



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL IESS”**

Requisito Previo para Optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Castillo Hidalgo, Luis Alfredo

Tutora: Dra. Ponce Delgado, Águeda del Rocío. Mg.

Ambato – Ecuador

Septiembre 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: “**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL IESS**” de Castillo Hidalgo Luis Alfredo, 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 Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio 2018

LA TUTORA

Dra. Ponce Delgado, Águeda del Rocío. Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL IEES**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio 2018

EL AUTOR

Castillo Hidalgo, Luis Alfredo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Junio 2018

EL AUTOR

Castillo Hidalgo, Luis Alfredo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema:
“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL IEES” de Castillo Hidalgo Luis Alfredo, estudiante de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Septiembre 2018

Por su constancia firman:

PRESIDENTE/A

PRIMER VOCAL

SEGUNDO VOCAL

DEDICATORIA

A la memoria de Hugo Eliezer Ortiz.

A los adultos mayores que participaron en esta investigación, por cada una de sus sonrisas y anécdotas compartidas, ya que sin su colaboración no se hubiese cristalizado este sueño, para lograr culminar un largo camino.

A todas y cada una de las personas que estuvieron junto a mí a lo largo de esta bella carrera, ya que contribuyeron a alcanzar un objetivo que en principio parecía lejano, y, sin embargo, ahora se ha cumplido.

Este trabajo está dedicado principalmente con profundo y completo amor a mi hija Nathaly Monserrath, quien se convirtió en la luz que necesitaba en los momentos en que me sentía perdido; quien fue, es y será la motivación que necesito en el día a día, y quien además es la tinta que me permite continuar escribiendo. Juntos logramos alcanzar este sueño.

Luis

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por todas y cada una de las experiencias y bendiciones que me ha permitido vivir a lo largo de esta hermosa carrera, ya que he podido cumplir un sueño.

De igual manera agradezco inmensamente a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme las puertas y permitirme formarme como profesional y aprender la carrera que se convirtió en mi pasión. A su vez quiero agradecer a mi tutora Dra. Rocío Ponce por guiarme en la presente investigación, y a mi segunda tutora Ps. Cl. Fernanda Flores por su paciencia y dedicación. Agradezco al IESS de Ambato por la oportunidad de realizar este trabajo en sus instalaciones.

Agradezco al Ps. Cl. Gonzalo Amaya por ser el mejor tutor de prácticas pre-profesionales que pude tener, ya que me permitió fortalecer inmensamente mis conocimientos. De manera especial a la Dra. Nancy Betancourt por toda la ayuda que me brindo a lo largo de la carrera.

A mi familia, a mis padres que nunca dejaron de creer en mí, a mis hermanos David, Alex, Paola y especialmente a Mauricio por su inmensa ayuda y por ser uno de los pilares fundamentales para continuar, a mis tíos Hugo y Rocío que fueron y serán la base fundamental para la superación diaria.

Finalmente, a mis amigos Mike, Paúl, Migue, Fercho, Dianita, Karito, Gaby, Erika, Andrea, Francis, Kathy, Tiny en especial a Viky y Shirley por su apoyo incondicional en los mejores y malos momentos.

Luis

Índice 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 de contenidos | viii |
| Índice de tablas | xiii |
| Índice de figuras | xv |
| Índice de Anexos | xvi |
| RESUMEN..... | xvii |
| SUMMARY | xviii |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 2 |
| EL PROBLEMA | 2 |
| 1.1. Tema | 2 |
| 1.2. Planteamiento del Problema | 2 |
| 1.2.1. Contexto..... | 2 |
| 1.2.1.1. Depresión..... | 2 |
| 1.2.1.2. Atención..... | 6 |
| 1.2.2. Formulación del Problema..... | 8 |
| 1.3. Justificación | 8 |
| 1.4. Objetivos..... | 9 |
| 1.4.1. General..... | 9 |

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 1.4.2. Específicos..... | 9 |
| CAPÍTULO II..... | 11 |
| MARCO TEÓRICO | 11 |
| 2.1. Estado del Arte..... | 11 |
| 2.1.1. Depresión. | 11 |
| 2.1.2. Atención. | 16 |
| 2.2. Fundamento Teórico..... | 20 |
| 2.3. Trastornos del estado de ánimo..... | 20 |
| 2.3.1. Depresión. | 21 |
| 2.3.1.1. Definición. | 21 |
| 2.3.1.2. Causas..... | 22 |
| 2.3.1.3. Signos y síntomas..... | 23 |
| - Síntomas afectivos..... | 24 |
| - Síntomas motivacionales | 24 |
| - Síntomas cognitivos..... | 24 |
| - Síntomas conductuales..... | 25 |
| - Síntomas fisiológicos o vegetativos | 25 |
| 2.3.1.4. Modelo cognitivo de Beck..... | 25 |
| 2.3.1.4.1. Triada cognitiva..... | 26 |
| 2.3.1.4.2. Los esquemas | 28 |
| 2.3.1.4.3. Errores cognitivo | 29 |
| 2.3.1.5. Diagnóstico..... | 31 |
| 2.4. Funciones Mentales | 33 |
| 2.4.1. Atención | 34 |
| 2.4.2. Definición..... | 34 |

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| 2.4.3. Tipos de atención. | 35 |
| 2.4.3.1. Atención pasiva..... | 35 |
| 2.4.3.1.1. Estado de alerta. | 35 |
| 2.4.3.1.1.1. Alerta fásica. | 36 |
| 2.4.3.1.1.2. Alerta tónica. | 36 |
| 2.4.3.1.2. Respuesta de orientación. | 36 |
| 2.4.3.2. Atención activa. | 37 |
| 2.4.3.2.1. Atención focalizada. | 37 |
| 2.4.3.2.2. Atención sostenida. | 38 |
| 2.4.3.2.3. Atención selectiva. | 38 |
| 2.4.3.2.4. Atención alternante..... | 38 |
| 2.4.3.2.5. Atención dividida. | 39 |
| 2.4.4. Bases neuropsicológicas de la atención. | 39 |
| 2.4.4.1. Estructuras extracorticales..... | 40 |
| 2.4.4.1.1. Formación reticular. | 40 |
| 2.4.4.1.2. Tálamo. | 41 |
| 2.4.4.1.3. Ganglios basales. | 42 |
| 2.4.4.1.4. Cíngulo. | 44 |
| 2.4.4.1.5. Sistema límbico. | 45 |
| 2.4.4.2. Estructuras corticales..... | 46 |
| 2.4.4.2.1. Áreas posteriores de la corteza..... | 46 |
| 2.4.4.2.2. Sistema activador reticular descendente. | 47 |
| 2.4.4.2.3. Lóbulo parietal. | 48 |
| 2.4.4.2.4. Lóbulo frontal. | 49 |
| 2.4.5. Modelos neuropsicológicos en atención. | 50 |

| | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.4.5.1. | Modelo de Postner y Petersen..... | 52 |
| 2.4.5.1.1. | Red Atencional Posterior..... | 52 |
| 2.4.5.1.2. | Red atencional de Vigilancia y/o Alerta..... | 54 |
| 2.4.5.1.3. | Red atencional Anterior..... | 55 |
| 2.5. | Hipótesis o supuestos | 57 |
| 2.5.1. | Hipótesis Alternativa (Hi)..... | 57 |
| 2.5.2. | Hipótesis Nula (Ho)..... | 57 |
| CAPÍTULO III | | 58 |
| METODOLOGÍA..... | | 58 |
| 3.1. | Nivel y tipo de investigación | 58 |
| 3.2. | Selección del área o ámbito de estudio..... | 59 |
| 3.3. | Población | 59 |
| 3.4. | Criterios de inclusión y exclusión | 59 |
| 3.4.2. | Criterios de exclusión..... | 59 |
| 3.5. | Diseño muestral..... | 60 |
| 3.6. | Operacionalización de variables | 60 |
| 3.7. | Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información. | 62 |
| 3.7.1. | Descripción de reactivos | 63 |
| 3.7.1.1. | Depresión..... | 63 |
| 3.7.1.2. | Atención. | 64 |
| 3.8. | Aspectos éticos..... | 65 |
| CAPÍTULO IV | | 67 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | | 67 |
| 4.1. | Características sociodemográficas | 67 |

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| 4.2. Resultados test de Yesavage | 69 |
| 4.3. Resultados subescala de atención NEUROPSI..... | 70 |
| 4.4. Comprobación de la hipótesis | 72 |
| CAPÍTULO V | 75 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 75 |
| 5.1. Conclusiones | 75 |
| 5.2. Recomendaciones..... | 77 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |
| ANEXOS | 90 |

Índice de tablas

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tabla 1..... | 3 |
| <i>Principales causas de discapacidad en el mundo</i> | <i>3</i> |
| Tabla 2..... | 5 |
| <i>Prevalencia de depresión en ancianos en América Latina.</i> | <i>5</i> |
| Tabla 3..... | 31 |
| <i>Criterios para el episodio depresivo mayor.....</i> | <i>31</i> |
| Tabla 4..... | 33 |
| <i>Pautas generales para episodios depresivos.....</i> | <i>33</i> |
| Tabla 5..... | 51 |
| <i>Modelos neuropsicológicos de atención.</i> | <i>51</i> |
| Tabla 6..... | 61 |
| <i>Operacionalización de Variables</i> | <i>61</i> |
| Tabla 7..... | 67 |
| <i>Población de estudio según su género</i> | <i>67</i> |
| Tabla 8..... | 67 |
| <i>Población de estudio según su rango de edad</i> | <i>67</i> |
| Tabla 9..... | 68 |
| <i>Población según la escolaridad</i> | <i>68</i> |
| Tabla 10..... | 69 |
| <i>Resultados del test de Yesavage</i> | <i>69</i> |
| Tabla 11..... | 70 |
| <i>Resultados de la subescala de atención del NEUROPSI.</i> | <i>70</i> |
| Tabla 12..... | 72 |
| <i>Comparación de variables entre géneros.</i> | <i>72</i> |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Tabla 13..... | 72 |
| <i>Tabla de contingencia depresión y atención</i> | 72 |
| Tabla 14..... | 74 |
| <i>Prueba de Chi cuadrado.</i> | 74 |

Índice de figuras

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Modelo estándar de depresión de Beck. | 31 |
| Figura 2: SARA en la formación reticular. | 41 |
| Figura 3: Tálamo. | 42 |
| Figura 4: ganglios basales. | 43 |
| Figura 5: ganglios basales, cuerpo estriado ... | 44 |
| Figura 6: Cíngulo. | 45 |
| Figura 7: sistema límbico. | 46 |
| Figura 8: Área posterior del cerebro. | 47 |
| Figura 9: Sistema reticular descendente. | 48 |
| Figura 10: Lóbulo parietal. | 49 |
| Figura 11: Lóbulo frontal. | 50 |
| Figura 12: Población de estudio según su rango de edad. | 68 |
| Figura 13: Población según la escolaridad. | 69 |
| Figura 14: Representación gráfica de la distribución de los niveles de depresión en la población estudiada. | 70 |
| Figura 15: Resultados de la subescala de atención del NEUROPSI | 71 |
| Figura 16: Prevalencia del nivel de afectación de atención en hombres y mujeres .. | 73 |

Índice de Anexos

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| Anexo 1. Consentimiento informado..... | 90 |
| Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage..... | 91 |
| Anexo 3. Subescala de atención NEUROPSI | 92 |
| Anexo 4. Lamina de detección visual NEUROPSI | 93 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL IESS “**

Autor: Castillo Hidalgo, Luis Alfredo

Tutora: Dra. Ponce Delgado, Águeda del Rocío. Mg.

Fecha: Junio, 2018

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre depresión y atención en los adultos mayores atendidos en el IESS de la ciudad de Ambato, dicho estudio contó con la participación de 90 personas, 81 mujeres y 9 hombres, con edades comprendidas entre los 60 a 87 años. Los reactivos aplicados en estas personas fueron la escala de depresión de Yesavage y la subescala de atención del NEUROPSI.

Posterior a la aplicación de las pruebas psicológicas, se aplicó la prueba estadística chi cuadrado con el programa el programa SPSS, determinando que no existe relación entre la depresión y la atención en los adultos mayores atendidos en el IESS. Los resultados obtenidos permitieron establecer que el 76.7% de la población no presenta depresión, el 21,1% mostró depresión leve, mientras que el 2,2% de la población refiere depresión moderada. Mientras que en atención se observa que el 31,1% tiene un nivel normal de atención, seguido del 24,4% con un nivel moderado, el nivel de afectación severo se presenta en el 23,3%, y el 21,1% presenta un nivel de afectación leve.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ATENCIÓN, ADULTOS MAYORES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES DEPARTMENT

CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE

**“DEPRESSION AND ITS RELATIONSHIP WITH ATTENTION IN
ELDERLY ADULTS SERVED IN THE IESS”**

Author: Castillo Hidalgo, Luis Alfredo

Tutor: Dra. Ponce Delgado, Águeda del Rocío. Mg.

Date: June, 2018

SUMMARY

The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between depression and attention in the elderly people served in the IESS Hospital of Ambato city. This study was attended by 90 people, 81 women and 9 men, in the aged between 60 and 87 years. The reagents applied in these people were the Yesavage depression scale and the NEUROPSI attention sub-scale.

After applying the psychological tests, the chi-square statistical test was applied with the SPSS program, determining that there is no relationship between depression and care in the elderly people served in the IESS Hospital. The results obtained allowed to establish that 76.7% of the population does not present depression, 21.1% showed mild depression, while 2.2% of the population refers to moderate depression. While in care it is observed that 31.1% have a normal level of attention, followed by 24.4% with a moderate level, the level of severe involvement is presented in 23.3%, and 21.1% present a level of mild involvement.

KEY WORDS: DEPRESSION, ATTENTION, ELDERLY ADULTS.

INTRODUCCIÓN

La vejez también llamada tercera edad, es una etapa de cambios tanto físicos, sociales, así como psicológicos, las personas de este grupo de edad por lo general han dejado sus actividades laborales, lo que les supone una readaptación a su diario vivir. Estos cambios y esta readaptación por la que están atravesando estas personas en ocasiones no es la adecuada, lo cual conllevará a que la persona empiece a tener pensamientos, actos y sentimientos que desembocarán en una profunda tristeza acompañada de más factores que conllevarán a generar depresión. El proceso evolutivo de cada ser humano permite que las funciones mentales también se desarrollen y maduren para alcanzar su máximo potencial en la edad adulta, y de la misma manera que estas alcanzan su máxima capacidad, también pasan por un declive al llegar a la tercera edad, y este proceso se puede considerar normal, sin embargo en ocasiones este declive sobrepasa las consideraciones normales, es entonces que se debe considerar, que estas funciones pueden estar siendo afectadas por enfermedades mentales, especialmente por aquellas en las que se ve implicado el estado de ánimo, razón por la cual los profesionales tienen el deber de investigar qué es lo que sucede, para generar estrategias que permitan un mejor manejo de estas personas.

En el transcurso de esta investigación se ha podido observar las estrategias que han permitido mantener un estado anímico óptimo en la mayoría de adultos mayores atendido en el IEISS.

El objetivo de estudiar a fondo el tema propuesto, está basado en la importancia que se le debe otorgar a la población con la que se ha llevado a cabo la investigación, puesto que las estadísticas mundiales muestran que en pocos años la población mayor de 60 años incrementara considerablemente, y por lo tanto el área de salud deberá estar preparada para poder responder a las necesidades de estas personas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contexto.

1.2.1.1. Depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) informa que la población mayor de 60 años está aumentando con rapidez, se estima que entre el 2015 y el 2050 dicha población casi se duplicará, pasando de representar el 12% de la población mundial actual, a representar el 22% de la población mundial. Esto quiere decir que la población con más de 60 años pasará de 900 millones a 2000 millones de habitantes hasta el 2050. La misma OMS (2015) estima y proyecta que para el año 2020 la población con más de 60 años la cual también es llamada “tercera edad” será mayor al número de niños menores a 5 años.

Al hablar de depresión el máximo organismo rector de la salud en el mundo, es decir la OMS, en Febrero del 2017 a través de su centro de prensa, publicó datos que muestran que la depresión es un problema de salud pública, se calcula que en el mundo existen 300 millones de personas que padecen depresión, además dicha enfermedad mental es considerada la más común en el mundo, y es la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

Tabla 1*Principales causas de discapacidad en el mundo*

| Clasificación | Enfermedad | Porcentaje mundial |
|----------------------|------------------------------------------|---------------------------|
| 1 | Depresión unipolar | 10.7 % |
| 2 | Anemia | 4.7 % |
| 3 | Traumas | 4.6 % |
| 4 | Uso de alcohol etílico | 3.3 % |
| 5 | Enfermedades pulmonares | 3.1 % |
| 6 | Depresión bipolar | 3.0 % |
| 7 | Defectos del nacimiento | 2.9 % |
| 8 | Osteoartritis | 2.6 % |
| 9 | Esquizofrenia | 2.6 % |
| 10 | Trastornos obsesivo compulsivos - TOC | 2.2 % |

Nota: Tomado de forumclinic, (2012)

Los adultos mayores son propensos a padecer enfermedades físicas y psicológicas, razón por la cual se considera que el 20% de la población total de adultos mayores en el mundo padecen de algún tipo de enfermedad mental o neural. El 15% de personas de la tercera edad sufren de algún tipo de enfermedad mental en todo el mundo. Al referirse a la depresión, se calcula que afecta al 7% de la población de adultos mayores en general (OMS, 2017).

