

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como seres humanos a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo, afecciones tales como: un declive en las funciones cognoscitivas y la depresión entre otras.

Por lo que, la disminución de las funciones cognoscitivas y la depresión en el Adulto Mayor(AM)¹, son problemáticas que afectan de manera negativa a medida que transcurre el tiempo, en este sentido: las funciones cognoscitivas en el AM tales como la memoria, lenguaje, orientación, atención y concentración, empiezan a acortarse lentamente, provocando en el AM dificultades en la realización de sus actividades cotidianas y en las interacciones interpersonales, de esa manera va disminuyendo su calidad de vida.

Por lo que es necesario apreciar lo que menciona el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la depresión (OMS, Depresión, 2017) menciona que es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. También menciona que la depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Nota

¹Desde ahora en muchas partes del documento: **Adulto Mayor=AM; Adultos Mayores=AMs**; son siglas de estos términos, en la Real Academia de lengua Española (RAE) no se logró encontrar una abreviatura para las palabras mencionadas.

Se encontró esta abreviación en una Tesis de maestría llevada a cabo por García Benítez (ANÁLISIS DEL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO, 2008, págs. 1,2,6,8,9).

Se utiliza estas siglas para una adecuada comodidad a la hora de leer el documento.

Otro problema que presentan los adultos mayores es la declinación de las funciones cognitivas, por lo que se encuentran datos sobre demencia (deterioro/declive cognoscitivo). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la demencia es un síndrome que se caracteriza por la disminución de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a los ancianos.

Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las necesidades físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

Ante estas problemáticas, tales como la depresión y disminución de funciones cognitivas en el AM (población de estudio), cabe mencionar que según datos de la Organización Mundial de la Salud, en un informe sobre envejecimiento y ciclo de vida (OMS, 2016) “la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, por lo se calcula que entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años”, ***por lo que se vive más tiempo en todo el mundo, pero esto no significa que el AM tenga una mejor calidad de vida.***

Este envejecimiento empezó en los países de ingresos altos (por ejemplo, en el Japón el 30% de la población ya tiene más de 60 años), los cambios más drásticos se ven en

los países de ingresos altos y medianos. Para mediados de siglo muchos países, por ejemplo Chile, China, la República Islámica del Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la del Japón, informó la OMS (OMS, 2016).

Por consiguiente en Bolivia “según los datos oficiales del Censo 2012 realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), Bolivia tiene 10.059.856 habitantes en todo el territorio Nacional, de los cuales: **878.012 (9%) son AMs**, por lo que en el siguiente cuadro se muestra la cantidad de AMs según departamento.

CUADRO N° 1

BOLIVIA: POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN DEPARTAMENTO, CENSO 2012		
Departamento	Población	Porcentaje
La Paz	274.404 AMs	31.25%
Santa Cruz	170.337 AMs	19.40%
Cochabamba	159.525 AMs	18.17%
Potosí	89.075 AMs	10.14%
Chuquisaca	60.334 AMs	6.87%
Oruro	47.935 AMs	5.46%
Tarija	43.154 AMs	4.91%
Beni	28.676 AMs	3.27%
Pando	4.572 AMs	0.52%
TOTAL	878012 AMs	100%
Fuente: Instituto Nacional de Estadística		
Elaboración: Propia		

Por lo que se observa en el cuadro anterior, en el departamento de Tarija existen 43.154 (4.91%) AMs, de los cuales según el INE 23.290 (54%) son mujeres y 19.864 (46%) son hombres.

Ante lo expuesto, el problema que se trata en la investigación se refiere a la “Relación entre el nivel de funciones cognitivas y nivel de depresión en adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija”.

En relación al problema que se aborda existen varias investigaciones realizadas en otros países que indagaron esta cuestión. Por ejemplo:

En México, la “Universidad Autónoma de Tamaulipas”, T. Durán-Badillo, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vázquez, (Durán Badillo, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez , & Vázquez , 2013), realizan un estudio correlacional sobre la **“Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal** (Centro Comunitario "Las Culturas"), la población estudiada es 252 adultos mayores. Los resultados muestran que se encontró al 40.1% adultos mayores sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva -0.242. (*Discusión:* La correlación encontrada es similar a lo reportado en otras investigaciones.)

