condiciones:

Normal: Es aquella que se ejecuten el diario vivir sin mayores quejas subjetivas de memoria.

Deterioro Cognitivo Leve: Deterioro con afectación de la memoria como principal función.

Petersen establece los criterios diagnósticos:

1. Quejas subjetivas de la memoria realizadas por terceros.
2. Objetivación de un deterioro a través de pruebas neuropsicológicas específicas
3. Conservación del resto de funciones cognitivas, de acuerdo a lo estandarizado a la edad.
4. "Normal" desempeño en las actividades rutinarias o con mínima afectación en actividades instrumentales.
5. Sin elementos de sospecha de demencia.

Como puede apreciarse las limitaciones que se desprenden del deterioro cognitivo leve, permiten aún cierto nivel de funcionalidad y autonomía al sujeto.

Para diagnosticar dicho deterioro se debe realizar exámenes exhaustivos visuales y psicosométricos ya que son los terceros los que demandan quejas. (Mias, 2009)

Deterioro cognitivo en el adulto mayor

A medida que las personas envejecen se presentan cambios en el desempeño cognitivo, experimentando principalmente alteraciones neurológicas en las áreas de memoria, atención, lenguaje, habilidad visuo-espacial y en la inteligencia.

El deterioro cognitivo sin enfermedad específica, en una modificación de una o varias funciones mentales sin alterar la relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria, mientras que los deterioros cognitivos más graves llamados demencia interfieren negativamente en la capacidad de relacionarse a nivel social, familiar o laboral de un individuo.

Estudios de neuroimagen demuestran que los déficits cognitivos son el resultado de defectos funcionales de la corteza prefrontal lateral modificando las capacidades ejecutivas, de concentración y atención, por otro lado se ha evidenciado que un porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

El progreso de las alteraciones cognitivas es muy heterogéneo, debido a que estudios revelan que ancianos sanos que presentan deterioro en las capacidades ejecutivas y mnésicas experimentan avance lento desde los 60 años, así que el 50% evoluciona hacia una demencia en unos tres años y el resto mejora o permanece estable.

Un aspecto importante de mayor atención y valor predictivo es la presencia del genotipo APO E como factor de riesgo para un trastorno cognitivo leve o una demencia aunque no es determinante en todas las personas. (Robalino, 2012)

Proceso de Envejecimiento

Cambios Físicos

Para comprender los cambios que sufre el ser humano es fundamental entender cuáles son los procesos que existen ya que en primer lugar se envejece por el paso del tiempo (envejecimiento primario) y en segundo lugar se envejece por ciertas enfermedades o afecciones específicas (envejecimiento secundario). Todos los seres humanos incluso los más jóvenes experimentan el envejecimiento primario de manera inexorable, día a día, minuto a minuto. Por el contrario en el envejecimiento secundario existen cambios que son inevitables se pueden invertir o remediar.

Uno de los cambios que experimenta es la piel, que es más seca, más fina y menos elástica, por lo que aparecen arrugas evidentes y se hacen más visibles los vasos sanguíneos y la acumulación de grasa. Además, las manchas oscuras en la piel son visibles en casi un 25 por ciento de los adultos de 60 años, así como en cerca del 70 por ciento de las personas de 80 años y en casi todos las de 100 años. Otra consecuencia es con el cabello que cambia de forma continua, puesto que se vuelve más fino, aparecen canas y, en muchos casos, acaba siendo blanco. (Cornachione, 2008)

Además otro cambio en la vejez que es notoria es la estatura, la silueta y el peso corporal. La mayoría de los ancianos terminan midiendo alrededor de tres centímetros menos que cuando era joven. Los músculos de las vértebras son menos flexibles, lo que dificulta mantenerse tan derecho como en años anteriores. En la silueta es más notoria la grasa que se acumula en el cuerpo incluyendo cara, brazos, piernas, abdomen.

En la etapa de la vejez se pierde en parte el peso corporal, debido a que se reduce el tejido muscular, existe una diferencia entre los hombres y mujeres ya que ellos tienen más musculatura y menos grasa corporal como las mujeres, lo que sí es notorio es la pérdida de masa muscular en las piernas por lo que tienen que caminar más lento.

Las personas mayores piensan que siguen siendo totalmente estables más lo único que cambia es que tienen un ritmo más lento de cuando eran jóvenes. (Xroll y Skaff, 1997).

Según Stassen (2002):

Los cambios fisiológicos también se producen en los órganos de los sentidos que a continuación se describen:

- **Vista**

La causa más grande para que a un cierto porcentaje de ancianos se les ponga la vista borrosa después de los 50 y para que en un porcentaje del 3% de ancianos después de los 70 pierdan la vista por completo es la catarata.

- **Oído**

Una de cada cuatro personas de edades entre 65 y 80 años presenta problemas auditivos, sin embargo estos son tratados cinco años después de la detección del mismo. (Stassen, 2001)

Desarrollo cognoscitivo en el envejecimiento

En esta etapa de la vejez se sufren varios cambios positivos y negativos todos ellos relacionados con la capacidad cognitiva, económica y el nivel educativo del adulto mayor, por lo que existen cambios intelectuales como:

- Pérdida significativa de funciones intelectuales que no pueden ser revertidas.
- Declinación que produce cambios intelectuales en los cuales pueden ser empleados mecanismos compensatorios para mantener el adecuado funcionamiento.
- Pérdidas por desuso de ciertas destrezas y de obligaciones.
- Pequeños incrementos en algunas capacidades ganadas por la edad, de acuerdo a nuevas actividades y obligaciones adquiridas.

Existen 4 conceptos de gran importancia como son:

La inteligencia, algunos tipos de inteligencia aumentan mientras que otros disminuyen.

La sabiduría la cual se asocia con el paso de los años.

La experiencia que son los conocimientos adquiridos en la vejez.

La memoria y por consiguiente la pérdida de memoria que son factores importantes en el ser humano. (Maat, Dekler, & & De Jonghe, 2007)

Diagnóstico en Adultos Mayores

Enfermedades Neurodegenerativas que se deben tomar en cuenta:

- **Demencia**

Para hablar del adulto mayor hacemos referencia a la pérdida de la capacidad intelectual como senilidad o demencia senil al Alzheimer. Se dice que estos términos discriminan el factor de la edad, más aún existe un término que la definiría de mejor manera y es la demencia porque describe con claridad los problemas graves de raciocinio y memoria, la edad constituye uno de los factores que aumenta el riesgo de padecerla. Algunas demencias son reversibles, pero todas ellas son crónicas y, la mayoría, degenerativas, lo que implica que empeoran a un ritmo constante y regular a medida que pasan los años. (Rodríguez, 2006)

- **Alzheimer**

Son la proliferación de ciertas anomalías en la corteza cerebral, llamadas placas seniles y ovillos neurofibrilares, que impiden el funcionamiento normal del cerebro, esto ocurre en los países industrializados excepto Japón. (Rodríguez, 2006)

- **La demencia multi-infarto (DMI)**

La DMI es el segundo tipo de demencia, y es aquella que se presenta porque se produce un infarto el momento en que hay una obstrucción en los vasos sanguíneos evitando así que pase sangre a una parte del cerebro, lo que se denominaría como un miniderrame por lo que en ocasiones el problema es leve que el individuo no termina dándose cuenta de lo que ha ocurrido y esa ya es una lesión cerebral. (Rodríguez, 2006)

Tratamientos en adultos mayores

Al detectar ese tipo de trastorno las dos únicas formas de tratarlos es con intervenciones psicosociales y farmacológicas.

