



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor. Segarra Valencia Fernando David

Tutora. Psi. Cl. Valencia Cepeda María Cristina, Mg

Ambato – Ecuador

Abril del 2022

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, de Segarra Valencia, Fernando David estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, abril del 2022

LA TUTORA

.....

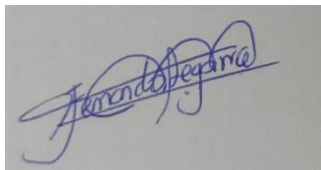
Psc. Cl. Mg. Valencia Cepeda María Cristina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA**”, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, abril del 2022

EL AUTOR



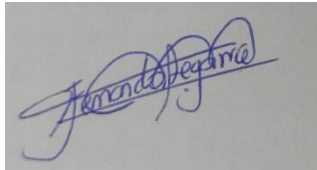
.....
Segarra Valencia Fernando David

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, 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, abril del 2022

EL AUTOR

A handwritten signature in blue ink, reading "Fernando Valencia Segarra", is displayed within a rectangular frame.

.....
Segarra Valencia, Fernando David

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, de Segarra Valencia Fernando David estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, abril del 2022

Por constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a todas las personas que se encuentran a mi lado brindándome el aliento necesario para seguir adelante con mis objetivos, a Dios por darme salud, sabiduría y la vida para ser una gran persona.

A mi familia: mis padres Fernando y Mery, por ser el pilar fundamental de mi vida y mí principales motivos de superación, mis hermanos Adriana y Jojan quienes con ellos he compartido cada logro en mi vida universitaria.

A mi esposa Andrea que cada día me hace conocer el verdadero amor y junto a ella llegar a lo más alto que es nuestra felicidad con nuestras hermosas hijas Doménica y Antonella.

A mis amigos/as por su sincera y bonita amistad, ya que han sido mi apoyo incondicional en los momentos de debilidad, por brindarme su motivación y amistad.

Para ellos/as mi gratitud y esta tesis que es el resultado de un trabajo cumplido y convertido realidad.

Fernando Segarra

AGRADECIMIENTO

A Dios fuente de vida, por brindarme la oportunidad de vivir y por estar junto a mí en cada paso que doy, por vigorizar mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud y a mis maestros quienes han compartido sus conocimientos en este proceso de formación.

Un grato y sincero agradecimiento a la Psc. Cl. Mg. Valencia Cepeda María Cristina quien me ha ayudado con sus erudiciones a desarrollar el presente trabajo para poder llegar con éxito a su culminación.

Mi eterna gratitud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Antecedentes investigativos.....	2
1.1.1 Contextualización	2
1.1.2 Estado del arte.....	8
1.1.3 Base teórica.....	14
1.1.3.1 Depresión	14
1.1.3.2 Funciones cognitivas en el adulto mayor	27
1.2 Objetivos	41
1.2.1 Objetivo general	41
1.2.2 Objetivos específicos	42
CAPÍTULO II	43
METODOLOGÍA	43
2.1 Materiales.....	43
2.2 Métodos.....	47
2.3 Población y muestra	48
2.3.1 Población.....	48
2.3.2 Muestra.....	48

2.4 Técnicas de procesamiento y análisis de la información	52
CAPÍTULO III.....	53
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
3.1. Análisis y discusión de los resultados.....	53
3.2. Hipótesis.....	57
CAPÍTULO IV.....	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
4.1 Conclusiones	64
4.2 Recomendaciones.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. La atención.....	31
Tabla 2. Población de investigación.....	48
Tabla 3. Población finita	50
Tabla 4. Descripción de variables sociodemográficas	51
Tabla 5. Rango Minimental.....	53
Tabla 6. Rango Depresión.....	55
Tabla 7. De contingencia Rango Depresión * Rango Minimental.....	58
Tabla 8. Pruebas de normalidad	61
Tabla 9. Correlaciones.....	61
Tabla 10. Resumen del modelo.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución número personas menores cinco años y mayores de 65 años	4
Figura 2. Proporción personas mayores de 65 años a nivel mundial para el 2050	4
Figura 3. Veinte países con más esperanza de vida	5
Figura 4. Índice de envejecimiento en Ecuador 2010-2020.....	6
Figura 5. Rango Minimental porcentaje	54
Figura 6. Rango de depresión	56
Figura 7. Recuento de rango minimental y de depresión.....	60

RESUMEN

El propósito del presente, trabajo de investigación es fundamentar la prevalencia de depresión y su influencia en las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua; para el estudio de la depresión se utilizó la escala de Yasavage que es un cuestionario hetero-administrado en personas mayores de 65 años, este cuestionario refleja de 15 ítems, en igual forma se aplica el test cognoscitivo (MEC), para evaluar el estado cognitivo y exhaustiva; en el cual se plantea preguntas que analizan algunas áreas del funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje en el adulto mayor, ya que de la depresión en éstos es un factor protector de las recidivas, del deterioro cognitivo y la conducta suicida porque permite entre otras la remisión de los/as pacientes a los servicios de salud y el acceso o tratamiento oportuno de los casos identificados.

PALABRA CLAVE: DEPRESIÓN, FUNCIONES COGNITIVAS, DETERIORO COGNITIVO, CONDUCTA SUICIDA.

ABSTRACT

The purpose of the present research is to substantiate the prevalence of depression and its influence on cognitive function in older adults the Ecuadorian Institute of Social Security of the province of Tungurahua; for studying depression scale Yasavage which is a hetero-administered questionnaire in people over 65 was used, this survey reflects 15 items, in the same way the cognitive test (MEC) is applied to assess the cognitive status and comprehensive; in which questions that analyze some areas of cognitive functioning arises: orientation, registration, attention, calculation, memory and language in the elderly because of depression in these is a protective factor of relapse, cognitive impairment and suicidal behavior because it allows among others the remission of / as patients to health services and access or timely treatment of identified cases.

KEYWORD: DEPRESSION, COGNITIVE FUNCTIONS, COGNITIVE IMPAIRMENT, SUICIDAL BEHAVIOR.

INTRODUCCIÓN

En la vejez, se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa del adulto mayor adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversible que afectan la funcionalidad, además, la coexistencia de trastornos psiquiátricos depresivos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia. Este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto, los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.

Actualmente, en esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento, frecuentemente depresión en el anciano no es detectada, siendo este un padecimiento potencialmente intratable, que, al no ser diagnosticado, no tratado justo a tiempo. Por tanto, ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad; otro de los motivos por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

El vivir con salud representa un reto para las personas adultas mayores, porque significa mantenerse activo en las mejores condiciones físicas, emocionales y psicológicas. Es decir, para la persona implica desafíos personales, familiares, económicos y sociales. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrán límites en esos años adicionales que se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán muchos más negativas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes investigativos

1.1.1 Contextualización

El envejecimiento de la población mundial, se evidencia en la mayoría de los países, y representa una de las transiciones más significativas de la humanidad en los últimos años, con el apareamiento de la depresión que es una de las enfermedades más frecuente, se menciona que afecta a la comunidad de manera distinta con una variación habitual en el estado de ánimo, y a su vez perjudica a las respuestas emocionales breves y también a las situaciones de la vida cotidiana, en especial cuando es de larga duración y de intensidad grave, causando sufrimiento, alteración, finalmente en casos graves conlleva al suicidio.

Los adultos mayores, van presentando diferentes formas de deterioro cognitivo, que, con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, se presentan diferentes dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos (memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad) (Dr. Añazco & Barrera, 2017)

Por eso, es indispensable que las instituciones a escala global desarrollen estrategias de intervención y adaptación ambiental (barreras de accesibilidad en el espacio público) para el envejecimiento activo en el lugar, con el cuidado y la intervención se lograría respuestas positivas, claras y se evitaría: accidentes o caídas, depresión, discriminación (discapacidad por la sociedad), disminución en participación autónoma en actividades al aire libre, exclusión (falta o desventaja en el acceso), interacción social menor, miedo a daños por inseguridad, violencia, miedo, ansiedad, aislamiento, soledad, discapacidad física/móvil y discapacidad para salir de casa,

disminución de la actividad física, entre otros, en el adulto mayor (García, Sánchez, & Román, 2019)

En la Ley Orgánica de las personas adultas mayores de la República del Ecuador en el Art.5, define a esta población como aquella persona que ha cumplido 65 años de edad hasta su última modificación en mayo del 2019, de igual manera la Agenda de Igualdad para adultos mayores en el 2012, se define como adulto mayor al grupo etario que comprende a personas mayores de 65 años, así que, cuando las personas han alcanzado esta edad se puede decir que es una persona de la tercera edad o adulto mayor (Suplemento del Registro Oficial No. 484, 2019)

El agregado de la esperanza de vida a nivel mundial, es una vicisitud significativa en el siglo XXI por mejorar la calidad de vida, por lo que hay que priorizar a la población adulta mayor, pues, en el año 2025 la expectativa que ésta, represente el 18.2% aproximadamente del total de la población y para el año 2050 un 24.1%. Esto representa un gran desafío, ante la alerta por el crecimiento exponencial de adultos mayores en el país, será importante construir un nuevo modelo de atención a la salud, que tenga como enfoque lograr en la población un envejecimiento activo, productivo, saludable. Además de impulsar políticas públicas que permitan al adulto mayor la atención adecuada y necesaria en el ámbito social y en lo económico. Garantizando una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique (Peña, et al, 2019 y León, et al, 2017).

De hecho, el número de personas mayores de 65 años en el mundo ha superado por primera vez en la historia al de niños menores de cinco años, según advierte la ONU sobre el envejecimiento de la población y añade que se prevé que en 2050 las personas mayores de 80 años o más se tripliquen, y pasen de los 143 millones actuales a los 426; entre otras cifras destacables; la organización indica que alrededor de 1.000 millones de personas tienen a día de hoy más de 60 años y que se espera que en 2030 éstas pasen de los 962 millones actuales a los 1.400, un aumento del 46% (ONU, 2019).

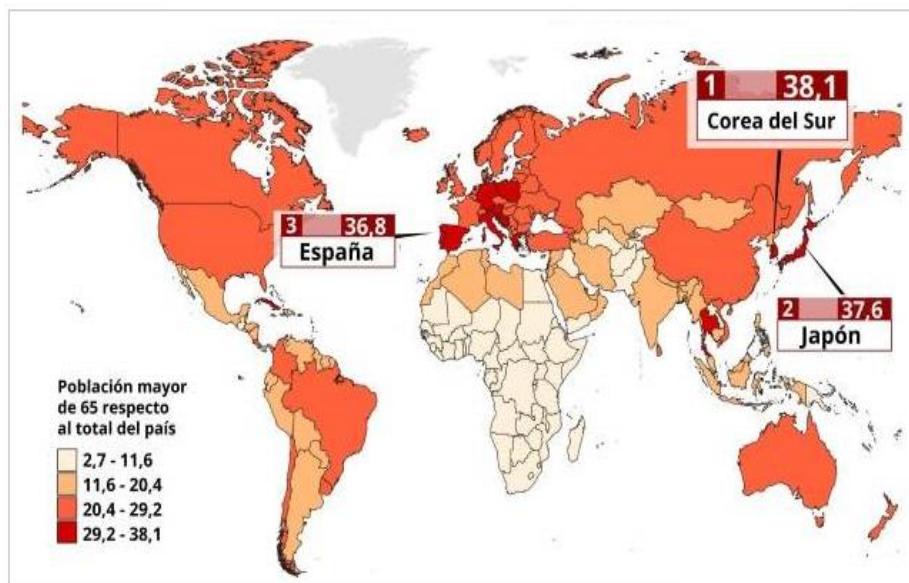
Figura 1. Evolución número personas menores cinco años y mayores de 65 años.



Nota. Tomado de ONU (2021)

En particular, el incremento en el número de personas mayores será mayor y más rápido en Asia, región que tiene el mayor número de personas adultas mayores, y en África, que, según las previsiones, enfrentará el mayor crecimiento poblacional. Así será la proporción de personas mayores de 65 años en el mundo para 2050.

Figura 2. Proporción personas mayores de 65 años a nivel mundial para el 2050.



Nota. Tomado de ONU (2021)

Por continentes, el más envejecido es Europa, con una media de 42,5 años, mientras que la edad media en África es de 19.7 años. Por otra parte, los veinte países con la esperanza de vida más baja del mundo se encuentran en África, son Lesoto, República Centroafricana y Sierra Leona. España es el tercer país con la esperanza de vida más alta, por detrás Suiza y Japón. Otros países que se encuentran entre los veinte más favorecidos por este indicador son Australia, Francia y Singapur (Pardo & Torregrosa, 2017)

Desde ese punto de vista, se requiere claramente una mayor atención a las necesidades y desafíos particulares que enfrentan muchas personas mayores, sin embargo, es igualmente importante la contribución esencial que la mayoría de los adultos mayores pueden seguir haciendo al funcionamiento de la sociedad si se cuenta con las garantías adecuadas (OMS, 2021). Por ello, desde el año 2019 el lema escogido por Naciones Unidas para conmemorar, fue en el año en mención, en el que se propone “viaje hacia la igualdad de edad”, con él se recuerda que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) solo se lograría, si hay inclusión a todas las edades. Además, este objetivo 10 de desarrollo sostenible busca hacer frente a la reducción de la desigualdad en y entre países, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades (ONU, 2019)

Figura 3. Veinte países con más esperanza de vida



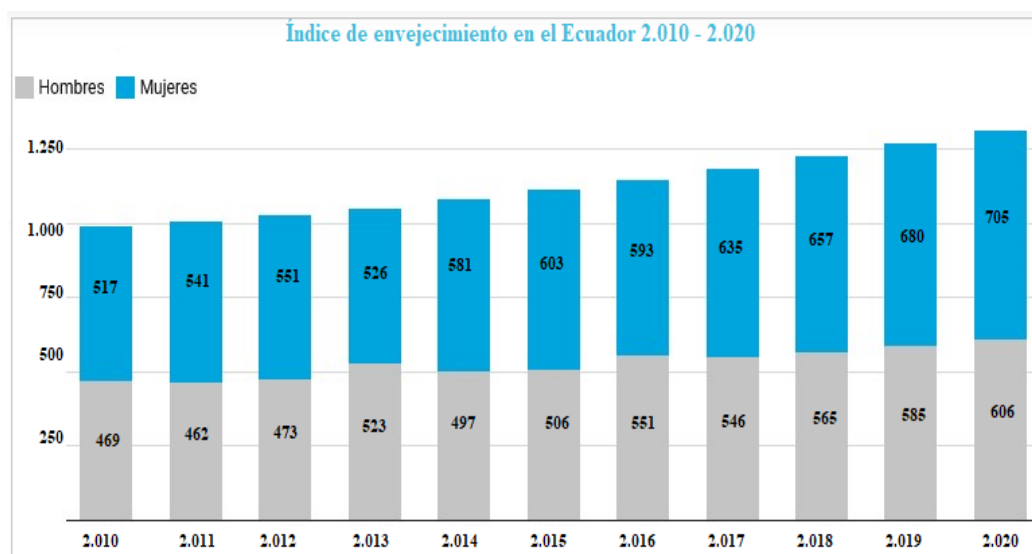
Nota. Tomado de ONU (2021)

En el adulto mayor, la salud mental y el bienestar tiene la misma importancia que en cualquier otro período de la vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sabe que, más de 300 millones de personas viven con depresión a nivel mundial, y cada año se suicidan aproximadamente 800.000 personas, en el adulto mayor más del 20% sufren un trastorno mental aproximadamente en el 15% de depresión ocasionando sufrimiento y trastornos en la vida cotidiana, se estima que el 11.6% de la población presentan o han sufrido depresión (OMS, 2021)

La depresión unipolar se aqueja en un 7% y representa el 5.7 % de los años vividos con discapacidad, según la OMS (2017) y Ruiz et al (2016), en el Ecuador los adultos mayores representan el 7% de la población de los cuales el 53% son mujeres y 47% son hombres (INEC, 2014).

El Ministerio de Inclusión Social (MIES) en su último reporte sobre el estado de este segmento poblacional, emitido en noviembre de 2019 confirma que la población ecuatoriana envejecerá aceleradamente con el pasar de los años. Para el 2020 se calculó que habrá 705.000 mujeres y 606.000 hombres de esta edad.

Figura 4. Índice de envejecimiento en Ecuador 2010-2020



Nota. Tomado de (Machado, 2019)

Desde este punto de vista, el envejecimiento poblacional en Ecuador representa una revolución silenciosa en la que aumentará la influencia de las personas de edad avanzada y más de 60 años (Machado, 2019). Ecuador se convertirá en una economía envejecida, donde el consumo agregado se concentrará en este grupo etario, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 hubo 900 millones de adultos mayores (OMS, 2017).