En Cuba, la “Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón”, Sánchez, López, Calvo, Noriega & López (2009), Realizaron una investigación sobre la **“Depresión y deterioro cognitivo (estudio basado en la población mayor de 65 años)”** se realizó una investigación basada en la población que incluyó una muestra comunitaria de 307 adultos, mayores de 65 años, seleccionados por muestreo intencional, con el objetivo de estimar la prevalencia del deterioro cognitivo y de depresión. Se aplicaron los criterios del DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV), del NINCDS (National Institute of Neurological and Communicative Disorder and Stroke) y de la ADRDA (Alzheimer’s Disease and Related and Disorders Association) mediante el algoritmo diagnóstico 10/66, y se obtuvo como resultado una prevalencia baja de Trastorno Cognitivo Mínimo y de depresión Mayor y alta del Síndrome Demencial en la población estudiada.

En Colombia, la “Universidad Pontificia Bolivariana”, Cerquera C. (Cerquera Córdoba, 2007), realiza un estudio sobre *“Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga”*, la muestra estuvo conformada por 67 adultas mayores cuyas edades son entre 60 y 80 años, los resultados muestran que a partir de la correlación de Spearman, el resultado fue de -0.242, lo que indica una baja correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión de las adultas mayores del Asilo.

Tras mencionar algunos datos sobre la depresión en AMs, disminución de las funciones cognoscitivas (demencia), datos sobre la población a nivel mundial y nacional, y exponer algunas investigaciones realizadas a nivel internacional, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el nivel de funciones cognoscitivas y nivel de depresión en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia de la evaluación de las funciones cognoscitivas y depresión en AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija, ya que muchos de ellos presentan síntomas de depresión y en reiteradas ocasiones no son diagnosticadas, ni tratadas a tiempo. De igual forma con el tiempo van disminuyendo sus capacidades cognoscitivas, esto implica declives en la memoria, la atención y concentración, la orientación, entre otras. La presente investigación también pretende observar la relación que existe entre las funciones cognoscitivas y depresión en la misma población.

Por lo que la investigación brinda un *aporte teórico* sobre datos confiables con respecto al nivel de funciones cognoscitivas y nivel de depresión en AMs que acuden a la “Casa del Adulto Mayor”.

En cuanto al *aporte práctico*, se pretende que a través de esta investigación las instituciones responsables de la atención a los AMs puedan tener información útil de gran importancia y de esta manera realicen acciones concretas desarrollando programas de estimulación cognoscitiva con la cooperación de profesionales psicólogos.

El presente trabajo de investigación no presenta un *aporte metodológico*, debido a que los instrumentos que se utilizó se encuentran estandarizados.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2.1 PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuál es la relación entre el nivel de funciones cognoscitivas y nivel de depresión en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija?

2.2 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el nivel de funciones cognoscitivas y nivel de depresión en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el nivel de las funciones cognoscitivas en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.
2. Evaluar el nivel de depresión de los adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.
3. Relacionar los niveles de funciones cognoscitivas con los niveles de depresión, en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.

2.4 HIPÓTESIS

1. El nivel de las funciones cognoscitivas en adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija es *leve*.
2. El nivel de depresión de los adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija es *leve*.
3. La relación entre los niveles de funciones cognoscitivas y los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija es *positiva alta*.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA NEUROPSI		
				POR ÁREA	GENERAL	
FUNCIONES COGNOSCITIVAS	Las funciones cognoscitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, seleccionar, almacenar, transformar, elaborar y recuperar la información del ambiente. Esto nos permite entender y relacionarnos con el mundo que nos rodea, tales funciones son: la orientación, la atención y concentración, la memoria, lenguaje, lectura, escritura, funciones ejecutivas (Ostrosky & Ardila. s.f.)	ORIENTACIÓN	a.- Tiempo b.- Espacio c.- Persona	Normal Alto De 1.5 a 3	Normal	
		ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	a.- Dígitos en regresión b.- Detección visual c.- Sustracción 20-3			
		MEMORIA	Codificación	a.-Memoria verbal espontánea b.-Proceso visoespacial (copia)	Normal De -1 a 1	Leve
			Evocación	a.- Memoria visoespacial b.- Memoria verbal c.- Por claves d.- Reconocimiento	Moderado De -2.5 a -1.5	
		LENGUAJE	a.- Denominación b.- Repetición c.- Comprensión d.- Fluidez verbal	Severo -3	Severo	
		LECTURA-ESCRITURA	Lectura Dictado Copiado			
		FUNCIONES EJECUTIVAS	Semejanzas Cálculo Secuenciación Mano Derecha Mano Izquierda Movimientos alternos Reacciones opuestas			