En la actualidad aún no se cuenta con medicamentos para curar la demencia, pero se puede mejorar la vida de las personas que la padecen, así como a sus cuidadores y familias, como por ejemplo:

- el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo;
- la optimización de la salud física y psíquica, incluidas la detección y el tratamiento de enfermedades; el respaldo para superar las enfermedades somáticas, aumentar la actividad física y cognitiva, y acrecentar el bienestar;
- la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles;
- el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores. (OMS, 2013)

Terapia Cognitiva Conductual con adultos mayores

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es bastante amplia debido que, se incluyen varias técnicas terapéuticas, entre ellas psicoeducación, reestructuración cognitiva,

técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante tales como: técnicas de exposición, planificación y realización de actividades gratificantes, entre otros; también se encuentran solución de problemas o entrenamiento en habilidades mismas como habilidades asertivas y de comunicación. (Consejo Editorial de Educacion Publica del Royal College of Psychiatrists, 2009)

En personas adultas mayores la Terapia Cognitiva-Conductual la eficacia en trastornos psicológicos como ansiedad, depresión o estrés es muy efectiva y de suma importancia, y más cuando la terapia farmacológica en la mayoría de casos tiene grandes limitaciones y complicaciones para dicha población. Cabe mencionar que los efectos secundarios de los fármacos suelen limitar la capacidad funcional de los adultos mayores, produciendo aletargamiento, decaimiento, anhedonia, apatía, insomnio entre otros. Los fármacos como las benzodiazepinas ocasionan una variedad de problemas neuropsicológicos dentro de ellos afectación en la memoria, falta de coordinación y atención, y estas pueden aumentar el riesgo de caídas y fracturas.

Como es de naturaleza los adultos mayores tienen mayor frecuencia de problemas de salud física, padeciendo en la mayoría de los casos enfermedades crónicas y por lo que están más expuestos a situaciones de alto estrés tales como cuidar de su cónyuge o experimentar la pérdida del mismo. Frecuentemente para superar los problemas de salud se les prescribe fármacos sin embargo intervención cognitivo-conductual suele ser la opción más adecuada y eficaz. Por lo cual el profesional de salud que aplique estas técnicas debe poseer un profundo conocimiento sobre el proceso de envejecer para poder asesorar con Psicoeducación como explicar cambios físicos, sociales y psicológicos asociados a la etapa evolutiva; a más de estar familiarizado con las particularidades del entorno social y las circunstancias vitales, como problemas más frecuentes que suelen afrontar, la importancia del contexto familiar o la presencia habitual de enfermedades físicas. (Márquez, Romero, & Fernández, 2012)

VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN

Trastornos del Estado de Ánimo

Al hablar de estado de ánimo hacemos referencia que es autónomo y realmente duradero en el tiempo, porque es la forma en la que cada persona percibe la vida y el mundo que los rodea. El estado de ánimo por lo general presenta algunas variaciones, en ocasiones estas pueden ser patológicas como la depresión, euforia, disforia entre otras. (Ortiz, Ubis, & Ruiz, 2011)

Los trastornos del estado ánimo o trastornos afectivos son problemas de la salud mental que tienen origen en distintas causas como las sustancias químicas en el cerebro llamadas endorfinas encargadas del estado de ánimo positivo, por otro lado los neurotransmisores regulan las endorfinas. Otra causa para que se presente un trastorno del estado de ánimo es la herencia multifactorial es decir la herencia familiar y factores ambientales

Tipos de trastornos del estado de ánimo:

- **Depresión grave:** el período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo.
- **Distimia (trastorno distímico):** estado de ánimo crónico, bajo, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año.
- **Síndrome maníaco depresivo (trastorno bipolar):** por lo menos un episodio de estado de ánimo deprimido o irritable y un período de un estado de ánimo maníaco (persistentemente elevado).
- **Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general:** muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar los síntomas de depresión.

- **Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias:** síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación, abuso de drogas, exposición a toxinas u otras formas de tratamiento. (López, 2000)

Síntomas habituales en un estado de ánimo

Según la edad y el tipo de trastorno del estado de ánimo que presente, una persona puede mostrar diferentes síntomas de depresión.

Los síntomas pueden incluir:

- Sentimientos persistentes de tristeza.
- Sentimiento de desesperanza o desamparo.
- Baja autoestima.
- Sensación de ineptitud.
- Culpabilidad excesiva.
- Deseos de morir.
- Pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban.
- Dificultad en las relaciones.
- Perturbación del sueño (por ejemplo, insomnio, hipersomnia)
- Cambios del apetito o del peso.
- Disminución del movimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Disminución de la capacidad de tomar decisiones.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga).
- Intentos o amenazas de escaparse del hogar.
- Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo.
- Irritabilidad, hostilidad, agresión. (López, 2000)

Cada etapa evolutiva de un ser humano es relevante y tiene sus propias características. Para los adultos mayores el hecho de sobrellevar por circunstancias

de soledad o la falta de actividad física o social se convierten en una fuente de malestar y activante de trastornos afectivos.

Desde la terapia psicológica un profesional de la salud mental puede dotar al individuo de estrategias y habilidades para mantener un estilo de vida activo tanto físico como mental, así como aportar con técnicas para afrontar las situaciones difíciles que puedan presentarse dentro de su avanzada edad. Buscando se ayuda al adulto mayor a que encuentre fuentes de satisfacción personal y lleve a cabo conductas de acercamiento a estas. (Psicon, 2012)

Depresión

Es la manifestación de la hipotimia, es decir el desequilibrio del estado anímico. Es una condición emocional de actividad física y mental disminuida y desagradable, ya sea normal o patológica:

Se caracteriza por un estado de tristeza más o menos profundo. La persona manifiesta un sentimiento de dolor, pesimismo, de desagrado, de incapacidad, de impotencia. La recolección de ideas es lenta. Presenta sentimientos de culpabilidad, autoacusación, autoreproche, autopunición. (Vallejo, 2002)

La sintomatología descrita, se presenta de manera pura en los trastornos de intensidad grave.

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 autolíticas. 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, 2002)

Suele existir momentos depresivos con una duración limitada, los cuales se presentan hacia los tres o cuatro años estas variaciones se las consideran normal, son caracterizadas por tristeza y desinterés, aburrimiento y actitudes regresivas.