Sin embargo, en el Ecuador a pesar de que cada día hay más adultos mayores, sus condiciones de vida no son las mejores, porque los ingresos promedio se han disminuido conforme avanza la edad. Entre los 66 y los 85 años de edad los ingresos bajan de \$362 a \$144 (Machado, 2019). Pues no existen fuentes de empleo para la persona desde los 45 años en adelante, ni programas orientados a mejorar el poder adquisitivo de este segmento poblacional, que, al no poseer un rubro económico, existe, desesperación, ansiedad, y depresión afectando su estado emocional, y aún más cuando no pueden ayudar a su familia económicamente, y que más bien dependen de ellos (Alvarez E., 2015). En particular, la prevalencia de la depresión en el Ecuador, ocupa el puesto 11, en cuanto a las enfermedades de morbilidad, y de acuerdo con las proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), es mayor en la edad adulta que en otras etapas de la vida, un 7,5% en las mujeres de entre 55 y 75 años: y en hombres un 5,5%, (Calderón, 2018 & Villacís, 2021).

En la provincia de Tungurahua se reporta que la población de adultos mayores se ha incrementado, conllevando a padecimientos propios de esta etapa de la vida. La provincia tiene una población total de 504.583; 259.800 mujeres, 244.783 hombres, identificándose 42.105 de adultos mayores con el 8.4% según el INEC del censo de 2010. Según estos resultados, en Ambato, se verifica que la población adulta mayor es de 21.102 que es el 7.34% de un total, de 287.282; observándose que en el área urbana reside el 52.95% y el 47,5% en el sector rural (ENSANUT-ECU, 2019)

La población del adulto mayor en el IESS, existen 35.245 personas que superan los 65 años en adelante, representando el 8.4 % del total provincial. En donde se puede mencionar que la principal causa de fallecimientos del adulto mayor es la depresión,

desnutrición, mucho de estos casos se debe a que los programas de atención al adulto mayor han sido suspendidos por falta de recursos económicos. Las personas de este segmento tienen complicaciones con su salud, en tanto que los establecimientos deben estar en la capacidad de prestar servicios de calidad para puedan llevar la etapa final de vida de manera digna tranquila y saludable (INEC, 2020)

Desde este punto de vista, las enfermedades psiquiátricas como la depresión no son consideradas como algo primordial que se debe de tratar, los adultos mayores acuden a consultas médicas por otro tipo de enfermedades crónicas, enmascarando a la depresión, cuando en el fondo existe un nivel depresivo alto que no es diagnosticado y crea mal pronóstico para el adulto mayor, debido a que son más vulnerables, desplegando mayores tasas de recaídas y mortalidad por lo que la calidad de vida del adulto mayor tiende a cambiar (Patiño, 2013).

Los gobiernos autónomos municipales de la provincia de Tungurahua, también administran los centros de atención integral al adulto mayor, que no es afiliado al IESS, sin embargo, estos no disponen de recursos, y son limitados para su desempeño, que impiden que se puedan realizar actividades recreacionales, y apoyo psicológico para mejorar el estado emocional-depresión-funciones cognitivas del mismo. El estado de salud de este grupo de personas depende de la presencia familiar para ayudar a llevar todos los problemas propios de la edad. Es responsabilidad social colaborar con la implementación de programas preventivos, terapéuticos, y de rehabilitación que permita vincular a estas personas con la sociedad (MIES, 2020).

1.1.2 Estado del arte

Se obtuvo estudios delimitados sobre la correlación directa entre la depresión y su influencia en las funciones cognitivas en los adultos mayores; motivo por el que se tomaron en cuenta investigaciones que abarcan estas variables en diferentes artículos científicos publicados en revistas indexadas. Para esto se inicia con estudios que abordan la correlación entre las dos variables y luego con las variables por separado.

Se halló los siguientes estudios, que sirvan de aporte para el desarrollo de la investigación, a los que se puntualiza las de mayor relevancia, entre ellos, Durán, et al (2021), realizó un estudio descriptivo y correlacional de corte transversal en 98 adultos mayores hospitalizados, diseñado con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el test de evaluación cognitiva de Montreal e Índice de Barthel. Obteniendo resultados, en edad, el género, la depresión, la ansiedad y la función cognitiva explican el 33% de la dependencia funcional. Por eso, la atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor debe ser con la capacitación de los profesionales sanitarios en la atención de los adultos mayores.

Pérez, et al (2020), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 73 adultos mayores panameños de 65 años o más, de la cohorte de Panama Aging Research Initiative (PARI). En esta indagación realizada por los autores, se midió el funcionamiento cognitivo con pruebas neuropsicológicas cuyos puntajes se combinaron para formar seis dominios: cognición global, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, atención y funciones ejecutivas con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30).

A la vez, realizaron análisis de covarianza (ANCOVA) comparando sujetos con y sin posible depresión para cada dominio cognitivo, en sujetos con DCL y cognición normal (CN) y controlando por las variables de edad y escolaridad. En cuanto a los resultados se encontraron diferencias significativas entre los grupos, el grupo con posible depresión y DCL tenía menores puntuaciones en comparación con los otros grupos en cognición global, del desempeño en los dominios cognitivos, mientras que en el grupo DCL se analizó que la edad, la educación, la depresión y el índice de masa corporal (IMC) estaban relacionados con menor desempeño cognitivo. En el grupo de DCL, la depresión predijo bajo desempeño en los dominios cognitivos de funciones ejecutivas y atención, con estos resultados conseguidos se logró el desarrollo de políticas de salud dirigidas a adultos mayores, y a esfuerzos especializados de prevención e intervención enfocados en minimizar la depresión y discapacidad en sus mediadores.

Buenaño (2019), y propone determinar la prevalencia de deterioro de la función cognitiva, depresión, ansiedad y su relación con las enfermedades crónicas, de los adultos mayores del Centro de Apoyo del IESS de la ciudad de Cuenca. Los resultados de la prevalencia fue de 3,5% de deterioro cognitivo leve; de depresión leve 10,6 y depresión marcada 2,3%. El 78,9% de los adultos mayores presentaron algún grado de estrés; la hipertensión arterial fue la patología crónica más frecuente con el 50% de los casos. La relación entre osteoartritis con depresión, por lo que, se concluye en los adultos mayores el deterioro del funcionamiento cognitivo y la depresión tuvo una prevalencia baja (3,5%), mientras que el estrés involucró al 78,9%; la osteoartritis guarda significancia estadística con la depresión.

Cansino, et al (2017), utilizan material y métodos para aplicar escalas de Reserva Cognitiva, depresión, apoyo social percibido y funcionamiento cognitivo a una muestra de conveniencia de 206 adultos mayores, de 69 años (77% mujeres). La depresión es un factor de riesgo independiente para el funcionamiento cognitivo. El apoyo social protege a los individuos con alta Reserva Cognitiva de desarrollar depresión. Se concluye que la relación entre la Reserva Cognitiva (RC) y la cognición en adultos mayores permite una evaluación temprana del riesgo de disfunción cognitiva. La depresión es un factor de riesgo independiente para el funcionamiento cognitivo. El apoyo social protege a los individuos con alto RC de desarrollar depresión.

Valdés, et al (2017) aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 preguntas). Un Mini-examen del estado Mental de Folstein (MMSE), y recogió información relevante, obteniendo un 60% de los pacientes que presentaron depresión y el 95% enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Concluyen que la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, se constituyen en los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

Noriega, et al, (2021) aplicó los instrumenticos psicométricos, como la Escala de Autoestima de Rosenberg cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo y la escala de valoración de Hamilton (*Hamilton depresión rating scale, HDRS*), teniendo como finalidad evaluar cuantitativamente la gravedad de síntomas depresivos en adultos mayores. De esta información concluyen, que en la investigación realizada se evidencia que independientemente del nivel de autoestima observada, el 100% de adultos mayores presentan algún nivel de depresión moderado, severo o muy severo, es decir ningún sujeto se encuentra libre de esta sintomatología que afecta el estado afectivo.

Aravena (2017), realizó una indagación narrativa a un total de 40 artículos, de este análisis se obtiene resultados que aclararon las repercusiones más importantes en la pérdida de la funcionalidad y reducción de la participación en actividades de la vida diaria, asociándole a una dependencia progresiva, mayor riesgo de caídas y temor a caerse, restricción, reducción en la participación en actividades de interés, peores resultados en procesos de rehabilitación. Se concluye considerar el impacto clínico y psicosocial que tienen la depresión en la funcionalidad de la persona mayor podría contribuir al entendimiento de los síntomas depresivos como un problema de impacto global que requiere de un abordaje integral.

Soria, et al (2018), analizan las posibles diferencias entre sexos y actividad/inactividad laboral. Se evaluaron 300 participantes, y se usó el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes no mostraron depresión; algunos hombres reportaron posible depresión y algunas mujeres manifestaron depresión establecida. En este estudio, se observaron más casos de depresión en la muestra inactiva laboralmente. Se concluye, que al realizar el diagnóstico temprano con el Test de Yesavage el investigador, logro nuevos aportes acerca de las propiedades psicométricas del mencionado instrumento.

Alomoto, et al (2018), aplican el test de Hamilton para valorar depresión y ansiedad antes y después de implementar un programa especializado de actividades físico-recreativas. Obteniendo como resultados que la ansiedad aumentó en la escala

"Ausente" de forma significativa, y la depresión creció significativamente en la escala "No deprimido", ambos indicadores como parte del posttest. Se concluye, y se demuestra una disminución significativa de los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores sometidos a estudio, concluyendo que las actividades físico-recreativas contribuyen como tratamiento coadyuvante en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores.

Lliguisupa, et al (2020), determinan los niveles de depresión en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Homero Castanier Crespo; en los resultados se registraron edad, sexo, residencia, escolaridad, estado civil, se aplicó la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15) para valorar síntomas depresivos en el adulto mayor. La población estudiada estuvo conformada por 43.9% hombres y 56.1% mujeres. El 35.3% de los adultos mayores presentaron depresión leve, el 11% depresión establecida y el 53.7% no presentaron rasgo depresivo. Concluye, que las percepciones negativas hacia las vivencias en este ciclo de vida, en conjunto con la sensación de soledad, desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y temor, influyen en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores.

Pozo, et al (2021), aplican un programa de psicomotricidad en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve, a 11 pacientes diagnosticados con DCL, los mismos que fueron evaluados mediante tres baterías tanto sus funciones cognitivas como motoras, esto antes y después de la aplicación del programa de psicomotricidad, con un total de 24 sesiones. Los resultados de las evaluaciones iniciales y finales obtenidos fueron analizados y comparados y se comprobó la eficacia del programa. Conclusión: las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) mejoraron con la aplicación del programa de psicomotricidad

Leitón, et al (2019), en esta investigación se midieron las variables cognición con el *Minimental State Examination* (MMSE) de *Folstein y cols*, la capacidad funcional con el índice de *Katz* para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la

escala de *Lawton y Brody* para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se concluye que existe relación altamente significativa entre cognición y capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria como determinantes importantes para el envejecimiento saludable y bienestar en la vejez, y que para enfermería son desafíos en promover y/o mantener estos determinantes al nivel más alto posible.

Suárez, et al (2019), emplearon el diseño de una investigación no experimental de caso. El estudio incluyó a la vez, a una familia, y se sustentó en el trabajo de grupo focal, auxiliándose en técnicas estandarizadas. Se concluyó que el apoyo familiar brindado al paciente con deterioro cognitivo impacta positivamente en su condición física, bienestar psicológico y relaciones sociales. Asimismo, se reconoció al apoyo familiar como una vía necesaria, emocionalmente importante y coherente con la situación sociodemográfica cubana, que posibilita la estimulación cognitiva precoz del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Justo, et al (2021), valoraron en los adultos mayores, la cognición, la sintomatología depresiva y el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria en el momento de la preintervención, durante la intervención (6 meses) y después de la intervención (12 meses). Resultados, se halló una mejora significativa en la cognición y la sintomatología depresiva en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Los participantes más jóvenes y los que tenían una mejor función y estado cognitivo en la preintervención obtuvieron mejores resultados. La adhesión a la intervención fue alta. Conclusiones. Los resultados sugieren la eficacia de una intervención cognitiva individual de larga duración para personas con Trastorno Neurocognitivo (TNC) leve, que podría retrasar la progresión hacia un TNC mayor.

Restrepo & Chavarro (2021), proponen crear grupos de atención médica encabezados por especialistas y conformados por un gran número de profesionales en salud, entre ellos médicos generales, médicos familiares, psicólogos y terapeutas, con el fin de realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Todo ello para lograr llegar a todas las áreas rurales y urbanas donde residan los beneficiados. Hay

que defender a toda costa la calidad de vida de los ancianos y trabajar desde los diferentes frentes para lograr esta meta.

Ocampo, et al (2018), evalúan el efecto de deterioro cognitivo y condición socio familiar en pacientes hospitalizados ≥ 60 años. Se obtuvo los resultados de 133 pacientes incluidos el 24,8% tenían $IB \leq 75$ al alta y el 19,6% tenían $IB \leq 75$ al mes después. Se concluye, la existencia de pacientes adultos mayores con comorbilidad (≥ 2) tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional alto. Concluyendo, el delirium durante la hospitalización superpuesto en el deterioro cognitivo al momento del ingreso fue un predictor mayor del deterioro funcional.

Estos hallazgos dejan abierto el planteamiento de estudiar ciertos factores entre ellos el desarrollo de la depresión y funciones cognitivas en este grupo etario, y así ampliar esta investigación que propone a otras áreas que pueden estar afectado al adulto mayor, tomando en cuenta que el ser humano es un individuo biopsicosocial-espiritual, que necesita armonizarse.

1.1.3 Base teórica

1.1.3.1 Depresión

Según la OMS (2019) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede convertirse en un problema de salud, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades.

Molina & Salazar (2014) determina que toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva somática que presentan la personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de

inutilidad, y se conoce como una alteración del estado de ánimo que genera la pérdida de interés para la ejecución de las actividades de la vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad. Las consecuencias de la depresión no atendida son progresivas y de variable intensa, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (Morales, 2017)

Apaza, et al (2018) determina que los trastornos del estado de ánimo son trastornos de la salud 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. Asimismo, la OMS (2017) refiere al trastorno del estado de ánimo, como un trastorno mental habitual, que provoca gran ansiedad, altera las actividades a nivel familiar, social y que en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Por lo tanto, está en contraste con un estado de tristeza normal, y se diferencia por el impacto que genera en la vida de la persona que la padece.

Teorías o modelos que aplican a la depresión

Freud (1917) determina, que ante la pérdida de un objeto amado y la suma de perturbaciones por apegos tempranos tiende a desarrollarse la ira que es interiorizada hacia la persona, y que se presenta en la crítica hacia sí mismo, autoexigencia y vulnerabilidad ante el rechazo, así mismo la existencia de baja autoestima y la constante necesidad de aprobación.

Barber & Solomonov (2019) describen a la depresión como una combinación entre la alteración en apegos en edad temprana y la pérdida de un objeto amado y dificultad para procesarla, que hacen que el paciente se vuelva contra sí mismo, o contra su yo o self. De este modo, existe una ira hacia uno mismo que genera todos los sentimientos que caracterizan una depresión como el aislamiento, autoestima y autocrítica alterados, y otros.

El enfoque se basa en los test y se explica a la depresión desde los factores biológicos que causan su aparición. Entre estos se menciona la alteración sistemas neuroquímicos como la producción de neurotransmisores. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas y más teorías el modelo cognitivo de depresión de Beck se ha convertido en el máximo exponente dentro de la corriente cognitiva y ha sido la más investigada y la base de varios estudios en la actualidad (Benavides, 2017).

Depresión en el adulto mayor

En la población geriátrica la depresión se ha convertido en un sufrimiento frecuente, sin embargo, la mayoría de las veces pasa por desapercibida y se toma como parte del envejecimiento natural. Este sesgo es una brecha, que a la larga permite la afectación psicopatológica de manera imponente sobre la calidad de vida del adulto mayor, lo aproxima a una discapacidad y en el caso más extremo lo lleva al suicidio (Losada, 2016).

Mayores (2017) sostiene que la depresión es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad, está presente en el adulto mayor, y tiene una estrecha relación con factores propios de esta edad, como la dependencia, el deterioro de las funciones cognitivas y el bienestar, patología que es más común en mujeres, personas que han perdido a un ser querido, individuos con enfermedades catastróficas o crónicas, sujetos con problemas del sueño y en aquellos que viven un suceso estresante, dismovilidad y aislamiento social (Suárez, 2017).