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
DEPRESIÓN	Es un síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos, que distorsionan sistemáticamente las experiencias del paciente en una dirección negativa, en una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2005)	SÍNTOMAS AFECTIVOS	1. Tristeza 3. Fracaso 5. Sentimientos de culpa 6. Sentimientos de castigo 7. Disconformidad con uno mismo 10. Llanto 11. Agitación 14. Desvalorización	BDI-II Depresión mínima 0 - 13 Depresión leve 14 – 19 Depresión moderada 20 – 28 Depresión severa 29- 63
		SÍNTOMAS COGNITIVOS	2. Pesimismo 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas 13. Indecisión 19. Dificultad de Concentración	
		SÍNTOMAS MOTIVACIONALES	4. Pérdida de placer 12. Pérdida de interés	
		SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS	15. Pérdida de energía 16. Cambio en los hábitos de sueño 18. Cambios en el apetito 20. Cansancio o fatiga 21. Pérdida de interés en el sexo	

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se encuentra los conceptos de las variables que están siendo sometidas a estudio, lo cual nos posibilita la comprensión y el significado de cada una de ellas.

3.1 ADULTO MAYOR

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera adultos mayores sólo por haber alcanzado este rango de edad, se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos (Culturalia, 2013).

Se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma específica de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad, tal es el caso de la “Casa del Adulto Mayor” dependiente del gobierno autónomo municipal de Tarija en la ciudad de Tarija.

3.1.1 Definición

Existen varias aproximaciones para definir “Adulto Mayor”, muchas veces se toma en cuenta otros términos, tales como vejez, ancianidad, tercera edad entre otros términos para referirse a lo mismo, sin embargo a continuación se presenta una serie de definiciones que nos ayudaran a comprender esta etapa.

Pérez Rosabal & Alba Martínez (2013) citando a Orosa Fraix (2003) menciona que “la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor

o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años...” esta misma autora señala que “...hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo...”

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

Las Naciones Unidas, consideran “anciano (adulto mayor) a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados, esto es debido a las condiciones de vida más favorables y políticas de salud pública. Y se considera anciano (adulto mayor) a toda persona mayor de 60 años en países en vías de desarrollo”

En Bolivia, en el artículo N° 2 de la Ley 369”, “se denomina adulto mayor a todas aquellas personas mayores de sesenta (60) o más años de edad, dentro del territorio Boliviano” (Ley 369- Ley general de las Personas Adultas Mayores, 2015).

Para comprender esta etapa de la vida del ser humano (Adulto mayor, vejez, anciano, entre otros) se exponen varios aspectos tales como:

3.1.2 Envejecimiento: su proceso

Según Sandoval (2012, pág. 188) En el proceso de envejecimiento es necesario distinguir dos tipos de envejecimiento, a saber:

a) Envejecimiento Primario: que abarca a los cambios irreversibles que acontecen por acción del tiempo. Este no se relaciona sólo con la vejez, sino que todos los seres humanos experimentan este tipo de envejecimiento, prácticamente desde que nacen.

b) Envejecimiento Secundario: este hace referencia a los cambios que se producen por enfermedades, que pueden o no estar asociados a la edad, se pueden evitar o remediar.