Exploremos algunas clasificaciones propuestas por Székely:

- Depresión Adversa: Meyer menciona ser un tipo de depresión desfavorable en el pronóstico, presenta defección del juicio. Principalmente se da en el período senil.
- Depresión Agitada: Condición patológica del individuo, la hiperactividad sin reposo se acompaña de desesperación y desilusiones aprensivas y autocondenatorias.
- Depresión Anaclítica: Trastorno que surge progresivamente al niño privado de su madre después de haber mantenido una relación con ella, al menos durante los 6 primeros meses de vida.
- Depresión Final: La depresión aparece después de haber realizado alguna tarea difícil o de la liberación de alguna preocupación o privación.
- Depresión Neurótica: Considerada como desorden en un conflicto de ambivalencia, puesto que es muy parecida a un estado melancólico. El conflicto por ambivalencia y el complejo de culpabilidad no es tan fuerte, la relación con la realidad es poco perturbadora. (Székely, 2010)

Niveles De Depresión

Existen los niveles leve, moderado, grave, las padece aquel sujeto que sufre de humor depresivo, es decir, la pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, presenta disminución de la vitalidad que lo lleva a la disminución de su nivel de actividad llevándolo a un cansancio exagerado aún por una actividad mínima. A excepción de la distimia que suele ser de larga duración y de severidad leve.

Episodio Depresivo Leve

En esta etapa se nota la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de fatigabilidad, estos se consideran como los síntomas más típicos de la

depresión; disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño, pérdida del apetito. Al menos dos de estos tres deben estar presentes, ninguno con grado intenso y debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con este episodio suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, es probable que no las deje por completo. (DSM-IV-TR, 2005)

- Sin síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

Episodio Depresivo Moderado

Un enfermo con episodio depresivo moderado presenta grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos en el episodio depresivo leve, es posible que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, sin embargo de haber muchos síntomas la intensidad no es esencial. Este episodio debe durar al menos dos semanas. (DSM-IV-TR, 2005)

- Sin síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo moderado.
- Con síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están presentes cuatro o más del síndrome somático, si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.

Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación a menos que la inhibición sea una característica marcada. Se dice que existe pérdida de estimación de sí mismo, el sentirse inútil o el sentimiento de culpa son importantes, y el riesgo de suicidio en los casos particularmente graves. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre. Deben presentarse los tres síntomas típicos del estado

depresivo leve y moderado, mínimo cuatro de los otros síntomas en intensidad grave. De presentar síntomas como la agitación, o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle, la duración menor de dos semanas. El enfermo será incapaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica. (DSM-IV-TR, 2005)

Incluye: Episodios depresivos aislados de la depresión agitada.

- Melancolía
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

Episodio grave con síntomas psicóticos

Este episodio depresivo grave se presenta con síntomas psicóticos adjuntando ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes tienen contenido moral, de ruina o catástrofes de los cuales siente culpa el enfermo, mientras que las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, o de olores a podrido o carne en descomposición. (DSM-IV-TR, 2005)

Incluye: Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena
- Psicosis depresiva reactiva.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total (AVAD) en los de 60 años de edad y mayores. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida.

Para el CIE-10:

Los episodios depresivos típicos el paciente que lo padece, sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una

disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Los siguientes síntomas también son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Dentro de estos se incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Además el CIE-10 también clasifica a los episodios depresivos en:

Leve: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso, debe durar al menos dos semanas.

Moderado: Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres o cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes, debe durar al menos dos semanas.

Grave sin síntomas psicóticos: Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave, debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. (García & Magariños, 2000)

En el DSM-V el Trastorno de depresión mayor tiene las siguientes pautas diagnósticas:

Cinco o más de los síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1. Estado de ánimo deprimido o 2. Pérdida de interés o de placer, casi todos los días. A más de:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
 - Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución del apetito.
 - Insomnio o hipersonnia.
 - Agitación o retraso psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones.
 - Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- (American Psychiatric Association, 2014)

Los adultos mayores con depresión suelen tener un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas. (OMS, 2013)

Estado De Ánimo De Adulto Mayor

Al parecer las enfermedades psicológicas son menos frecuentes en los adultos de edad avanzada que en los jóvenes. Lamentablemente, en la actualidad cerca del 10 por ciento de las personas mayores a las que se ha diagnosticado demencia, sufre enfermedades de tipo psicológico más que fisiológico. (Stassen, 2001)

Herrera (2011); menciona: Si un Adulto Mayor no se encuentra en una demencia total, o Alzheimer tiene absoluta conciencia de lo que le está sucediendo y a la vez puede estar mal informado de sus cambios y repercusiones que acarrearán esta etapa, haciendo que llegue a una ansiedad patológica o una depresión.

Factores determinantes de los trastornos afectivos en el anciano

Existen las tasas entre el 5% y el 20%, que expresada se puede duplicar en la población anciana institucionalizada la demencia. Un 47% de los ancianos diagnosticados de depresión mayor también presentan criterios de trastorno por ansiedad, y el 26% de los que presentan trastornos de ansiedad cumplen criterio de depresión mayor.

Factores Biológicos que inciden en los trastornos Afectivos

Existen enfermedades médicas crónicas y los trastornos sensoriales son muy frecuentes en esta población, enfermedades que, en relación a la discapacidad que producen, provocan un estrés psicológico elevado. Las situaciones generadoras de estrés crónico pueden causar patología mental, un porcentaje alto de pacientes deprimidos presentan déficits cognitivos difícilmente distinguibles de la demencia. (Díaz, 2002)

Por lo tanto queremos señalar la compleja relación que guardan entre sí la depresión y la demencia, que hay que tener en cuenta a la hora de afrontar el tratamiento de estas patologías. Al estudiar una muestra de mayores de 60 años, determinaron que al comparar a personas diagnosticadas con una enfermedad médica con las que no, suelen tener una mayor puntuación en sintomatología depresiva. (Díaz, 2002)

Dentro del estado de salud se han constatado como factores de riesgo la historia de enfermedad cardiovascular y el reumatismo; el incremento del declinar cognitivo,

especialmente la pérdida de capacidad en el procesamiento de la información; y los problemas sensoriales entre otros. Se ha mostrado también que el elevado riesgo de depresión asociado con la incapacidad es mayor para los pacientes con mayores niveles de neuroticismo”. (Díaz, 2002)

Factores Psicosociales que inciden en los Trastornos Afectivos

Con la presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) es más probable padecer trastornos afectivos en la población geriátrica. Sin embargo el reajuste psicológico tras la pérdida del cónyuge depende de las características de la relación previa. Lógicamente el nivel de ansiedad desarrollado después de la viudedad es bastante mayor para aquellos que habían mantenido una relación de dependencia, y la intensidad del sentimiento de nostalgia siempre será mayor para aquellas personas que previamente habían mantenido una relación de pareja más estrecha y de dependencia. (Díaz, 2002)

Kraaij y Wilde señalan que el estado de ánimo en estas edades estaba relacionado con el relato de circunstancias socioeconómicas negativas y el abuso emocional así como el trato negligente durante la infancia, de igual manera las circunstancias socioeconómicas negativas, abuso sexual, abuso emocional, trato negligente, relaciones estresantes y todos los problemas de conducta durante la etapa adulta tardía.

Obviamente es más notoria la aparición de problemas de depresión en personas que han tenido más síntomas vitales negativos en la infancia para aquellas personas que no las han experimentado. (ibíd.)

El apoyo social desempeña un importante papel para reducir el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, lo que ha encontrado tasas de mortalidad más elevadas entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social.