La depresión geriátrica es un trastorno de relevancia por los efectos negativos que puede causar en la vida de quien lo padece y de los familiares o cuidadores más cercanos. Varias son las causas que aumentan el riesgo de padecer depresión, la actual crisis sanitaria y el confinamiento se han convertido en una gran carga de estrés para el adulto mayor pues implica un cambio drástico de vida que puede maximizar el impacto de los factores de riesgo como el proceso de envejecimiento u otros eventos estresantes relacionados al estatus económico, social y ambiente familiar (Aponte, 2015).

Factores asociados a la depresión en el adulto mayor

Molés, et al (2019) establece que la depresión tiene un efecto sistémico, y los adultos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos, demostrando que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos que las personas con depresión grave tienen desequilibrios. Así como también, algunas enfermedades tales como la enfermedad cardiovascular, las fracturas de cadera, dolor, la incontinencia urinaria, pueden volver vulnerables a los adultos mayores para el desarrollo de la depresión.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos más importantes que desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a la vejez, tales como los de la salud o personas significativas, así como la soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátricos, según Slavich, et al (2019) determina que la persona mayor institucionalizada, siempre conlleva internamente problemas psicológicos graves, que los que permanecen con sus familias, desde este punto de vista, es por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo. Así mismo, los síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro sombrío) y algunos síntomas no específicos son más comunes en las personas que viven en residencias de adultos mayores en comparación con los que viven en la comunidad.

Martínez, et al (2021), opinan que serían tres los aspectos del funcionamiento cognitivo que afecta a la memoria en los adultos mayores: la disminución o ausencia en el control inhibitorio, la disminución en la rapidez del procesamiento cognitivo y las herramientas limitadas en el sistema de procesamiento para codificar y recuperar información en el momento pertinente.

Soria, et al (2018) plantean datos experimentales de cómo estarían afectados los sistemas de la memoria: de corto plazo y la de largo plazo, llegando a la conclusión de que en lo real - a excepción de un tipo de memoria de largo plazo - estos sistemas estarían afectados en la etapa del adulto mayor, más en la función del problema de procesamiento que en problemas de memoria, entre ellos:

Personalidad: determina la conducta del ser humano ante determinadas circunstancias, y se caracteriza por establecer el orden mental de una persona y por diferenciarle del resto (INSM, 2017). Desde ese punto de vista, en diversos estudios efectuados en adultos mayores se señalan que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva, son más propensas a padecer de depresión.

Slavich, et al (2019) determina que estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia la soledad que se constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo puesto que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea, entonces, no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor

A su vez, la soledad en el adulto mayor está ligado con su percepción, su mentalidad, la capacidad que tiene para adaptarse y la forma de resolver sus asuntos (Ruiz, 2008). Por tal motivo, se habla de dos tipos de soledad: la objetiva, referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque esta no siempre es desagradable y puede convertirse en una experiencia deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no es buscado, que aflige y hace sentir sola a la persona (Soria, et al, 2018).

Insatisfacción personal: la satisfacción de vida es determinada como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos esperados y los actuales resultados de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada sujeto, así las personas mayores deben pretender llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia (Slavich & Sacher, 2019).

Pérdidas y duelo: la vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a muerte del cónyuge, de seres queridos y la jubilación, las cuales afectan al estado emocional de los adultos mayores (OMS, 2021)

La muerte del cónyuge e hijos: la viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El adulto mayor se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social, cuanto más unida haya sido la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza, el modo como los longevos viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad (IMSS, 2021)

Pérdidas múltiples: con la edad, el número de muertes de amigos y miembros de la familia aumenta, este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve, puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, hay otras que puede experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral (OMS, 2021)

Factores sociales

Las causas que llevan a un sujeto a deprimirse son múltiples, sin existir aún un consenso por parte de los investigadores; dentro de estos 14 factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas (Gómez, 2021).

Según, Martínez, et al (2017) determinan, en un estudio de personas de la tercera de 60 años, que la influencia de los factores bio-sociales en su estado depresivo, se presenta con un total de 149 adultos mayores deprimidos, en el que se constató que la depresión predominó en longevos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. Por eso, De los Santos, et al (2021) señalaron que el 90,6 % son responsables de su depresión a ciertos acontecimientos vitales; su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión, con la jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.

Falta de apoyo social y familiar: la creación de los centros geriátricos tiene como misión el entregar a la familia una ayuda integral con aquellos adultos mayores que no pueden recibir los cuidados demandados en sus hogares, debido a la complejidad de sus patologías, así como de la falta de tiempo de los integrantes del grupo familiar, sin embargo, esta “intención” de las residencias es algo del pasado, o que involucra a un número reducido de casos (López, et al, 2021).

Cambios en el estilo de vida: los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir, la ruptura de los roles que desempeña los adultos mayores facilita la instauración de un estado depresivo en esta población. El mayor riesgo se produce cuando el sujeto ha abandonado la antigua situación o rol y todavía no se ha insertado en la nueva ni adquirido nuevos roles (Ritchie, et al, 2018)

Cambios en el rol social del adulto mayor: los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir, la ruptura de los roles que desempeña los adultos mayores facilita la instauración de un estado depresivo en esta población. El mayor riesgo se produce cuando el sujeto ha abandonado la antigua situación o rol y todavía no se ha insertado en la nueva ni adquirido nuevos roles (Ritchie, et al, 2018).

Etiología de la depresión en el adulto mayor

La depresión entiende factores etiopatogénicos como los neuroquímicos, genéticos y psicosociales. Tanto los adultos mayores como otros grupos etarios se ven condicionados por estos, la única divergencia es que los de carácter psicosocial y somático prevalecen más en la población geriátrica (Gómez, 2021).

Somático: el hecho de que la salud física esté estrechamente relacionada con la salud mental. Hace de esto una causa transcendental que en la vejez se pueda desarrollar un trastorno depresivo, según Apaza, et al (2018) con un alto nivel de porcentaje en de personas mayores de 55 años, y aún más, en las personas que padecen de alguna enfermedad crónica. Entre los más frecuentes, se encuentran los trastornos cardiovasculares o trastornos neurológicos como el Alzheimer, Parkinson, alguna infección aguda, fracturas óseas, enfermedades catastróficas y entre otras.

Psicosocial: dentro de esta se puede aludir el fallecimiento de familiares, viudez, jubilación, pérdida de estatus social y económico, pérdida de autonomía, falta de apoyo familiar y social, falta de actividades de ocio, asilamiento y la estructura de la personalidad de cada individuo que envuelve patrones de pensamiento o la capacidad de adaptarse a diversas situaciones (Ritchie, et al., 2018).

Neuroquímicos: en la vejez la producción de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina se ve alterado, adicionales alteraciones neuroendocrinas que llegan a padecer desnivelan la producción de estas sustancias que interceden en la fisiopatología de la depresión (Donovan, et al, 2017).

Genética: según Baune, et al (2018), algunos estudios revelan que la heredabilidad de la depresión es mayor en familias de primer grado, ya que comparten el 50% de información genética.

Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión se ha convertido en un tema de cuidado por su forma atípica de presentarse en los adultos mayores, a consecuencia de esto se ha visto constantemente subdiagnosticado y subtratado por varios profesionales que involucran los síntomas con otras patologías o la descartan por pensar que es un proceso común en esta etapa. La IMSS (2021), afirma que este trastorno en la tercera edad presenta una alta prevalencia del subdiagnóstico y se manifiesta comúnmente en edades más tempranas. Los síntomas como la irritabilidad, el insomnio, alteraciones cognitivas y el abatimiento funcional son mucho más comunes que la tristeza.

Pantzar, et al (2017), describen que entre las manifestaciones clínicas o síntomas depresivos más comunes en esta población se puede aludir los siguientes; anhedonia, irritabilidad, problemas del sueño, cansancio o falta de energía, agitación o enlentecimiento, retardo psicomotor, somatización, insatisfacción con la vida o desconfianza, aislamiento, malhumor, inestabilidad emocional y tristeza. Formalizar un diagnóstico apropiado implica tomar en cuenta aspectos como la anamnesis, la exploración de síntomas mediante instrumentos como; la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Escala de Depresión de Beck y otros. Así mismo los criterios mencionados en los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales (Sinchire, et al, 2017).

Entonces, es significativo recalcar que para obviar subdiagnosticar la depresión en el adulto mayor, se debe trabajar con diferentes aspectos, además de considerar que la manifestación clínica recae en mayor proporción en síntomas somáticos, alteraciones funcionales o anímicas y que la tristeza como tal, no es tan visible como en la edad adulta.

Clasificación de la depresión

Hasta la actualidad existen dos manuales y/o sistemas clasificatorios y de diagnóstico aprobados a nivel internacional, que a continuación de estos manuales se cataloga a uno de ellos, como la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), en su capítulo V “Trastornos Mentales y Comportamiento” de los episodios que va proyectado desde el tipo, número e intensidad de los síntomas.

F32 Episodio Depresivo: en los episodios tanto leves, moderados o graves, el paciente revela los siguientes síntomas:

- Decaimiento o variabilidad del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad.
- Deterioro de la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración
- Cansancio frecuente, incluso después de ejecutar esfuerzos mínimos.
- Problemas del sueño y de apetito.
- Disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo.
- Presencia de ideas de culpa o inutilidad
- Síntomas “somáticos”: pérdida del interés y sentimientos placenteros, el despertarse con antelación, el empeoramiento de la depresión en las mañanas, retraso psicomotor, agitación y pérdida de peso, apetito y libido.

F32.0 Episodio depresivo leve: deben estar presentes por lo menos de dos o tres de los síntomas mencionados anteriormente, así mismo el paciente puede continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado: se presentan cuatro o más de los síntomas antes mencionados y el paciente presenta dificultades considerables para continuar cumpliendo sus actividades cotidianas.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: se presentan diferentes síntomas que son evidentes y angustiantes, en especial aquellos referentes a

la pérdida de la autoestima, ideas de inutilidad, culpa, suicidas y gran cantidad de síntomas somáticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: además de presentar diferentes síntomas, también se manifiestan delirios, alucinaciones, estupor grave y retraso psicomotor.

F33 Trastorno depresivo recurrente: se caracteriza por episodios repetitivos de depresión y sin un antecedente de episodios aislados

Instrumentos de evaluación

Las escalas o instrumentos de medición deben tener características esenciales: validez y confiabilidad. Cuando va a seleccionarse algún instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto, su validez, especificidad, sensibilidad y confiabilidad. Tomando en cuenta, la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son. La especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos" (de depresión) de los que sí lo son, dichos en otras palabras en el porcentaje de pacientes con depresión (o con la enfermedad) quienes tuvieron una calificación positiva para el instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad (Chávez, 2017)

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos útiles para el diagnóstico de depresión, y para determinar la severidad de la misma o evaluar la respuesta al tratamiento implementado (Sinchire, et al, 2017).

Vanzeler (2020), entre los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión en personas mayores se cita los siguientes: el inventario de Beck, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de autoevaluación de la depresión de Zung (1965); la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de Radloff (1977)

Pronóstico de la depresión

La depresión es una enfermedad con predisposición a la cronicidad y recurrencia y más aún en la población geriátrica. Según Solano, et al (2009), el deterioro cognitivo, la gravedad del episodio y la presencia de comorbilidad y la discapacidad son factores de peor pronóstico. Por lo tanto, el estrecho vínculo que tiene con trastornos cognitivos, el deterioro cognitivo u otros factores hace posible que el cuadro clínico del adulto mayor empeore y afecte de manera importante su calidad de vida en varias esferas. Además, las tasas de mortalidad y la frecuencia con la que se presenta en esta edad son mucho mayor que en otras y su tasa se ve duplicada en objetivo de los más jóvenes. Ocampo & Reyes (2018), en respaldo a esto señala que el 60% a 90% de suicidios en adultos mayores se relacionan a una depresión diagnosticada clínicamente.

Tratamiento de la depresión: actualmente existe una gran variedad de tratamientos para abordar esta patología. Estos están direccionados a mejorar el estado de ánimo, la calidad de vida, reinsertar al paciente en sus actividades diarias de forma funcional y disminuir el riesgo de mortalidad y reincidencia. Es decir que este es un trastorno tratable.

Tratamiento farmacológico: los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. En los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes.

Por eso, Alvarez (2015) determina en este tipo de tratamiento que se utilicen antidepresivos que se encarguen de regular la segregación de los neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina o dopamina que estabilizan el estado de ánimo. A pesar de que la función de estos medicamentos, sea la misma en cualquier edad, mientras que Sinchire, et al (2017) refieren que es importante, antes de la administración en adultos mayores tomar en cuenta los cambios farmacocinéticos y

farmacodinámicos que modificarán la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto en estos casos se requieren dosis menores para llegar a los efectos clínicos equivalentes.

El tiempo de administración depende de la gravedad de los síntomas y la prescripción médica necesaria, su efectividad completa podrá ser visible a partir de las tres a cuatro semanas de empezar el tratamiento y en cuanto a los efectos secundarios pueden presentarse de forma leve y temporal más no duradera (IMSS, 2021).

Martínez (2016) determina en los ancianos que la respuesta terapéutica tarda en presentarse más de las tres semanas habituales de latencia, por lo que conviene esperar hasta seis semanas antes de subir la dosis. La duración del tratamiento se estima en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo. Asimismo, Alvarez (2015) establece que muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento en el anciano con una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina. Ambas muestran escasos efectos anticolinérgicos y su eficacia antidepresiva está comprobada.

De los Santos, et al (2021) determinan que los fármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que tienen una buena eficacia y provocan pocos efectos secundarios, de ellos la agitación y la pérdida de peso persistente son los que más habitualmente limitan su uso.

Tratamiento Psicológico y/o Psicoterapia: este tratamiento se utiliza en conjunto con el farmacológico y se basa en la aplicación de una planificación en base a las necesidades individuales de cada paciente con el objetivo de modificar. Según National Institute of Mental Health (2017) aclaran que hay que dar control y seguimiento en las “formas de pensar y de comportarse y el cambiar de los hábitos que pueden contribuir a la depresión (...) solo así, pueden ayudarle a entender y a resolver las relaciones o situaciones difíciles que pueden causar o empeorar la depresión. Entre las terapias aplicables a este trastorno las de tipo cognitivo-conductual son aquellas con mayor evidencia, eficacia y asimilación en los adultos mayores, debido a la duración y la participación del paciente durante las sesiones. Esta busca la

modificación de sentimientos, pensamientos y conductas negativas a positivas en un corto tiempo (OMS, 2021).

De la misma forma, la terapia cognitiva-conductual pretende el aprendizaje de estas de una forma más adaptativa, por lo que es importante resaltar que la eficacia del tratamiento depende en gran porcentaje de un trabajo multidisciplinario y la labor activa por parte de la familia del paciente (Justo, et al (2021). Según Pozo & Fonseca (2021) diversos estudios han confirmado la eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio del anciano con depresión mayor sin melancolía. La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves.

Apaza, et al (2018) determinan que la terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el anciano por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el intercambio activo entre el terapeuta y el paciente. Vanzeler (2020) considera que las terapias eficaces para la depresión del anciano incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al anciano deprimido. Aravena (2017) confirma que es preciso informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio en el anciano gravemente deprimido. También, la familia puede proporcionar la estructura para que el anciano deprimido y aislado vuelva a participar en actividades sociales.

1.1.3.2 Funciones cognitivas en el adulto mayor

Las funciones cognitivas del ser humano tienden a deteriorarse con el tiempo o por la presencia de condiciones patológicas, afectando con frecuencia a los adultos mayores, Estas funciones cognitivas son procesos mentales que permite llevar a cabo cualquier tarea. Estas funciones hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, almacenamiento y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que lo rodea. Estos asocian movimientos, ideas o acciones simples y los llevan a una resolución (Dorado, 2012).

Entre algunas funciones cognitivas se puede resaltar: la atención, la orientación, la memoria, las gnosias, las funciones ejecutivas, las praxias, el lenguaje, la cognición social y las habilidades viso espaciales. La pérdida de estas funciones cognitivas se denomina deterioro cognitivo, y está sujeto tanto a factores biológicos como a factores ambientales (Benavides, 2017)

Funciones cognitivas

Definición

Las funciones cognitivas son las condiciones mentales esenciales para la existencia de operaciones del pensamiento y de cualquier otra función del comportamiento. La palabra clave en esta definición es condición. Las funciones cognitivas se definen como condiciones en las cuales se efectúan las operaciones mentales Feuerstein (1980), y se representa a la capacidad de procesar la información en el entorno empleando la percepción, el razonamiento, el juicio, la intuición y la memoria.