3.1.3 Envejecimiento Exitoso u óptimo

Papalia, Sterns, Feldman & Camp (Desarrollo del adulto y vejez, 2009, pág. 444) citando a Rowe & Kahn (1998), refieren que “el concepto de envejecimiento exitoso, u óptimo, en contraste con la antigua idea de que el envejecimiento es el resultado de inevitables procesos intrínsecos de pérdida y deterioro, representa un gran cambio en el enfoque gerontológico, que surge en respuesta al creciente número de ancianos activos y saludables. Dado que los factores modificables juegan un papel importante en los índices del proceso del envejecimiento, se permanece aún de acuerdo con la “nueva” gerontología que sostiene que algunas personas pueden envejecer más exitosamente que otras

Se identificó tres componentes principales en el envejecimiento exitoso: 1) evitar la enfermedad o la discapacidad relacionadas con la enfermedad, 2) el mantenimiento de un alto funcionamiento físico y cognitivo, y 3) el involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas (actividades, con paga o sin ella, que poseen un valor social). Quienes envejecen exitosamente tienden a poseer apoyo social, tanto en el área emocional como en la material, que ayuda a la salud mental; y en tanto permanezcan activos y productivos.

3.1.4 Sexualidad en las personas mayores

Según José Vicente López citando a Carlos Verdejo menciona que «La Sexualidad y la afectividad son connaturales a la persona y sólo finalizan con la muerte, por lo que ni el interés ni la actividad sexual desaparece en las personas mayores». Ciertamente, que de forma similar a otros procesos del envejecimiento dicha actividad se irá acomodando a los cambios producidos, de forma similar a cómo se ha ido acompañando en otras etapas vitales. (Vicente López, 2011, pág. 146).

3.2 FUNCIONES COGNOSCITIVAS²

Las funciones cognoscitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, seleccionar, almacenar, transformar, elaborar y recuperar la información del ambiente. Esto nos permite entender y relacionarnos con el mundo que nos rodea, tales funciones son: la orientación, la atención y concentración, la memoria, lenguaje, lectura, escritura, funciones ejecutivas, habilidades viso espaciales (Ostrosky & Ardila. s.f.)

A continuación se explicara las siguientes funciones cognoscitivas relacionadas a esta investigación:

3.2.1 Orientación

La orientación es una función cognitiva cuyo objetivo es ubicar al propio sujeto en un parámetro específico de su entorno. Debido a ello requiere, además de a las funciones de atención y memoria (episódica y semántica) y la memoria de trabajo, información relativa a la ubicación espacial.

La orientación es una función cognitiva que según Lezak “se define como la conciencia de uno mismo en relación a las características que le rodean: espacio, tiempo y persona. (Lezak, 2004).

Requiere la integración de la atención, la percepción y la memoria. Un déficit en la percepción o en la memoria puede dar lugar a leves déficits en la orientación, mientras que una alteración en los subsistemas de atención da lugar a un deterioro grave de la orientación en todos los niveles. La dependencia de otros sistemas hace que la orientación sea especialmente vulnerable (su presencia no descarta, sin embargo, la afección cognitiva ya que también está influenciada por la rutina).

² Manuel Rivas Navarro en su libro “Procesos cognitivos y aprendizaje significativo” hace referencia que el termino: COGNITIVOS=COGNOSCITIVOS, poseen el mismo significado. (Navarro, 2008)

3.2.1.1 Tipos de Orientación

- **Orientación temporal:** Son procesos de actualización cuyo output informa sobre cuestiones relativas al día, hora, mes, año, momento de realizar actividades, festividades, estaciones, entre otras. Depende en gran parte de la atención sostenida y la memoria semántica, mientras que la atención selectiva captaría los cambios en el entorno que determinan un proceso ordenado de tiempo (cuándo se está realizando una acción, correr, bailar, cenar, levantarse, entre otras).
- **Orientación espacial:** Son procesos de actualización en los que el sujeto es capaz de ubicarse en una continuidad espacial (de dónde viene, dónde se encuentra en un momento específico, a dónde va). La orientación espacial depende en primer lugar de la orientación visual atencional, la atención sostenida, la atención selectiva, y la memoria.
- **Orientación personal:** La orientación personal es el proceso más complejo de los tres, ya que suele requerir información multiformato que implica a la identidad personal y un mecanismo de control que verifica la veracidad de la información (de fallar, sucederían confabulaciones).