En Canadá, la depresión está dentro de las principales enfermedades mentales que aqueja a la población mayor de 60 años, llegando a afectar alrededor de 400,000 personas ancianas, además se considera que, el porcentaje de personas que viven en la comunidad (1% a 5%) y son facetadas por la depresión, es menor a las que viven en alguna institución (14% a 42%) de cuidados para este grupo etario. Además de esto se debe recalcar que la depresión afecta en mayor número a las mujeres que a los hombres (OPS, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) expresa que la esperanza de vida en Latinoamérica y el Caribe es de 72,9 años, asimismo proyecta que el 80% de la población vivirá más de 60 años, mientras que un aproximado del 40% vivirá más de 80 años, para el año 2007, 50 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe tenían más de 60 años. El mismo organismo refiere que en el área salud mental existe preocupación, esto debido a las limitaciones que existen en los temas de prevención, tratamiento, rehabilitación, y también las complicaciones en la obtención de datos estadísticos, por tal motivo, dicho organismo realizó la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) en el año 2000, esta encuesta fue realizada puerta a puerta en seis países latinoamericanos, consiguiendo los siguientes resultados: se calcula que el 30% de personas con más de 60 años en la región presentan depresión; para la depresión mayor la prevalencia se encuentra entre el 1% y 9%, la cual aumenta hasta el 12% en adultos mayores que se encuentran residiendo en una institución. También se calcula que la incidencia y la prevalencia de depresión se duplican en adultos mayores de 70 a 80 años. Algunos estudios realizados por la OPS muestran datos acerca de la depresión. Un estudio realizado en una comunidad rural mostro que 10,1% de los adultos mayores tenían depresión, y que el 37,9% presenta riesgo de padecer dicha enfermedad mental. Otro estudio se realizó en la consulta geriátrica a hombres y mujeres, en donde se evaluaron diversas patologías, la depresión ocupó el tercer lugar en las mujeres con una frecuencia de 11% y el puesto 15 en los hombres con una frecuencia de 4,5%. Otro estudio de la OPS que llama la atención, se realizó en consulta ambulatoria el cual muestra que existe una prevalencia de depresión más alta en las mujeres que en los hombres, con una relación de 2 a 1. El siguiente cuadro muestra la prevalencia de depresión en personas de la tercera edad en algunos países de Latinoamérica.

Tabla 2

Prevalencia de depresión en ancianos en América Latina.

| Porcentaje de personas de más de 60 años con síntomas depresivos. | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Ciudad | Hombre | Mujeres |
| Buenos Aires | 10,7 | 14,6 |
| Bridgetown | 4,8 | 4,3 |
| La Habana | 12,0 | 23,6 |
| Ciudad de México | 15,2 | 20,7 |
| Montevideo | 11,1 | 22,4 |
| Santiago de Chile | 22,2 | 27,7 |
| São Paulo | 11,6 | 21,0 |
| Promedio | 13,6 | 20,3 |

Nota: tomado de SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento); 2000. Por OPS, 2009

Según la encuesta SABE aplicada en Colombia a 23.694 personas de la tercera edad de zonas urbanas y rurales, el 41,0% de las personas participantes del estudio reportaron síntomas depresivos, y el 84,8% presentaron comorbilidad de enfermedades, de las cuales el 40% mostraron depresión e hipertensión arterial, esto muestra que el porcentaje de depresión en los adultos mayores es elevado (MINSALUD, 2015).

La OMS (2008) en su Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS, muestra que, de la población general, los trastornos del estado de ánimo incluida la depresión es el segundo motivo de consulta en los hospitales psiquiátricos con el 17%, además es la principal causa de atención en consulta externa en los hospitales psiquiátricos representando el 25.7% de las atenciones totales en dichos hospitales.

En Ecuador según el portal Indexmundi (2017) se estima que la población mayor de 65 años es de aproximadamente el 7,25% de la población total. El Instituto Nacional de

Estadísticas y Censos (INEC) en 2009, dio a conocer los resultados de la encuesta SABE realizada el mismo año, los datos referentes a prevalencia de depresión en adultos mayores fueron divididos por condiciones sociales, así se calcula que la depresión afecta al 11,9% de adultos mayores de condiciones sociales muy buenas, al 28,2% de condiciones buenas, en condiciones sociales regulares afecta al 40,7% de ancianos, la depresión tiene una prevalencia del 45,7% en adultos mayores con condiciones sociales malas, y en ancianos de condiciones sociales indigentes la depresión presenta una prevalencia del 54,0%.

1.2.1.2. Atención.

Según la OMS (2015) Francia tardó casi 150 años en adaptarse al aumento de la población mayor de 60 años que pasó del 10% al 50%, pero países como Brasil deberá adaptarse a este cambio en tan solo 20 años. El mismo organismo internacional expresó que para el 2050 el 80% de la población de la tercera edad vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

La OMS (2017) dio a conocer que los trastornos mentales y neurológicos son la principal causa de discapacidad y dependencia en personas mayores de 60 años, asimismo calcula que el 15% de la población mayor de 60 años, padecen algún trastorno mental, la misma OMS calcula que alrededor del 5% y 8% de la población mayor de 60 años en todo el mundo presentan algún grado de deterioro cognitivo, el cual va más allá de lo que se puede considerar normal, también recalca que el deterioro cognitivo es la afectación de las funciones mentales, y una de las principales en ser afectadas es la atención, así mismo expresa que el deterioro cognitivo por lo general va acompañado del deterioro emocional.

La OMS (2018) menciona que la máxima capacidad funcional se alcanza en la edad adulta, y que posterior a esta empieza su declive natural, de esta manera expresa que la estadística de deterioro cognitivo aumenta conforme aumenta el rango de edad, se calcula que

entre un 25% y 30% de las personas mayores de 80 años presentan un grado de deterioro cognitivo, el cual afectará principalmente a funciones como memoria, calculo y atención.

En España algunas investigaciones muestran datos que varían acerca de la prevalencia de deterioro cognitivo, se estima que es una de las causas más frecuentes en atención primaria con una prevalencia del 15% al 20%, estudios realizados en personas mayores de 65 años establecen que el deterioro cognitivo en este grupo etario tiene una prevalencia de entre el 14,5% y 17,6%, otros datos muestran que la prevalencia de deterioro cognitivo en personas de 65 años o más es de 11,6% que aumentan hasta el 22,9% en personas de más de 80 años (Vega et al, 2016).

Diversos estudios epidemiológicos han tratado de determinar la prevalencia de deterioro cognitivo, por esta razón se puede encontrar que la prevalencia de deterioro cognitivo varía mucho estando entre el 1% y 28,3% de la población de la tercera edad a nivel mundial. Estudios realizados en Europa entre el 2001 y 2006, de tipo transversal y longitudinal mostraron que la prevalencia de deterioro cognitivo se encontraba entre 2,8% y 16,3% en la población anciana, mientras que investigaciones de tipo transversal y longitudinal entre 2003 y 2009 llevados a cabo en América señalaron que la prevalencia de deterioro cognitivo se encontraba entre el 1% y 28,3% en personas de la tercera edad, en todos estos estudios la edad mínima de los participantes fue 60 años, asimismo todos los estudios determinaron que las principales molestias dentro del deterioro cognitivo se encuentran en el lenguaje, atención (dificultades para seguir una conversación) y orientación (Custodio et al, 2012).

La población de la tercera edad de América Latina crece con mayor rapidez que la de países Europeos como Francia, se ha determinado que la población mayor de 65 años en Francia necesitó de casi 100 años para duplicarse y pasar del 7% de la población general a

representar el 14% de la población, mientras que en países como Brasil dicha población se duplicará en menos de 25 años (OMS, 2018).

Según la OPS (2009) mediante la encuesta SABE aplicada en la Habana, el 8,5% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, mientras que en Brasil se ha calculado que el 1,3% de hombres adultos mayores tienen deterioro cognitivo, y el 1,1% de mujeres ancianas tienen deterioro cognitivo, dando una prevalencia total de deterioro cognitivo de 1,4%.

Según el INEC (2009) la población ecuatoriana de la tercera edad es de 1.229.089 de los cuales el 53,4% son mujeres y que además se estima que el crecimiento de dicha población es de alrededor de 2.5% por año. Una situación que se observa en los adultos mayores es el deterioro cognitivo, el cual según el INEC a través de la encuesta SABE menciona que a nivel nacional el deterioro cognitivo afecta al 16,3% de adultos mayores hombres y al 25,7% de mujeres de la tercera edad.

1.2.2. Formulación del Problema.

¿Existe relación entre la depresión y el déficit atencional en los adultos mayores atendidos en el IESS?

1.3. Justificación

El tema de investigación se desarrolla, puesto que, al ser lo adultos mayores un grupo vulnerable existe la necesidad de generar estudios, los cuales generen datos científicos que estén sujetos y acordes a nuestro contexto.

La importancia del proyecto de investigación se basa en el rápido crecimiento de la población de la tercera edad, ya que este grupo etario demandará de la preparación adecuada

para brindar los cuidados necesarios, además de que la depresión es una situación de salud mental que requiere especial atención.

La factibilidad para la realización del estudio esta argumentada por la existencia de los reactivos psicológicos necesarios para la medición de las variables, además de contar con la participación el club de adultos mayores en el IEES.

Es innovador debido a que sigue en modelo investigativo el cual es actual, y está en auge, haciendo referencia a la neuropsicología, puesto que, al ser una rama nueva de la psicología, permitirá estudiar la situación de los adultos mayores desde un punto de vista diferente.

El beneficio que se generará esta direccionado a aportar datos para futuras investigaciones en la población estudiada, ya que actualmente existen escasos estudios que permitan entender la situación de depresión y atención en el grupo etario objeto del estudio, además los datos obtenidos en esta investigación contribuirá a que se preste un mejor servicio para las personas que participaron en el estudio.

1.4. Objetivos

1.4.1. General.

- Determinar la relación entre depresión y la atención en adultos mayores atendidos en el IEES.

1.4.2. Específicos

- Identificar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores atendidos en el IEES.
- Definir el nivel de atención en los adultos mayores atendidos en el IEES.

- Diferenciar según el género la prevalencia de depresión y el nivel de atención de los adultos mayores atendidos en el IEES.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del Arte

2.1.1. Depresión.

Durán-Badillo et al. (2013) en su investigación “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”, en México en la cual participaron 252 personas mayores de 60 años, de los cuales el 60.3% eran mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados: del total de la población, el 40.1% no presentó depresión, depresión leve se manifestó en 3.9%, y la depresión moderada estuvo presente en el 25% de la población.

Sarró-Maluquer et al. (2013) “Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados” en Barcelona, España, contaron con 220 adultos mayores, el 58,6% fueron mujeres, a la población se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados obtenidos mostraron que el 34,5% presentaron depresión, mientras que al revisar la historia clínica de cada una de las personas el 20,9% presentaron depresión. Los autores concluyeron que practicar ejercicio físico, y tener una buena percepción de energía se asoció de manera negativa con la prevalencia de depresión.

Kronfly et al. (2015) respecto a su estudio “Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria” realizada en un centro de atención primaria de Barcelona en España, en la cual se trabajó con 290 personas, que como requisito debían tener 75 años o más, del total de la población el 35,1% es decir 102 personas fueron hombres y el 64,94% es decir 188 personas fueron mujeres, se obtuvieron resultados los cuales indicaron que el riesgo de depresión en

esta población fue de 37,2% y de este porcentaje el 26,5% correspondió a los hombres, mientras que el 43,1% correspondió a las mujeres. Los autores concluyeron que el riesgo de padecer depresión fue mayor al que se esperaba, y que se deberían tomar en cuenta variables asociadas, como comorbilidad con otras enfermedades y variables sociodemográficas, que contribuyen al desarrollo de dicha enfermedad.

Maldonado (2015) en “Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza” el cual fue un estudio transversal, descriptivo comparativo y correlacional realizado en México, se trabajó con 201 adultos mayores de los cuales el 47.8% fueron hombres y el 52,2% fueron mujeres, la población fue evaluada con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión, los resultados mostraron que existió diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes presentaron mayores niveles de depresión que los hombres, además se consideró que la religión es un factor de protección para las mujeres, mientras que para los hombres un factor protector es la relación con la pareja. Asimismo, se concluyó que la depresión presentó una correlación negativa con sentirse vivos, en paz y sanos.

Da silva y Carvalho (2017) en su investigación “Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente” realizada en México, contó con 184 adultos mayores, quienes asistían a consulta ambulatoria, 107 mujeres (58.2%) y 77 varones (41.8%), de entre 60 y 87 años de edad, la población fue dividida en un grupo control con 102 sujetos (64 mujeres y 38 varones) y un grupo experimental con 82 participantes (53 mujeres y 29 varones), quienes fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck, los resultados mostraron niveles significativos en la depresión moderada cuando se compararon el grupo experimental y el grupo control.

Pérez, Lizárraga y Martínez (2014) en “Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor”, trabajo con 96 adultos mayores de 65 años en adelante que asistieron a consulta externa de geriatría de un Hospital Público de la Ciudad de México, de los cuales el 79,2% fueron mujeres, para la evaluación de depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), de todos los participantes, el 63,9% mostró depresión, y los autores concluyeron que el nivel de depresión es mayor en las personas con desnutrición.

Borda et al. (2013) realizaron su estudio “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla: prevalencia y factores de riesgo” en Colombia, con una población de 66 adultos mayores de ambos sexos, con edades de entre 65 a 95 años , y se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los resultados mostraron que: existió una prevalencia de depresión del 36,4%, y se observó que la depresión leve fue la más prevalente con un 24,2% seguida de la depresión severa en un 12,1% de la población. Asimismo, se señaló que la prevalencia de depresión predominó en el grupo de edad de 65 a 70 años, con un 62.5% (leve: 37.5% y severa: 25%); seguido por el grupo de 71 a 75 años, en el que afectó al 43.8%, y se encontró episodios leves en el 31.3%. En el sexo masculino, la prevalencia de depresión leve y severa fue del 69 y 63% respectivamente; en los hombres solteros la prevalencia fue: depresión leve 50%, y severa con un 38 %. Los autores concluyeron que en su investigación la depresión afectó a un tercio de la población institucionalizada.

Tartaglini, et al. (2017) en su estudio “Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires - Argentina” realizada con 176 personas con más de 60 años de ambos sexos, quienes fueron evaluados a través de una entrevista individualizada con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los resultados mostraron que la depresión

tuvo una prevalencia de 35,8% en la población evaluada, además se encontró que la depresión estaba asociada significativamente con el sexo femenino.

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

Acosta y Sánchez (2017) “Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima metropolitana” en Perú, con una muestra de 150 adultos mayores, 88 mujeres y 62 hombres de 65 a 90 años, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, y se obtuvieron los siguientes resultados: la orientación social se correlacionó con la depresión de manera significativa en forma inversa. Es decir que a mayor orientación social menor nivel de depresión.

Gómez, Rodríguez, Díaz, Cano y Tamayo (2014) en su estudio “Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)” en Colombia, con una población de 1957 adultos mayores, 738 (37,7%) hombres y 1219 (62.3%) mujeres, se aplicó la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, obteniendo resultados que mostraron: en el sexo masculino 77,9% no presentaron depresión, 16,4% depresión leve, 5,7% depresión moderada. En las mujeres 71,2% no presentaron depresión, 18,7% depresión leve y 10,8% depresión moderada.

Almeida (2013) en su investigación “análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores del hogar de ancianos Santa Catalina Laboure, año 2012 - 2013” realizada en Ecuador, valoró a 50 adultos mayores institucionalizados, 8 eran hombres y 42 eran mujeres, los resultados al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fueron: el 42% de la población mostró niveles leves de depresión, el 38% presentó niveles moderados de depresión y el 20% mostró niveles severos de depresión.

Sinchire (2017) en su estudio “Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016” realizada en los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos, en Loja-Ecuador, trabajó con 130 adultos mayores, y los resultados posterior a la evaluación con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fueron: el 64% no presentaron problemas depresivos, el 36% mostraron problemas depresivos de los cuales el 30% tuvo depresión moderada y el 6% depresión severa. Se concluyó que los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores con depresión, son factores biológicos y factores sociales.

Palomeque y Peralta (2013) “Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca 2013” en Ecuador, estudiaron a 300 personas de la tercera edad (edad media 73.7 años) 66.7% fueron mujeres, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, obteniendo como resultados que: la prevalencia depresión en la población fue del 14.7%, también determinaron que la depresión tiene mayor prevalencia en los hombres mayores de 74 años que no tienen pareja y que no tiene ocupación, asimismo observaron que el riesgo de padecer depresión fue 1,9 veces mayor en personas que vivían solas que en personas que vivían acompañadas.

Andrade (2011) “Nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la parroquia asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011” en Ecuador, tomó una muestra de 64 adultos mayores de 65 años, mismos que fueron evaluados con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los resultados mostraron que el 6,3% de ancianos no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave. La autora concluyó que existió una relación inversa entre el estado nutricional y el nivel de depresión.

2.1.2. Atención.

En lo que se refiere a estudios sobre atención en las personas de la tercera edad, no se han encontrado estudios, por lo que se han tomado estudios sobre deterioro cognitivo que presentan datos referenciales sobre atención en la tercera edad.

Pereiro y Juncos (2000) “Deterioro atencional en la vejez” en España, realizaron un estudio en un centro asistencial primario, en el cual participaron 80 personas, los resultados mostraron que a partir de los 50 años existieron afectaciones de la atención, asimismo se observó que personas de mayor edad presentaron un desempeño atencional menor.

Sánchez, Fernández, García, García y Rodríguez (2011) “Análisis de un programa informático para estimular la atención en personas mayores” en España, trabajaron con 110 personas de 75 a 79 años, y fueron divididos en grupo control (56) y grupo experimental (54), se utilizó la prueba D-2 para atención selectiva (pre y post test) y la intervención de un programa informático “aprendiendo atender”, al finalizar el estudio, los resultados mostraron que existió un efecto positivo sobre las medidas de atención del grupo experimental, mientras que el grupo control obtuvo puntuaciones menores en la valoración de atención.

Vázquez-Marrufo, et al. (2011) en su estudio “Afectación de las redes neurales atencionales durante el envejecimiento saludable” realizado en España, en el cual

participaron dos grupos, uno conformado por jóvenes con una edad media de 33 años, y el otro conformado por personas de la tercera edad saludables con una edad media de 63 años. Los grupos fueron evaluados con el test de redes atencionales –Attention Network Test (ANT). Los resultados mostraron que la atención necesita de la velocidad de procesamiento, y de alerta, orientación y ejecución. Asimismo, los autores observaron existió diferencia entre grupos de edad en el tiempo de respuesta, pero que en alerta, orientación y ejecución no existió diferencias.