Definidas como el resultante en funcional por la interacción entre la interconexión dinámica de distintas estructuras cerebrales, genéticamente determinadas, con el entorno Font (2008), la disminución de la inteligencia fluida (capacidad de aplicar las habilidades intelectuales a nuevas situaciones: proceso de percepción de relaciones, formación de conceptos, razonamiento y abstracción), depende del proceso neurológico viéndose afectada por métodos de deterioro y enfermedades.

Procesos mentales: según López & Granados (2021) establecen que son funciones que se direccionan a procesos que corresponden, al almacenamiento, elaboración y traducción de los datos aportados por los sentidos, para su utilización inmediata y su eventual uso posterior. La memoria y también la percepción juega un importante rol entre los procesos cognitivos básicos; la inteligencia y el lenguaje y pensamiento en general son de gran categoría para los seres humanos, ya que forman

parte de los procesos cognitivos superiores, ayudando a tener procesos mentales que al ser humano le diferencia de los animales, como el pensamiento lógico, la utilización de símbolos lingüísticos para transmitir el pensamiento y la resolución de problemas, es una operación de pensamiento.

Badeleye (1986) e determina que el sujeto humano es capaz de actuar sobre estímulos concretos, situaciones o representaciones mentales para crear nuevas representaciones mentales o acciones motoras. En particular, Durán, et al (2021) establece en los siguientes procesos mentales se pueden encontrar los siguientes: el proceso cognitivo básico la sensación: percepción, atención y memoria, y en el proceso cognitivo superior Pensamiento: Lenguaje, inteligencia y creatividad.

Procesos cognitivos: en el estudio realizado el Investigador, deduce que los procesos cognitivos son todos aquellos procesos mentales interdependientes que se desarrollan dentro del sujeto y que tiene por objeto conocer o aprehender el mundo que le rodea. La noción del proceso cognitivo, según Wilbur (2011), tiene las siguientes implicancias:

- Determina los comportamientos de las personas al concebir como receptoras activas
- Permiten que las personas transformen la información de los sentidos y la almacenen para ser utilizadas posteriormente.
- Los componentes y la organización de la estructura cognitiva es de gran medida producto de las experiencias y aprendizajes previos.

Por lo expuesto se habla de la habilidad más humana: el de procesar información y compartirla con otras personas: dicho de otro modo, el ser humano es, ante todo, un animal que procesa información.

a) Procesos cognitivos básicos: un recurso que las personas tenemos para adaptarnos al mundo es nuestro comportamiento con nuestros 8 procesos psicológicos

básicos, que son: (a) percepción, (b) aprendizaje, (c) lenguaje, (d) pensamiento, (e) atención, (f) memoria, (g) motivación y (h) emoción (Sanfeliciano, 2019).

Lo antes mencionado, permite inferir una ardua tarea al tratar de definir la normalidad de tales funciones, cualquiera sea la edad del sujeto y más aún como repercutirán sus alteraciones en las actividades de la vida diaria, principalmente cuando la afectación es muy leve y las actividades del sujeto plenas (sociales – laborales – recreativas) pero con una variabilidad intra e interpersonal enormes (Webinar Lundbeck Academy, 2020).

Por lo tanto, es bien conocido que la edad y el nivel educativo, entre otros factores no menos importantes, marcan diferencias importantes en el rendimiento de las distintas funciones cerebrales superiores y es por ello que las diversas escalas de medición han debido ser validadas y estandarizadas para ciertos grupos poblacionales (según edad, sexo, nivel educativo, raza, idioma, etc.).

Sensación: proceso que permite convertir la información y que a la vez se con lleva dos procesos como la estimulación de los receptores sensoriales (células especializadas capaces de transformar estímulos físicos e impulsos nerviosos), y la transmisión de los impulsos nerviosos hasta el sistema nervioso central. Entre las modalidades sensoriales se tiene: la visión, audición, tacto, gusto, olfato, propiocepción. Asimismo, la clasificación de los sentidos según el tipo de estímulo que captan los receptores de estímulos químicos; olfato y gusto, los receptores de estímulos mecánicos: tacto y oído, y los receptores de estímulos luminoso: vista (Webinar Lundbeck Academy, 2020)

Atención: la atención es una cualidad de la percepción que admite filtrar los estímulos ambientales, eligiendo cuáles son más apreciables, proveer prioridad por medio de la concentración de la actividad psíquica; la atención es un componente que controla y regula los procesos cognitivos, es la concentración de nuestra acción mental sobre un objeto o un problema que nos incumbe conocer o resolver. Eleva el nivel de la actividad mental y hace viable una mejor adaptación de nuestra conducta a la

situación del momento. Entre los tipos de atención es la visual/auditiva, interna/externa, consciente/inconsciente, según Ruiz (2001), presenta:

Tabla 1. *La atención*

#	Atención	Indicadores
1	Espontánea	El sujeto es atraído por el sujeto que le solicita la atención y que está de acuerdo con las características innatas o adquiridas del sujeto. Es primitiva y deriva de nuestras tendencias: el miedo, el deseo, la curiosidad. En el adulto es la forma de atención que ponemos en las actividades creadoras: el artista, el investigador (atienden de forma espontánea porque aquello está en consonancia con sus gustos e intereses); en los animales y los niños es la única forma de atención.
2	Voluntaria	Se da cuando atendemos a un objeto sólo porque así es nuestro deseo. Únicamente sucede en el ser humano, ya que sólo él es capaz de dejar un interés inmediato para atender a un interés más lejano que juzga de más categoría. Es el tipo de atención que podemos ver en el estudio de las materias que no tienen un interés directo.
3	Habitual	Es la forma intermedia entre las otras dos. Cuando atendemos por hábito, por costumbre de atender, no se hace por el atractivo del objeto, pero tampoco se necesita hacer un gran esfuerzo de voluntad

Fuente. Tomado de Ruiz (2001)

Razonamiento: el pensamiento concreto, que se relaciona con las características físicas, y el pensamiento abstracto que atiende a ideas, como: el odio, la amistad; dentro del pensamiento se forma el razonamiento. “Operación por la cual se produce el raciocinio, recurso del pensamiento que cubre la relación esencial y general entre las cosas por medio de juicios hasta llegar a una conclusión. Ejemplo: el sauce es un árbol, el árbol es una planta, entonces, el sauce es una planta” (Feuerstein, 1980).

La toma de decisiones más complejas y que va a hacer importante en la solución de problemas, de tal manera que cuantas más relaciones entre conceptos seamos capaces de elaborar, más facilidad tendremos para resolver aquellos.

Viso espacial: el síndrome perceptivo viso espacial es una de las variadas manifestaciones de la dislexia, con la cual a la persona se le dificulta copiar lo que ve y acomodarlo en el lugar apropiado. Los tres factores que intervienen en la atención viso espacial son: orientación hacia el estímulo; proceso consciente de focalización de estímulos para sostener el estado de alerta hacia esos estímulos (Charles, 2008).

Percepción: es un proceso activo que permite al organismo seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones, captándolas como un todo con sentido y significado. Las constancias perceptivas son: de constancia de la forma, tamaño, color; según, (Morris, 2009), consiste en descifrar patrones significativos en medio de una masa desordenada de información sensorial, en el último término, es el cerebro el que interpreta el complejo flujo de la información procedente de los sentidos. Usándola como materia prima, crea experiencias perceptuales que trascienden lo que sentimos directamente.

Memoria: capacidad para conservar, retener y almacenar experiencias, información y conocimiento. Procesos implicados en la memoria esta, la codificación, almacenamiento y recuperación. La memoria es la capacidad para retener lo visto o lo escuchado en el pasado, fundamentada en la formación de conexiones sinápticas temporales suficientemente firmes con capacidad de actualización o futuro funcionamiento (Cansino, Rehbein, & Ortiz, 2017)

La memoria episódica permite recordar experiencias personales contextualizadas, dentro del circuito que forma el lóbulo temporo medial, núcleo talámico anterior. Las alteraciones más comunes de la memoria son las amnesias: anterógradas como la imposibilidad para asimilar nueva información, y la retrógrada: incapacidad para evocar hechos previamente almacenados, que en varias veces el defecto de memoria no es total, sino parcial, por lo que se evidencia dificultad para acordarse, no imposibilidad de hacerlo según Vidal (2008) en el concepto que se repite y es común en las amnesias que se acompañen de confabulaciones, es decir, hay que mejorar los espacios vacíos de memoria con recuerdos ficticios o inexactos.

También se puede presentar instrucciones, es decir recuerdos falsos dentro de recuerdos verdaderos. La amnesia en individuos jóvenes es usualmente causada por traumatismos craneanos, en personas de mayor edad logré acompañar al síndrome de demencia, a la vez, se detalla en Apaza, et al (2018) determinan que los síntomas físicos, los mismos que aparecen con algunos cambios y suele ser uno de los motivos

principales en el que el sujeto afectado considere tratarse con un profesional, a fin de evadir, los problemas de sueño (insomnio, quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertar precoz), fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales (dolor de cabeza, espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa).

Evocación Operativa: Piachon (2008) la información mantiene activa a una persona en su mente, en un breve espacio de tiempo, mientras realiza una acción concreta, a la memoria operativa también contribuyen áreas parietales y temporales, así como el cíngulo (capacidad atencional). No solo interviene en el almacenamiento temporal de esa información sino también en la planificación y organización de futuras acciones

Badeley (1986) es un sistema que permite mantener activada una cantidad limitada de información durante un corto plazo de tiempo y manipular simultáneamente esa u otra información durante un corto espacio de tiempo y manipular simultáneamente esa u otra información. Por lo expuesto por estos autores se considera el concepto de retentiva operativa como una definición operacional de la memoria a corto plazo- es un producto de la investigación experimental cognitiva e incluye tres componentes: el ejecutivo central, que tiene funciones de control, el lazo fonológico y la agenda viso espacial, estos dos últimos con funciones de almacenamiento y repaso.

Smith (2009) permite no solo considerar a la evocación operativa como un sistema distinto de la MLP, sino fragmentarlo en subsistemas separados para información verbal y no verbal con dimensiones, a su vez, auditiva y visual.

En este estudio realizado se detecta que tanto la evocación operativa verbal como la espacial incluyen un componente de almacenamiento (implementando en áreas del córtex parietal posterior izquierdo para la información verbal, y en áreas parietales posteriores y occipitales anteriores derechas para la información espacial) y un componente de repaso subvocal (Localización en el área de Broca y las áreas

motoras y promotoras del hemisferio izquierdo para la información verbal, y en las regiones parietal posterior y promotora del hemisferio derecho para la modalidad espacial). Ruiz (2001) los procesos de almacenamiento y de repaso verbal pueden disociarse, a su vez, de los procesos inhibitorios del ejecutivo central y tales procesos inhibitorios dependerían de la región pre frontal del hemisferio izquierdo, por lo que se considera que la evocación operativa es a corto plazo, esta evocación se encarga de almacenar información por pocos minutos, para luego consolidar y pasar a memoria de largo plazo (Alomoto, Calero, & Vaca, 2018).

Evocación viso espacial: Kandel (2010) se refiere a la forma de evocación explícita que se ocupa de la ubicación espacial del sujeto y se evalúa mediante tareas constructivas, como diseños con cubos, o rompecabezas, o bien con la copia de dibujos y con tareas en las que el individuo tiene que identificar dibujos con elementos similares.

Independientemente de que se cronometre o no la tarea, se ha reportado que con la edad se presenta un importante decremento en todas las funciones viso espaciales; entre las anormalidades que se informan es una pobre integración de los elementos y perseveraciones que según Corsi (2004) determina que, aquellas personas que sufren algún tipo de alteración en esta esfera mantienen la capacidad para almacenar la información, pero tienen dificultades para recuperarla, apareciendo frecuentemente con fabulación, es frecuente que estos pacientes no recuerdan el lugar donde asimilaron una establecida información y el orden de aprendizaje.

b) **Proceso cognitivo superior:** los procesos cognitivos superiores son referentes a las habilidades del pensamiento, pero es preciso mencionar que estos procesos no son tangibles, pero si se puede saber que están presentes, Alvarez (2015) aclara que las actitudes y aptitudes que los individuos presenten es importante dejar aclarado que todos estos procesos no se adquieren si no se desarrollan desde el momento en que un ente social se integra a la existencia de este mundo. Entre los procesos cognitivos superiores esta: el Pensamiento: lenguaje inteligencia y creatividad.

Pensamiento: Cansino, et al (2017) determina que es todo aquel producto de la imaginación, es decir, todo aquello extraído a la realidad gracias a la intervención de nuestra razón, Esto no solamente incluye a las cuestiones rigurosamente racionales, sino también a las abstracciones como ser la imaginación, porqué todo aquello que es de naturaleza mental, independientemente que se alago racional como la resolución de un problema. O una abstracción que como producto arroja de una pieza artística, a través de la intervención del pensamiento se puede desarrollar en el lenguaje, inteligencia y creatividad.

Lenguaje: no presentan un trastorno afásico puramente dicho, aunque si dificultades para encontrar palabras y comprender estructuras gramaticales en lenguaje oral y escrito, Morris & Maisto (2001) determinan que el lenguaje humano es un sistema flexible de símbolos y reglas que constituye la gramática y permite comunicar ideas, pensamientos y sentimientos. El lenguaje hablado se basa en unidades universales de sonido denominadas fonemas” y aclara que es un sistema organizado de símbolos por medio del cual nos manifestamos individualmente, gracias al lenguaje expresamos, comprendemos y pensamos, entre ellos:

1. Fonología: Estudia las mínimas unidades de sonido, llamadas fonemas.
2. Morfología: Estudia la estructura de las palabras, que son las unidades más pequeñas dotadas de significado
3. Sintaxis: Constituye las reglas de combinación de las palabras para formar una oración.
4. Semántica: Estudia el empleo de las reglas que gobiernan el significado de las palabras.
5. Lenguaje interior: Forma básica del pensamiento sin palabras, el lenguaje interior ayuda a la organización mental y a la comprensión consciente, siendo el paso intermedio entre pensamiento y expresión exterior mediante representaciones semánticas sin estructura gramatical. Localizado en el lóbulo frontal (Morris, 2009)

El significado de lenguaje, Arias, et al (2020) establece que puede ser entendido como un recurso que hace posible la comunicación; en el caso de los seres humanos, esta herramienta se encuentra considerablemente desarrollada y es mucho más avanzada que en otras especies animales, ya que se trata de un proceso de raíces fisiológicas y psíquicas; el lenguaje brinda la posibilidad al ser humano de elegir, mencionar, reorganizar y acordar conceptos de desemejante complejidad.

Inteligencia: es la habilidad de resolver problemas y la originalidad como habilidad para responder a situaciones de un modo adaptado e inusual; luego ambas se manifiestan en los niveles superiores de solución de problemas, es decir en aquellos difíciles cuya solución requiere ser original, Barron (2010) establece que la inteligencia se ha mostrado como un fenómeno importante y ampliamente estudiado desde diversas ciencias dadas su relevancia en nuestro contexto cultural, ha sido un factor determinante en nuestra sociedad, ya que su carácter multifacético ha sido ampliamente estudiado desde diversas ramas de la filosofía, la psicología y otras ciencias.; cómo una capacidad mental muy general que implica: la capacidad de razonar, prever, resolver problemas, pensar en abstracto, captar ideas complejas, aprender rápidamente y aprovechar la experiencia (Aravena, 2017)

Desde ese punto de vista, la emoción puede ser concebida como una respuesta organizada que proporciona de forma adaptiva la actividad cognitiva y contempla el importante papel de las emociones en nuestra vida, Apaza, et al (2018) comprueba que la inteligencia se centra en el estudio de las habilidades para procesar la información afectiva, considera una habilidad que permite percibir, responder, generar, comprender y manejar las emociones.

Creatividad: la creatividad se focaliza desde una única dimensión, como ha sido habitual, supone una serie importante de implicaciones que condicionan las investigaciones que puedan desde una u otra perspectiva, estableciendo procedimientos e instrumentos para su evaluación; como un proceso de: formación de elementos asociativos dentro de nuevas combinaciones en las que se encuentran los requerimientos específicos o son, de igual modo, útiles Harrigton (2009), la creatividad

como un proceso que resulta de una obra personal, aceptada como útil o satisfactoria por un grupo social en un momento determinado (Stein, 2007)

La Creatividad es la conducta original productora de modelos o seres aceptados por la comunidad para resolver ciertas situaciones Fernández, et al (2009, en referencia a la conducta como indicador creativo, los autores se adhieren a toda una importante corriente científica cuyo principal objetivo es la identificación y descripción de aquellos rasgos de personalidad y conducta que pueden actuar como precursores de la creatividad; los conceptos aseveran que todos nacemos con un potencial determinado y variable de la actividad creadora y si existen diferencias en el comportamiento o desarrollo normal de dicho potencial se incumben más a frustraciones de personalidad y conducta. En vista del análisis realizado en este estudio, la creatividad en los adultos mayores se la debe considerar como un valioso recurso terapéutico al servicio de la salud; es posible hipotetizar que las personas de la tercera edad con algún trastorno no manifiestan mucha creatividad en ese campo cuando reaccionan encorsetadamente ante lo que les causa malestar y no intentan modificar las condiciones, internas o externas, que lo provocan, o lo intentan sin éxito.