Se ha detectado la ausencia de hijos en pacientes que se han analizado los cuales presentan cuadros de depresión en personas adultas mayores 70 o más años.

Hay que destacar que si comparamos a los hombres que tenían falta de sexo, así como hombres sin hijos, divorciados, viudos o que nunca habían contraído matrimonio, manifestaban unas tasas significativamente más altas de depresión y soledad que las mujeres en parecidas circunstancias. (Goleman & Cherniss, 2005)

Terapia cognitiva conductual en depresión con adultos mayores

La existencia de estudios que demuestran eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de la depresión en adultos mayores se realizaron en los años ochenta del siglo pasado y desde aquel momento, se ha desarrollado un enorme trabajo para adaptar esta terapia como tratamiento de dicho trastorno afectivo, que es muy frecuente en la población de adultos mayores, y a las sus necesidades. Así mismo se utiliza esta técnica en el tratamiento de la depresión en personas con demencia, con deterioro cognitivo y en personas mayores frágiles y con problemas graves de salud. (Márquez, Romero, & Fernández, 2012)

Entre las técnicas cognitivo conductuales se debe dedicar un tiempo importante en las primeras sesiones a socializar con el adulto mayor la dinámica de la Terapia Cognitiva Conductual, esto implica:

- Explicar la naturaleza del problema por el que está padeciendo el paciente desde el enfoque de la TCC, contextualizándolo en la perspectiva más amplia del ciclo vital en el que se encuentra.
- Analizar las expectativas y creencias del paciente sobre la terapia psicológica, desmontando los mitos o ideas equivocadas que podrían ser un obstáculo para conseguir los objetivos terapéuticos, sin embargo en este punto el adulto tendrá varias dificultades por su amplio criterio formado a través del tiempo.
- Es importante describir al paciente la forma de operar de la TCC y su concepción del comportamiento humano basada en el aprendizaje que ha tenido.

La aplicación de las técnicas cognitivas y dentro de ellas la identificación y desafío de creencias irracionales a este grupo de edad debe ir dirigida a las mismas. Varias

de las creencias irracionales presentes en adultos mayores son problemas emocionales tienen un contenido relacionado con una actitud de rechazo o miedo hacia el proceso de envejecimiento, al que culpan de todos sus problemas y donde precisamente hay que centrar la terapia. (Márquez, Romero, & Fernández, 2012)

2.3 Definición de términos

Adulter mayor: según Consuegra (2010) refiere que esta etapa va desde los 65 años hasta el fallecimiento, presenta el declive de los sentidos como es la visión, oído, vigor, energía, la reacción y la coordinación motora. Es frecuente la presencia de trastornos cognitivos reversibles y enfermedades orgánicas.

Alzheimer: es una alteración de carácter degenerativo en el que se presenta la privación de la memoria y el desgaste de las funciones mentales superiores, esta problemática afecta principalmente al comportamiento y carácter de los pacientes. (Consuegra, 2010)

Ansiedad: según Consuegra (2010) es la impresión de insuficiencia e inutilidad al afrontar situaciones desafiantes, se determina por la presencia de tensión física y exterioriza en cualquier intimidación percataada.

Corteza cerebral: es el manto superior del cerebro que se encarga del pensamiento y resolución de problemas, además es una parte del sistema límbico constituido por lóbulos y adoptan el nombre del hueso que los reviste: frontal, temporal, parietal y occipital. (Consuegra, 2010)

Demencia: según Consuegra (2010) es un deterioro cognitivo relacionado al envejecimiento y a principios fisiológicos, caracterizado por confusión, olvido y variaciones en la personalidad. El ejemplo más frecuente de demencia es el Alzheimer.

Depresión: es un trastorno de carácter afectivo en el que los síntomas y signos pueden exteriorizarse de manera aguda, irregular o circunstancial. La particularidad presente en esta alteración decaimiento duradero del humor. (Consuegra, 2010)

Deterioro cognitivo: según Guía de Práctica Clínica (2012) es una alteración de índole clínica que se determina por el declive de las funciones mentales como la memoria, comprensión, cálculo, lenguaje, etc. se considera un síndrome geriátrico.

Diabetes mellitus: según Tébar y Ferrer (2009) es un trastorno de empleo de glucosa debido a la carencia de insulina, en otras palabras es una alteración metabólica por la incidencia de hiperglucemia por anormalidad en la segregación de insulina. Las complicaciones que pueden aparecer se deben a la duración de la hiperglucemia.

Distrés: según Fernández (2008) el distrés o estrés negativo es la incorrecta activación física y psicológica que lleva a la decepción o al fracaso. Se genera por la impresión de fallo al ejecutar un esfuerzo, se considera perjudicial debido a que provoca un decaimiento a nivel personal.

Estado de ánimo: es la exaltación persistente que contribuye en la apreciación del mundo. El estado de ánimo puede ser la depresión, cólera, ansiedad y alegría. (Consuegra, 2010)

Estimulación cognitiva: según Muñoz et. al., (2009) son todas las actividades que se realizan con la finalidad de incrementar el rendimiento cognitivo general o de alguno de sus factores, puede aplicarse a modo de prevención o en personas afectadas con algún daño en el sistema nervioso

Formación reticular: según Consuegra (2010) es una estructura del sistema límbico en el que se consolidan endorfinas y normalizan las respuestas ante el dolor.

Hipotimia: es una afección de naturaleza afectiva en el que se reduce el tono afectivo de una manera defectuosa, la respuesta es inapropiada a la situación en la que se encuentra la persona, también presenta desanimado, lentitud, anhedonia y lenguaje reservado. (Consuegra, 2010)

Hipotiroidismo: hace referencia a la glándula tiroides cuando no produce adecuada cantidad de la hormona tiroidea para que el organismo se desarrolle de una manera normal. (American Thyroid Association, 2014)

Neuroticismo: según Chang y Lawrence (2003) es una magnitud referente a la personalidad, la cual muestra cambios y diferencias personales en cuanto el individuo percibe a su entorno como admonición o preocupante. Se asocia a sentimientos como desconsuelo, tensión e insatisfacción.

Nutrición: es el consumo de alimentos en relación al requisito del organismo., combinado con una rutina de ejercicio físico diario se podrá observar un equilibrio y por ende una adecuada salud. (OMS, 2015)

Parkinson: según Consuegra (2010) es una alteración motora causada por la muerte o declive de las neuronas de una zona del cerebro conocida como sustancia nigra. Estas neuronas producen un neurotransmisor denominado dopamina el mismo que transfiere las señales de la sustancia al corpus striatum para la posterior producción de movimientos.

Praxia: es un sistema de movimientos sincronizados con la finalidad de alcanzar un resultado o un propósito, es la aptitud para ejecutar una serie de oscilaciones motoras sencillas y complicadas. (Consuegra, 2010)

Psicoeducación: según Colom (2011) pretende dotar de herramientas al paciente y cambiar comportamientos para que logre una adaptación al padecimiento, a través de una modificación de pensamientos y estilo de vida.