López, Calero, y Navarro-González (2013) “Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida” en España, 264 ancianos, de 65-96 años participaron, se utilizaron dos grupos, el primero de ancianos sanos y el segundo de ancianos con deterioro cognitivo, los resultados permitieron determinar que las alteraciones de la atención sostenida son un fuerte predictor de deterioro cognitivo en edades avanzadas. También concluyeron que las alteraciones de la atención sostenida ocuparon el segundo lugar dentro de los predictores de deterioro cognitivo.

Navarro-González y Calero (2011) en su estudio “Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo” En España, trabajaron con 312 personas con una edad media de 78 años, el 38,5% fueron hombres y el 61,5 % fueron mujeres. Los resultados encontraron diferencias significativas entre grupos de ancianos con envejecimiento normal, patológico y exitoso, en el desempeño cognitivo encontraron diferencias en las funciones memoria, atención y fluidez verbal.

García, Moya, y Quijano (2015) en su investigación “Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad” realizado en Colombia, trabajaron con 36 adultos mayores divididos en dos grupos (A y B) de 18 personas con edades de 60 a 75 años, el grupo A llevaba asistiendo un año a un grupo de adultos mayores,

se aplicó el test neuropsicológico NEUROPSI y el test de dígitos y símbolos , los resultados permitieron determinar que: los ancianos que asistían al grupo de adultos mayores tuvieron mejor rendimiento cognitivo, asimismo el test de dígitos y símbolos (usada para determinar procesos atencionales) permitió determinar que existió diferencias significativas entre los grupos, los ancianos asistentes al grupo presentaron un mejor rendimiento que los que no asistieron.

Camargo-Hernandes y Laguado-Jaimes (2017) “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia” en Colombia, contaron con la participación de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos, con edades entre 65 y 75 años. Los resultados determinaron que el 41,7% presentaba deterioro cognitivo grave, y las principales funciones comprometidas fueron cálculo, atención y memoria.

Segura, Garzón, Cardona y Segura (2016) “Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia” en Colombia estudiaron a 4.248 adultos mayores la edad promedio de las personas fue 72 años, a través del MMSE de Folstein, el 83,1% presento deterioro cognitivo, en donde se ve comprometida la atención, ya que sólo el 25% de la población logró decir la palabra mundo al revés.

Alvarado et al. (2014) “Estudio EDECO: Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana” en Colombia, llevó acabo en 803 ancianos que tenían edades entre 60 y 89 años, el 51.8% de la población fueron hombres y 48.2% fueron mujeres, quienes fueron evaluados con el Test del Dibujo del Reloj. Este estudio permitió observar que el grupo etario más afectado por el deterioro cognitivo fue el de 70 y 79 años (46.1%), seguido por el de 80 y los 89 años (31.8%). Y por último el grupo de 60 y 69 años (19.6%). Los

autores concluyeron una de las funciones que se afectó principalmente fue la atención, razón por la cual los ancianos tuvieron problemas al dibujar el reloj por la afectación atencional.

León, (2016) en su investigación “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo - Ecuador” en Ecuador, evaluó a 50 adultos mayores entre 65 y 85 años con el test MoCA, de los cuales el 64% presentó deterioro cognitivo, lo interesante fue que la segunda función más afectada en estas personas fue la atención, ya que el 25% de las personas presentaron afectación en dicha función, la cual fue superada únicamente por el lenguaje.

Estévez, Abambari, Atiencia, y Webster (2013) “Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador: Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013” en Cuenca evaluaron a 391 ancianos (de 65 años o más) el 84% fueron mujeres y 97% residentes del área urbana de Cuenca, se aplicó el MMSE, obtenido resultados que mostraron que el 17,1% presentaron deterioro cognitivo, en donde las funciones que más se afectaron fueron cálculo, memoria y atención, los autores concluyeron que la afectación fue mayor en las mujeres que en los hombres.

2.2. Fundamento Teórico

El marco teórico de depresión será fundamentado en la teoría cognitiva propuesta por Beck, teoría que permite entender a la depresión como el resultado de los significados o interpretación que se le otorga a las situaciones que vivimos.

Para el presente trabajo de investigación se tomará como base principal el modelo de Posner y Petersen sobre atención, mismo que propone un enfoque neuropsicológico basado en redes atencionales, el cual permite explicar cómo las estructuras neuroanatómicas participan en el proceso atencional.

2.3. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se pueden definir como, aquellos trastornos que tienen por característica la alteración del estado afectivo o humor de las personas, dicho cambio o modificación puede ser la disminución o exaltación, entendiéndose como depresión y euforia respectivamente, dentro de estos se debe destacar que la depresión puede o no estar acompañada de ansiedad, además la variación del estado anímico por lo general da lugar a un cambio en la actividad cotidiana de la persona (OMS, 2008) (APA, 2002).

Coryell y Winokur (2018) expresan que los trastornos del estado de ánimo son de índole mental caracterizados por “la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva (depresión), de exaltación o euforia excesivas (manía), o de ambos. La depresión y la manía representan los dos polos o extremos de los trastornos del estado de ánimo”.

Desde estas definiciones se puede mencionar que los trastornos del estado de ánimo, afectan principalmente al estado afectivo o humor de las personas, generando que estas se depriman (pudiendo o no presentar ansiedad) o que presenten una euforia exagerada, y en

ciertos casos presentar ambas. Es importante recalcar que en los manuales internacionales se menciona que los trastornos del estado de ánimo son usados para todas las edades y que se deben codificar según los criterios que cumplan.

2.3.1. Depresión.

El envejecimiento es un proceso natural de todos los seres humanos. Este proceso implica que la persona se adapte a cambios tanto físicos, sociales y mentales, en su diario vivir. De manera equivocada se cree que la depresión en las personas de la tercera edad es algo normal, dicha creencia está equivocada (Biblioteca nacional de Medicina de los E.E.U.U NLM, 2018) (Kurlowicz, y Greenberg, 2007). En relación a la depresión en las personas de la tercera edad, Rozados (2015) menciona que los adultos mayores no se deprimen porque sea normal ya que “la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas”. El correcto diagnóstico de la depresión permite que los adultos mayores no pasen por un sufrimiento innecesario, el cual también es compartido con la familia. Para un buen diagnóstico es importante entender que la depresión a difiere de la depresión en jóvenes y adultos. Además de esto, las personas de la tercera edad por lo general tienden a quejarse de problemas de memoria, concentración y dolores orgánicos, lo cual hace se pierda atención sobre la depresión (Rozados, 2015).

2.3.1.1. Definición.

La depresión en general está definida por la OMS (2017) como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Es importante mencionar que la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) explica que la depresión se genera cuando presentamos sentimientos de tristeza los cuales tienen una duración mayor a los 15 días,

además de una sensación de indefensión, lo que genera interferencia en las actividades de la vida cotidiana como alimentarse o dormir, además de esto las personas con depresión pueden ver afectadas sus esferas personal, laboral y social.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2009) indica que la depresión se presenta como una patología frecuente, pero que al mismo tiempo es una enfermedad la cual resulta ser grave, al punto de que cuando una persona padece de depresión, la enfermedad “interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella”.

La organización Salud Mental Americana (MHA por sus siglas en inglés, 2018) expresa que la depresión es una enfermedad la cual afecta “física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en actividades”.

2.3.1.2. Causas.

Al igual que la depresión en otras etapas de la vida es importante entender que esta enfermedad en los adultos mayores obedece a diferentes factores. Dentro de las causas de la depresión en adultos mayores se encuentran (NLH, 2018) (Santander, 2015) (GeoSalud; ClínicaDAM, 2018) (NIHM):

- Adaptación a una mudanza.
- Volverse una persona dependiente.
- Percepción de aislamiento por parte de la familia.
- Pérdida de un ser querido.
- Problemas con la pareja.

- Dolor crónico.

Además de las causas que provocan que una persona tenga depresión en la tercera edad se debe tener en cuenta que si la persona sufrió de esta patología en edades tempranas es más probable que en la vejez padezca depresión, además es posible que la persona haya arrastrado síntomas depresivos a lo largo de su vida y que se manifiesten de forma brusca en la tercera edad (GeoSalud, 2018).

Los portales médicos como NLH, GeoSalud, ClínicaDAM (2018) concuerdan en que la depresión en el adulto mayor está asociado a problemas físicos como la enfermedad de Parkinson, problemas de tiroides, cardiopatías, enfermedad de Alzheimer, y ACV.

2.3.1.3. Signos y síntomas.

Algunos portales clínicos e institutos de salud mental mencionan que los síntomas de depresión son los siguientes (GeoSalud; ClínicaDAM, 2018) (NIHM):

- Sensación de tristeza.
- Sentimiento de fatiga.
- Sensación de vacío.
- Pérdida de apetito.
- Problemas en el sueño (conciliación, mantenimiento).
- Baja autoestima.
- Olvidos, confusión.
- Descuido en la apariencia personal.
- Aislamiento.
- No consumir medicamentos, recomendados por el doctor.
- Irritabilidad.

- Culpabilidad.
- Falta de concentración.
- Dolores de cabeza.
- Problemas digestivos.
- Pensamientos suicidas.

Por su parte Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) clasificaron los síntomas depresivos en 5 grupos:

- *Síntomas afectivos*

El síntoma afectivo más común en la depresión es la tristeza, pero también se presentan síntomas como apatía, ansiedad, pérdida de la alegría, pérdida de sentimientos hacia otras personas.

- *Síntomas motivacionales*

En esta categoría de síntomas se describen el suicidio como una vía de escape, es decir que la persona siente el deseo de escapar y ve al suicidio como la única opción, también se presentan el deseo de evitar problemas o situaciones cotidianas.

- *Síntomas cognitivos*

Al hablar de síntomas cognitivos se deben mencionar los problemas de concentración, los problemas de atención y dificultades en la memoria.

- *Síntomas conductuales*

Este tipo de síntomas son tomados como el reflejo de otros síntomas, así se puede mencionar el enlentecimiento, la evitación, el aislamiento, la agitación, la pasividad como quedarse todo el día en la cama.

- *Síntomas fisiológicos o vegetativos*

En esta categoría de síntomas son dos los principales, la alteración del sueño como dormir demasiado, o dormir poco, así como también problemas en el mantenimiento del sueño, es decir que la persona se levante varias veces en la noche. Y también se debe mencionar las alteraciones en el apetito como la hiperfagia y la hipofagia.

2.3.1.4. *Modelo cognitivo de Beck.*

Al hablar del modelo cognitivo de la depresión, se debe hacer referencia y fundamentarse en Aaron Beck, quien desarrollo un modelo el cual está fundamentado en el paradigma del procesamiento de la información o la forma de percibir las situaciones, en la depresión este procesamiento esta distorsionado o sesgado, de este principio se puede entender la razón por la cual una persona se deprime más que otra (Sanz y Vázquez, 1995); (Beck y Haigh, 2014); (Vásquez, Hernangómez y Hervás, 2009) (Roca, 2002).

El principio, paradigma o premisa básica según Beck es el direccionar a que aparezcan los demás síntomas, ya sean afectivos, motivacionales, físicos, fisiológicos o cognitivos, sin embargo, se debe tener en cuenta que los síntomas pueden aparecer por otros factores, como por ejemplo la genética, problemas hormonales, situaciones evolutivas, etc. Lo que le modelo de Beck establece es, que, el procesamiento de distorsionado de a información es un factor determinante en la aparición de los síntomas depresivos en cualquier dimensión.

Beck creó y fundamentó su modelo gracias a la observación clínica y experimental. Beck además de desarrollar dicho modelo también fue el pionero en el desarrollo de la terapia cognitiva para la depresión. Para entender dicha patología desde el enfoque cognitivo, es esencial comprender que en este enfoque existen 3 elementos, los cuales explican cómo se genera la depresión en una persona, estos elementos son: Triada cognitiva, los esquemas y errores cognitivos.

2.3.1.4.1. Triada cognitiva.

La triada cognitiva se puede definir como la visión propia y característica que tiene una persona sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias. Este elemento del modelo cognitivo según Sanz y Vázquez (1995) es la responsable de generar una valoración exagerada y absolutista de las situaciones, generando como consecuencia que la respuesta de retirada se desvalorice como una forma adaptativa, puesto que según estos autores el fracaso y el sufrimiento genera que la persona retire temporalmente sus respuestas emocionales y conductuales para conservar energía, esto es considerado normal, por el contrario en las personas con depresión esta respuesta genera una retirada constante del entorno.

Tomando como punto de partida, está la mirada que tiene la persona de sí misma, pero esta visión o evaluación que hace la persona de sí misma es en sentido negativo, teniendo como resultado que el sujeto se vea y se catalogue como un inútil, una persona incapaz de ser feliz que no puede alcanzar el éxito, además genera frustración y culpa a defectos personales de sus fracasos (Beck, Rush, Shaw Y Emery, 1979). Rivadeneira, Dahab y Minici (2013) explican que en el primer componente el sujeto deprimido “aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí”.

Al hacer referencia al segundo elemento de la triada, se menciona a la evaluación negativa de sus propias experiencias, el sujeto llega a sentir que su mundo, su entorno, y las personas que le rodean le exigen más de lo que puede dar, y que se le presentan situaciones y circunstancias imposibles de superar (Beck, Rush, Shaw Y Emery, 1979). Su interacción con el entorno se realizan en sentido de fracaso, es decir que lo que la persona hace está mal o no sirve, esta evaluación negativa se pone de manifiesto cuando la persona examina las situaciones que ha pasado de manera negativa aun cuando exista evidencia suficiente para realizar otra interpretación, en ocasiones la persona puede generar conciencia de que esta realizado evaluaciones negativas, esto se puede dar si se le alienta a reevaluar las condiciones, en este sentido se puede generar que la persona entienda que estaba ajustando las circunstancias a las conclusiones que ha realizado de antemano (Camacho, 2003).

El componente o elemento final de la triada cognitiva, es la visión negativa del futuro, entendiéndose como la anticipación negativa que hace una persona sobre su futuro, la persona piensa que su porvenir está lleno de problema, dificultades y fracasos en vario ámbitos, así como las cosas negativas que tendría emprender un proyecto, la persona anticipa todo lo malo sin que esto haya pasado aún, el sujeto ve el mundo sombrío, puesto que en la depresión se caracteriza la presencia de desesperanza en un nivel elevado (Camacho, 2003) (Beck, Rush, Shaw Y Emery, 1979). De forma más resumida el tercer componente genera que la persona crea “que en el futuro su vida no cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio” (Rivadeneira, Dahab y Minici, 2013).

La triada cognitiva se puede considerar una cadena, puesto que los elementos se conectan, para llegar a dar como resultado que una persona se deprima, dicha conexión se

puede resumir de la siguiente manera, los esquemas se forman desde edades tempranas, y los esquemas disfuncionales pueden activarse por eventos inesperados o críticos, estos esquemas generarán que entren en acción las distorsiones o errores cognitivos generando pensamientos negativos, los cuales se pueden direccionar hacia la persona misma, el mundo o el futuro es decir la triada cognitiva, lo cual llevara a que una persona se deprima (Vásquez, Hernangómez y Hervás, 2009).

2.3.1.4.2. *Los esquemas*

Los esquemas también considerados como filtros, son una parte importante en el entendimiento de la depresión desde el punto de vista cognitivo, puesto que se pueden definir como una cadena de significados propios y únicos de la persona que sirven para darle sentido o conceptualizar situaciones de la vida, además sirven en el entendimiento del porque las personas mantienen actitudes desfavorables para sí mismo, aun cuando existan circunstancias positivas en su vida (Rivadeneira, Dahab y Minici, 2013) (Vásquez, Hernangómez y Hervás, 2009). En cualquier situación, la persona es capaz de escoger los estímulos que le rodean para que se procese la información y así otorgarles un sentido, interpretación o significado, los patrones cognitivos (esquemas establecidos que se formaron desde la infancia) estables permiten generar significados a situaciones similares, es por esta razón que se expresa que los esquemas facultan la identificación de estímulos a los que una persona está expuesta, y además permite ubicarlo en una categoría.

La forma en que una persona da sentido o interpreta sus situaciones está regida por los esquemas. Beck, Rush, Shaw Y Emery (1979) mencionan que existen filtros que pueden pasar inactivos durante mucho tiempo y ser activados bajo experiencias ambientales, estos patrones activados determinan la manera de reaccionar de la persona ante circunstancias, en la depresión estos esquemas generan distorsiones que hacen que la persona evalúe de manera

errónea la situación, generando una respuesta desadaptativa, y conforme los esquemas distorsionados se hacen más activos estos serán activados por estímulos con los cuales no guardan relación alguna, el sujeto empezara a perder el control sobre sus pensamientos, y se verá incapaz de recurrir a filtros apropiados.

En pacientes con depresiones leves es posible que la persona se dé cuenta de los pensamientos negativos que está teniendo, sin embargo conforme se agrave la depresión el sujeto se verá, cada vez más afectado por los esquemas distorsionados, lo cual generará que la persona se vea sumergida en rumiaciones o en pensamiento repetitivos y negativos, lo cual conllevará a que pierda el interés por realizar actividades o a reaccionar a estímulos externos, de esta manera se considera que la forma de procesamiento de la información o configuración cognitiva se vea separada de los estímulos ambientalres, puesto que la persona no reaccionará a cambios en su ambiente (Roca, 2002) (Beck y Haigh, 2014).

2.3.1.4.3. *Errores cognitivos*

El último elemento del modelo cognitivo sobre depresión son los errores cognitivos, también llamados distorsiones cognitivas. Estos hacen que la persona certifique o valide los pensamientos negativos que está manifestando, aun cuando exista la evidencia que contradiga dichos pensamientos el sujeto seguirá otorgando validez a lo negativo. Estos errores pueden ser en relación al estímulo o a la respuesta, y se según Beck dividen en seis errores o distorsiones cognitivas (Roca, 2002) (Camacho, 2003):

- Inferencia arbitraria: este tipo de error cognitivo está basado a la respuesta, la persona se anticipa a dar conclusiones sobre una situación, aun cuando no exista evidencia para la conclusión que da, además la evidencia es contraria a su conclusión.