Las estrategias terapéuticas de búsqueda de alternativas, las de corrección de errores cognitivos, Alvarez (2015) establece que los ensayos conductuales, etc., son técnicas que en última instancia persiguen cambios en la forma en la que se interpreta la realidad, cambios en la forma de afrontar situaciones, cambios concretos de conducta, de actitudes, etc., en definitiva, busca, demostrar que hacer algo diferente a lo que se venía haciendo es posible.

Por ello, pueden ser ampliamente conceptualizadas como estrategias que potencian habilidades estrechamente relacionadas con la creatividad en estos casos, para conseguir un objetivo de mínimos, Buenaño (2019) determina, porque no también conseguir que la vida merezca la pena y desarrollar actividades que pongan en juego lo mejor del especialista en psicología clínica para mitigar la depresión y desarrollar las funciones cognitivas del adulto mayor, debería buscar otra realidad, otra acción, ya que cada sujeto o elemento es su actuación y proceder diferente, alguna acción que

armonice su yo, y se construya la paz interna para que nuevamente a través del juego-trabajo, vaya nuevamente evolucionando su Yo interno y externo y su relación intrapersonal e interpersonal en forma global en el adulto mayor que ha sido sujeto de esta investigación.

Deterioro cognitivo

El deterioro es un proceso que se produce con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, se presentan diferentes dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos (memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Peña, 2007).

Bases neurológicas del deterioro cognitivo

La neurona es la base de la actividad eléctrica, el registro se lo encuentra en la base del encéfalo lo que permite el registro de las respuestas eléctricas, las cuales son provocadas por estímulos sensoriales, visuales, auditivos, somestésicos, los cuales permiten medir la amplitud y latencia (Benavides, 2017)

La sinapsis

Es la comunicación entre una neurona y otra, es mediante unos mensajeros químicos denominados neurotransmisores que circulan desde el final del axón, liberados por una señal eléctrica, hasta su unión con los receptores de otra neurona, a esta comunicación se le denomina sinapsis. La liberación de neurotransmisores puede causar una señal eléctrica de manera que el mecanismo de comunicación es de eléctrico químico y a eléctrico (Gil, 2021).

El deterioro cognitivo va apareciendo cuando las neuronas (células nerviosas) van perdiendo su capacidad de funcionamiento y la conexión existente con otras células, es un proceso normal causado con el envejecimiento (Buenaño, 2019). En estudios realizados sobre neuroimagen muestran que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza prefrontal lateral, permitiendo que se modifique las capacidades ejecutivas como son la concentración y la atención. En el deterioro cognitivo interviene la acetilcolina, un neurotransmisor que interviene en el proceso de la memoria, el inhibidor de este neurotransmisor es la enzima (acetilcolinesterasa), la misma que realiza la función de la degradación de la acetilcolina.

Posteriormente se produce déficit en la neurotransmisión debido al deterioro cognitivo, esto puede producir una enfermedad vascular en el cerebro, como es la enfermedad del Alzheimer. El glutamato es otro neurotransmisor que interviene en la formación de la memoria, es el que se encarga del proceso de aprendizaje en el adulto mayor, la larga liberación de este neurotransmisor no fisiológica provoca enfermedades neurodegenerativas, y por lo tanto pérdida de la memoria que puede producir un deterioro cognitivo (Gil, 2021)

Causas del deterioro cognitivo

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2016) establece que existe varias causas que produce deterioro cognitivo entre las cuales se menciona, las deficiencias funcionales de la corteza pre-frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, los consumos de alcohol u otras sustancias, enfermedades cardiovasculares, el estrés psicosocial, y los cambios psicológicos.

Etiología del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se presenta por los diferentes cambios en el adulto mayor, con la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación, y aún más, en la presencia

de factores cerebrovasculares e inflamatorios con la presencia de deterioro cognitivo en las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender, y la capacidad verbal. Benedit (2002) el deterioro cognitivo conduce a los adultos mayores al riesgo vascular que puede terminar, en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos.

Clasificación

Peña (2007) el deterioro cognitivo se clasifica en dos, que son: el normal y el deterioro cognitivo leve, seguidamente se detalla:

Deterioro cognitivo normal: mantiene las cualidades de las funciones neurocognitivas, necesarias para que la persona pueda adaptarse al diario vivir.

Deterioro cognitivo leve: se evidencia el envejecimiento de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido, es indispensable valorar la condición en que se encuentra ya que solo interfiere minimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria, no se asocia a deterioro del nivel de conciencia. Lo principal que se produce en el deterioro cognitivo leve es un deterioro en la memoria, esto se debe al proceso de envejecimiento, y a factores como puede ser el consumo de sustancias estimulantes, psicoactivas y medicamentos que con el pasar de los años causan que esta función se deteriore y por lo tanto se produce lo que es un deterioro cognitivo.

Criterios de diagnóstico

Peña (2007) presenta los siguientes criterios para diagnosticar, según Peterson o Mayo, en la alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas.

A.- Atención-concentración.

B.- Lenguaje

C.- Gnosias

D.- Memoria

E.- Praxias

F.- Funciones visuoespaciales

G.- Funciones ejecutivas

1. Alteración adquirida, mostrando un deterioro que se presenta en las capacidades previas, y puede ser enunciada por el paciente o un informador fiable, a la vez, es objetivada con una demostración en neuropsicología, y la presencia en meses de duración y verificada por paciente, que presentan un nivel de conciencia normal.
2. La alteración solo interviene minimamente en las actividades instrumentales de la vida cotidiana.
3. La alteración cognitiva no se asocia al nivel de conciencia.
4. Sin criterios clínicos para demencia de acuerdo (Peña-Marcial E, y otros, 2019).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Identificar el nivel de depresión y su influencia en el deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores que se encuentran en el Programa de Salud Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Este objetivo se llevó a cabo con la aplicación de dos instrumentos psicológicos, Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage y el test estandarizado Mini Mental Status Examen de Folstein; para evaluar el nivel de depresión, los datos que se obtuvieron fueron analizados con el Programa Estadístico SPSS para determinar el tipo de relación existente entre las variables. Los datos no fueron normales por lo que se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman, y se

efectúa, una búsqueda en las dos variables, sin embargo, se identificó que no hay una correlación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Analizar el nivel de deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Para el cumplimiento de este objetivo se aplicará los niveles generales del Test Mini Mental de Folstein a la población.

2. Evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Del mismo modo, en este objetivo se logró aplicar el Test de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage, el cual consta de 15 ítems, por lo que la versión abreviada de estos 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere de entrevistadores entrenados), y existe rapidez (5-8 minutos); asimismo las respuestas son dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales. Esto permite conocer el nivel de depresión que los adultos mayores del IESS podrían presentar.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

Para desarrollar los objetivos del presente trabajo investigativo se utilizaron los test psicológicos: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GSD-15), que evaluaron las variables descritas anteriormente. Estos reactivos se administraron individualmente a los 160 adultos mayores, el método que se utilizó para la estandarización fueron las medidas de tendencia central y el coeficiente de correlación de la depresión y el deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores que se encuentran en el Programa de Salud Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Para el caso de la escala GDS-15 el coeficiente de correlación utilizado fue el punto biserial (r_{pbis}), el cual proporciona una estimación de correlación de cada uno de los 15 ítems de la escala con respecto a la puntuación total (Cohen, 1996, p. 213).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GSD-15)

Autor original. Brink y Yesavage (1982).

Descripción. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas o neurovegetativos de menor valor en el paciente geriátrico (Yesavage, 1983).

Escala de YESAVAGE

Entre los instrumentos más manejados para la valoración de depresión en adultos mayores, se halla la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que ha sido utilizada extensamente con la población adulta mayor y que se especifica a continuación: “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (*Geriatric Depression*

Scale, GDS) diseñada por *Brink y Yesavage* en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico” V.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a manifestar en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales coherentes con las características específicas de la depresión en el adulto mayor (Martínez, et al, 2017)

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 y/o 0-15.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

No depresión 0-9 puntos

Depresión moderada 10-19 puntos

Depresión severa 20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión 0-5 puntos

Probable depresión 6-9 puntos

Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala

sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión (Márquez, et al, 2015)

Forma de aplicación. Se aplica un cuestionario de respuestas dicotómicas sí / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien admite también su aplicación hetero-administrativa, leyendo las preguntas al paciente informándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada.

Interpretación. Cada ítem se valora cómo 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a las una de los ítems, con un rango 0-15, según la versión.

Para la versión de 15 ítems se aceptaron los siguientes puntos de corte

No depresión normal	0-5 puntos
Probable depresión moderada	6-9 puntos
Depresión establecida severa	10-15 puntos

Explicación. Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

Tiempo de aplicación. 10 minutos.

Confiabilidad. Alfa de Cronbach 0,91.

Test. Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

Autor original. Dr. Antonio lobo

Descripción

Test original, publicado en la revista científica en 1979, este test fue una versión adaptada y validada en España, a la que le llamo Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Este test es conocido como Mini-Mental es la prueba de cribado o despistaje cognitivo más utilizada para evaluar la sospecha de síntomas compatibles con deterioro cognitivo o demencia.

Es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva; en el cual plantea algunas preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje, la aplicación de este instrumento lleva solo 5 minutos para administrarse y, por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio. El ME no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sin una herramienta para poder discriminar entre los que tiene deterioro cognitivo y los que no lo tienen.

También es útil como seguimiento para valorar cambios, se aplica a:

1. Personas mayores de 60 años
2. Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.
3. Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa.
4. Personas con antecedente de delirio previo, sobre todo en ingresos hospitalarios recientes.

Análisis: al aplicar, se trata de un test con preguntas que se aglutinan en cinco grupos para la evaluación de la orientación espacio-temporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y cálculo, lenguaje y construcción espacial

Interpretación: la interpretación de la puntuación obtenida se realiza de la frontera, en la que se establece el diagnóstico de demencia es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más y 27/28 en menores de esta edad menores de 65 años.

Una puntuación de 30-35 determina la normalidad, mientras que si es de 25-30 existe un ligero déficit que puede estar originando por otras causas.

20-24. Existe un deterioro cognitivo leve.

15-19. El deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia.

0-14. Hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia avanzada.

Explicación. Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que también esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por deterioro cognitivo.

Tiempo de aplicación. 10 minutos.

Confiabilidad. Alfa de Cronbach 0,91

2.2 Métodos

La presente investigación brinda una dilucidación de la idea a defender del tema de estudio “la depresión y su influencia en las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua”, a la vez tienen un enfoque explicativo, transversal y no experimental que al ser analizadas dieron paso para poder determinar una influencia entre sí.

La investigación a desarrollarse se enfoca en un estudio relacionado con un enfoque de carácter cuantitativo debido a que se siguió un proceso secuencial y probatorio, es de corte transversal, los test fueron aplicados por una sola ocasión; no experimental puesto que no se ha manipulado las variables, porque se recabo información mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GSD-15) y el Mini-Examen cognoscitivo (MEC), aplicados a los adultos mayores (jubilados), que

acuden a la ludoterapia en la unidad de gestión del IESS de la ciudad de Ambato. Ambos establecen un proceso, que, a su vez, integran variedad de técnicas y fases.

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

Para la ejecución de este trabajo investigativo se tomó como población a 275 adultos mayores (jubilados), que acuden al IESS de la ciudad de Ambato, a la vez que colaboraron en la realización de la proyección de grado del Investigador, en el cual se especifica lo siguiente:

Tabla 2. *Población de investigación.*

UNIDADES DE INVESTIGACIÓN	UNIDADES DE ANALISIS	POBLACIÓN	MUESTRA
Fuentes Internas	Adultos mayores (jubilados), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato.	275	160
TOTAL		275	160

Fuente. Tomado IESS-Ambato

2.3.2 Muestra

Por tratarse de la población del IESS de la ciudad de Ambato de 275 adultos mayores que asisten a los talleres de ludoterapia, se tomó a consideración el cálculo del tamaño de la muestra para una población finita, mediante la fórmula de Murray y Larry (2017), considerando que una muestra poblacional es un conjunto de elementos que representan al universo total, es decir, son una fracción de la totalidad del número de individuos a ser evaluados.

Pues, al establecer el tamaño de dicha muestra, viene a ser, un proceso importante en toda investigación, porque permitirá realizar un estudio viable y creíble siempre delimitado por los objetivos del estudio y las diferentes características de cada población. Hay que considerar, que al determinar el tamaño de una muestra permite

ahorrar recursos tanto económicos como humanos, además de disminuir considerablemente el tiempo de realización de la investigación que estás realizando.

Cómo en este caso de estudio, que por ser el número de población considerablemente grande, el de los adultos mayores (jubilados) del IESS de la ciudad de Ambato, se procedió a aplicar la fórmula de universo finito de estudios descriptivos y obtener una muestra que permita indagar, en este caso, es importante determinar el tamaño adecuado de una muestra, porque no se debe actuar con ligereza, por cuanto si tomamos una muestra más grande de lo necesario es un desperdicio de los recursos, y muestras muy pequeñas a menudo nos lleva a tener resultados sin uso práctico, nada confiable, entonces para esto, se planteó la pregunta ¿cómo determinar el tamaño de la muestra poblacional?.

Existen diversas maneras para obtener el tamaño de una muestra dependiendo de los datos con que se cuente, por ejemplo, en caso de contar con la cantidad de personas (adultos mayores jubilados) a las que le realizaremos el estudio, se dice que se cuenta con un universo finito, en esta ocasión abordaremos esta clase de universos y como obtener el tamaño ideal de una muestra, para lograr lo anterior se hace uso de la siguiente fórmula propuesta por Murray y Larry (2005).

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

En donde:

n = es el tamaño de la muestra poblacional a obtener.

N = es el tamaño de la población total.

σ = representa la desviación estándar de la población. En caso de desconocer este dato es común utilizar un valor constante que equivale a 0.5

Z = es el valor obtenido mediante niveles de confianza. Su valor es una constante, por lo general se tienen dos valores dependiendo el grado de confianza que se desee siendo

99% el valor más alto (este valor equivale a 2.58) y 95% (1.96) el valor mínimo aceptado para considerar la investigación como confiable.

e = representa el límite aceptable de error muestral, generalmente va del 1% (0.01) al 9% (0.09), siendo 5% (0.05) el valor estándar usado en las investigaciones.

Una vez establecido los valores adecuados, se procede a realizar la sustitución de los valores y aplicación de la fórmula para obtener el tamaño de la muestra poblacional correspondiente al universo finito determinado. Ya realizado el proceso matemático, se obtendrá la muestra, la cual como se mencionó al principio, nos ayudará a realizar una investigación válida y completa. Seguidamente se detalla:

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(275)}{(1,96)^2(0,5)(0,5) + (275)(0,05)^2}$$

$$n = \frac{(3,8416)(0,25)(275)}{(3,8416)(0,25) + (275)(0,0025)}$$

$$n = \frac{264,11}{0,9604 + 0,6875}$$

$$n = \frac{264,11}{1,6479}$$

$$n = 160,27$$

Tabla 3. Población finita

N	Z	P	Q	N (octubre –enero 2021)	e
?	1,96	0,5	0,5	275	0,05
muestra	n=	160			

Fuente. Autor

Tabla 4. Descripción de variables sociodemográficas

Descripción	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	98	61,3%
	Mujer	62	38,8%
Edad	60 - 69 años	76	47,5%
	70 - 79 años	37	23,1%
	80 - 89 años	31	19,4%
	90 - 99 años	16	10,0%
Residencia	Urbano	102	63,8%
	Rural	58	36,3%
Nivel de instrucción	Analfabeto	12	7,5%
	Primaria	42	26,3%
	Secundaria	81	50,6%
	Superior	17	10,6%
	Cuarto Nivel	8	5,0%
Estado civil	Soltero	9	5,6%
	Casado	12	7,5%
	Viudo	28	17,5%
	Divorciado	72	45,0%
	Separado	39	24,4%
Vive con su familia	SI	69	43,1%
	NO	91	56,9%
Ocupación actual	SI	55	34,4%
	NO	105	65,6%
Tiempo de jubilado	Menos de 2 años	21	13,1%
	2 - 4 años	38	23,8%
	5 - 9 años	59	36,9%
	10 a más años	42	26,3%

Fuente: Resultados de la Escala de Yasavage

El tamaño de la muestra en esta investigación, es de ciento sesenta adultos mayores (jubilados) del IESS de la ciudad de Ambato. En el análisis de la descripción de variables sociodemográficas efectuado a los jubilados se obtuvo un 61,3% de hombres y un 38,8% de mujeres de los cuales el promedio de edad que prevaleció en el estudio fueron los que tenían la edad entre 60-69 años con el 47,5%; seguido de edades entre 70-79 años con el 23,1%; de los encuestados el 63,8% residen en la zona urbana de la ciudad y el 36,3% viven en la zona rural.