3.2.2 Atención y Concentración

La atención es una función cognitiva compleja que implica varios subsistemas y que ha intentado ser explicada mediante diferentes maneras. NeuroUP, menciona que de acuerdo a la definición de Posner (1995) la atención es “la selección de información para el procesamiento y la acción conscientes, así como el mantenimiento del estado de alerta requerido para el procesamiento atento”. Tiene dos funciones principales: mantener el estado de alerta y seleccionar la información relevante.

Ostrosky -Solis, Ardila, & Rosselli (s.f. Pag.5) mencionan que “**la concentración** es un término que se refiere a la habilidad para sostener la atención durante períodos prolongados. Esta capacidad es necesaria para poder realizar cualquier tarea intelectual y puede alterarse por causas orgánicas o emocionales”.

3.2.2.1 Clasificación de la atención activa

Según Portellano & Garcia (2014, pág. 66) “la atención activa es el proceso atencional en el que participan los aspectos motivacionales del sujeto; se lleva a cabo mediante una actuación consciente, intencionada, volitiva y con una utilidad práctica, que tiene varias modalidades: focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida.

a) Atención focalizada: Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se concentra en un objetivo concreto, resistiendo al incremento de la fatiga y las condiciones de distractibilidad. Un ejemplo de atención focalizada sería procesar activamente un determinado tipo de estímulos, como por ejemplo prestar atención a los vehículos que pasan por la calle, los sonidos del entorno o las personas con las que nos cruzamos mientras paseamos. También se incluirían en la atención focalizada los ejercicios de tachado o cancelación de letras, sílabas o palabras en un texto.

b) Atención sostenida: Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se puede mantener activo durante un periodo más o menos prolongado de tiempo, resistiendo la fatiga y la presencia de elementos distractores. Esta clase de atención se da cuando una persona realiza una determinada actividad durante un periodo de tiempo, procurando que la eficacia se mantenga durante todo el tiempo que dura la ejecución de una tarea. La atención sostenida, por tanto, consiste en procesar un patrón de estímulos determinado, del modo más eficaz durante un espacio de tiempo determinado. Un ejemplo de esta modalidad sostenida sería tachar determinadas letras o palabras en un texto de la forma más eficiente durante varios minutos.

c) Atención selectiva: Es la capacidad para mantener una determinada respuesta ante un estímulo, a pesar de que existan otros estímulos distractores que de manera simultánea compiten entre sí. Es decir, es la capacidad para seleccionar aquellos estímulos o actividades que interesan y anulando los que son irrelevantes que están ejerciendo competencia durante el proceso de atención selectiva. Se trata de una modalidad atencional que involucra mayor exigencia cognitiva, ya que requiere más esfuerzo para responder a un determinado estímulo de forma exitosa. Un ejemplo de

atención selectiva sería tratar de seguir una conversación con una persona en un entorno ruidoso mientras otras personas hablan entre sí de manera simultánea.

3.2.3 Habilidades Visoespaciales

Según la Organización Mundial de la Salud las habilidades visoespaciales son: “Las funciones mentales implicadas en distinguir por medio de la vista, la posición relativa de los objetos (arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda) en relación a uno mismo”. Sin embargo, las habilidades visoespaciales van mucho más allá que esta simple definición y tienen más importancia e implicación que lo que podemos imaginar dentro de las actividades que realizamos en la vida diaria.

Las habilidades visoespaciales son las capacidades para percibir, aprehender y manipular un objeto. Estas habilidades permiten detectar, diferenciar y seleccionar ciertos estímulos con respecto a nosotros mismos, dichos estímulos visuales pueden ser rostros, figuras, objetos, paisajes, letras, números, etc.

3.2.4 Memoria

Portellano Perez & Garcia Alba, citando a Campo, Maestú, Fernández y Ortiz, (2008) hacen referencia que “La memoria está considerada comúnmente como aquella capacidad para almacenar información, acontecimientos pasados y recuperarlos, traer a la conciencia esa información de forma aprendida.”

Ostrosky -Solis, Ardila, & Rosselli (s.f. Pag.6) acudiendo a Sokolv (1970) mencionan que “la memoria es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal.” La memoria nos permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente. El tiempo que retenemos la información puede variar desde segundos (como en la retención de dígitos), hasta semanas o años (como en nuestros recuerdos de la infancia). Existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, en la cual el sujeto recibe la información, una fase de almacenamiento o de conservación de la información y una fase de evocación o de recuperación de la huella de memoria.