Reestructuración cognitiva: es una técnica cognitiva- conductual que aplica una persona con conocimientos sobre los trastornos a tratar; el paciente debe identificar los pensamientos negativos para ser suplantados por pensamientos positivos con la finalidad de eliminar el desorden emocional. (Bados y García, 2010)

Tálamo: perteneciente al sistema límbico, es el lugar de sustitución del ingreso de estímulos que se dirigen a los hemisferios cerebrales; esta organización posee núcleos los mismos que reparten los impulsos a sitios específicos en la corteza cerebral. (Consuegra, 2010)

Tronco cerebral: es parte del encéfalo, asociado al cerebro y al cerebelo. Se divide en: bulbo raquídeo, protuberancia y mesencéfalo. (Consuegra, 2010)

2.4 Sistema de Hipótesis

Hipótesis general

El Deterioro Cognitivo influye en la Depresión en Adultos Mayores que asisten al Taller de Gimnasia Cerebral en el Programa de envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- Ambato

Hipótesis específicas

El Deterioro Cognitivo en un baremo de 12-24 es prevalente en los Adultos Mayores.

La Depresión establecida es común en los Adultos Mayores.

La depresión y el deterioro cognitivo son marcados y comunes en el género femenino en relación al género masculino en Adultos Mayores.

2.5 Sistema de variables

➤ Variable Independiente:

Deterioro Cognitivo

➤ Variable Dependiente:

Depresión

CAPÍTULO III

Marco Metodológico

3.1 Nivel de Investigación

Para el presente trabajo se hizo uso de la investigación descriptiva, la que permite conocer la situación real y actual de las personas en cuestión, con la finalidad de obtener y conocer datos importantes, así como también indagar ampliamente sobre ambas variables y de esta manera comprender y actuar de mejor forma en la prevención y desarrollo.

3.2 Diseño

La presente investigación se desarrolla dentro del diseño documental- bibliográfico ya que se va a averiguar y profundizar diversas apreciaciones y valoraciones las cuales permiten obtener información relevante sobre los fenómenos a tratar, mediante la búsqueda y análisis de datos ya registrados con el fin de crear nuevos conocimientos que aporten a la búsqueda.

3.3 Población y muestra

El universo de estudio es 80 personas, se detalla en el número total de Adultos Mayores que asisten a dos horarios del taller de Gimnasia Cerebral. Esta población es finita por lo tanto se trabajara con todos y no es necesario aplicar la fórmula para extraer la muestra.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

De acuerdo a la ficha técnica de la Universidad Complutense de Madrid (s.f.) refiere sobre:

- **The Minimental State Examination (MMSE)**
- **Autores:** Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHugh
- **Año:** 1975
- **Forma de aplicación:**

Se debe dar las siguientes indicaciones de cada área al paciente:

- **Orientación:** este apartado consta de cinco preguntas con la finalidad de ubicar al individuo en tiempo, espacio y persona. Se debe leer las instrucciones y otorgar un punto por cada respuesta.
- **Fijación:** con esta prueba se evaluara la capacidad de retención del paciente al mencionarle tres palabras, las mismas que deben ser explicadas al paciente para que en lo posterior las repita, se dará un punto si lo hace correctamente, sin importar el orden de las palabras.
- **Atención y Cálculo:** en esta sección el individuo debe ejecutar hasta cinco restas iniciando del número 30. Se establecerá un punto por cada respuesta acertada, hasta un límite de 5. Si el individuo no puede realizar esta opción, debe deletrear la palabra MUNDO al revés (ODMUN), se aplica la misma forma de calificación anterior.
- **Memoria:** se examina la retención a corto plazo de la persona en valoración, se debe preguntar por las palabras que fueron expresadas en el área de fijación, se valorara un punto por cada respuesta correcta. El evaluador debe motivar para obtener la contestación.
- **Nominación:** en esta sección se debe pedir al paciente que identifique y nombre objetos comunes. La puntuación se mantiene (un punto).
- **Repetición:** el individuo debe repetir con precisión una frase, la misma que deberá ser de forma clara y audible. Se puntuara uno si el paciente repite la frase completa y 0 si no lo hace.

- **Comprensión:** se evalúa la disposición para atender, comprender y ejecutar una labor en tres avances. Se asigna un punto por cada frase realizada correctamente.
- **Lectura:** se determina la capacidad de leer y discernir un enunciado. El examinador escribe en una hoja “Cierre los ojos” u otra orden y el paciente debe leerla y desarrollar la acción. Si la persona padece de alguna dificultad para cumplir con la tarea se puntuara 0 y se explicara el motivo.
- **Escritura:** se debe proporcionar una hoja al paciente en la cual va a escribir una frase coherente (oración con sujeto y predicado). Se valorara con un punto la frase anotada completamente.
- **Dibujo:** el individuo debe copiar en una hoja dos pentágonos entrelazados, este apartado valora la capacidad visuoespacial. Para calificar con un punto debe estar presente los 10 ángulos, los lados y la intersección, sin líneas disperejas o temblorosas.

- **Calificación**

La puntuación determina la normalidad o el deterioro de una persona. Al calificar se deberá puntuar cada respuesta y sumar el puntaje obtenido. Si el individuo no puede contestar una pregunta debido a algún impedimento que no tenga relación con el deterioro del estado mental como: no sabe leer o escribir, se debe eliminar la misma y obtener la relación proporcional al resultado máximo posible.

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba. El punto de corte utilizado para el MEC de 30 puntos es 23.

27 puntos o más: Normal; 24 puntos o menos: sospecha patológica; de 12 a 24 puntos: deterioro y de 9 a 12: demencia.

Esta prueba no determina un diagnóstico y debe acompañarse por una entrevista clínica, examen físico y pruebas adicionales.

- **Propiedades psicométricas**

Dimensiones

27 o más: Normal

24 o menos: Sospecha patológica

12-24: Deterioro

9-12: Demencia

Validez: existen relaciones importantes entre el MMSE con diferentes escalas como como Weschler para Adultos (WAIS), Escala de Memoria de Weschler, escala de Concentración y Memoria (IMC), Test del Reloj, Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS-COG), Escala de Valoración de la Demencia (DRS) además con los índices de Actividades de la Vida Diaria (ADL), con un tipo de corte de 23. Este examen se relaciona con otras formas de valoración como la clínica de un experto o enfermería.

Determinadas aplicaciones han señalado correlación del test con tomografías autopsias o resonancia magnética.

Confiabilidad: la consistencia interna fluctúa entre 0.82 y 0.84. La fiabilidad interjueces es de 0.83 en personas que presentan demencia, 0.95 en pacientes con varios trastornos neurológicos y de 0.84 a 0.99 en adultos mayores en residencia.

En relación a los coeficientes interclase oscilan entre 0.69 y 0.78 en ancianos en residencia. La fiabilidad test- retest entre un día y nueve semanas varía entre 0.75 y 0.94 en personas que padecen demencias, 0,56 en pacientes con delirios y 0.60 y 0.74 con esquizofrenia. La fiabilidad descende con el transcurso del tiempo especialmente en personas de la tercera edad con desordenes. (Universidad Complutense de Madrid, s.f.)