Continuando con el análisis de la descripción en mención, en el nivel de instrucción de los jubilados se vio que el 50,6 tienen estudios de secundaria, seguidos del 26,3% de la primaria también se notó que el 5% tienen título de cuarto nivel; de estos encuestados el 45% son divorciados, el 24,4% son separados, el 17,5% son viudos el 7,5% son casados y el 5,6% son solteros y solteras; de estos jubilados el 56,9% no viven con su familia y el 43,1% si vienen con la familia; con respecto a la ocupación actual el 65,6% tienen ocupación y el 34,4% no tienen ocupación actual. Y en cuanto al tiempo de jubilación el 36,9% tienen jubilación de 5-9 años el 26,3% más de 10 años, el 23,8% de 2-4 años y el 13,1% tienen menos de 2 años.

Con todos estos resultados se obtiene que la prevalencia de la depresión es en 130 jubilados que representa el 81,3% y el 18,8% están en un rango normal que son 30 jubilados.

2.4 Técnicas de procesamiento y análisis de la información

La investigación de resultados estadísticos, acentúa tendencias o relaciones importantes de acuerdo a los objetivos, y se interpreta los resultados con el apoyo del marco teórico en el aspecto adecuado, estableciendo conclusiones y recomendaciones, para plantear una alternativa de solución con el propósito de mitigar al problema detectado. Por lo que fue procedente:

- Ejecutar la recolección de la información en forma individual- adultos mayores del IESS.
- Revisar la información recogida, limpieza de información defectuosa, contradicción, incompleta, no pertinente.
- Tabular la información según variables de cada objetivo específico: tablas una sola variable, tabla con cruces de variables.
- Manejar la información (reajuste de tablas con casillas vacías o con datos reducidos, cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).
- Estudiar estadísticamente de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis y discusión de los resultados

Objetivo específico (1)

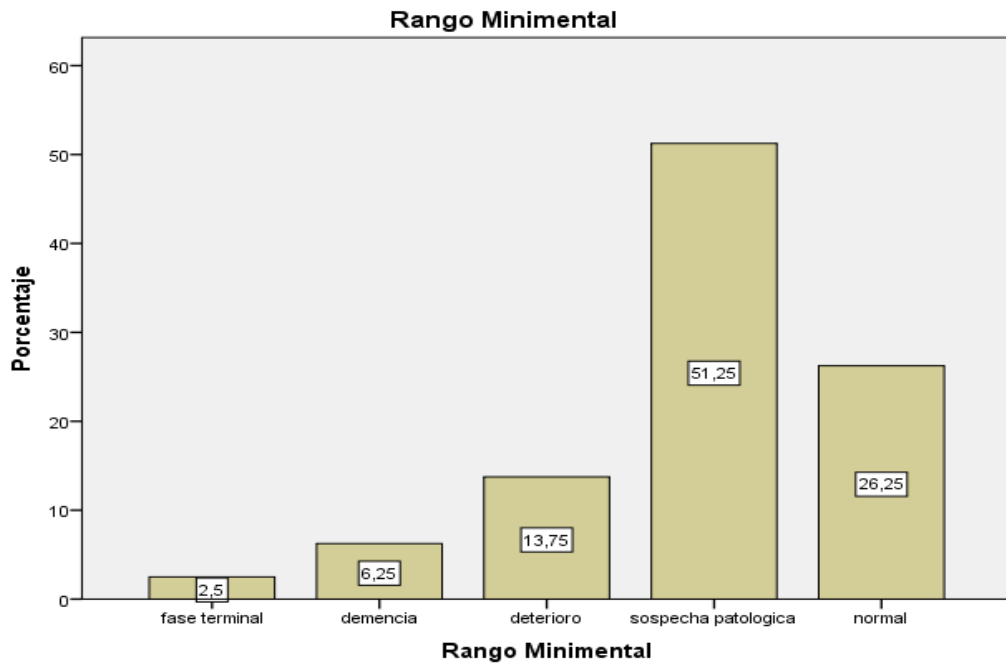
Analizar el nivel de deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

En este objetivo se llevó a cabo la aplicación de un instrumento psicológico, como es el test estandarizado Mini Mental Status Examen de Folstein; y poder determinar en qué nivel de porcentaje se halla el Rango Minimal en el deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores del IESS.

Tabla 5. Rango Minimal

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
fase terminal	4	2,5	2,5
Demencia	10	6,3	8,8
Deterioro	22	13,8	22,5
Válidos sospecha patológica	82	51,2	73,8
Normal	42	26,3	100,0
Total	160	100,0	

Figura 5. Rango Minimental porcentaje



Análisis: Una vez aplicado el test estandarizado Mini Mental Status Examen de Folstein, los resultados de la tabla y figura 5 manifiestan que; del total de personas encuestadas, el 51,25% presenta una sospecha patológica, el 26,25% cuenta con niveles normales de sus funciones cognitivas, el 13,75% evidencia deterioro cognitivo, el 6,25% presenta demencia y el 2,5% muestra un deterioro cognitivo de fase terminal.

Discusión: Estos resultados sugieren que, del total adultos mayores del IESS de Tungurahua, aproximadamente la mitad presenta una sospecha patológica, es decir, existe un posible deterioro de sus habilidades cognitivas. En contraste, aproximadamente 1 de cada 33 personas se encuentra en un deterioro de fase terminal.

En una investigación realizada por Calderón (2018) establece que en el Ecuador la sospecha patológica prevalece por encima del deterioro de funciones cognitivas y la depresión que varía según la localidad, país y también según la herramienta utilizada en el diagnóstico. De la exposición de los factores de riesgo se desprende que la familia, la sociedad y el estado deben emprender acciones específicas

para paliar especialmente los factores modificables como el apoyo social y la mejora de la calidad de vida de los ancianos.

Calderón (2018) determina que de acuerdo con las proyecciones del IESS y INEC, viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115.

El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% con sospecha pedagógica, y una asociación con deterioro cognitivo (Del Brutto, et al., 2015)

Objetivo específico (2)

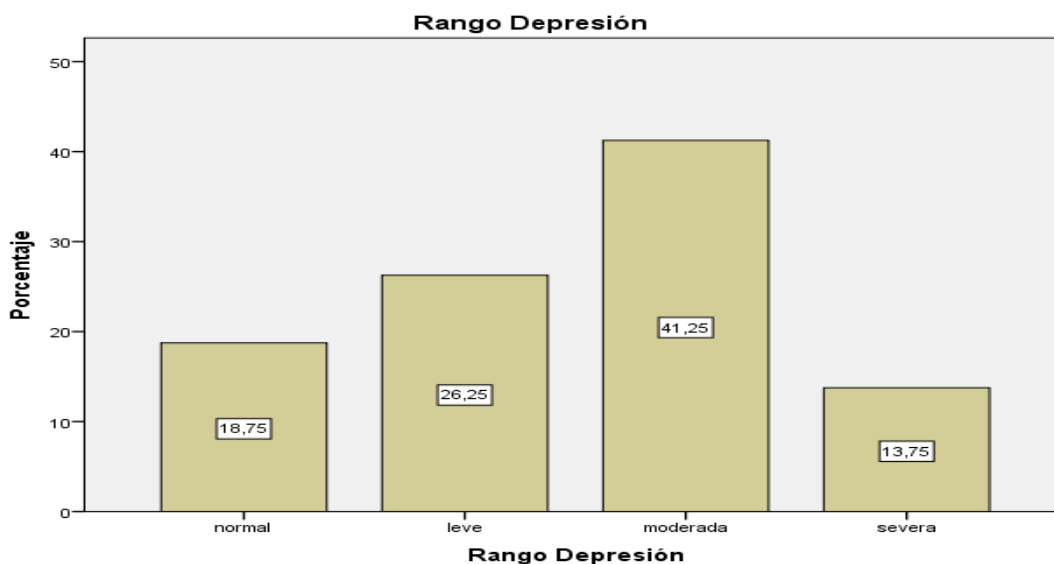
Evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

. En este objetivo se llevó a cabo la aplicación de un instrumento psicológico, como la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage; para evaluar el nivel de depresión, como influye en los adultos mayores, que al conseguir los datos se obtuvo y que fueron analizados con el Programa Estadístico SPSS 21 para determinar el tipo de relación existente entre las variables.

Tabla 6. Rango Depresión

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
normal	30	18,8	18,8
Leve	42	26,3	45,0
Válidos moderada	66	41,3	86,3
Severa	22	13,8	100,0
Total	160	100,0	

Figura 6. Rango de depresión



Análisis: Se empleó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage para evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores. Los resultados de la tabla y figura 6 indican que, el rango depresivo moderado prevalece en un 41,3% de la población. Por su parte, el rango de depresión leve se presentó en un 26,3% de la población, seguido del 18,8% de la población que posee un rango depresivo normal, finalizando con un 13,8% de las personas encuestadas quienes muestran un rango depresivo severo.

Discusión: Los resultados obtenidos dotan evidencia de que, del total de adultos mayores del IEES de la provincia de Tungurahua, 4 de cada 10 personas posee un nivel depresivo que se considera moderado, es importante destacar que este rango depresivo concentra el mayor número de personas en comparación con los demás rangos, como lo muestra la figura 6. Por otro lado, aproximadamente 1 de cada 7 personas se encuentra en un estado depresivo severo. Además, los datos indican que la población puede tener diversos rangos de depresión normal, y leve.

Con los siguientes rangos de depresión: normal, leve, moderada y severa, es decir, si los puntajes de procrastinación depresivo se elevan los rangos antes descritos también lo harán y viceversa. Según Valdés, et al (2017), el deterioro cognitivo en los adultos se constituye un problema de salud que afecta todas las esferas de sus vidas, en versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de *Yesavage* (15 preguntas), y *The Mini-Mental State Examination* (MMSE), se recogió información

relevante, y se obtuvo que el 60% de los pacientes que presentaron depresión y el 95% enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo, con llevó a la depresión y enfermedades crónicas no transmisibles, constituyéndose en los principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores.

En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Sin embargo, se halló, un estudio en pacientes residentes en asilo que se encontró depresión en 70% (Güths J, 2017). Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes que reportó 93% de depresión (Scherrer, y otros, 2019), datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE (4).

3.2 Hipótesis

Objetivo general

Identificar la incidencia del nivel de depresión y su influencia en el deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores que se encuentran en el Programa de Salud Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua. Para dar cumplimiento con este objetivo se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada, en un cuestionario hetero-administrado en personas mayores de 65 años, asimismo para el deterioro de las funciones cognitivas se aplicó el test del Mini Examen Cognoscitivo (MEC) a 160 adultos mayores del IESS de la ciudad de Ambato. Ver (Anexo 1 y 2).

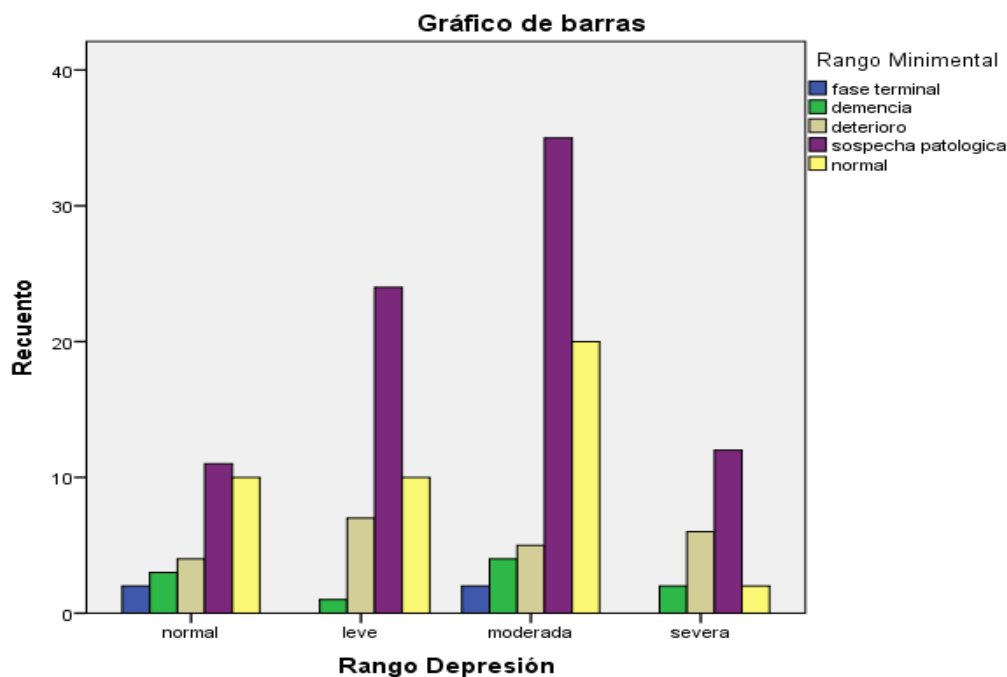
Por lo que, se plantea la hipótesis.

La depresión influye en las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Tabla 7. De contingencia Rango Depresión * Rango Minimental

			Rango Minimental					Total	
			Fase terminal	demencia	deterioro	sospecha patológica	normal		
Rango Depresión	normal	Recuento	2	3	4	11	10	30	
		% dentro de Rango Depresión	6,7%	10,0%	13,3%	36,7%	33,3%	100,0%	
	leve	Recuento	0	1	7	24	10	42	
		% dentro de Rango Depresión	0,0%	2,4%	16,7%	57,1%	23,8%	100,0%	
	moderada	Recuento	2	4	5	35	20	66	
		% dentro de Rango Depresión	3,0%	6,1%	7,6%	53,0%	30,3%	100,0%	
	severa	Recuento	0	2	6	12	2	22	
		% dentro de Rango Depresión	0,0%	9,1%	27,3%	54,5%	9,1%	100,0%	
	Total		Recuento	4	10	22	82	42	160
			% dentro de Rango Depresión	2,5%	6,2%	13,8%	51,2%	26,2%	100,0%

Figura 7. Recuento de rango minimal y de depresión



Análisis: Tabla y figura 7 relacionan en Rango Depresivo con el Rango Minimal de la población estudiada. Los resultados muestran que de la población que cuenta con un rango depresivo normal, el 36,7% presenta sospecha patológica. De quienes presentan un rango de depresión leve, el 57,1% tiene sospecha patológica. Por su parte, de quienes poseen depresión moderada, el 53% presenta sospecha patológica. Luego, de aquellos que se encuentran en un estado depresivo severo, el 54,5% poseen sospecha patológica. Analizando cada rango de depresión, la mayor parte de la población presenta sospecha patológica en cada uno de estos rangos.

Discusión. Se puede observar que la depresión en los ancianos es un problema de salud pública grave y creciente que causa daños a la vida familiar y a la comunidad. No es una condición de envejecimiento y mucho menos una característica de debilidad; es una enfermedad, y debe ser reconocida y tratada eficazmente, para el desarrollo físico y mental de esta población (Scherrer, y otros, 2019). En el caso de los ancianos trae consigo daños por el rango de depresión, como la aparición de enfermedades crónicas y el riesgo de suicidio (Güths J, 2017). Un factor importante en los ancianos con potencial riesgo de desarrollar síntomas depresivos fue el riesgo en el ámbito mental y físico, y los ancianos con más de tres problemas de salud auto declarados hacían uso de más de cinco medicamentos. Este estudio coincide con el encontrado en otros estudios, como de Gullich, et al (2016) y Shin, et al (2019).

Por ello, el uso rutinario por parte de los profesionales sanitarios de instrumentos de cribado de la depresión, fácilmente aplicables en la práctica clínica, permitiría no el diagnóstico de muchos casos de la enfermedad, sino también el pronóstico de las comorbilidades existentes que contribuyan a una mayor mortalidad, ya sea por riesgo de suicidio o por la evolución desfavorable de la evolución de las enfermedades crónicas existentes (Shin, et al, 2019). Estos estudios contribuyen eficazmente a la consecución de los objetivos propuestos y orientan que acciones sanitarias que combate la depresión.