- Abstracción selectiva: en relación al estímulo, este tipo de error cognitivo se basa en un detalle el cual está fuera de contexto, y la persona genera una conceptualización de la situación en base a ese detalle, ignorando las características más relevantes.
- Generalización excesiva: en relación a la respuesta, en este error del procesamiento de la información, la persona tiende a elaborar una conclusión de hechos aislados la cual tiende a generalizarla para situaciones que guardan relación como a situaciones que no tienen conexión alguna.
- Maximización y minimización: tiene ración con la respuesta, la persona genera una evaluación errónea de la situación en cuanto a la magnitud de esta.
- Personalización: en relación a la respuesta, el sujeto se atribuye a sí mismo fenómenos externos, aun cuando no existe evidencia o una base para hacer tal atribución.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: tiene relación con la respuesta, la persona tiende a clasificar los eventos o situaciones en una o dos categorías opuestas, como por ejemplo blanco o negro, bueno o malo, exitoso o fracasado, feliz o triste. Es común que las personas con depresión se clasifiquen dentro de las categorías negativas.

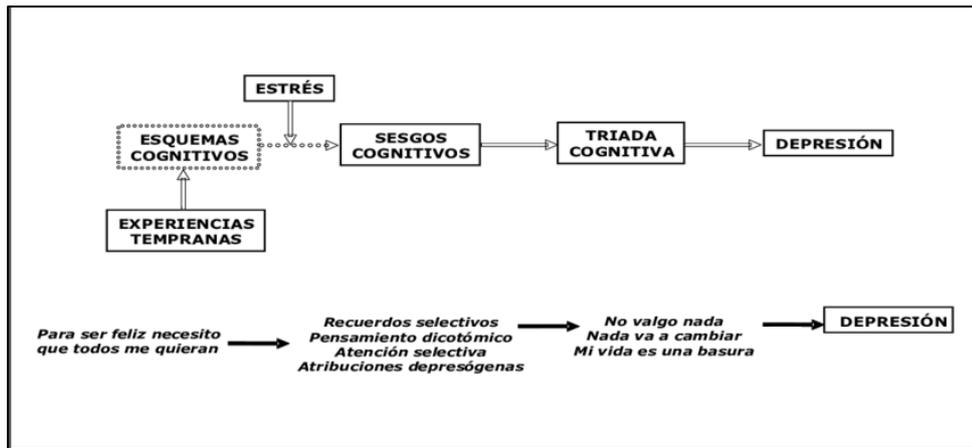


Figura 1: Modelo estándar de depresión de Beck. Fuente: Vásquez, C., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2009).

2.3.1.5. Diagnóstico.

Santander (2015) instructor del departamento de psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, explica que para un correcto diagnóstico de depresión en los adultos mayores es necesario regirse a los criterios diagnósticos de depresión para otras edades propuestos por la APA en el DSM-IV. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México (CENETEC) en 2011, en su guía de diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención también concuerda que los criterios diagnósticos para la depresión en personas de la tercera edad, deben ser los descritos en el DSM-IV.

Los criterios diagnósticos que se aplican en el DSM-IV por la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas en inglés APA, 2002) son los siguientes:

Tabla 3

Criterios para el episodio depresivo mayor

Criterios para el episodio depresivo mayor

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnias casi cada día

(5) agitación o entumescimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entumecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entumescimiento psicomotor.

Nota: tomado de APA (2002)

Además, la OMS (2000) a través de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades en su Décima edición, en el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, menciona que los criterios diagnósticos para episodios depresivos son los siguientes:

Tabla 4

Pautas generales para episodios depresivos

| F32 Episodios depresivos |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En los episodios depresivos típicos el enfermo que las 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. 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 en las 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. |
| La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. |

Nota: tomado de OMS (2000)

2.4. Funciones Mentales

Las funciones mentales, también llamadas funciones cerebrales, funciones psicológicas o funciones cognitivas, han tenido algunas definiciones con el pasar del tiempo y dependiendo desde la ciencia que se las estudie, pues las principales en estudiarlas son la neuropsicología, psiquiatría neurología y psicología. Así uno de los primeros autores en describirlas fue el neuropsicólogo Alexander Luria que en 1977 mencionó que las funciones mentales o psicológicas superiores tienen lugar en la corteza cerebral, y que no son independientes, sino que más bien se encuentran relacionadas entre sí, para poder crear un sistema el cual tiene como fin dar lugar a una función biológica.

El portal Neuroup hace referencia a dichas funciones nombrándolas como funciones cognitivas, describiendo a estas funciones como las encargadas de la detección, discriminación, selección y procesamiento de la información que la persona recibe de su entorno, y como este se relaciona con el mundo que lo rodea.

En este sentido se puede definir a las funciones mentales como procesos cerebrales íntimamente relacionados entre sí con la finalidad de generar una respuesta fisiológica, física, psicológica o social, a las situaciones que se le presentan, es decir que permiten la relación del sujeto con el ambiente.

2.4.1. Atención

2.4.2. Definición.

La atención es una de las funciones mentales básicas, que permite que el ser humano se relacione con su entorno, y con las demás personas. En este sentido podemos tomar la definición de William James (1890) en la que expresa que la atención

...es la toma de posesión de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios simultáneamente posibles objetos o trenes de pensamiento. Focalización, concentración de la conciencia son su esencia. Implica la retirada de algunas cosas con el fin de hacer frente eficazmente a las demás, y es una condición que tiene un verdadero opuesto en el estado mental de despiste, confusión y aturdimiento

Para Posner y Bourke en 1999 (como se cita en Benedet, 2002) la atención es “la selección de información para el procesamiento y la acción consciente, así como el mantenimiento del estado de alerta requerido para el procesamiento de la información”

Portellano (2005) ofrece una definición de atención en la que expresa que se encarga “de realizar el proceso de selección de la información dentro del sistema nervioso, siendo el

elemento fundamental que articula todos los procesos cognitivos...consiste en la focalización selectiva hacia un determinado estímulo, filtrando, desechando e inhibiendo las informaciones no deseadas”. Y en 2014 Portellano y García vuelven a definir a la atención como “el mecanismo de acceso para llevar a cabo cualquier actividad mental, la antesala de la cognición, y funciona como un sistema de filtro capaz de seleccionar, priorizar, procesar y supervisar informaciones”.

A partir de estas definiciones, se puede decir que la atención es la capacidad de discriminar entre diversos estímulos, y otorgarles jerarquía, para que de esta manera el sujeto pueda concentrarse en el estímulo con mayor fuerza, y desechar la información que no es necesaria en ese momento, para que así la persona sea capaz de llevar a cabo cualquier actividad, ya sea física o mental.

2.4.3. Tipos de atención.

2.4.3.1. Atención pasiva.

La persona no se encuentra dirigiendo su atención a un estímulo concreto, además de que no se ve involucrado su interés, o motivación por conseguir una finalidad, en este sentido se puede tomar a la alerta pasiva como un estado en el que la persona está recibiendo constante información de sus procesos fisiológicos y de su ambiente, pero no dirige activamente su atención a ningún estímulo en particular (Portellano y García, 2014).

2.4.3.1.1. Estado de alerta.

Se puede considerar al estado de alerta como el nivel más básico de atención, ordenado jerárquicamente este estado sería el primer nivel, esto debido a que es un estado en el que la persona se encuentra despierta, recibiendo información inexacta o inespecífica de su entorno y de sus procesos internos. Este estado se puede comparar con los artefactos

eléctricos, puesto que sin importar cuál sea su utilidad este solo funcionará si esta encendido, el primer nivel jerárquico de atención o estado de alerta se subdivide en:

2.4.3.1.1.1. Alerta fásica.

Permite que se dé una respuesta rápida ante estímulos que aparecen de manera sorpresiva o a estímulos inusuales, y además está asociada a la respuesta de orientación, que es la primera en activarse ante estímulos inusuales, sorpresivos o novedosos, para que de esta manera se pueda centrar la atención al origen del estímulo.

2.4.3.1.1.2. Alerta tónica.

Este tipo de alerta se puede entender como el nivel mínimo de activación que requiere el organismo para mantener o dirigir la atención en tareas o situaciones que demanden de largos periodos de concentración, este nivel de activación requiere que el organismo realice cambios para poder procesar la información. La alerta tónica es la base o el cimiento para que puedan realizar tareas de atención sostenida y focalizada, así un ejemplo de alerta tónica son las tareas de ejecución continua, como la vigilancia de cámaras de seguridad (Portellano y García, 2014).

2.4.3.1.2. Respuesta de orientación.

La respuesta de orientación se encuentra ligada a la alerta fásica, para poder ejercer una respuesta rápida ante estímulos inesperados, la respuesta de orientación es la que permite tener establecida conciencia de uno mismo nivel de activación, esto para poder generar un reconocimiento en el tiempo y el espacio, es decir que está encargado de la relación de la persona con su entorno, pero también con sus procesos internos, de allí que se considera la orientación autopsíquica y alopsíquica, este tipo de respuesta aparece o se activa cuando los estímulos aparecen de manera brusca, sorpresiva, o inesperada. Portellano y García (2014)

mencionan que “El reflejo de orientación implica cambios somáticos y neurovegetativos que preparan al sujeto para la acción. La respuesta de orientación se relaciona con una activación de los circuitos corticales tálamo-frontales”.

2.4.3.2. Atención activa.

En este tipo de atención entran en juego las motivaciones, el interés o un fin personal que la persona quiere alcanzar, puesto que dirige de manera voluntaria y consciente su atención a un determinado estímulo o estímulos.

Existen diferentes tipos de atención, los cuales tienen una organización jerárquica, puesto que van desde los niveles más básicos de atención hasta los más complejos, en este sentido se debe mencionar que la atención focalizada constituye el nivel más elemental, mientras que la atención dividida se propone como el nivel más complejo, esto debido que para poder hacer uso de dicho tipo de atención es indispensable primero haber desarrollado y entrenado los tipos de atención que le anteceden. De esta manera a continuación se explican los 5 tipos o niveles de atención:

2.4.3.2.1. Atención focalizada.

Este tipo de atención hace referencia a la capacidad que tiene una persona para centrar su atención a un sólo estímulo, ignorando los estímulos irrelevantes o ambientales, es decir que su capacidad de filtrar la información está conservada, puesto que los estímulos distractores, no desenfocan su atención del estímulo principal al que se ha dirigido la atención. Los estímulos pueden ser auditivos, visuales o táctiles, es importante que las personas con problemas atencionales no serán capaces de discriminar los estímulos y centrarse en una sola fuente de información, es decir que se distraerán con facilidad ante estímulos ambientales (Ardila y Ostrosky, 2012).

2.4.3.2.2. *Atención sostenida.*

Este tipo de atención es caracterizada por el hecho de realizar tareas en periodos de tiempo que son largos, en este sentido se entiende que la característica de este tipo de atención es el lapso prolongado durante el cual se mantiene una respuesta de tipo conductual, y que las tareas que se realizan son de carácter repetitivo y continuó. Además, se debe recalcar que existen tareas de atención sostenida que demandan más de un estado de alerta o vigilancia y escasas o pocas respuestas (Ardila y Ostrosky, 2012).

2.4.3.2.3. *Atención selectiva.*

La selección de estímulos determinados sobre señales distractoras que se presentan juntos, es la característica principal de la atención sostenida. Explicada de otra manera se puede expresar que la atención selectiva es la capacidad de escoger un determinado estímulo de un conjunto de los mismos, así la persona filtra la información escogiendo la más relevante del ambiente, y descartando la demás información, esto el fin de alcanzar una meta. Un ejemplo claro de cómo se pone en marcha y se pone en funcionamiento la atención selectiva son las pruebas de cancelación en las que se debe marcar un estímulo específico de un conjunto de distracciones (Portellano, 2005).

2.4.3.2.4. *Atención alternante.*

Es un tipo de atención en cual se realizan tareas de forma turnada, razón por la cual la persona necesita controlar la información que es recibida de su entorno, para poder generar la respuesta adecuada, en otras palabras, obedece al cambio del foco atencional entre diversas tareas las cuales demanda diferentes tipos de respuestas cognitivas y conductuales, la persona deberá filtrar la información de una manera selectiva (Ardila y Ostrosky, 2012). En el diario vivir se puede observar que este tipo de atención es muy utilizada, ya que las personas deben

cambiar su foco atencional ante diversas tareas, por ejemplo, estar cocinando y moverse a contestar el teléfono, o dirigirse a atender un llamado a la puerta.

2.4.3.2.5. *Atención dividida.*

La capacidad de generar varias respuestas a múltiples impulsos nerviosos se denomina atención dividida, por lo general entra en acción cuando existe más de un estímulo fuerte, sin embargo es importante entender que aunque se puede generar respuestas a más de una señal de manera simultánea, esta capacidad estará limitada por la cantidad de las mismas, puesto que a mayor cantidad de estímulos estos necesitarán de igual número de respuestas, razón por la cual la ejecución de respuesta se verá reducida (Ardila y Ostrosky, 2012). Así mismo la capacidad de dividir la atención está ligada a que tan mecánica o automática sea una de las tareas que se está realizando por ejemplo el conducir y hablar con un pasajero se ve limitada por el nivel de automatismo que la persona tiene al conducir.

2.4.4. Bases neuropsicológicas de la atención.

Son varias las estructuras involucradas en el proceso atencional, ya que desde el inicio de dicho proceso que empieza en tallo encefálico y termina en la corteza cerebral, deberá pasar por estructuras que permitirán que se dé un adecuado proceso atencional. Al hablar de los niveles jerárquicos de atención es importante mencionar que los niveles o formas básicas tendrán su procesamiento en las estructuras basales, mientras que los niveles más complejos serán procesados en el neocórtex, esto debido a que se integran más elementos, entre ellos la voluntad, motivación y propósitos. Las estructuras neuroanatómicas involucradas en la atención se dividen en dos grupos: extracorticales y corticales.

2.4.4.1. Estructuras extracorticales.

2.4.4.1.1. Formación reticular.

En la vida cotidiana es necesario que cada persona tenga un cierto nivel de activación, el cual le permite estar alerta, lo que permite que procesos como la cognición, percepción y movimiento se realicen, a su vez este nivel de alerta está regido por la formación reticular, dicho sistema se divide en SARA Sistema Activador Reticular Ascendente, y SARD Sistema Activador Reticular Descendente, estos sistemas presentan estructuras a nivel del tálamo, y tronco encefálico, que son los encargados de funciones tales como control del dolor, regir el ciclo circadiano, mantener el estado de alerta, y funciones (García de la Rocha, 2007). El control del estado de alerta es esencial para los procesos de atención pasiva, además de esto se debe recalcar que el estado de alerta fásica y tónica dependen de la formación reticular.

Al referirnos a la atención, el sistema reticular ascendente es el que toma mayor protagonismo, esto debido a que la atención más básica requiere que el organismo presente un nivel de activación para poder receptor los estímulos que se le presenten. La formación reticular se encuentra al nivel del tronco cerebral mesencefálico, esta formación está compuesta por células las cuales forman una red, estas mismas células tienen conexiones con diversas áreas del córtex, el SARA juega un papel fundamental en el proceso de la atención, ya que es el que permite mantener al organismo específicamente al cerebro, en un estado de activación, es decir que ejerce influencia excitadora sobre el cerebro, además de regular su actividad, en este sentido se puede decir, que, el SARA mantiene al cerebro en un estado permanente de atención, el SARA es resultado de la formación reticular y también de aferencias no especificadas, las cuales a medida que ascienden por el núcleo intralaminar del tálamo se dirigirán a diversas áreas del cerebro, en su gran mayoría a la corteza (Ardila y Ostrosky, 2012).

Los estímulos sensoriales son los que rigen la actividad del SARA, razón por la cual a medida que estos estímulos ascienden por el tronco cerebral, y se aproximan al tálamo ciertas aferencias ingresan a la formación reticular, para posteriormente ser direccionadas a la diferentes áreas de la corteza, esto sugiere que los estímulos sensoriales afectan a la corteza de dos formas, una que es directa de la formación reticular, y la segunda que es un plus de las vías de activación no específicas que están relacionadas con el SARA (Ardila y Ostrosky, 2012).

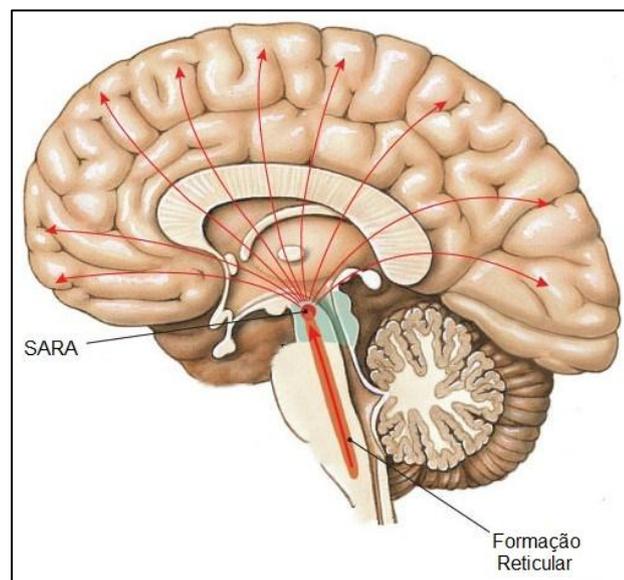


Figura 2: SARA en la formación reticular. Fuente: ABC Da Medicina (2016).

2.4.4.1.2. Tálamo.

Al encontrarse en el centro del cerebro el tálamo es una estructura de suma importancia, ya que, por el pasa aferencias y eferencias del cerebro, además de esto permite la identificación del tipo e intensidad de estímulo que se está recibiendo. Además, el tálamo permite que se direccionen de manera adecuada los estímulos a las vías o canales correspondientes, así mismo gracias a las formaciones reticulares que posee permite que se regule la intensidad de los estímulos (Portellano 2005).

Dentro del tálamo encontramos el núcleo pulvinar, que según Ardila y Ostrosky (2012) contribuye a que se seleccione o filtre los estímulos que la persona recibe, así de esta manera la información más relevante se procesa, los autores además mencionan que al tálamo llegan estímulos de casi todos los sentidos razón por cual, aquí se realizan relevos, para ser enviados a las diferentes áreas del cerebro.