De acuerdo a Ramírez, Moncada y Baptista (2011) en el estudio Validez y Confiabilidad del Minimental State Examination y del MMSE modificado para el diagnóstico de demencia en Mérida se determinó que el alfa de Cronbach es de 0,807 y por ítem se presenta en la siguiente tabla:

MMSE			
ÍTEMS	FACTORES		
	I	II	III
Nominación	0.876		
Registro	0.788		
Orden tres comandos	0.666		
Repetición	0.580		
Orientación espacial	0.535	0.500	
Evocación		0.826	
Orientación en tiempo		0.666	
Copia		0.533	
Lectura			0.762
Escritura			0.761
Atención y cálculo matemático			0.688

Ramírez, Moncada y Baptista (2011)

➤ **La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**

De acuerdo a la ficha técnica de la Universidad Complutense de Madrid (s.f.) refiere sobre:

- **Autores:** Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T.
- **Año:** 1982
- **Forma de aplicación:**
El tiempo de administración es de 10 a 15 minutos.

Se puede aplicar de forma autoadministrada o heteroaplicada, en este caso el examinador realiza las preguntas al evaluado, indicándole que las respuestas no deben ser muy calculadas.

Las contestaciones deben ser de si y no describiendo al estado en el cual se encontraba la semana anterior.

- **Calificación:**

La puntuación total es de 30 (en la versión larga), se calcula sumando las contestaciones que han sido marcadas de acuerdo a la existencia de depresión.

De los 30 ítems 20 señalan depresión cuando son contestados de manera afirmativa, los 10 restantes indican depresión al ser respondidos negativamente.

Los puntos de corte para la versión de 30 son:

0-9	Sin depresión
10-19	Depresión moderada
20-30	Depresión severa

Elaborado por: Eliana Núñez

Cuadro #: 1

Versión de 15 puntos:

0-5	Sin depresión
6-9	Probable Depresión
10-15	Depresión establecida

Elaborado por: Eliana Núñez

Cuadro #: 2

- **Propiedades psicométricas:**

Validez: en relación a la validez convergente se ha comparado las GDS con la escala para Depresión de Zung y la Escala para la evaluación de la Depresión de Hamilton, descubriendo relación confortable entre las tres con valores de 0,84 y 0,83 relativamente. Igualmente la GDS muestra concordancia con el Inventario de Depresión de Beck (0,78 y 0,74).

En cuanto a la validez de constructo, se ha determinado que esta escala es una medida específica de depresión aunque presenta dificultades en

localizar depresión leve cuando la muestra son adultos mayores alfabetizados. Se encontró el 84% de sensibilidad y 95% de especificidad para un punto de corte de 15 y del 100% y 80% respectivamente para un punto de corte de 11. El test diferencia personas adultas mayores con y sin depresión.

Confiabilidad: los valores encontrados a través de varios métodos son muy altos, como 0,94 de consistencia interna, 0,94 por el método de las dos mitades y 0,85 por fiabilidad test- retest.

Según Martínez, et.al., (2002) en el estudio Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación señala la sensibilidad, especificidad y auc. Alfa de cronbach es de 0,87 y consistencia interna de 0,78.

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y AUC DE CADA PREGUNTA			
GDS- VE	S	E	AUC
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	31,1 37,8	91,2 79,2	0,612 0,585
2. ¿ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	71,1 63,3	74,1 76,1	0,726 0,697
3. ¿Siente que su vida está vacía?			
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	56,7	79,9	0,683
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	60,0	66,0	0,630
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	44,4	86,8	0,656
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	48,9	87,4	0,682
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	63,3	46,8	0,551
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?			
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	35,6	79,9	0,577
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	20,0	91,2	0,556
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?			
13. ¿se siente lleno/a de energía?	38,9	82,4	0,606
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	54,4	78,0	0,662
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	50,0 43,3	74,8 85,5	0,624 0,644

Martínez, Onís y Dueñas (2002)

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se iniciará con la aplicación de ambos test el Minimental State Examination y Escala Geriátrica de Yesavage a los adultos mayores del taller de gimnasia cerebral

de manera individual, subsiguientemente se procederá a calificar y tabular los datos recogidos. Finalmente, se realizará una regresión lineal para determinar si existe o no influencia de la variable independiente en la dependiente, es decir la manera cómo influye el deterioro cognitivo en la depresión en adultos mayores y de esta manera se obtendrá la correlación y se planteará una posible solución.

CAPÍTULO IV

Aspectos Administrativos

4.1 Recursos

4.1.1 Recursos Institucionales:

Universidad Técnica de Ambato

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

4.1.2 Recursos Humanos:

Una Trabajadora social:

- Lic. Amy Aguirre

Un instructor:

- Psic. Isaac Navarrete Marcial

Investigador:

- Eliana Núñez

Adultos mayores asistentes al taller de gimnasia cerebral

4.1.3 Recursos Tecnológicos

Internet

Cámara fotográfica

4.1.4 Recursos Materiales

Materiales de oficina

- Copias de los test
- Hojas de papel bond
- Esferos
- Lápices
- Borrador

Equipo informático

- Laptop
- Impresora

Muebles y encerres

- Escritorio
- Silla

Transporte

- Bus de transporte urbano

Servicios Básicos

- Luz eléctrica

4.1.5 Recursos Financieros:

El costo de la exploración será financiado por la autora, alícuota de la investigadora.

4.1.6 Recursos Económicos (Presupuesto)

Rubros de Gastos	Valor
Internet	\$26,00
Material de oficina	\$150,00
Equipo informático	\$800,00
Muebles y encerres	\$150,00
Transporte	\$8,00
Servicios básicos	\$20,00
imprevistos	\$30,00
TOTAL	\$1184,00

Elaborado por: Eliana Núñez

Cuadro #: 3

4.1.7 Cronograma de actividades

N.-	Meses y semanas Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración del perfil del proyecto	■																							
2	Desarrollo del Marco Teórico					■																			
3	Definición del marco Metodológico													■											
4	Finalización del Proyecto																					■			

Elaborado por: Eliana Núñez

Cuadro #: 4

5. Referencias Bibliográficas

5.1 Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V*. Washintong DC: Index.
- Consejo Editorial de Educacion Publica del Royal College of Psychiatrists. (2009). *La Tepapia Cognitivo Conductual*. Madrid .
- Cornachione, M. (2008). *Psicología del Desarrollo*. . Argentina: Editorial Brujas.
- Díaz, M. (2002). *Trastornos afectivos en el anciano*. Gran Canaria.
- Dorsch, F. (1994). *Diccionario de la Psicología*. Barcelona: Herder.
- DSM-IV-TR. (2005). *Brevario Criterios Diagnósticos*. España: Masson.
- Durand, M., & Barlow. (2008). *Psicopatología*. 3ra Edición Editorial .
- Florenzano, R. y Zegers, B.,(2003). *Psicología Médica*. Chile: Mediterráneo
- García, P., & Magariños, M. (2000). *Guía De Bolsillo De La Clasificación CIE-10*. Madrid: Médica panamericana.
- Mías. (2009). *Quejas de la Memoria y Deterioro Cognitivo Leve*. Córdoba-Argentina: 1ed Encuentro Grupo Editor.
- Morales, F. (2000). *Geriatría y Gerontología*. San José-Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Ortiz, A., Ubis, A., & Ruiz, Á. (2011). *Trastornos del Estado de Ánimo*. Barcelona España: Gea Consultoria Editorial SL.
- Rodirguez, R. (2002). *Fundamentos de neurología y neurocirugía*. Tucumán: Magna publicaciones.