Pruebas de normalidad

Esta prueba ayudó a determinar la utilización de las pruebas paramétricas y no paramétricas dentro de la investigación. Para verificar si los datos obtenidos en la prueba tenían una distribución normal, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk planteado el siguiente análisis es, si el valor de significancia (Sig.) es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa, mientras que si el valor de significancia (Sig.) es mayor que 0,05 se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis alternativa.

Tabla 8. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Depresión total	,151	160	,000	,962	160	,000
Minimental Total	,187	160	,000	,891	160	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 9. Correlaciones

		Depresión total	Minimental Total
Depresión total	Coefficiente de correlación	1,000	-,067
	Sig. (bilateral)	.	,400
Rho de Spearman	N	160	160
	Coefficiente de correlación	-,067	1,000
Minimental Total	Sig. (bilateral)	,400	.
	N	160	160

Tabla 10. Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,018 ^a	,000	-,006	6,024

a. Variables predictoras: (Constante), Depresión total

Análisis: Una vez que se llevó a cabo la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk el valor p calculado fue de 0,00 tanto para la variable independiente como para la dependiente. Este resultado se sitúa debajo del nivel de significancia (α) de 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y se concluye que no existe normalidad en los datos.

Debido a que los datos no siguen una distribución normal, se aplicó la prueba de correlación no paramétrica de Spearman. Los resultados sugieren que no existe correlación entre la variable independiente y dependiente debido a que el p-valor calculado o Sig. (bilateral) es de 0,400, y resulta ser mayor que el nivel de significancia (α) de 0,05.

Discusión

Con los datos obtenidos del presente trabajo de investigación, se contrastó realizando una comparación con los resultados de otras investigaciones, encontrando que no todas tienen el mismo porcentaje de depresión con deterioro en las funciones cognitivas de un adulto mayor, porque depende de los factores de riesgo y efectos de la depresión en personas de la tercera edad.

Se concluye que los valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron asociación en el sentido esperado, en cuanto a la depresión y su influencia en las funciones cognitivas. La depresión en el grupo estudiado fue más del 50% entre leve y establecida; resultó mayor que lo reportado por Carrillo, et al (2010) y Vásquez, et al (2010) en adultos mayores con enfermedades crónicas, ambos estudios realizados. Es probable que esta diferencia sea debido a que los estudios

relacionados fueron realizados con adultos mayores, que asistieron en busca de consulta médica o pertenecían a otros grupos establecidos.

En este grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva; la asociación entre ambas variables no fue estadísticamente significativa y en sentido contrario a lo esperado. Sin embargo, conocer el estado de depresión y la función cognitiva de los adultos mayores, permite fundamentar las intervenciones de los profesionales que se orientan a las familias de los adultos mayores, para fomentar la motivación e integración de éstos, encaminadas al estímulo de la función cognitiva y evitar o detectar oportunamente signos de depresión

Estos hallazgos dejan abierto el planteamiento de estudiar ciertos factores entre ellos el desarrollo de la depresión y funciones cognitivas en este grupo etario, y así ampliar esta investigación, a fin, de proponer a otras áreas que pueden estar afectado al adulto mayor, tomando en cuenta que el ser humano es un individuo biopsicosocial-espiritual, que necesita armonizarse.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1.- Con la aplicación del test estandarizado Mini Mental Status Examen de Folstein, se concluye que el 2,5% de la población se encuentra en la fase terminal en el rango Minimental, un 51,25% presenta sospecha patológica, este último rango está compuesto por la mayoría de adultos mayores, que, con el aumento de la prevalencia de demencia, el nivel de deterioro de las funciones cognitivas en aumento. Por lo que se determina la importancia del apoyo familiar, en la vía emocional, a que posibilite la estimulación cognitiva precoz en el adulto mayor con deterioro cognitivo.

2.- En cuanto al nivel de depresión se puede observar que el rango de depresión severo es menos frecuente, con un 13,75% de los adultos mayores, mientras que el rango moderado es más frecuente con un 41,25%, lo cual indica que la población está compuesta por su mayoría de un rango de depresión moderado, por otro lado, los datos que indican pueden tener diversos rangos de depresión normal. Los resultados corroboran otros estudios previos que definen la presencia de depresión en la población de adultos mayores.

3.- Se relacionó la depresión, las funciones cognitivas en los adultos mayores que se encuentran en el Programa de Salud Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua, con el uso de la prueba de correlación de Spearman, encontrando que no hay correlación entre las dos variables. Del grupo poblacional que presenta un nivel de depresión normal, el 33,3% tienen un rango Minimental normal. Sin embargo, se observa que del grupo poblacional que se ubica en el rango depresión moderada, el 53% presenta sospecha patológica. Mientras que de las personas que se ubican en el rango de depresión leve la sospecha patológica es de un 57%.

Por su parte se observa que en el grupo que se ubica en el rango de depresión severa, el 54,5% presenta sospecha patológica, y a su vez el 27,3% tiene un deterioro de la función cognitiva. Por tanto, se considera la utilidad de la prueba de coeficiente de correlación de rangos de Spearman en el campo de la psicología clínica aporta una respuesta cuantificable a la relación que en momentos determinados pueda existir entre dos variables.

4.- Se concluye, en relación al objetivo general, que no existe correlación entre las variables de estudio debido a que el p-valor calculado no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, conocer el estado de depresión y la función cognitiva de los adultos mayores permite fundamentar las intervenciones de los profesionales que se orientan a las familias de los adultos mayores, para fomentar la motivación e integración de éstos, encaminadas al estímulo de la función cognitiva y evitar o detectar oportunamente signos de depresión.

4.2 Recomendaciones

1.- Se debe identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores (jubilados), para lo cual se recomienda que se trabaje con los adultos mayores vulnerables manejando acciones de prevención secundaria terapéuticas con orientaciones y consejería familiares, a través de talleres de prevención con ejercicios de armonización para la construcción de la relación y la comunicación intrapersonal e interpersonales, con el fin de evitar que los usuarios de dicho centro adquieran problemas depresivos y así mejorar su calidad de vida.

2.- Se recomienda proveer apoyo médico y psicológico a los adultos mayores, en los que se haya notado algún cambio negativo en las últimas semanas tales como peso bajo, irritabilidad, cambios de humos, inapetencia o cualquier otra característica relacionada con la depresión y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del IESS. Por lo que, es recomendable detectar la ideación suicida en el primer encuentro con el paciente geriátrico, en lo posible desde la atención primaria de salud, se encuentran algunas escalas a disposición del médico. Por lo que, es importante el conocimiento

de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de manera más eficaz.

3.- Se sugiere seguir realizando controles o estudios en IESS, a fin de que permita conocer más de cerca los problemas físicos y emocionales que presentan en futuro en la comunidad, con el apoyo de los gobiernos y las instituciones internacionales para la toma de acciones para contrarrestar los factores de riesgo modificables y poner en práctica las políticas sociales y de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarza, L., & Zúñiga, R. (12 de octubre de 2021). Depression in older adults and its relationship with physical activity and sedentary lifestyle in Talca, Chile. *Revista Multidisciplinar Ciencia Latina*, Vol.5(No.5), pp.1-15. doi:DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.1017
- Alomoto, M., Calero, S., & Vaca, M. (12 de enero de 2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el Adulto Mayor. *Revista SciELO Cubana de Investigaciones Biomédicas*, Vol.37(No1), pp.1-10. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- Alvarez E. (22 de junio de 2015). *Estado de Animo y Depresión*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Fund Salut i Envelliment [Internet].: Available from: [file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/De - Unknown - Y depresión.pdf](file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley%20Ltd./Mendeley%20Desktop/Downloaded/De%20-%20Unknown%20-%20Y%20depresion.pdf)
- Apaza, J; Valer, M; Runzer, F;. (18 de julio de 2018). Depresión y disminución de la función cognitiva en adultos mayores de un hospital peruano, 2010-2015. *Revista SciELO Acta Médica Peruana*, Vol.35(No.3), pp.191-2. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300010
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuad Bioet [Internet]*, Vol.13(No.2), pp.271-92. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf> http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Aravena, J. (24 de noviembre de 2017). Comprendiendo el Impacto de los Síntomas Depresivos. *Revista SciELO Chil Neuro-Psiquiat*, pp.255-265. doi:doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400255>.
- Arias, K., Carrillo, P., & Torres, K. (2020). *Análisis del sector informal y discusiones sobre la regulación del trabajo en plataformas digitales en el Ecuador*. Santiago: Cepal.
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (enero-junio de 2.005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos.

- Revista Pensamiento Psicológico, Vol.1(No.4)*, pp.53-63. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>
- Badeleye, R. (1986). *Mente Operativa Activa*. California: Kearlot S.A.
- Barber, J., & Solomonov, N. (2019). Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry, Vol.18(No.1)*, pp.291–292. doi:<https://doi.org/10.1002/wps.20666>
- Barreto , M., & Fermosel, E. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. *Psicol saúde doenças, Vol.18(No.3)*, pp.801:3. Recuperado el 13 de enero de 2022, de <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>
- Barron, H. (2010). *Inteligencia y Creatividad*. Barcelona, España: Sampier S.A. Recuperado el 10 de enero de 2022
- Basantes M. (2013). *La depresión y su incidencia en la diabetes mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el área de medicina interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato durante el período mayo - octubre 2011*. Tesis de grado Psicología Clínica, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Ambato. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3949>
- Benavides. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Medigraphic, Vol.40(No.2)*, pp.107-12. Recuperado el 14 de diciembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Benedit, M. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Madrid: Editorial Grafo. Recuperado el 23 de diciembre de 2021
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, Vol.395(No.10227)*, pp.912-920. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buenaño, L. (1o de septiembre de 2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores, Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Vol.37(No.2)*, pp.13-20. doi:DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.02.02>

- Calderón, D. (julio de 2018). Epidemiología de la depresión en el Adulto Mayor. *Revista Medica Herediana*, Vol.29(No.3), pp.182-191. doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Cano C, Jose A, Aldana G. (14 de june de 2.015). *Estilos de Vida y Depresión en Población Adulta*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Available from: https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Borda/publication/312903934_Estilos_de_Vida_y_Depresion_en_Poblacion_Adulta_Mayor_Estudio_SABE_Bogota/links/58895a9f92851c06a133ed32/Estilos-de-Vida-y-Depresion-en-Poblacion-Adulta-Mayor-Estudio-
- Cansino, M., Rehbein, L., & Ortiz, M. (23 de marzo de 2017). Funcioanamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, Vol.146(No.3), pp.315-322. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- Carrillo, M., Valdés, N., & Domínguez, M. (2010). Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor de Veracruz. *Revista UniverSalud*, Vol.6(No.12), pp.4-10. Recuperado el 12 de enero de 2022, de www.elsevier.es/
- Castellanos, J. (15 de mayo de 2010). Concepto de Calidad de Vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales. *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría.*, pp.1441-1451. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32830>
- Charles. (2008). *Estado Emocional*. California: Lennis S.A. Recuperado el 11 de enero de 2022
- Chase, M. (20 de Noviembre de 2021). *Definición de factores socio-económicos*. Recuperado el 12 de diciembre de 2021, de EHOW en español: https://www.ehowenespanol.com/definicion-factores-socioeconomicos-sobre_36174/
- Chávez, A. (2017). *Duelo y Depresión en el Adulto Mayor*. Universidad Nacional de Loja, Fcaultad de la Salud Humana. Loja: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22568>

- De los Santos, P. Carmona, S. (22 de enero de 2.021). *Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo*. Obtenido de Población y Salud en Mesoamérica: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Del Brutto O, Mera R, Del Brutto V, et al. (2015). Influence of depression, anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador results of the Atahualpa. *Geriatr Gerontol Int.*, Vol.15(No.4), pp.508-14. Recuperado el 13 de enero de 2022
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rents, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A. y Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. *Adults. Int J Geriatr Psychiatry*, Vol.32(No.5), pp.564-573. doi:doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4495>.
- Dorado, C. (2012). *Funciones cognitivas del cerebelo: implicación en las funciones ejecutivas*. Recuperado el 14 de diciembre de 2021, de file:///C:/Users/usuario/Downloads/artículo_redalyc_179324185002.pdf
- Dr. Añazco, A., & Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Tesis Psicólogo Clínico, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Ambato. Recuperado el 10 de octubre de 2021, de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24676>
- Duran, P., Kammerlander, N., van Essen, M., & Zellweger, T. (2016). Doing more with less: Innovation input and output in family firms. *Academy of Management Journal*, Vol.59(No.4), pp.1224-1264. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://link.springer.com/article/10.1057/s41267-020-00362-6>
- Durán, T., Benítez, B., Martínez, M., Gutierrez, G., Herrera, J., & Salazar, M. (1 de febrero de 2.021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, Vol.20(No.61), pp.265-273. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Edwards G. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. (1 de abril de 2021). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Obtenido de Chile y

- sus Mayores [Internet].: Available from:
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32830>
- ENSANUT-ECU. (10 de marzo de 2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut-Ecu*, pp-5–722 p. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de [Internet]. Vol. Tomo 1, Ensanut-Ecu 2012. 2014.: Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Fernández, J., Giraldo, L., & Rubio, E. (2009). Universidad, Sociedad e Innovación. *Revista Investigaciones en Educación*, Vol.12(No.2), pp.173-177. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://revistas.ufro.cl/ojs/index.php/educacion/article/view/1058>
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An intervention program for cognitive modification*. Baltimore: University Park. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/317472437_Difficulties_in_academic_writing_and_cognitive_functions_review_of_studies
- Florencia, M., Hermida, P., Ofman, S., Feldberg, C., & Freiberg, A. (18 de marzo de 2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires. *Revista SciELO Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol.11(No.2), pp.99-121. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de [doi:http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v11.n2.5](http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v11.n2.5)
- Folstein & Lobo et al. (1979). *Mini-Examen Cognoscitivo* (Vol. 3). España: LUSO S.A.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. []. Buenos Aires: Nueva Visión. Recuperado el 8 de febrero de 2022, de <https://www.um.es>
- García, T., Sánchez, D., & Román, R. (16 de abril de 2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *SciELO Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.34(No.1), pp.101-128. doi:<https://doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>

- Gil, R. (2021). *Neuropsicología* (Séptima ed.). Barcelona, España: Elsevier.
Recuperado el 23 de diciembre de 2021
- Gómez, A. (22 de enero de 2021). *La depresión en el anciano*. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
- Guevara, F., Díaz, A., & Caro, P. (3 de junio de 2.020). Depresión y Deterioro de las Funciones Cognitivas en el Adulto Mayor. *Revista Poliantea*, pp.1-7. doi:doi:<https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>
- Gullich I, Duro S, Cesar J. (2016). Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do BRASIL. *Rev bras epidemiol*, Vol.19(No.4), pp.691-701. doi:<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>
- Güths J, J. M. (2017). Perfil sociodemográfico, aspectos. *Rev bras geriatr gerontol*, Vol.20(No.2), pp.85-175. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160058>
- Hernández, Sampieri. (2008). *Modelos de Investigación Científica*. México D.F.: McGraw-Hill. Recuperado el 10 de enero de 2022, de <http://www.sabermetodologia.wordpress.com>
- IMSS. (22 de enero de 2021). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de Instituto Mexicano del Seguro Social : <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- INEC. (2014). Validación del uso de la escala CESD aplicada en la Encuesta de Condiciones de Vida. *Rev Estadística y Metodol.*, pp.1AD;142. Recuperado el 18 de noviembre de 2021
- INEC. (1 de septiembre de 2018). *La población Adulto Mayor en la ciudad de Quito*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Estudio de la situación sociodemografica y socioeconómica.: Available from: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=393&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800
- INEC. (8 de agosto de 2020). *Censo Poblacional profesional de Adultos Mayores*. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de INEC: <Http://www.ecuadorencifras.gob.ec>