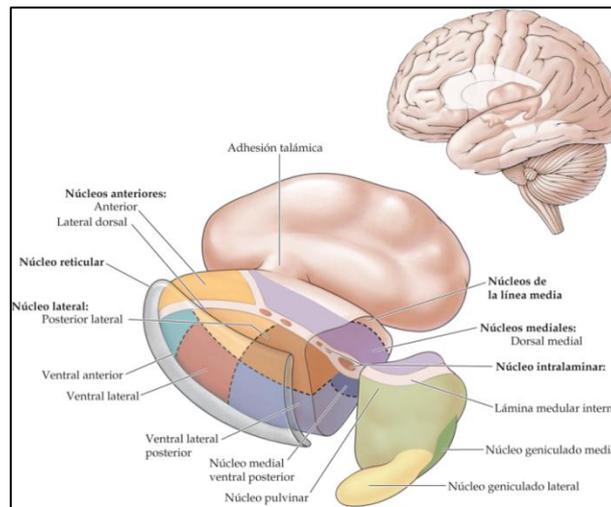


Figura 3: Tálamo. Fuente: McGraw-Hill Global Education Holdings.

2.4.4.1.3. Ganglios basales.

Rodeando al tálamo se encuentran estructuras subcorticales, estas estructuras son el putamen, el globo pálido y el núcleo caudado. Estas estructuras se dividen en dos grupos, uno aferente y otro eferente, el cuerpo estriado que se encuentra conformado por el núcleo caudado y el putamen representan al grupo aferente, el núcleo intralaminar ingresa con una vía excitadora al estriado razón por la cual se considera que el estriado está integrando la vía tálamo-cortical no específica, y que se encuentra relacionada con la formación reticular, en la atención selectiva el estriado juega un papel importante, ya que se encuentra regulando la información que hace relevo en el tálamo antes de pasar a la corteza. Ardila y Ostrosky (2012) expresan que un sujeto normal, recibe dos tipos de impulso durante la percepción “Un tipo llega a través de la proyección tálamo-cortical de las diferentes vías sensoriales, el otro

del circuito no específico a través de los ganglios basales. Este segundo tipo de impulso determina el grado de alerta”.

Por su parte el globo pálido, viene a conformar la parte eferente de los ganglios basales, esta estructura ejerce un impulso excitador en las áreas premotoras anteriores a la corteza motora primaria, la orientación motora de estímulos se realiza en gran parte al globo pálido, se puede decir que, su función más importante es la de la orientación espacial de estímulos, esta misma función puede ser bloqueada por el putamen, debido a sus proyecciones (Ardila y Ostrosky, 2012).

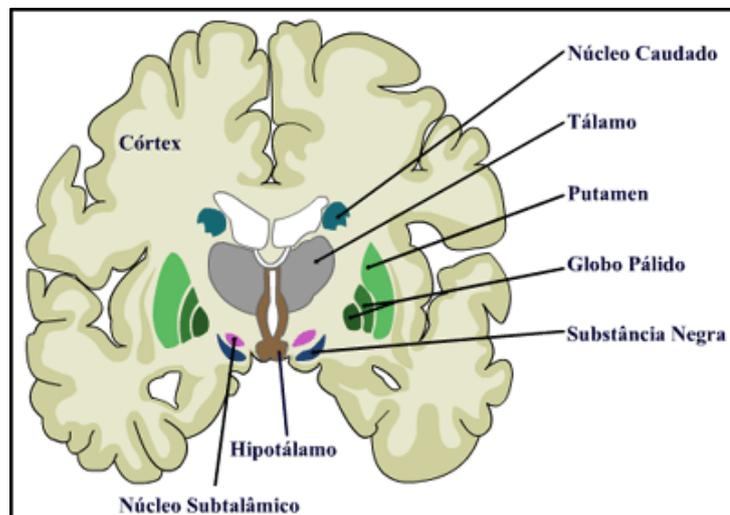


Figura 4: ganglios basales. Fuente: Fandom.

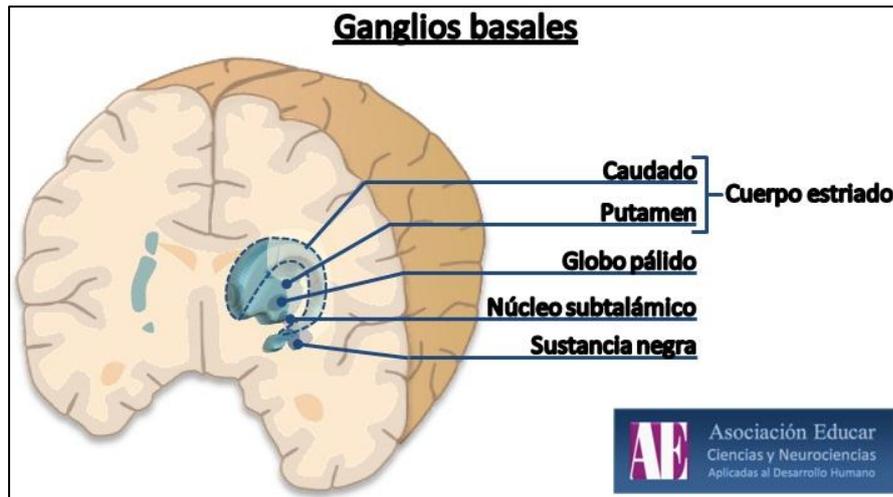


Figura 5: ganglios basales, cuerpo estriado. Fuente: Maricruz Pérez (2017).

2.4.4.1.4. Cíngulo.

Posterior a la activación de la alerta, la orientación hacia estímulos que aparecen repentinamente, y la selección de estímulos el filtrar información para ser procesada, es importante que el organismo integre todos estos procesos con las emociones para escoger de manera adecuada la respuesta, la función del cíngulo se encarga de dicha integración, además de esto el cíngulo es un punto de conexión entre las regiones corticales y subcorticales.

Según Portellano y García en 2014, la información que ingresa al organismo para ser procesada debe recorrer por el tronco encefálico, pasar hacia el tálamo, seguir por el cíngulo para llegar a la corteza cerebral, en este recorrido el cíngulo realiza dos funciones, la primera es generar respuestas a los estímulos que se recibe, ya que el cíngulo contiene al área motora suplementaria que permite que se programen las actividades motoras, su segunda está dirigida a participar en el cambio del foco atencional, dotando al organismo de la adecuada fluidez.

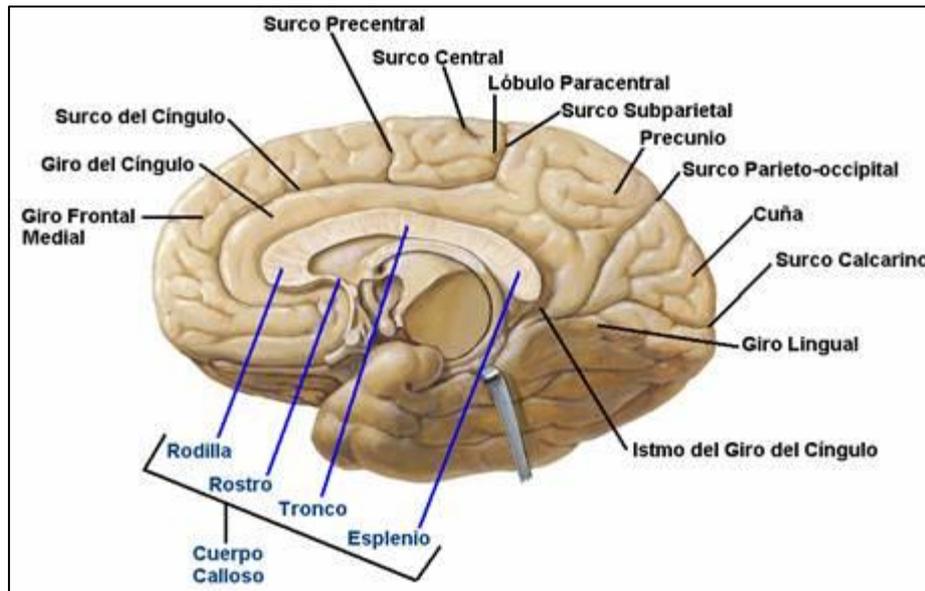


Figura 6: Cíngulo. Fuente: Textos y resúmenes de psicología.

2.4.4.1.5. Sistema límbico.

Los estímulos emocionales activan al sistema límbico que genera una respuesta fisiológica, esto debido a que el sistema límbico se encuentra en una interacción constante con el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino, dicho sistema se encuentra constituido por “núcleos del tálamo, el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala cerebral, el cuerpo calloso, el septum y el mesencéfalo” (Portellano y García, 2014).

La evaluación de las emociones como positivas o negativas, así como la regulación de las necesidades básicas, y además generar la carga emocional en la memoria, son funciones del sistema límbico, en lo que se refiere a la atención su función esta direccionada más a lo que es la detección y búsqueda de estímulos.

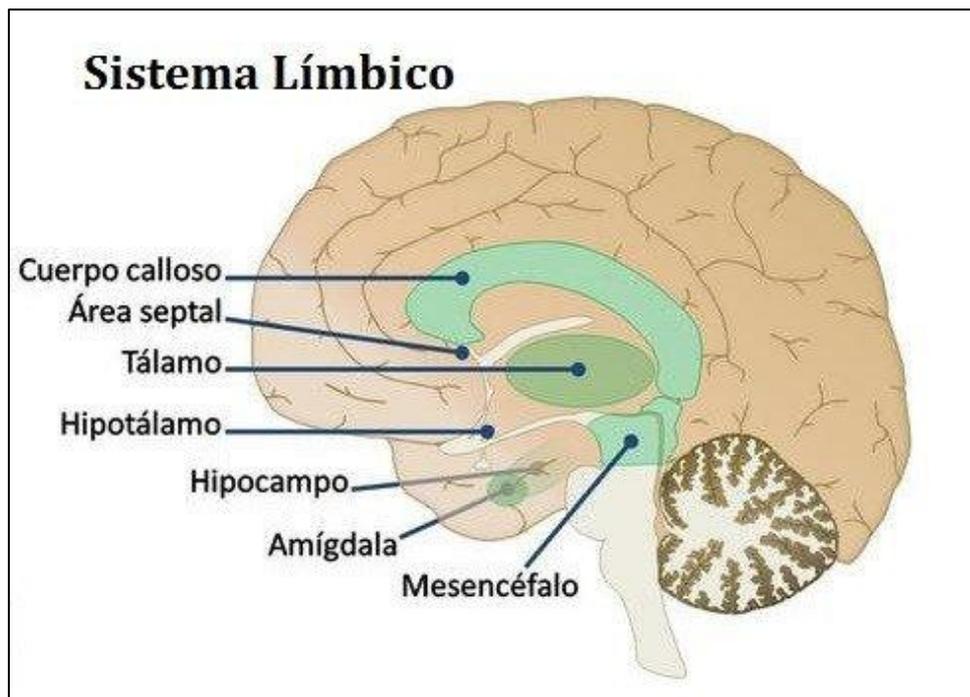


Figura 7: sistema límbico. Fuente: Adrián Triglia.

2.4.4.2. Estructuras corticales.

Se entiende por estructuras corticales a los 4 lóbulos que conforman el neocórtex, pero dentro de la atención los lóbulos que más destacan son el parietal y el frontal.

2.4.4.2.1. Áreas posteriores de la corteza.

El monitoreo continuo que se realiza a la estimulación permite el análisis de la información, aun cuando la persona realice una actividad de manera automática este monitoreo se realiza por las áreas posteriores de la corteza, puesto que las áreas de la corteza posterior hasta la cisura central que presentan conexiones o proyecciones con los sentidos de la vista y el oído permiten el monitoreo continuo de los estímulos y permiten la detección de los cambios en el ambiente.

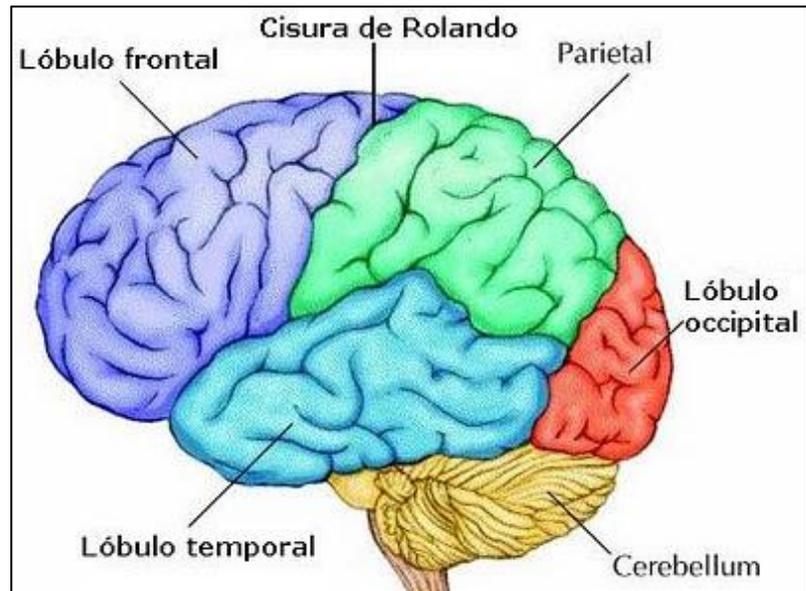


Figura 8: Área posterior del cerebro. Fuente: Neuroscience Leonie Kausel.

2.4.4.2.2. Sistema activador reticular descendente.

El neocórtex permite la regulación del nivel de activación de la formación reticular, esta función dependerá de las conexiones que existen entre el neocórtex y el Sistema Activador Reticular Descendente, estas conexiones tienen un recorrido inverso al SARA, ya que desciende desde la corteza prefrontal medial y orbitaria hacia el tálamo y posteriormente al tronco cerebral. Gracias a estas conexiones o fibras se forma un sistema el cual permite a los niveles de la corteza con mayor jerarquía y que participan en la formulación de planes reclutar a los niveles inferiores.

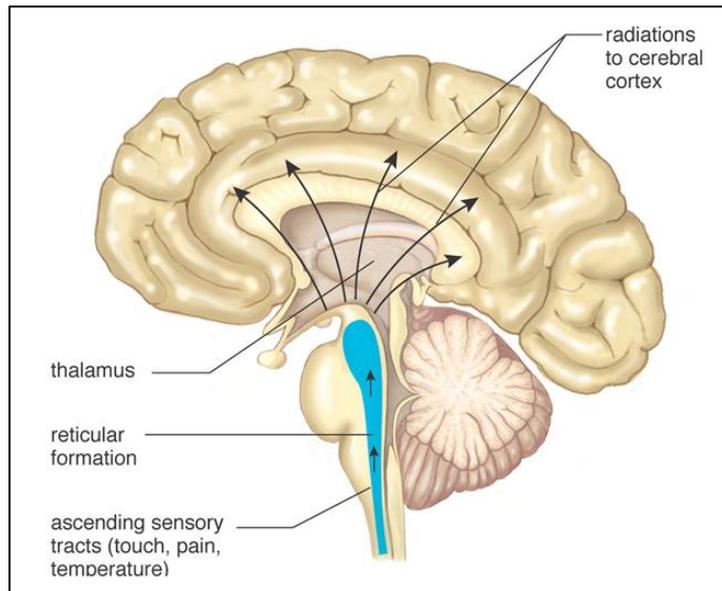


Figura 9: Sistema reticular descendente. Fuente: ABC Da Medicina (2016).

2.4.4.2.3. *Lóbulo parietal.*

El lóbulo parietal como se expresó anteriormente juega un papel importante en la orientación espacial, además de direccionar los recursos atencionales aun estímulo o tarea en particular, la parte posterior del lóbulo parietal incrementa su número de células cuando la atención está dirigida a un objeto o estímulo visual (Ardila y Ostrosky, 2012).

Según Portellano y García en 2014 el lóbulo parietal tiene diversas, y al hablar de la actividad que este tiene en la atención explican que, sus funciones son diversas, entre ellas destacan la orientación espacial, así como la localización espacial de los estímulos ya que prepara los mapas sensoriales para la identificación del estímulo, es capaz de generar una representación del exterior basada en la trayectoria de los estímulos. Los mismos autores manifiestan la existencia de una asimetría entre los lóbulos parietal izquierdo y derecho, ya que cuando se dirige la atención al campo visual izquierdo se activa con mayor intensidad la corteza parietal derecha, mientras que la corteza izquierda y derecha se activan en igual magnitud cuando la atención se dirige al campo visual derecho “según se pone de manifiesto en el síndrome de heminegligencia. El lóbulo parietal proporciona un mapa interno del

mundo exterior y es el responsable del cambio del foco atencional, así como el mantenimiento de la atención” (Portellano y García, 2014).

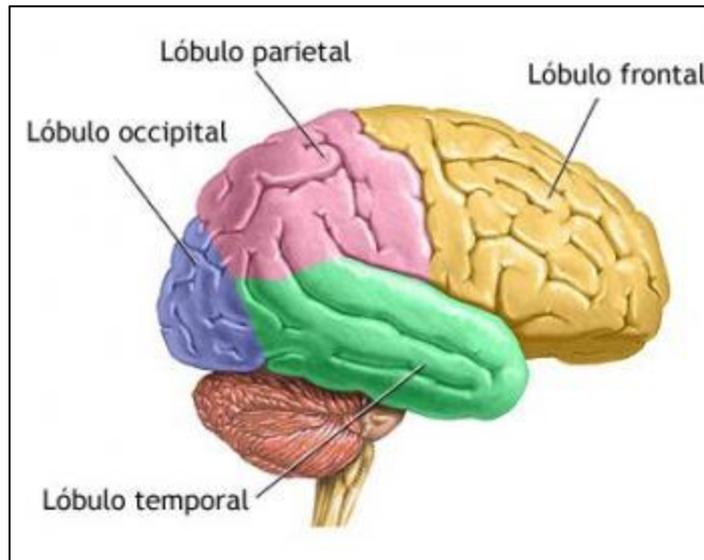


Figura 10: Lóbulo parietal. Fuente: Neuroscience Leonie Kausel.

2.4.4.2.4. Lóbulo frontal.

El lóbulo frontal, específicamente el área prefrontal es el responsable del control de los procesos atencionales, esta área es el final del recorrido de cualquier proceso atencional voluntario, además es el que más significación cognitiva le otorga a la atención. “La corteza frontal dispone de los planos que contienen las secuencias motoras que son necesarias para moverse entre los objetos percibidos” (Portellano y García, 2014).