- Rodríguez, N. (2006). *Manual de Sociología y Gerontología*. Barcelona: 1ra Edición de la Universidad de Barcelona.
- Rodríguez, R. (2002). *Fundamentos de neurología y neurocirugía*. Tucumán: Magna publicaciones.
- Stassen, K. (2001). *Psicología del Desarrollo: Adulthood y vejez*. Madrid, España.: Editorial Médica Panamericana, S.A., .
- Székely. (2010). *Diccionario de Psicología*. Buenos Aires-Argentina: 2da Edición Claridad.
- Vallejo, J. (2002). *Trastornos depresivos*. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: MASSON, S.A.

5.2 Linkografía

- American Thyroid Association. (2014). Hipotiroidismo. Disponible en :<http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/hipotiroidismo.pdf>
- Bados, A. y Garcia, E. (2010). La técnica de la Reestructuración Cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*. 32(02). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472014000200001&script=sci_arttext
- Boltz. M. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) Obtenido de: http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf

- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T. (1982). Escala de Depresión Geriátrica. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20DEPRESION%20GERIATRICA/GDS_F.PDF
- Calero, M. y Navarro, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*. 17(02). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000200004&lang=pt
- Carballo, V., Arroyo, M., Portero, M. y Ruiz, J. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*. 28(03), 160-168. Recuperado de http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/Art%C3%ADculo_36-EfectosTNFDeterioroCognitivo_Neurolog%C3%ADa_2013.pdf
- Carrillo, M., Valdés, N., Domínguez, M. y Marín, S. (2010). Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *UniverSalud*., 06(12), 4-10. Recuperado de <http://www.uv.mx/msp/files/2012/12/UNIVERSALUD12.pdf>
- Cerquera, A. (2007). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Revista Javeriana*. 07(01). Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/214>
- Chang, E. y Lawrence, J. (2003). *Virtud, Vicio y Personalidad*. Recuperado de <http://www.movilizacioneducativa.net/resumen-libro.asp?idLibro=70>

- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40(01). 147-165. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a10.pdf>
- Consuegra, N. (2010). Diccionario de Psicología. Recuperado de <http://www.academia.edu/4562479/119415476-DICCIONARIO-DE-PSICOLOGIA>
- Custodio, N. et.al. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Anales de la Facultad de Medicina.*, 73(04). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-55832012000400009
- Diagnóstico De Demencia En Mérida, Venezuela. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35035/3/articulo4.pdf>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J.J. & Chavarriaga, L.M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica.*, 12(01), 81-94. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/999/3965>
- Escuela de Psicopedagogía. (2013) Mini Mental Status Examination Mmse (Folstein). Disponible en: http://edu.uamericas.cl/EDU/files/2010/04/mini_mental_status_examination.pdf
- Folstein, Mchugh. (2002). Mini Examen del estado Mental. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Ap>

oyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,
%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS
%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DEL%20ESTA
DO%20MENTAL/MEC_F.pdf

- Frade, J., Barbosa, P. & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 04(04), 41-48. Recuperado de file:///C:/Users/usuario/Downloads/04_Rev._Enf._Ref._English_RIV14030.pdf
- General Asde Sa. (2014). Mini-Examen Cognoscitivo (Mec). Disponible en: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>
- Gonzales, C., Deza, F., León, F. y Poma, J. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*. 75(04). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832014000400006&script=sci_arttext
- Guía de Práctica Clínica (2012), Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
- Jurschik, P., Botigué, T., Nuin, C. y Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*. 24(01). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100003

- La Alianza de Enfermedades Mentales. (2013). Hechos Sobre Depresión y Suicidio en Personas Mayores. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>
- Leal, M. y Salazar, R. (2004). Prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional adulto mayor del ministerio de justicia. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 13(25). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292004000200007&lang=pt
- López, J. (2000). *CIE-10*. Obtenido de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_pro.html
- Llanero, M., Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. y Ruiz, J. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer. Real Invest Demenc*. 46(01), 15-23. Recuperado de http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/Publicaci%C3%B3n_06_Estimulaci%C3%B3nCognitiva_RevAlzheimer_2010.pdf
- Lowenstein, D., Martin, J. (2008). Mini-mental state examination. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mini-mental_state_examination
- Márquez, M., Romero, R., & Fernández, V. (2012). *Intervención Psicológica en personas mayores desde el paradigma cognitivo-conductual y aportaciones recientes desde las terapias de tercera generación*. Obtenido de http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/Cap_TCC_terger.pdf
- Martínez De La Iglesia, Onís Vilches, R. Dueñas Herrero. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de

depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

- MIES. (2013). Agenda de igualdad paraAdultos mayores. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- Monsalve, A., Korenfeld, K., Guarín, A. y Buitrago, L. (2013). Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 13(01). 71-79. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/27454/29117>
- Muñoz, E. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. En UOC (), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. (pp 13-32), España: UOC. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=6QOamavNnc8C&pg=PA13&dq=Estimulacion+cognitivo&hl=es&sa=X&ved=0CCcQ6wEwAGoVChMIvZLXqtadxwIVyZoeCh0-9gnK#v=onepage&q=Estimulacion%20cognitivo&f=false>
- Mühlenbrock et. al., (2011). Prevalencia de la depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Santiago. *Rev Chil Neuro- Psiquiat.*, 49(04), 331-337. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
- Obed Jazmín L. (2013). Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/>

- OMS. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- OMS. (2003). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
- OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Patiño, F. y Cardona, D. (2007). Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. *Revista de investigación y educación en Enfermería.*, 25(01), 82-88. Recuperado de http://tucanos.udea.edu.co/investigacion/doc/dys/2007_Depresi%C3%B3n%20en%20un%20grupo%20de%20jubilados.pdf
- Pedroso, I., Bringas, M. y Salazar, S. (2007). Deterioro cognitivo en el curso de la Enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 08(04), 344-349. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm074-03.pdf>
- Psicon. (2012). *Terapias Psicológicas para Adultos mayores*. Obtenido de http://www.psicologos-psicon.es/las_rozas/terapia_psicologica_adultos_mayores.php
- Ramírez. C. Moncada, C. (2011). Rodríguez Validez Y Confiabilidad Del Minimental State Examination (Mmse) Y Del Mmse Modificado (3ms) Para el diagnóstico de Demencia en Mérida, Venezuela. Obtenido de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35035/3/articulo4.pdf>

- Robalino, J. (2012). Instituto de neurociencias. Obtenido de <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
- Rodríguez, J., Kohn, R., Y Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. (N.- 652). Washington: OPS <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Samper, J. et. al., (2011). Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina Militar.*, 40(34). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300001&lang=pt
- Samper, J. (2012). Miniexamen mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina Militar.*, 41(02). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200002&lang=pt
- Sánchez, M., Moreno, G. y García, L. (2010). Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población clínica de memoria. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 39(02). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200009&lang=pt
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L. y López, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.*, 08(04). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008&lang=pt
- Tébar, F. y Ferrer, M. (2009). Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En *medica panamericana* (Alberto Alcocer), La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. (pp 01-08), España: Panamericana. Recuperado de

<https://books.google.es/books?id=m8dcQYBF3UQC&pg=PA1&dq=Diabetes+mellitus+definicion&hl=es&sa=X&ved=0CCwQ6AEwAGoVChMIjcHy5dmdxwIVSyYeCh0jDwnC#v=onepage&q=Diabetes%20mellitus%20definicion&f=false>

- Vallejo, J. y Rodríguez, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos.*, 21(04). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lang=pt
- Zavala-González, MA., Posada-Arévalo, SE y Cantú-Pérez, RG. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos de Medicina Familiar.* 12(04), 116-126. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf104c.pdf>

5.3 Citas Bibliográficas- Base de Datos UTA

EBSCOHOST

- Arjona, R., Esperón, R., Herrera, G. y Albertos, N. (2014). Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Médica del IMSS.* 52(04), 416-421.