- INSM. (18 de agosto de 2017). *Las personas mayores y la depresión*. Obtenido de Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2016). *Causas del Deterioro Cognitivo*. Hospital Básico IESS , Ambato. Recuperado el 8 de febrero de 2022
- Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio Sanitarios. (14 de mayo de 2016). *¿Qué causa el deterioro cognitivo en las personas mayores?* Recuperado el 23 de diciembre de 2021, de <http://www.isesinstituto.com/noticia/que-causa-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores>
- Justo, S., Otero, P., Torres, Á., & Vásquez, F. (15 de agosto de 2021). Efecto de la intervención de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve. *Revista Neurología*, Vol.73(No.4). doi:DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.7304.2021114>
- Kandell, P. (2010). *Memoria constructiva* (Vol. 3). (K. Moreno Benavidez, Ed.) Barranquilla, Bogota, Colombia: Komrald Lowers.
- Leitón, Z., Fajardo, E., López, A., Martínez, R., & Villanueva, M. (6 de diciembre de 2019). Función Cognitiva y Capacidad Funcional en el Adulto Mayor. *Revista Salud Uninorte*, Vol.36(No.1), pp.124-139. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.618.97>
- León D, Rojas M, Campos F. (2017). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de [Internet].: Available from: [file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/León, Rojas, Campos - 2011 - Guía Calidad de Vida en la Vejez.pdf](file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley%20Ltd./Mendeley%20Desktop/Downloaded/León,%20Rojas,%20Campos%20-%202011%20-%20Guía%20Calidad%20de%20Vida%20en%20la%20Vejez.pdf)
- Llibre, J., Ferri, C., Acosta, D., & Guerra, P. (2020). Niveles de Depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, pp.16-21.
- Lluisupa, V., Álvarez, R., Bermejo, D., Ulloa, A., & Estrada, J. (30 de junio de 2020). Niveles de Depresión en Adultos Mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, Vol.8(No.1),

- pp.16-21. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.2.2>
- López, J., & Granados, D. (abril de 2.021). Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión. *Revista Digital Universitaria (RDU)*, Vol.22(No.2). doi:DOI: <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.2.2>
- Losada, A. (2016). *Intervención psicológica para la depresión en la vejez*. Tesis Máster en Psicología General Sanitaria., Universidad Rey Juan Carlos , Madrid. Recuperado el 7 de noviembre de 2021, de <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/depresion-vejez-factores-riesgo-mitos/>
- Machado, J. (26 de noviembre de 2019). *Ecuador tendrá 1,3 millones de adultos mayores a finales de 2020*. Recuperado el 19 de noviembre de 2021, de Primicias: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-adultos-mayores-poblacion/>
- Márquez, et al. (2015). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Revista Atención Primaria*, Vol.36(No.6), pp.7-17. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9237>
- Martínez, et al. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, pp.73-91. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <https://1library.co/document/q2mkrqpy-prevalencia-depresion-adultos-mayores-centro-diagnosticados-hipertension-arterial.html>
- Martínez, O. (2016). Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, Vol.29(No.5). Recuperado el 12 de enero de 2022, de <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>
- Mayores, D. (2017). *Depresión en los adultos mayores*. México D.F., México: MedlinePlus enciclopedia médica. Recuperado el 2 de octubre de 2021, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
- Mejía, J., Mero, L., Apolinario, J., & Guillen, M. (5 de julio de 2.021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador.

- Revista ecuatoriana de ciencia, tecnología e innovación en salud pública, Vol.5(No.2)*, pp.1-9. doi:Doi: 10.31790/inspilip.v5i2.29
- MIES. (15 de octubre de 2020). *Informe de Gestión*. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de Biblioteca-MIES: [Http://www.inclusion.gob.ec](http://www.inclusion.gob.ec)
- Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., & Folch, A. (julio de 2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería- ScIELO Enfermería Global*(No.55), pp.58-70. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Molina, M., & Salazar, M. (10 de agosto de 2014). *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*. Recuperado el 14 de diciembre de 2021, de Compendio de instrumentos de Medición IIP-2014: <https://docplayer.es/58659494-Escala-de-depresion-geriatrica-gds-de-yesavage-mauricio-blanco-molina-y-monica-salazar-villanea.html>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad. *Revista Cubana Salud Pública, Vol.43(No.2)*, pp.136-138. Recuperado el 7 de noviembre de 2021
- Morales, et al. (2021). Una visión holística de la depresión en adultos mayores colombianos. *Revista Javeriana, Vol.62(No.1)*. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.holi>
- Morris. (2009). *La precepción*. Barceloa: Villeras S.A.
- Morris, C., & Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología* (Décima ed.). México D.F.: Pearson Educación. Recuperado el 9 de febrero de 2022, de <https://books.google.com.ec/books?id=5S1dyNo96zUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Murray, R., & Larry, J. (2017). *Estadística* (Sexta ed., Vol. III). (D. E. Rodríguez, Ed.) México D.F., Tizayacu, México: McGraw-Hill. Recuperado el 26 de enero de 2022
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2017). Scaling Up Science-Based Care for Depression and Unhealthy Alcohol Use in Colombia: An Implementation Science Project. *American Psychiatric*, pp.1-15. Recuperado el 8 de november de 2021, de <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202000041>

- O.N.U. (10 de octubre de 2021). *Evolución en el número de personas menores de cinco años y mayores de 65 años*. Recuperado el 19 de noviembre de 2021, de epdata: <https://www.epdata.es/mi-cuenta>
- Ocampo, J., & Reyes, C. (12 de marzo de 2018). Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol.53(No.1), pp.19-22. doi:<https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.3>
- OMS. (23 de junio de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 7 de noviembre de 2021, de organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (15 de marzo de 2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Organ Mund la Salud [Internet].: Available from: <https://bit.ly/3daT6Bx>
- OMS. (5 de agosto de 2019). *Salud Mental*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Book (Internet): http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- OMS. (23 de octubre de 2021). *Depresión*. Recuperado el 7 de noviembre de 2021, de [Internet]: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/>
- OMS. (22 de enero de 2021). *Depresión*. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- ONU. (1 de octubre de 2019). *El número de personas mayores de 65 años en el mundo ya supera al de niños menores de cinco: el envejecimiento en nueve gráficos*. Recuperado el 19 de noviembre de 2021, de El Economista: <https://www.economista.es/economia/noticias/10114752/10/19/El-numero-de-personas-mayores-de-65-anos-en-el-mundo-ya-supera-al-de-ninos-menores-de-cinco.html>
- Padilla I. (12 de junio de 2014). Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo los Hermanos de Belén. *Revista Tesario*, Vol.1(No.2), p.181. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>

- Pardo, I., & Torregrosa, B. (22 de julio de 2017). *Africa no es Tierra de Ancianos*. Recuperado el 15 de noviembre de 2021, de La vanguardia: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20170722/424276276121/esperanza-vida-mundo-mapa.html>
- Patiño, F. (18 de mayo de 2013). *Psiquiatría*. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*, Vol.42(No.2), pp.198-211. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Available from: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/S0034745013700076_S300_es \(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/S0034745013700076_S300_es%20(1).pdf)
- Peña, J. (2007). *Neurología de la conducta y Neuropsicología* (Segunda ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Santillana S.A. Recuperado el 23 de diciembre de 2021
- Peña-Marcial E, Bernal Mendoza, L., Reina Avila, L., Pérez-Cabañas , R., Onofre-Ocampo, D. A., Cruz-Arteaga, I. A., & Silvestre-Bedolla, D. A. (2019). *Calidad de Vida en Adultos Mayores de Guerrero* (Vol. Vol.21). México D.F., México: Universidad Salud. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144>
- Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. (1 de abril de 2021). Depresión en Ancianos. *Revista SCiELO*, pp.347-345. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32830>
- Pérez, A., Oviedo, D., & Britton, G. (27 de julio de 2020). Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve. *Revista Investigación y Pensamiento Crítico I.P.C.*, Vol.8(No.3), pp.5-17. doi:DOI: <https://doi.org/10.37387/ipc.v8i3.166>
- Piachon, e. a. (2008). *Memoria Operativa*. México: Mac Graw Hill.
- Piñar, G., Suárez, G., & De la Cruz, N. (3 de diciembre de 2020). Actualización sobre el trastorno Depresivo en el Adulto Mayor. *Revista Médica Sinergia*, Vol.5(No.12), pp.1-17. doi:doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- Pozo, C., & Fonseca, S. (1 de julio de 2021). La psicomotricidad en el mantenimiento de funciones cognitivo-motoras de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Retos de la Ciencia*, Vol.5(No.11), pp.67-76. doi:<https://doi.org/10.53877/rc.2017.01.01>

- Restrepo, S., & Chavarro, D. (31 de marzo de 2021). A Holistic View of Depression in Colombian Older People. *Revista Universitas Médica*, Vol.62(No.1), pp.1-11. doi: DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.holi>
- Ritchie, H. y Roser, M. (20 de January de 2018). *Mental Health*. Recuperado el 8 de november de 2021, de Our World in Data: <https://ourworldindata.org/mental-health>.
- Rojo-Perez F, Rodriguez-Rodriguez V, Fernandez-Mayoralas G, Pérez Díaz J, Montes De Oca Zavala V, Oddone MJ. (2016). La globalización del Envejecimiento: Adultos-Mayores. *Análisis Espac y Represent geográfica innovación*, pp.2121-2130. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Apl [Internet]. 2016;2121–30. Available from: <http://congresoage.unizar.es/eBook/>
- Ruiz D, Chávez-Ramírez D, Zegbe JA, De F, Sánchez-Morales M, Castañeda-Iñiguez MS. (29 de junio de 2016). Depresión en Adultos Mayores atendidos en Instituciones Públicas de Salud en Zacatecas. *Revista Educacxi3n y Desarrollo*, pp.1-29. Recuperado el 18 de noviembre de 2021
- Ruiz, P. (2001). *Procesos de la Memoria*. México: Mac Graw-Hill.
- Sanfeliciano, A. (2019 de enero de 2019). ¿Conoces nuestros 8 procesos psicol3gicos básicos? Recuperado el 10 de enero de 2022, de La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/conoces-nuestros-8-procesos-psicologicos-basicos/>
- Scherrer, J., Okuno, M., Oliveira, M., Barbosa, D., Alonso, A., & Fram, D. (2019). Quality of life of institutionalized aged with. *Rev Bras*(No.2), pp.127-133. doi:DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>
- Scholten, et al. (2020). Abordaje psicol3gico del COVID-19: una revisi3n narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, pp.123-136. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2215-3535202000010010300031&lng=en
- Shin C, Park M, Lee S, Ko Y, Kim Y. (2019). Usefulness of the 15-item. *J Affect Disord.*, Vol.5, pp.259-370. doi:DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.053>

- Sinchire, M., & Ordoñez, A. (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 grado Médico General , Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Loja. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19621>
- Sisa, I., & Vega, R. (1 de septiembre de 2021). Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores Residentes en Ecuador. *Revista ScIELO de Salud Pública*, Vol.23(No.2), pp.1-10. doi:DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n2.85965>
- Slavich, G. M., & Sacher, J. (2019). Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology (Berl.)*, Vol.236(No.10), pp.3063-3079. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99315>
- Smith, R. &. (2009). *Sistema MLP Operativo*. México: Mac Graw Hill-Paraninfo.
- Soria, R; Soriano, M; Lara, N; Mayen, A;. (12 de junio de 2018). Depresión en adultos mayores diferencias entre sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol.21(No.2), pp.682-697. Recuperado el 4 de noviembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81597>
- Stein, G. (2007). Mitos y realidades en la alta dirección. *Revista Nuevas Tendencias*, Vol.1(No.67), pp.19-132. Recuperado el 9 de febrero de 2022, de https://scholar.google.com.ec/scholar?q=stein+2007+creatividad&hl=en&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
- Suárez, J. (2 de octubre de 2017). *La depresión en la vejez: causas, detección, terapia y consejos*. Recuperado el 7 de noviembre de 2021, de Psicologiaymente.net: <https://psicologiaymente.net/clinica/depresion-vejez>
- Suárez, L., & Gross, R. (2019). Estimulación de la Función Cognitiva y apoyo Familiar hacia el Adulto Mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, pp.1-16. Recuperado el 20 de noviembre de 2021

- Suplemento del Registro Oficial No. 484. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. (P. d. Ecuador, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 23 de octubre de 2021, de <https://www.gob.ec/files-regulations-2019-06>
- Urzúa M A, Navarrete M. (10 de agosto de 2.013). [Factor analysis of abbreviated versions of the WHOQoL-Old in Chilean older people]. *Rev médica Chile [Internet].*, Vol.141(No.1), pp.28-33. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Valdés, M., González, J., & Salisu, M. (5 de marzo de 2.017). Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo Asociados a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores. *Revista Cubana de Medicina*, Vol.33(No.4), pp.1-15. Recuperado el 20 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001
- Vanzeler, M. (22 de octubre de 2020). Trastornos de ansiedad y evaluación psicológica: Instrumentos utilizados en Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, Vol.13, pp.100-120. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/instrumentos-utilizados-en-brasil>
- Vásquez, M., Ibarra, C., & Banda, O. (2010). Prevalencia de la depresión de los adultos mayores con enfermedades crónicas. *Desarrollo*, Vol.18(No.4), pp.155-158. Recuperado el 12 de enero de 2022
- Vázquez, Muñoz, & Becoña. (2020). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol.8(No.3), pp.417-449. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22568>
- Villacís B, Carrillo D. (1 de marzo de 2021). *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas*. Recuperado el 18 de noviembre de 2021, de Inec [Internet].: Available from:<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>

Webinar Lundbeck Academy. (junio de 2020). Actualidad. *Revista Geriatricarea*, pp.1-23. Recuperado el 8 de noviembre de 2021, de <https://www.geriatricarea.com/2020/06/10/la-covid-19-se-asocia-con-un-mayor-riesgo-de-depresion-en-ancianos/>

Yesavage, J. (1983). *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*. España-Cordova: Psychopharmacol Bull.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA TEST DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE

Descripción:

1. Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos de menor valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente adulto mayor (jubilado-detección), y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
2. Su uso puede mejorar el infra diagnóstico de la depresión en estas edades, donde muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
3. La escala del test planea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.
4. Existe dos versiones una completa de 30 ítems y una de 15 ítems, para esta investigación se ha tomado en cuenta la aplicación de los 15 ítems, por lo que la versión abreviada de estos 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado), y rapidez (5-8 minutos).

A continuación, se detalla la escala de Yesavage utilizada, para la investigación de la depresión y su influencia en las funciones cognitivas en los adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la provincia de Tungurahua.

Versión reducida:

N°.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Puntuación	
		SÍ	NO
1	¿En general está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
13	¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
14	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que va?	1	0
TOTAL			

Valoración


1. En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos; valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión moderada y valores de 10 o más de depresión establecida; las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

Estratificación

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 1. Normal | 0 – 5 puntos |
| 2. Probable depresión moderada | 6 – 9 puntos |
| 3. Depresión establecida severa | > 9 puntos |

ANEXO 2
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente _____	Edad _____
Ocupación _____	Escolaridad _____
Examinado por _____	Fecha _____
ORIENTACIÓN	
• Dígame el día <u>fecha</u> _____ Mes _____ Estación _____ Año _____	__5
• Dígame el hospital (o lugar) _____	__5
<u>planta</u> _____ ciudad _____ Provincia _____ Nación _____	__5
FLIACIÓN	
• Repita estas tres palabras: <u>peseta</u> , caballo, manzana (hasta que se las aprenda)	__3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
• Si tiene 20 pías, y me dando 6c me da una ¿cuántas le van quedando?	__5
• Repita estos tres números: <u>5,9,2</u> (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás	__3
MEMORIA	
• ¿Recuerda las tres palabras de antes?	__3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
• Muestra un bolígrafo. ¿Qué es esto? repetirlo con un reloj	__2
• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros	__1
• Una manzana y una pera ¿son frutas ¿verdad? ¿qué son el rojo y el verde?	__2
• ¿Que son un perro y un gato?	__3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y pongalo encima de la mesa	__1
• Lea esto y haga lo que diga: CIERRE LOS OJOS	__1
• Escriba una frase	__1
• Copie este dibujo __1	__1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

ANEXO 3

Revisión de fichas del Adulto Mayor del IESS, diagnóstico situacional



Adultos mayores de la unidad de gestión geriátrica del IESS –Ambato



ANEXO 4

Las leyes ecuatorianas amparan a los adultos mayores en diferentes aspectos, no existe leyes que enfoquen los trastornos mentales directamente.

Según el **Ministerio de Salud Pública**:

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda:

“**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. **Atención en centros especializados** que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. **Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica.** El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. **Desarrollo de programas y políticas** destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. **Protección y atención** contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. **Desarrollo de programas** destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. **Atención preferente** en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. **Creación de regímenes** especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. **Protección, cuidado** y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. **Adecuada asistencia** económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.
10. **La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores** por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Capítulo sexto

Derechos de libertad

Art.66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

1. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso, ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.
2. El derecho a la integridad personal, que incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual.

Título VII. RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR. Capítulo primero Inclusión y equidad

Art.341. El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

Art.363. El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Art.369. El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley.

El seguro obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado.

ANEXO 5
FOTOS TALLERES