Ostrosky y otros recurren a Squires (1992), para mostrar que se han postulado diversos modelos, tanto estructurales como de procesamiento, relacionados con la memoria; sin embargo, una distinción clásica en el estudio de la memoria es la de la memoria a corto plazo y largo plazo.

La memoria a corto plazo se relaciona con la evocación de la información inmediatamente después de su presentación, mientras que la memoria a largo plazo se refiere a la evocación de la información después de un intervalo durante el cual la atención del sujeto se ha enfocado en otras tareas.

a) Memoria a corto plazo o memoria de trabajo

Esta memoria se forma a partir de aquella memoria sensorial a la que por alguna razón se le prestó atención, la memoria a corto plazo dura aproximadamente como un minuto. Sin embargo, si no se codifica apropiadamente se perderá.

Un ejemplo de memoria a corto plazo es cuando nos presentan una persona que nunca conocíamos y de momento el nombre resalta de entre el conjunto de informaciones que se nos ofrecen. Por algún periodo de tiempo recordamos el nombre, pero sino lo codificamos mejor se olvidará.

b) Memoria a largo plazo

También se le conoce como memoria relativamente permanente. Es la memoria que se mantiene por largos periodos de tiempo y en ocasiones nunca se olvida.

La información que está en la memoria a corto plazo se convierte en memoria a largo plazo a través de dos estrategias de codificación básicas:

- Repaso de mantenimiento: Consiste básicamente en repetir con cierta frecuencia la información. Por ejemplo, la repetición de las tablas de multiplicar, un número de teléfono, nuestro número de seguro social y número de estudiante, logra que esta información se consolide como memoria a largo plazo.
- Repaso elaborado: Consiste en establecer conexiones con sentido entre la nueva información y la información ya almacenada, o elaborar la información con un sentido particular.

Por ejemplo, cuando nos presentan a alguien y asociamos a esa persona con alguien que conocemos, es posible que el nombre de la persona nueva pase a formar parte de nuestra memoria a largo plazo.

3.2.4.1 Procesos de la memoria

a) Fijación o codificación: Se trata del proceso en el cual la información es preparada por así decirlo para, que pueda ser almacenada. Los factores determinantes de que el proceso se dé de forma correcta son: la concentración, la atención y motivación del sujeto.

En esta etapa la información puede codificarse de formas diversas, de acuerdo con la necesidad o el momento, esto puede ser por medio de imágenes, sonidos, experiencias, ideas, sucesos, entre otros, todo esto tiene la dependencia del tipo de información que sean utilizadas.

b) Almacenamiento o consolidación: Cuando la información ya paso por el proceso de codificación pasa a la etapa del almacenamiento, en este punto, pasa a ser almacenada en los diversos tipos de memoria que se tienen en relación a la necesidad que se tiene: puede ser la memoria a mediano plazo o a largo plazo y a corto plazo.

Es necesario que se cuente con una especie de estrategia por parte del sujeto que pretende recordar después la información, es decir, que tenga una imagen, una idea, que tengan un orden o categorización, entre otros, mientras el proceso se lleva a cabo.

c) Recuperación o evocación: Este proceso es el que nos permite poder encontrar la información cuando la necesitamos, es decir, recordar.

Es el proceso final por el cual pasa la información, pero es necesario que los anteriores procesos hayan sido realizados de forma correcta, si no es así, entonces, al recordar la información, solo tendremos “retazos” de recuerdos, esta información puede ser extraída en el momento que se desee.