EBSCOHOST

- Dew, M. et. al. (2007). Recuperación de la depresión mayor en ancianos que recibieron refuerzo de la farmacoterapia antidepressiva. *American Journal of Psychiatry.* 10(08), 892-899.

EBRARY

- Goleman, & Cherniss. (2005). *Ebrary.*

EBSCOHOST

- Isordia, J., Góngora, F., Villarreal, E., Soto, A. y Espinoza, M. (2014). Asociación entre el deterioro cognitivo leve y la vasorreactividad cerebral por ultrasonido Doppler transcraneal en adultos mayores de 60 años. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 15(01), 23-30.

INFORMAWORLD

- Maat, S., Dekler, J. S., & De Jonghe, F. (2007). *Informaworld*.

EBSCOHOST

- Rapp, M. et. al. (2005). Diferencia neuropsicológicas entre la depresión mayor geriátrica y la de inicio tardío. *Am J Psychiatry*., 08(07), 401-408.

EBSCOHOST

- Sánchez, S. et. al. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores en la Ciudad de México. *Salud Mental*., 35(01), 71-77.

EBSCOHOST

- Serrano, C., Dillon, C., Leis, A., Taragano, F. y Allegri, R. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. *Actas Esp Psiquiatr*., 41(06).

PROQUEST

- Vitela, N. (2007). *Proquest*.

5.4 Otras bases de datos

REDALYC:

- Ávila, M., Vásquez, E. y Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holguín*., 13(04), 01-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181517998004>

REDALYC

- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología.*, 32(02), 192-218. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337832618001.pdf>

SALUD UNINORTE

- Borda, M. et. al. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Científica Salud Uninorte.*, 29(01), 64-73.

REDALYC

- Canto, H. y Castro E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología.* 09(02), 257-270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29290204.pdf>

REVISTA CUBANA DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

- Guerra, A. et. al., (2015). Caracterización de la memoria en el envejecimiento: una mirada desde la neuropsicología. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 05(01), 19-23.

REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana.*, 21(01), 65-74.

SALUD PÚBLICA DE MÉXICO:

- Mejía, S., Miguel, A., Villa, A., Ruiz, L., y Gutiérrez, L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México.*, 49(04), 475-481. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002044>

REDALYC

- Pérez, E., Lizárraga, D. y Martínez, M. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria.*, 29(04), 901-906. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309231669025.pdf>

REDALYC

- Zavala, M., Posada, S. y Cantú, R. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar.*, 12(04), 116-126. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719097003.pdf>

6. Anexos

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Escala de Depresión Geriátrica: Cuestionario Corto

Escoja la respuesta adecuada según como se sintió la semana pasada

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? | Si/No |
| 2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? | Si/No |
| 3. ¿Siente usted que su vida está vacía? | Si/No |
| 4. ¿Se aburre usted a menudo? | Si/No |
| 5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? | Si/No |
| 6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? | Si/No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Si/No |
| 8. ¿Se siente usted a menudo indefenso (a)? | Si/No |
| 9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? | Si/No |
| 10. ¿Siente usted que tiene más problemas de memoria que la mayoría de gente? | Si/No |
| 11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo? | Si/No |
| 12. ¿Se siente usted inútil? | Si/No |
| 13. ¿Se siente usted con mucha energía? | Si/No |
| 14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? | Si/No |
| 15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? | Si/No |

Las respuestas en **negrita** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en **negrita**

- Puntaje de 0-5 indica ausencia de depresión
- Puntaje de 6-9 posible depresión
- Puntaje de 10-15 depresión establecida

ANEXO #2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

MINIMENTAL STATE EXAMINATION

Orientación del tiempo:

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. ¿Qué fecha es hoy? | 1-0 |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy? | 1-0 |
| 3. ¿En qué mes estamos? | 1-0 |
| 4. ¿En qué estación del año estamos? | 1-0 |
| 5. ¿En qué año estamos? | 1-0 |

Orientación en el espacio:

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 6. ¿Dónde estamos? | 1-0 |
| 7. ¿En qué piso estamos? | 1-0 |
| 8. ¿En qué ciudad estamos? | 1-0 |
| 9. ¿En qué provincia estamos? | 1-0 |
| 10. ¿En qué país estamos? | 1-0 |

Registro

Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego pida al paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que la persona siga repitiendo hasta que aprenda.

- | | |
|---------|-----|
| Pelota | 1-0 |
| Bandera | 1-0 |
| Árbol | 1-0 |

Atención y cálculo

El paciente debe deletrear la palabra Mundo al revés. Cada orden correcto equivale a un punto, o también pídale al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades, comenzando desde 100. Cada resta vale un punto

MUNDO

¿Cuánto es 100- 7? 5-0

Evocación

Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras antes aprendidas.

Nombre las tres palabras que antes repitió 3-0

Lenguaje

Nominación:

¿Qué es esto? (muestre un lápiz) 1-0

¿Qué es esto? (muestre un reloj) 1-0

Repetición 1-0

Pedirle que repita la frase: “Ni si, ni no, ni pero o en un trigal había 5 perros”

Ordenes

Decirle que tome un papel 1-0, lo doble por la mitad 1-0 y finalmente lo coloque en el suelo 1-0.

Lectura

Escriba legiblemente en un papel la frase:” Cierre los ojos” y haga lo que dice la oración. 1-0

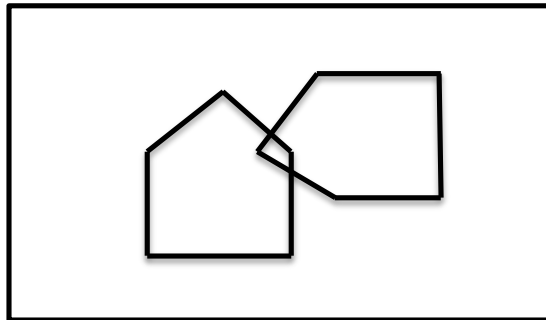
Escritura 1-0

El paciente debe escribir una oración con sujeto y predicado

Copia

1-0

Dibuje 2 pentágonos intersecados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



Puntuaciones de referencia

27 ó más: normal

24 ó menos: sospecha patológica

12-24: deterioro

9-12: demencia

Puntuación máxima: 30 puntos