Las funciones que realiza el área prefrontal en el proceso de la atención son:

- Rige a la atención focalizada y sostenida.
- Permite que la atención se dirija hacia un sólo estímulo, ignorando los estímulos distractores que pueden interrumpir la tarea en cuestión.
- Permite que se active una mayor respuesta atencional cuando se realizan tareas novedosas, extrañas o desconocidas.

- Colabora en la respuesta ejecutiva, para coordinar el bucle fonológico con la agenda viso-espacial.
- Regular las actividades que requieren planificación, flexibilidad y control inhibitorio, participando en la gestión de la atención dividida y alternante.

Permite que las tareas que requieren atención visual se realicen, ya que controla los movimientos sacádicos de los ojos.

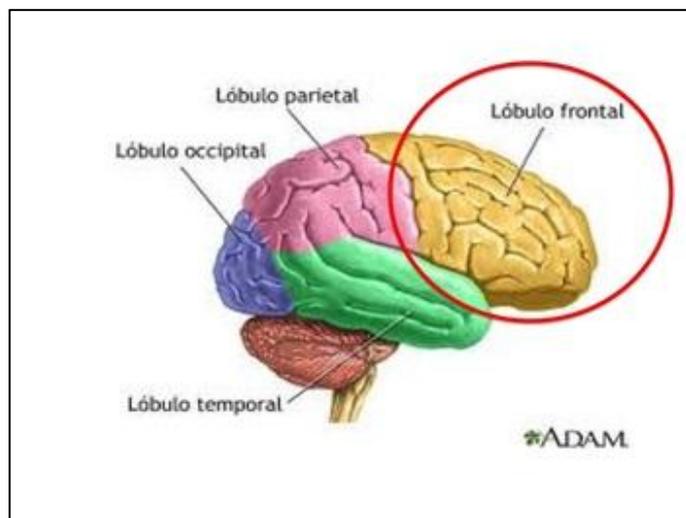


Figura 11: Lóbulo frontal. Fuente: Neuroscience Leonie Kausel.

2.4.5. Modelos neuropsicológicos en atención.

No existe una teoría universal sobre la atención. Es por esta razón que en la actualidad existen al menos 13 modelos explicativos sobre la atención (Fernández, 2014). Pero gracias a todos los aportes de las neurociencias, en la actualidad contamos con modelos multidimensionales que son aceptados por la comunidad científica, y que permiten explicar el proceso de la atención.

Tabla 5

Modelos neuropsicológicos de atención.

| Modelos neuropsicológicos en atención | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autores | Propuesta | Características |
| Broadbent | Selección de estímulos | La información se procesa a través de filtros, que envían la información procesada a la memoria a corto plazo, y la información guardada con anterioridad pasa a la memoria a largo plazo. |
| Norman y Shallice | Dos modalidades de análisis perceptivo | La información llega a la base de datos atencional y es procesada por el programa de arbitraje o contención, y por el Supervisor de Atención (SAS), este es el que controla y planifica la respuesta, y activa esquemas para las respuestas como el esquema auditivo para contestar el teléfono. |
| Stuss y Benson | Atención por un sistema de estructuras frontales, diencefálicas y del tronco encefálico | Sistema reticular activador ascendente: alerta tónica Sistema de proyección talámica: participa en los cambios físicos. Sistema fronto-talámico: dirige la atención de modo selectivo. |
| Mesulam | La atención tiene 4 componentes | Sistema reticular: nivel de alerta y vigilancia. Sistema límbico y giro cingulado: motivaciones para la atención. Sistema frontal: programas motores. Sistema parietal: representación en el mapa sensorial. |
| Postner y Petersen | Atención compuesta redes atencionales | Red Atencional Posterior: dirige la atención a un lugar espacial determinado (Orientación). Red atencional de Vigilancia y/o Alerta: mantiene al organismo en un estado para la detección de estímulos (alerta). Red atencional Anterior: control voluntario en la detección de estímulos (control ejecutivo). |
| Sohlberg y Mateer | 6 niveles jerárquicos de atención | Arousal: estado de alerta Atención focal: se fija en estímulos auditivos, visuales o táctiles, no se valora el tiempo. Atención sostenida: Mantener la atención por periodos largos de tiempo. Atención selectiva: discriminar entre estímulos distractores. Atención alternante: cambio del foco atencional. Atención dividida: generar varias respuestas a diversos estímulos simultáneamente. |

Nota: Elaborada por el autor

2.4.5.1. Modelo de Postner y Petersen.

Desde el punto de vista neuropsicológico, se trata de explicar cómo se realiza el proceso atencional en el cerebro humano, sin embargo hasta la actualidad no existe un consenso, el cual permita generar un mapa cerebral de dicho proceso, sin embargo Posner y Petersen establecen un modelo neuropsicológico en el cual se pone de manifiesto la existencia de tres sistemas o redes atencionales, estas redes tienen funciones específicas y muy diferenciadas, sin embargo la alteración de una de estas redes puede llegar a afectar la función de las otras redes o sistemas. De una manera sencilla las tres redes son explicadas de la siguiente manera: 1) Red atencional posterior o de orientación, 2) red de vigilancia o alerta, y 3) red anterior o de control ejecutivo.

2.4.5.1.1. Red Atencional Posterior.

También llamada red de orientación, la red atencional posterior está relacionada con la espacialidad, puesto que permite a la persona localizar dentro de su campo visual un espacio determinado donde aparece un estímulo objetivo, debido que dicho estímulo aparece de manera sorpresiva, novedosa o abrupta, la localización de los estímulos en el espacio está controlada y regida por las funciones visual, auditiva y somática (Castillo y Paternina, 2006) (Funes y Lupiáñez, 2003) (Peña, 2007).

Castillo y Paternina (2006) expresan que, para la localización de un estímulo en el espacio, es necesario realizar tres operaciones, la primera es el desenganche entendiéndose como el retiro de la atención aun estímulo objetivo al que se la estaba dirigiendo, luego pasa al movimiento en donde la persona desplaza su campo visual a un nuevo espacio, finalmente se llega al enganche en donde la persona centra su atención y dirige su campo visual al nuevo estímulo objetivo.

Una de las formas que se han utilizado para la evaluación del sistema de orientación es la aparición de señales intensas, en posibles lugares en donde fue presentada previamente una señal, en este marco de estudio se encontró que las personas son más rápidas cuando la señal aparece en el mismo lugar en que fue presentada previamente. De esta manera se puede mencionar que la previa orientación de la atención (en los ensayos) permite aumentar la percepción y la velocidad de procesamiento, algunos autores mencionan que lo curioso de este tipo de evaluación es que las personas mantienen la atención orientada al lugar previo donde apareció el estímulo, aunque este no aparezca allí.

Castillo y Paternina (2006), Funes y Lupiáñez (2003) y Peña (2007) coinciden que las estructuras neuroanatómicas implicadas en este sistema o red atencional son: el lóbulo parietal posterior, colículos superiores, áreas talámicas como núcleo pulvinar y tálamo. Cada una de las estructuras mencionadas tienen una participación importante en lo que se refiere a la orientación visual del estímulo, así el 1) lóbulo parietal posterior es el encargado de la información espacial, en los 2) colículos superiores o tubérculos cuadrigéminos se generan representaciones o mapas sensoriales visuales, auditivos y somato sensoriales, además esta estructura es la encargada de controlar los movimientos del cuello, ojos, cabeza y tronco se relacionan con los estímulos, gracias a esta función se puede pasar de una modalidad de estímulo a otra para la localización espacial del objetivo, finalmente 3) el núcleo pulvinar permite filtrar la información espacial distractora del lado contralateral, las lesiones en esta estructura causaran que las respuestas a los estímulos contralaterales sean lentas (Peña, 2007).

Asociando las funciones de cada estructura neuroanatómicas de la red atencional posterior con los tres procesos para la orientación del estímulo podemos decir que, el lóbulo parietal posterior es el que desconecta la atención del objetivo previo, los tubérculos

cuadrigéminos permite el movimiento del cuerpo y del campo visual hacia el nuevo objetivo, mientras que el pulvinar bloquea el ingreso de información innecesaria.

2.4.5.1.2. *Red atencional de Vigilancia y/o Alerta.*

El primer sistema atencional en desarrollarse y comenzar a funcionar es el sistema de vigilancia, este entra en funcionamiento en edades tempranas, puesto que desde el nacimiento los sujetos presentan un nivel de alerta.

Para poder generar una respuesta es necesario tener un estado de activación, o alerta, el sistema atencional de vigilancia es el encargado de generar aquel estado que permite a la persona presentar el nivel necesario de alerta para poder generar respuestas ante estímulos inesperados. Este sistema atencional ha sido asociado a la alerta fásica, esto debido a que se debe generar una respuesta inmediata ante estímulos inesperados, y a su vez esta red atencional también ha sido relacionada con la alerta tónica, por el motivo de que se debe mantener un estado de activación para la realización de tareas que demanda largos periodos de tiempo.

La asociación que se le atribuye a este sistema con la atención fásica se genera debido a que las personas presentan un grado de preparación para una respuesta rápida cuando existen señales de alerta de un estímulo, durante este proceso se generan cambios en el cerebro, y el más importante es el boqueo de la red atencional anterior, esto se debe a que la red atencional anterior se encarga de la atención voluntaria, y en situaciones en las que parece un estímulo de manera inesperada no es necesario presentar una atención voluntaria para generar una respuesta, es importante mencionar que las personas reaccionan con mayor rapidez cuando existen señales que alertan de un estímulo, sin embargo la rapidez de respuesta genera imprecisión en el resultado, es decir que se comete más errores (Castillo y Paternina, 2006) (Funes y Lupiáñez, 2003).

La relación con la atención tónica se basa en la realización de tareas que requieren de largos periodos de tiempo. En la alerta tónica también el sistema de vigilia genera cambios en el organismo, puesto que al encontrarse realizando tareas de larga duración, el ritmo cardiaco disminuye mientras aumenta el flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, lo que permite una detección de estímulos más rápida, aunque también genera que se cometan más errores, puesto que lo que se aumenta es la velocidad de acciones (Castillo y Paternina, 2006).

Castillo y Paternina (2006) concuerdan con Funes y Lupiáñez (2003) en que las estructuras implicadas en el sistema de vigilia se encuentran lateralizadas en el hemisferio derecho, estas estructuras son las neuronas de norepinefrina del locus coeruleus que se proyectan hacia el lóbulo frontal y parietal. Postner y Petersen (1990) mencionan que la norepinefrina es la encargada de mantener en estado de alerta a la persona, así mismo mencionan que cuando la persona se encuentra en estado de alerta el flujo sanguíneo hacia el lóbulo frontal derecho aumenta y contribuye a mantener el estado de alerta, puesto que lesiones en esta área generan disminución en el estado de alerta.

Además de las estructuras mencionadas, Peña (2007) expresa que el estar despiertos es encontrarse en el estado de alerta, y que, frente al sueño, un sistema de estructuras mediales hace posible el estado de alerta, las estructuras neuroanatómicas que conformarían este sistema son: el sistema reticular ascendente, el cual tiene su origen en núcleos del tronco encefálico y el tálamo, y se encuentra regulado por el sistema límbico y el neocórtex.

2.4.5.1.3. *Red atencional Anterior.*

Esta red se caracteriza por poder dirigir y focalizar la atención de manera voluntaria ante un estímulo determinado el cual ha sido localizado de manera espacial por la red de orientación o red posterior. También se le llama red de ejecución debido a en ella entra en juego el alcanzar una meta o fin, esto debido a que se encarga de reconocer el estímulo u

objeto con sus características, y con esto también la identificación de la serie de procesos que son necesarios para la utilización de dicho estímulo como por ejemplo abrir una botella de agua, el nombre de red de ejecución también es atribuido debido a que en ella se genera el procesamiento de las situaciones que requieran planificación, evaluación, y elaboración de respuestas que permitan solucionar situaciones, esta red además tiene la función de control, la cual permite un adecuado procesamiento de las emociones y del pensamiento (gracias a las conexiones límbicas y prefrontales que posee), lo cual genera que en situaciones sociales no aparezcan conductas desadaptativas (Castillo y Paternina, 2006) (Funes y Lupiáñez, 2003).

Según Funes y Lupiáñez (2003) la manera más usada para la evaluación de esta red atencional es la prueba de Stroop, esto debido a que es una prueba de tipo estímulo respuesta, donde existen dos estímulos, uno que es el estímulo objetivo y los demás que son distractores, en donde la persona debe centrarse en el estímulo objetivo e ignorar los estímulos distractores, para poder realizar esta correcta selección e identificación del estímulo objetivo es necesario que se ponga la participación del sistema atencional anterior.

El hablar de las estructuras neuroanatómicas que forman la red atencional anterior o de ejecución que permiten la función de control de las emociones y de pensamientos, se debe tener en cuenta que estas son: el giro cingulado y la corteza prefrontal dorsolateral izquierda, esto debido a que estas estructuras presentan conexiones con áreas de percepción visual y auditivo, así como con estructuras frontales que se encargan de la memoria de trabajo (Castillo y Paternina, 2006) (Funes y Lupiáñez, 2003).

Por su parte Peña (2007) menciona que las estructuras que forman la red de ejecución son las “áreas de asociación parietales, áreas de asociación prefrontales y las cortezas límbicas”. Las áreas de asociación parietal se encargan de la regulación de la atención sensorial, la corteza prefrontal será la que regule las acciones motoras y ejecutivas, al hablar

de las cortezas límbicas se hace referencia al giro cingulado el cual está relacionado con la motivación de la atención selectiva.

Por lo expuesto anteriormente se puede decir, que, la red atencional anterior es la que permite la correcta realización de tareas, que tienen un fin, esto debido a que la, misma red permite el reconocimiento de los estímulos y comienza la ejecución de procesos que permiten utilizar o dar una respuesta a dicho estímulo, además de permitir el control emocional y de pensamiento ante situaciones. Finalmente, la función de control permite que las conductas desadaptativas (conductas antisociales o agresivas) se vean reducidas en situaciones sociales gracias a un correcto control emocional y del pensamiento que esta red ejerce.

2.5. Hipótesis o supuestos

2.5.1. Hipótesis Alterna (H_i).

La depresión se relaciona con la atención.

2.5.2. Hipótesis Nula (H₀).

La depresión no se relaciona con la atención.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Nivel y tipo de investigación

El enfoque utilizado para esta investigación, obedece al paradigma cuantitativo, el cual utiliza técnicas, como test, escalas y baterías psicológicas para detectar el nivel de depresión en las personas de la tercera edad, así como afectaciones en la atención, al ser una medición controlada, hace un enfoque universalista de la depresión, así como de la atención, y va a un resultado final, es decir a una cantidad, a una estadística, que ya establece un resultado obedeciendo a la ciencia, con instrumentos hechos por expertos de la neuropsicología.

El estudio tendrá como base la utilización de recursos bibliográficos, así como la investigación de campo, esto debido a que se deberá recurrir tanto a libros, revistas, documentos científicos de diferentes autores, al igual que se realizará la investigación en el lugar de los acontecimientos, de una manera directiva acorde a la realidad actual de la población investigada, para así obtener mayor información que cumpla con los objetivos investigativos planteados.

La presente investigación obedece al tipo correlacional debido a que se utilizará la asociación de variables, lo que permitirá medir el nivel de relación que existe entre las variables estudiadas, de esta manera al final se podrá conocer si la depresión tiene relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS.

El diseño de la investigación es transversal debido a que se sitúa en un espacio de tiempo y lugar demográfico específico, sin realizar un seguimiento o estudio a lo largo del tiempo.

3.2. Selección del área o ámbito de estudio

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Parroquia: Atocha

Institución: IESS

3.3. Población

La presente investigación se centrará en el trabajo de los adultos mayores que tengan una edad de 60 años en adelante, se estima que se trabajará con una población de 90 adultos mayores.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión.

- Personas de 60 años en adelante.
- Asistentes al IESS.
- Grados de instrucción básica.

3.4.2. Criterios de exclusión.

- Diagnóstico previo de depresión y/o tratamiento.
- Diagnóstico de demencia.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Enfermedades de la glándula tiroides.
- Enfermedades catastróficas.
- Consumo de medicamentos para enfermedades catastróficas.

3.5. Diseño muestral

El diseño muestral usado en la investigación es de tipo no probabilístico, la población total está conformada por 287 personas, sin embargo, la muestra para el estadio se constituye de 90, las cuales fueron seleccionadas por los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Operacionalización de variables

Tabla 6

Operacionalización de Variables

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSIÓN | REACTIVO |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Depresión | “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” OMS (2017) | sin depresión | ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE (GDS). Presenta una confiabilidad de 0.86 y una validez de 0.91. (Kurlowicz, y Greenberg, 2007) |
| | | depresión leve | |
| | | depresión moderada | |
| | | depresión severa | |
| Atención | ...es la toma de posesión de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios simultáneamente posibles objetos o trenes de pensamiento. Focalización, concentración de la conciencia son su esencia. Implica la retirada de algunas cosas con el fin de hacer frente eficazmente a las demás, y es una condición que tiene un verdadero opuesto en el estado mental de despiste, confusión y aturdimiento (James,1890) | Normal | Instrumento de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI). Su confiabilidad es de entre 0.89 a 0.95. Mientras que su validez es de entre 0.91 y 0.95. (Ostrosky, Ardila, y Rosselli, 1994) |
| | | Alteración leve | |
| | | Alteración moderada | |
| | | Alteración severa | |

Nota: Descripción de la Operacionalización de las variables.

3.7. Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.

Para poder medir las variables de investigación se debe seguir un proceso ordenado, en el cual se tomarán en cuenta a los adultos mayores con que tengan 60 años o más que asistan al IESS. El proceso se llevará de la siguiente manera.