3.2.5 Lenguaje

Según el neuropsicólogo Luria “el lenguaje es un sistema de códigos con cuya ayuda se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos” (Luria, 1977)

El lenguaje es un proceso cognoscitivo cuya habilidad es elaborar y comunicar procesos del pensamiento mediante la ejecución motora de un sistema de gestos (comunicación no verbal), símbolos (escritura y lectura) y sonidos (habla). Es un fenómeno que requiere de la coordinación de una red neuronal distribuida, con áreas que varían en cuanto a su especificidad funcional. Si bien el hemisferio izquierdo (en diestros) es el que tiene mayor dominancia, las funciones del hemisferio derecho también pueden producir alteraciones del lenguaje como la fonética o la detección de intencionalidad (ironías). La lesión en cada uno de los nodos necesarios para un funcionamiento competente puede producir alteraciones en un aspecto específico del proceso lingüístico, que pueden darse en: codificación, producción (articulación, ejecución, modulación), comprensión, denominación, contextualización y motivación

Los cuatro niveles en los que puede verse afectado el lenguaje son: sintáctico, semántico, fonológico y morfológico.

3.2.6 Funciones Ejecutivas

Según Ostrosky, Ardila, & Roselli citando a Lezak (1995) menciona que “la capacidad de resolver problemas (abstracción y generalización) y las funciones ejecutivas (que incluyen capacidad de planear, secuenciar y organizar información) son términos que se han utilizado para describir las habilidades cognitivas más complejas. Las funciones ejecutivas incluyen procesos como anticipación, selección de una meta y la capacidad de secuenciar, planear y organizar la conducta. Estas habilidades son necesarias para poder llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y ser un sujeto independiente.

3.2.7 Lectura, Escritura y Cálculo

a) Lectura

La lectura es la acción de interpretar y descifrar, a través de la vista, una serie de símbolos y códigos escritos, con valor fónico. Es decir, las letras, las palabras, las frases y su conjunto.

Según Lezak (2004) define la lectura como “capacidad para identificar y transformar los símbolos escritos, en un código, en representaciones internas. Implica la discriminación de símbolos y palabras, su asociación en la pronunciación, y la comprensión de esquemas de relación gramaticales (fonemas, palabras, frases, párrafos y textos) en el lenguaje escrito.

b) Escritura

Lezak (2004) define la escritura como la capacidad para comprender el significado semántico al combinar símbolos (escritos) o fonemas (lenguaje hablado) en estructuras gramaticales (palabras, frases, textos, oraciones), también posee la capacidad para producir lenguaje escrito, que no implica comprensión. Existen tres variantes principales: copia de textos, palabras o textos al dictado, o escritura espontánea.

c) Cálculo

Es la habilidad de interrelacionar las cantidades numéricas, por medio de reglas espaciales y semánticas, en distintas combinaciones y productos. Esta capacidad cognitiva es una de las más evolucionadas en la especie humana, hasta el punto de regir los diseños y patrones de la sociedad contemporánea.

3.3 FUNCIONES COGNOSCITIVAS EN EL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecer es continuo, universal e irreversible. En este proceso las funciones de nuestro cuerpo se van deteriorando y vamos perdiendo nuestra capacidad de adaptación.

A medida que envejecemos nuestro cerebro va sufriendo cambios: las neuronas y sus conexiones van disminuyendo, y su trabajo se vuelve más lento. Es por esto que las funciones cognitivas como la Memoria, Atención, Concentración y Lenguaje se enlentecen y pierden eficiencia.

Por lo que se mencionara algunas de las funciones cognitivas correspondiente al Adulto mayor:

3.3.1 Memoria del adulto mayor

Según Donoso (2001), La pérdida de memoria es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece. En efecto, si bien a cualquier edad pueden aparecer enfermedades cerebrales que causan fallas de memoria, son más frecuentes en los adultos mayores, la enfermedad de Alzheimer, el deterioro cognitivo leve, las lesiones vasculares, el efecto de fármacos o drogas y los trastornos emocionales.

La enfermedad de Alzheimer corresponde a lo que antes se llamó "arteriosclerosis cerebral" y es una enfermedad que puede comprometer al 10% de los mayores de 65 años. Su causa es muy compleja: los investigadores estudian el mal procesamiento de algunas proteínas cerebrales, las fallas en sistemas de neurotransmisores, el efecto de radicales libres sobre las neuronas, el exceso de calcio intracelular, etc. etc. La importancia de estos estudios radica en que cada uno de ellos plantea distintas posibilidades de tratamiento que están en estudio en innumerables laboratorios de investigación básica y clínica.