- Asistir al IESS para realizar la petición y autorización para el ingreso a dicha institución y realizar el proyecto.
- Una vez conseguido el permiso se realizará un listado de los sujetos que integrarán la población de trabajado en base a los criterios de inclusión y exclusión, para esto se revisaran las historias clínicas de las 287 personas, lo cual dará como resultado una muestra de 90 personas.
- Se socializará el proyecto de investigación con los adultos mayores y con el personal de la institución.
- Posteriormente se coordinará las fechas para la aplicación de reactivos psicológicos con el psicólogo de la institución.
- Se realizará un acercamiento con la población, esto con el fin de generar empatía y rapport para obtener información más verídica, este acercamiento se realizará por medio de dinámicas grupales.
- Se procederá a aplicar lo reactivos psicológicos a la población escogida.
- Se procederá a la calificación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos.
- Finalmente se socializará los resultados obtenidos en la investigación al personal de la institución y a la población.

Se procederá a explicar cómo se medirán cada una de las variables a estudiar en el presente proyecto de investigación.

3.7.1. Descripción de reactivos

3.7.1.1. Depresión.

Descripción Test de Yesavage.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento compuesto por 15 ítems, mismos que pueden ser respondidos de forma dicotómica (sí/no), es instrumento muy usado para la evaluación de depresión en personas de la tercera edad, los resultados de la escala, es decir la puntuación obtenida se clasifica dentro de una de las 4 categorías del baremo.

- Sin depresión: 0 – 4.
- Depresión leve: 5 – 8.
- Depresión moderada: 9 – 11.
- Depresión severa: 12 – 15.

Confiabilidad y validez.

La confiabilidad y validez de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se ha comprobado con diversos estudios dando como resultado, que se estime una confiabilidad de 0.86 y una validez de 0.81.

Autores.

Yesavage, Brink, Lun, HeerSena, Adey y Rose.

Año de publicación.

1993.

Tiempo de aplicación.

Se puede completar en 5 a 7 minutos.

3.7.1.2. Atención.

Descripción sub escala de atención NEUROPSI.

Es un instrumento neuropsicológico, está constituido principalmente por reactivos cortos y sencillos, los cuales han sido validados y adaptados para que puedan ser aplicados a todos los grupos etarios, así como también a grupos con problemas psiquiátricos.

El instrumento necesita de ciertas láminas para ser aplicado, además cuenta con un protocolo para poblaciones escolarizadas y otro para poblaciones con baja o escasa escolaridad. En lo que respecta a la subescala de atención, no se necesita de las tarjetas para ser aplicada.

Confiabilidad y validez.

Mediante estudios se ha logrado determinar que el NEUROPSI posee una confiabilidad de entre 0.89 a 0.95. Así como su validez ha sido estimada entre 0.91 y 0.95

Autores.

Ostrosky, Ardila, y Rosselli.

Año de publicación.

1994.

Tiempo de aplicación.

Aproximadamente 30 minutos. Mientras que la escala de atención se puede evaluar en un tiempo aproximado de 5 minutos.

3.8. Aspectos éticos

- **Consentimiento informado:** el proceso de informar a las personas sobre su participación, y lo que se realizará en el tema de investigación está fundamentado en su independencia, es decir que están en uso de sus capacidades facultativas para la participación en el estudio. Tal y como lo expresa el numeral 3 del art. 4 del Reglamento del Comité de Bioética e Investigación en seres Humanos en la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud
- **Consecuencias de la participación:** se identificarán y eliminarán o reducirán los riesgos que se pueden presentar esto en sentido de no superar y a los que estén expuestos los participantes de la investigación, para de esta manera garantizar la seguridad de los participantes, tal y como se expresó en el numeral 5 y 6 del art. 4 del Reglamento del Comité de Bioética e Investigación en seres Humanos en la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- **Confidencialidad de la información obtenida:** la información que se obtenga de las personas participantes será manejada bajo total secreto y confidencialidad, garantizando la protección de los derechos de las personas así como su libre elección a la participación del estudio, puesto que el numeral 4 del art. 4 Reglamento del Comité de Bioética e Investigación en seres Humanos en la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de

la Salud manifiesta la protección y confidencialidad de la información obtenida en las investigaciones.

- **Informe de resultados:** los resultados obtenidos en el estudio serán socializados para generar un beneficio tanto para los participantes, la institución y la región, así como lo establece el numeral 2 del art. 4 del Reglamento del Comité de Bioética e Investigación en seres Humanos en la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Además del Reglamento del Comité de Bioética e Investigación en seres Humanos en la Universidad Técnica de Ambato de la Facultad de Ciencias de la Salud, la carta magna del Ecuador establece artículos que amparan y protegen al adulto mayor, para que se respeten y cumplan sus derechos.

Los art. 36, 37 y 38 de la Constitución del Ecuador establecen que las personas de la tercera edad son un grupo de atención prioritaria, y garantiza su atención en el área de salud, para mantener una adecuada calidad de vida, además de esto establece que se deben desarrollar políticas y programas que contribuyan a su protección. Así como garantizar la dignidad de las personas de la tercera edad.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

4.1.1. Sexo.

Tabla 7

Población de estudio según su género

| Población por genero | | |
|----------------------|------------|------------|
| Genero | Frecuencia | Porcentaje |
| Mujer | 81 | 90% |
| Hombre | 9 | 10% |
| Total | 90 | 100% |

Análisis: El 100% de la población de estudio está conformada por 90 adultos mayores, de los cuales el 90% es decir 81 personas corresponden al género femenino, mientras que el 10% se encuentra representado por 9 hombres.

Tabla 8

Población de estudio según su rango de edad

| población de estudio por edad | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| Rango de edad | Frecuencia | Porcentaje |
| De 60 a 65 | 18 | 20,0% |
| De 66 a 70 | 33 | 36,7% |
| De 71 a 75 | 16 | 17,8% |
| De 76 a 80 | 16 | 17,8% |
| Más 81 | 7 | 7,8% |
| Total | 90 | 100% |

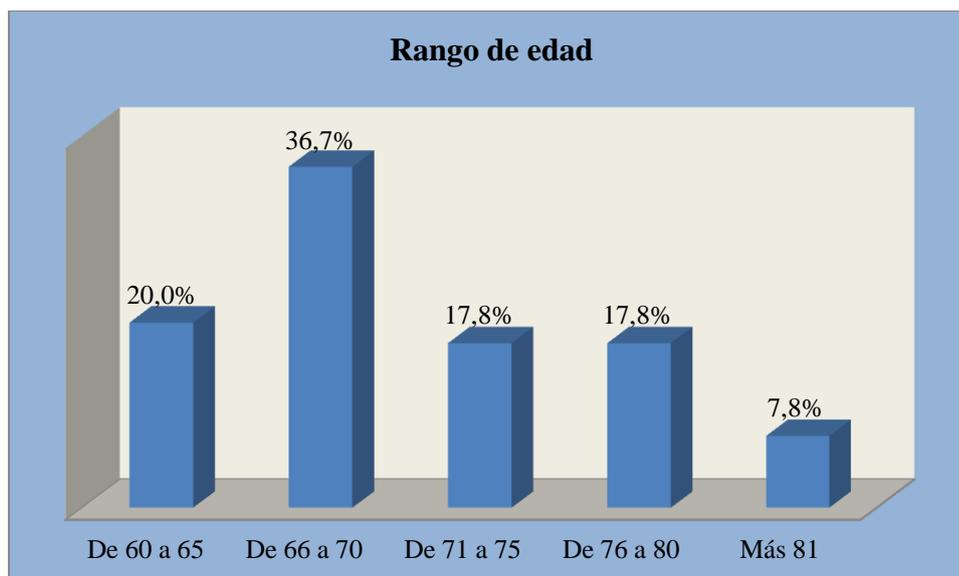


Figura 12: Población de estudio según su rango de edad.

Análisis e Interpretación: El total de la población estudiada se encuentra distribuida en rangos de edad de la siguiente manera. El 20% de la población, es decir 18 personas se encuentran en el rango de edad de entre 60 a 65 años de edad. El 36,7% representado por 33 personas se encuentran entre los 66 a 70 años. 16 personas comprenden el 17,8% y su edad se encuentra entre los 71 a 75 años, el mismo número de personas es decir 16 se encuentran entre los 76 a 80 años y representan otro 17,8%. Finalmente, el rango de edad que supera los 81 años se encuentra compuesto por 7 personas que equivalen al 7,8% de la población.

Tabla 9

Población según la escolaridad

| Población por Escolaridad | | |
|---------------------------|------------|------------|
| Nivel de escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
| Primaria | 10 | 11,1% |
| Secundaria | 20 | 22,2% |
| Superior | 60 | 66,7% |
| Total | 90 | 100% |

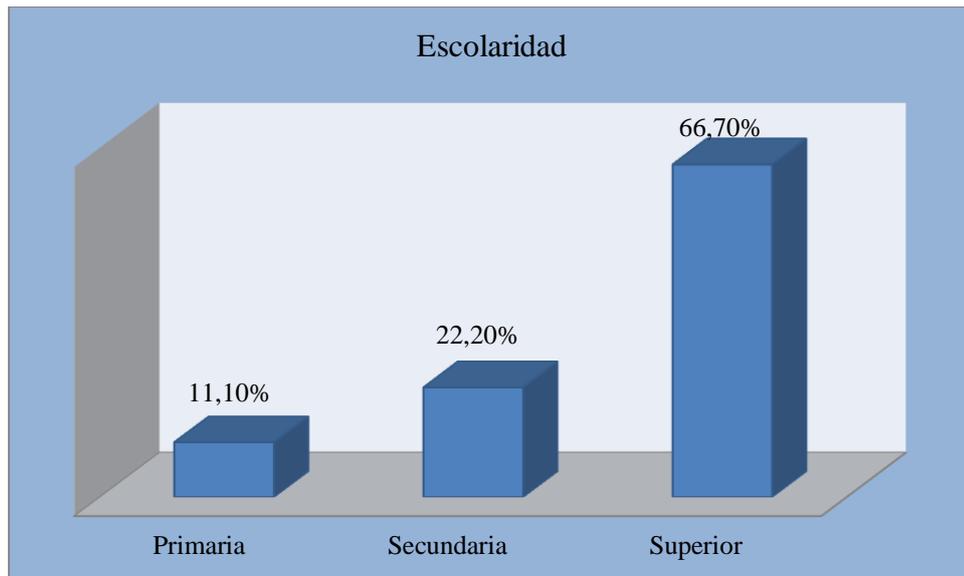


Figura 13: Población según la escolaridad.

Análisis e Interpretación: El 11,1% de la población compuesto por 10 personas tienen un nivel de escolaridad primaria, el 22,2% es decir 20 personas presentan un nivel de escolaridad secundaria, mientras que el 66,7% representado por 60 personas tiene un nivel de instrucción superior.

4.2. Resultados test de Yesavage

Tabla 10

Resultados del test de Yesavage

| Resultados del test de Yesavage | | |
|---------------------------------|------------|------------|
| Nivel de depresión | Frecuencia | Porcentaje |
| Sin depresión | 69 | 76,7% |
| Depresión leve | 19 | 21,1% |
| Depresión moderada | 2 | 2,2% |
| Total | 90 | 100% |

Análisis: Para la evaluación del nivel de depresión en la población estudiada, se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, los resultados muestran que el 76,7% de la población es decir 69 personas no presentan depresión, mientras que el 23,3% mostró un

nivel de depresión, de este porcentaje, el 21,1% conformado por 19 personas mostraron depresión leve, mientras que el 2,2% restante es decir 2 personas presentaron depresión moderada.

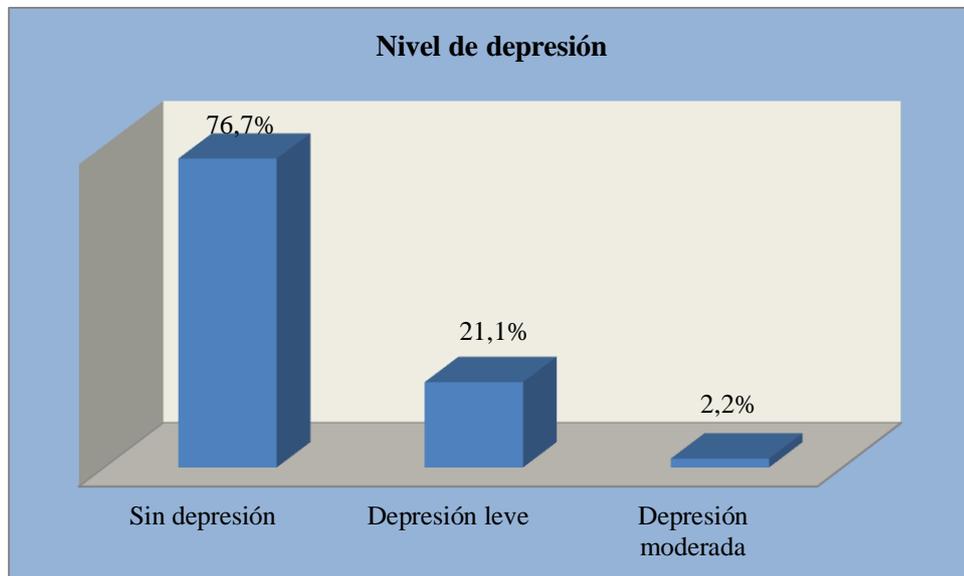


Figura 14: Representación gráfica de la distribución de los niveles de depresión en la población estudiada.

Interpretación: En la figura se observa que más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población no presentan síntomas depresivos como insatisfacción con la vida, falta de energía, irritabilidad, mal humor, desesperación, desesperanza, miedo a la muerte, aburrimiento, sentimientos de vacío. El 21,1% presentan síntomas de depresión leve como falta de energía, aburrimiento irritabilidad. Y el 2,2% que presenta depresión moderada muestran síntomas adicionales a los de la depresión leve, como desesperanza, insatisfacción con la vida y sensación de no servir en su estado actual.

4.3. Resultados subescala de atención NEUROPSI

Tabla 11

Resultados de la subescala de atención del NEUROPSI.

| Resultados de la subescala de atención NEUROPSI | | |
|--------------------------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Normal | 28 | 31,1% |
| Afectación leve | 19 | 21,1% |
| Afectación moderada | 22 | 24,4% |
| Afectación severa | 21 | 23,3% |
| Total | 90 | 100% |

Análisis: 28 personas que comprenden el 31,1% no presentan afectación en la atención, sin embargo, se puede observar que el 68,9% de la población registra afectación en lo que se refiere a atención, y se reparte de la siguiente manera: 21,1% representado por 19 personas reportan una afectación leve, 24,4% conformado por 22 personas presenta una afectación moderada, y 21 personas que son el 23,3 muestran una afectación severa en la atención.

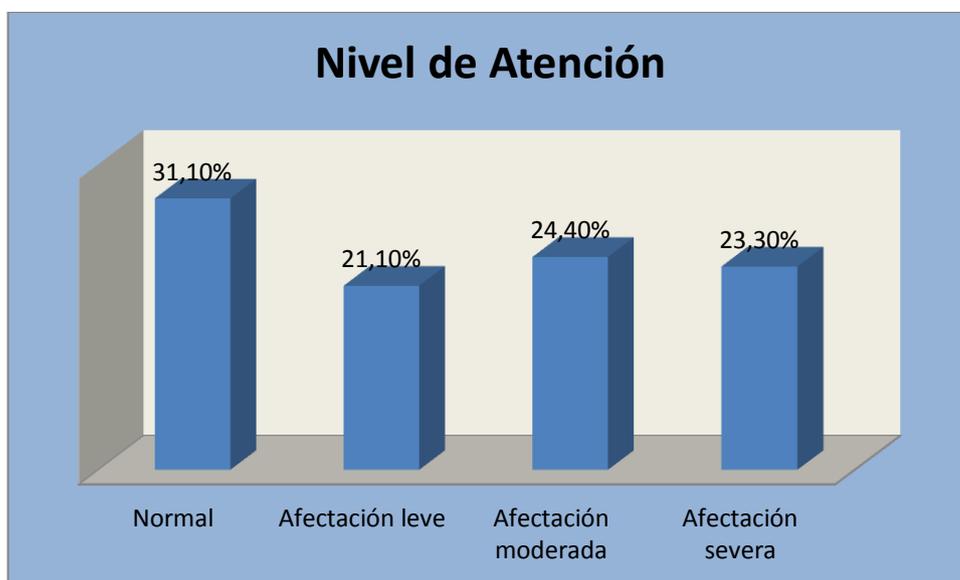


Figura 15: Resultados de la subescala de atención del NEUROPSI

Interpretación: Se evidencia que en nivel de atención presenta en mayor porcentaje en la población es el normal, lo cual evidencia que los adultos mayores mantienen conservadas funciones como calculo, memoria de trabajo y discriminación visual. Seguido

del nivel moderado, en donde las personas presentan afectación en la retención de dígitos. El 23,3% presenta problemas en discriminación visual, y el 21,1% denota afectación en la resta de dígitos.

Tabla 12

Comparación de variables entre géneros.

| Estadísticos de prueba ^a | | |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | Escala_Yesavage | Escala_Atencion |
| U de Mann-Whitney | 327,000 | 357,000 |
| W de Wilcoxon | 3648,000 | 3678,000 |
| Z | -,686 | -,104 |
| Sig. asintótica (bilateral) | ,493 | ,917 |

a. Variable de agrupación: Sexo

Nota: Comparación de variables entre sexos. Elaborado por Castillo, L. (2018).

Análisis: Para conocer si existen diferencias estadísticas significativas de cada una de las variables por géneros se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney que es la recomendable para datos no paramétricos, dicha prueba muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa en el género en referencia a la depresión. En cuanto a la atención la prueba muestra que tampoco existe diferencia estadísticamente entre género.

4.4. Comprobación de la hipótesis

Tabla 13

Tabla de contingencia depresión y atención

| Tabla de contingencia nivel de depresión y nivel de atención | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------------------|-------|
| Nivel de depresión | Escala Atención | | | | Total |
| | Normal | Afectación leve | Afectación moderada | Afectación severa | |
| Sin depresión | 21 | 18 | 14 | 16 | 69 |
| Depresión leve | 7 | 1 | 7 | 4 | 19 |
| Depresión moderada | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 28 | 19 | 22 | 21 | 90 |

Nota: Tabla de contingencia depresión y atención. Elaborado por Castillo, L. (2018).

La tabla de contingencia muestra que 21 personas no presentan depresión y tienen un nivel de atención normal, y de la misma manera se observa que 18 sujetos no presentan depresión y tienen un nivel de atención levemente afectado. Mientras que dos personas con depresión moderada presentan un nivel de atención moderadamente afectado y severamente afectado respectivamente.

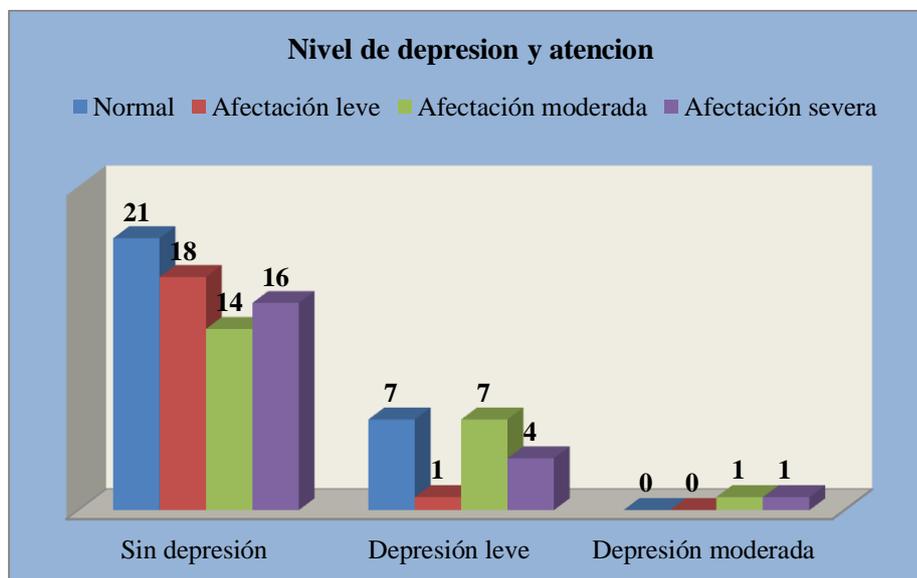


Figura 16: Prevalencia del nivel de afectación de atención en hombres y mujeres. Elaborado por Castillo, L. (2018).

Interpretación: En la figura se puede denotar que el mayor número de personas con afectación atencional son quienes no presentan depresión, e incluso superan a las personas que no tienen afectación atencional, se puede observar que en el nivel de depresión leve las

personas que tienen afectación en la atención es mayor a los sujetos que no tienen afectación atencional, aunque presentan depresión leve. Finalmente, en la depresión moderada se observa que existen únicamente personas con afectación en la atención.

Tabla 14

Prueba de Chi cuadrado.

| Pruebas de chi-cuadrado | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) | Significación exacta (2 caras) | Significación exacta (1 cara) | Probabilidad en el punto |
| Chi-cuadrado de Pearson | 7,194 ^a | 6 | 0,303 | 0,311 | | |
| Razón de verosimilitud | 8,745 | 6 | 0,188 | 0,197 | | |
| Prueba exacta de Fisher | 7,461 | | | 0,179 | | |
| Asociación lineal por lineal | ,812 ^b | 1 | 0,368 | 0,403 | 0,212 | 0,05 |
| N de casos válidos | 90 | | | | | |
| a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,42. | | | | | | |
| b. El estadístico estandarizado es ,901. | | | | | | |

Nota: Tabla de contingencia depresión y atención.

Análisis: Posterior a la aplicación de la prueba estadística Chi-cuadrado (X^2) a través del programa IBM SPSS, se determina que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y la atención en adultos mayores atendidos en el IESS, con $X^2(6)= 7,194$, $p>0,05$, razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se acepta la hipótesis nula, debido a que la prueba de chi-cuadrado mostró que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables investigadas que son depresión y atención $X^2(6)= 7,194, p>0,05$. Además, se estima que si la población presentase mayor depresión el nivel de afectación de atención también incrementaría, esto debido a que se presenta un caso de depresión moderada con afectación leve, y un caso de depresión moderada con afectación severa de atención.
- En relación al nivel de depresión predominante en los adultos mayores, se identificó que existe mayor prevalencia de depresión leve en un 21,1% de la población, seguida del nivel moderado en un 2,2%, de dicha patología. Sin embargo, se logró determinar que más de la mitad de la población estudiada es decir un 76,7% no presento ningún nivel de depresión, esto se justifica debido a que son personas que se mantienen activas, y que además realizan ejercicio.
- Se establece que, al determinar el nivel de atención de los adultos mayores, más de la mitad es decir un 68,8% %, presento afectación de esta función mental, al hablar del nivel de alteración de la misma fue el nivel moderado en un 24,4%, el que presento mayor prevalencia, seguido del nivel severo en un 23,3%, y por último el nivel leve en un 21,1%, recalando que el porcentaje de personas en cada uno de estos niveles es muy similar. Se debe tener en cuenta que la principal prueba de atención en la que se observó dificultades fue la de cálculo.

- Posterior a la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, utilizada para determinar diferencia estadística en las variables por género, se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa en las variables de estudio según el género, esto quiere decir que en el presente estudio las variables no están sujetas a cambios entre género.

5.2. Recomendaciones

- Socializar los resultados obtenidos, con las autoridades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, para poder generar estrategias que permitan mejorar el nivel atencional de los adultos mayores que son atendidos en dicha institución, así como implementar dichas estrategias en los talleres que estas personas participan.
- Se recomienda iniciar campañas eficaces que incluyan a los familiares de las personas de la tercera edad, debido a que la familia juega un papel fundamental en el estado anímico y funcional de estas personas, y fomentar los talleres de adultos mayores que fomenta la interacción de estas personas convirtiéndose en un factor protector contra la depresión.
- Generar programas de rehabilitación neuropsicológica en los cuales se realicen técnicas como discriminación, visual, ejercicios de cancelación, ejercicios de rastreo, ejercicios de tareas prolongadas, para fortalecer el nivel atencional en estas personas, además de actividades de inclusión que permitan formar una percepción participativa en las personas que presentan algún nivel de depresión, y que además permita prevenir que más adultos mayores presenten depresión.
- Es importante continuar con la investigación en adultos mayores, y que permitan explorar e identificar las causas que generan problemas de atención, puesto que dicha función mental es escasamente estudiada en personas de la tercera edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Almeida, M. (2013). *Análisis De Los Factores Asociados A La Depresión De Los Adultos Mayores Del Hogar De Ancianos “Santa Catalina Laboure”, Año 2012 – 2013* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Ardila, A., y Ostrosky, F. (2012). *Guía Para El Diagnóstico Neuropsicológico*. Florida, Estados Unidos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España. Editorial Descleé de Brouwer.
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. Madrid, España. IMSERSO.
- CENETEC. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México D.F.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*, vol. 1. New York: Holt & Co.
- Luria, A. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana, Cuba: Editorial Orbe.
- OMS. (2000). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Panamericana

- OPS. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington.
- Palomeque, A., y Peralta, E., (2013). *Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca 2013* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Peña, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Buenos Aires. Argentina. Panamericana.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Portellano, J., y García, J. (2014). *Neuropsicología De La Atención, Las Funciones Ejecutivas Y La Memoria*. Madrid, España: Síntesis.
- Sanz, J., y Vásquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch., B. Sandín., y F. Ramos. (Ed.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2 (pp. 341-378). Madrid, España: McGraw Hill.
- Silva, M. (2014). *Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Sinchire, M. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.

Vásquez, C., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2009). Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vasques – baquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp 21-33). Barcelona, España. Masson & Elsevier.

Linkografía

ABC Da Medicina. (2016). Revisión de la Anatomía del SARA y Relación con el Coma. Recuperado de <http://www.abcdamedicina.com.br/coma-etilogias-e-avaliacao-pela-escala-de-glasgow.html/foto-sara-anatomia>

Acosta, R., y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de lima metropolitana. *Salud & Sociedad*, 8 (1), 22-34. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4397/439751039002/>

Alvarado, C., Gómez, J., Etayo, E., Giraldo, C., Pineda, A., y Toro, E. (2014). Estudio EDECO Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana. *Acta Médica Colombiana*, 39 (3), 264-271. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=163132480010>

APA. (2018). *Psicoterapia y depresión*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>

Beck, A., y Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 10, 1–24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A., y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia):

prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 29 (1), 64-73.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=81728689008>

Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Camargo-Hernandes, K., y Laguado-Jaimes, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universidad Salud*, 19(2), 163-170. doi: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>

Castillo, A., y Paternina, A. (2006). Redes atencionales y sistema visual selectivo. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (2), 305-325. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200009

Clínica DAM. (2018). *Depresión en los ancianos*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de <https://www.clinicadam.com/salud/5/001521.html>

Coryell, W., Winokur, G. (2018). *Introducción a los trastornos del estado de ánimo*. Recuperado el 03 de mayo de 2018, de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>

Da Silva, C., y Carvalho, P. (2017). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=29251161009>

- Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., y L. Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2):36-42. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002
- Estévez, F., Abambari, C., Atiencia, R., y Webster, F. (2013). Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador: Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1-3),12-17. Recuperado de http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/deterioro-cognitivo-riesgo-demencia-realidad-ecuador-estudio-factores-grupo-pacientes-jubilados-iess-cuenca-2013/
- Fandom. (s.f.). *Ganglios basales, corte coronal*. Recuperado de <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Arquivo:DH.Figura2.jpg.gif>
- Forumclinic. (2012). *Principales causas de discapacidad en el mundo según la OMS*. Recuperado de <https://goo.gl/T1HVe7>
- Funes, M., y Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*, 15(2). 260-266. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/1055.pdf>
- GeoSalud. (2018). *La depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 01 abril de 2018, de https://www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm

- Gómez, C., Rodríguez, M., Díaz, N., Cano, C., y Tamayo, N. (2014). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Rev colomb psiquiat*, 43(1), 65–70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951009>
- Indexmundi. (2017). *Ecuador Distribución por edad*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de https://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html
- INEC. (2009). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE – 2009*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>
- Kurlowicz, L., y Greenberg, S. (2007). *La escala de depresión geriátrica: Hartford Institute for Geriatric Nursing*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>
- Leon, G. (2016). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo – Ecuador. *Centro de Biotecnología*, 5(1): 31-39. Recuperado de <http://revistas.unl.edu.ec/index.php/biotecnologia/article/view/75>
- López, A., Calero, M., y Navarro-González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol*, 56 (1), 1-7. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2012281>
- Maldonado, M. (2015). Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 5 (1), 1815-1830. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=358941542002>

- McGraw-Hill Global Education Holdings. (s.f.). Organización estructural y funcional del sistema nervioso central. Recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1486§ionid=102076717&jumpsectionID=102076745>
- MHA, (2018). *¿Qué es la depresión?* Recuperado el 01 de abril de 2018, de <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n>
- MINSALUD (2015). *SABE Colombia2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento.* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
- Neuroscience Leonie Kausel. (s.f.). *La atención es una función cognitiva.* Recuperado de <http://neuroscience-lk.com/nuestra-investigacioacuten.html>
- Neuroup. (s.f.). *Funciones cognitivas.* Recuperado el 24 de abril del 2018, de <https://www.neuronup.com/es/areas/functions>
- NIMH, (2009). *Depresión.* Recuperado el 01 de abril de 2018, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
- NIMH. (s.f.). *Personas Mayores y la Depresión.* Recuperado el 01 de abril de 2018, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresion/index.shtml>
- NLM. (208). *Depresión en los adultos mayores.* Recuperado el 01 de abril de 2018, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>

- OMS. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*. Recuperado de <https://goo.gl/tZBehV>
- OMS. (2017). *Demencia*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- OMS. (2018). *Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- OMS. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 09 de abril de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- OMS. (diciembre, 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS. (febrero, 2017). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (s.f.). *Temas de salud: Depresión*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OPS. (2012). *Salud en las Américas: Volumen de países*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25144&Itemid=270&lang=es
- Ostrosky, F., Ardila, A., y Rosselli, M. (1994). *Evaluación del funcionamiento cognoscitivo: presentación de un instrumento de evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)*. Recuperado de https://www.academia.edu/14478841/EVALUACION_DEL_FUNCIONAMI

ENTO_COGNOSCITIVO_PRESENTACI%C3%93N_DE_UN_INSTRUMENTO_D
E_EVALUACI%C3%93N_NEUROPSICOL%C3%93GICA_BREVE_EN_ESPA%C
3%91OL_NEUROPSI

Pereiro, A., y Juncos, O. (2000). Deterioro atencional en la vejez, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(5), 283-289. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-deterioro-atencional-vejez-10017930>

Pérez, Maricruz. (2017). *cuerpo estriado y núcleos conexos*. Recuperado de <http://sosmedicinabasica.blogspot.com/2017/05/cuerpo-estriado-y-nucleos-conexos-en.html>

Rivadeneira, c., Dahab, J., Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* (22), 1-6. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion/>

Roca, E. (2002). *Terapia cognitiva de Beck para la depresión*. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tcbeck.pdf

Rozados, R. (2015). *Depresión en la vejez*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php

Sánchez, N., Fernández, M., García, T., García, P., y Rodríguez, C. (2011). Análisis de un programa informático para estimular la atención en personas mayores. *Aula Abierta*, 39(2), 69-80. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/7547/1/AulaAbierta.2011.39.2.69-80.pdf>

- Santander. (2015). *Programa geriatría: Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 01 de abril de 2018, de <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/depresion>
- Tartaglini, M., Dillon, C., Hermida, P., Feldberg, C., Somale, V., y Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (4), 518-527. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=403852563007>
- Textos y resúmenes de psicología. (s.f.). *Caras y cortes cerebrales*. Recuperado del <http://textosdepsicologia.blogspot.com/2010/05/cortes-cerebrales.html>
- Triglia, A. (s.f.). *Sistema límbico: la parte emocional del cerebro*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/neurociencias/sistema-limbico-cerebro>
- Vázquez-Marrufo, M., Benítez, M., Rodríguez-Gómez, G., Galvao-Carmona, A., Fernández-Del Olmo, A., y Vaquero-Casares, E., (2011). Afectación de las redes neurales atencionales durante el envejecimiento saludable. *Rev Neurol*, 52 (1), 20-26. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2010443>
- García, M., Moya, L., y Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurol Colomb*, 31(4),398-403. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- Segura, A., Garzón, M., Cardona, D., y Segura, A. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 33(3), 613-628. doi: <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0008>

Serra-Taylor, J., & Irizarry-Robles, C.Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables sociodemográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.12

Citas bibliográficas base de datos UTA

SCOPUS: Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.

SCOPUS: Fernández, A. (2014). Neuropsicología de la atención. Conceptos, alteraciones y evaluación. *Revista Argentina de Neuropsicología* 25, 1-28. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273970215_Neuropsicologia_de_la_atencion_Conceptos_alteraciones_y_evaluacion

SCOPUS: Kronfly, E., Rivilla, D., Ortega, I., Villanueva, M., Beltrán, E., Comellas, M.,...Barranco, L. (2015). Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria*, 47(10), 616---625. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.012>

PROQUEST: Navarro-González, E., y Calero, M. (2011). Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. *Eur. J. Investig. Health Psycho.Educa*, 1(2), 45-59. doi: 10.30552/ejihpe.v1i2.18

SCOPUS: Pérez, E., Lizárraga, D., y Martínez, M. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 901-906. doi: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7228>

PROQUEST: Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., Rojas-Farreras, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39 (7):354-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2013.01.007>

PROQUEST: Vega, T., Miralles, M., Mangas, J., Castrillejo, D., Rivas, A., Gil, M.,... Fragua, M. (2016). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con Cedula de Identidad autorizo al Sr. Castillo Hidalgo Luis Alfredo a hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle, para la realización de su Proyecto de Investigación que tiene por tema “Depresión y su Relación con la Atención En Adultos Mayores Atendidos en el IESS”, de la Universidad Técnica de Ambato, de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica.

El objetivo de este documento es darle conocer que:

La participación una investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a la participación o abandonar el estudio en el momento que desee sin problema alguno.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar programas que permitan mejorar el nivel de salud mental y por ende la calidad de vida en los adultos mayores, así como direccionar a que la atención del IESS se preocupe por el estado afectivo y físico de sus usuarios de la tercera edad.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza la discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer el acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Gracias por su colaboración.

Fecha:.....

FIRMA

Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE

NOMBRE:

EDAD:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SÍ | NO |
| 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? | SÍ | NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | SÍ | NO |
| 4- ¿Se siente a menudo aburrido? | SÍ | NO |
| 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? | SÍ | NO |
| 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? | SÍ | NO |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SÍ | NO |
| 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? | SÍ | NO |
| 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? | SÍ | NO |
| 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? | SÍ | NO |
| 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? | SÍ | NO |
| 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? | SÍ | NO |
| 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? | SÍ | NO |
| 14- ¿Se siente lleno de energía? | SÍ | NO |
| 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? | SÍ | NO |

Anexo 3. Subescala de atención NEUROPSI

EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA BREVE EN ESPAÑOL (NEUROPSI)

Feggy Ostrosky-Solis Ph.d., Alfredo Ardila Ph.d. y Mónica Roselli Ph.d.

DATOS GENERALES

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA _____

SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

LATERALIDAD _____ OCUPACIÓN _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

A.- DIGITOS EN REGRESIÓN

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

| Respuesta | Respuesta | Respuesta |
|-------------|---------------|-----------------|
| 4-8 _____ 2 | 2-8-3 _____ 3 | 8-6-3-2 _____ 4 |
| 9-1 _____ 2 | 7-1-6 _____ 3 | 2-6-1-7 _____ 4 |

| Respuesta | Respuesta |
|-------------------|---------------------|
| 6-3-5-9-1 _____ 5 | 5-2-7-9-1-8 _____ 6 |
| 3-8-1-6-2 _____ 5 | 1-4-9-3-2-7 _____ 6 |

TOTAL: _____(6)

B.- DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja 1 frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo, (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos, "no olvide retirar las láminas". Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES _____

TOTAL DE ACIERTOS _____

C.- 20-3

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

17-14-11-8-5 Respuesta _____ TOTAL _____ (5)

Anexo 4. Lamina de detección visual NEUROPSI