3.3.1.1 Factores que influyen en la pérdida de memoria

- La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.
- Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y eventualmente, producir daños cerebrales.
- Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

- La memoria es como un músculo. Se debilita si uno no lo cuida y ejercita, entonces lo mejor que se puede hacer es entrenarla ya que la estimulación mental tiene como fin frenar o retrasar la declinación que deviene con la edad.

3.3.2 Lenguaje del adulto mayor

Según Flieg (2012), el envejecimiento produce, por un lado, un deterioro sensorial en los diferentes sentidos donde la pérdida de audición es la más común y debido a esto se puede tener dificultades de comprensión del lenguaje afectando a la comunicación.

Por el otro lado, debido al deterioro cognitivo la persona mayor tiene alterada la capacidad de procesar la información y como consecuencia se afecta la memoria operativa (memoria de trabajo) y la capacidad de atención. Esto también afectará la comprensión, el mantenimiento de una conversación, la producción de oraciones complejas, etc.

De todas las funciones cerebrales el lenguaje es la más relevante y compleja, y en las personas mayores tiene unas características particulares “asociadas a la edad”:

- **A nivel Expresivo**, la dificultad más común en el lenguaje de las personas mayores es poder encontrar la palabra adecuada aunque la conozca, este fenómeno se conoce como “la punta de la lengua”. Esto lo lleva a hablar más lento, hacer más pausas, a dar vueltas en el tema para intentar compensar esa dificultad y es por esto que les cuesta más elaborar un discurso.
- **A nivel Comprensivo**, la mayor dificultad es comprender discursos complejos tanto en sentido y significado como si son frases complejas.

3.3.3 Atención en el adulto mayor

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de

señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida.

El déficit en la atención selectiva se ha explicado por la dificultad de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, lo que significaría que se trata de un problema perceptivo.

Se considera importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

3.3.4 Funciones ejecutivas en el Adulto Mayor

Se realizó una investigación sobre la actividad de las funciones ejecutivas en el envejecimiento normal y su vinculación con los aprendizajes. Para ello se evaluaron 100 sujetos mayores de 60 años de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina, con el ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination) de Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowicz y Hodges (2000) y una entrevista para precisar cómo influyen las actividades de la vida diaria en el funcionamiento ejecutivo. Los resultados mostraron que los sujetos que poseen mayor edad, bajo nivel de instrucción y escasa actividad cognitiva tienen dificultades en el desempeño ejecutivo, lo que inevitablemente influye para que los procesos de aprendizaje se realicen de manera diferente a etapas anteriores de la vida. Diversas investigaciones han demostrado que a pesar del declive de estas capacidades, las mismas pueden mejorarse y hasta optimizarse gracias a la plasticidad neuronal y reserva cognitiva. (Binotti, Spina, Barrera, & Donolo, 2009)

3.4 DEPRESIÓN

La palabra depresión proviene del término latino depressio que, a su vez, procede de depressus que significa “abatido” o “derribado”. (Pérez & Gardey, 2008)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, agitación, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, trastornos del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”(OMS, Depresión, 2017)

Según Beck y otros autores mencionan que la depresión es un síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos, que distorsionan sistemáticamente las experiencias del paciente en una dirección negativa, en una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush , Shaw , & Emery, 2005).

3.4.1 Modelo cognitivo de la depresión según A. Beck

Beck postula tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión (Beck, Rush , Shaw , & Emery, 2005, pág. 19):

3.4.1.1 Sustrato Psicológico de la depresión

a. Tríada cognitiva

Implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias:

- ***Visión negativa acerca de sí mismo.*** El paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas.
- ***Interpretación negativa de sus experiencias.*** Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado.
- ***Visión negativa acerca del futuro.*** Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

b. Esquemas

Este concepto explica porqué mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes en contra de evidencias de factores positivos en su vida. Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos. Los individuos atienden selectivamente a estímulos específicos, los combinan y conceptualizan las situaciones. Es lo que llamamos el sesgo de cada uno, determinada consistencia en la respuesta. El término ESQUEMA designa a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas determinan el como un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas. En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, entre otras)

c) Errores en el procesamiento de información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

3.4.2 Síntomas de la depresión

a) Síntomas afectivos

Tristeza: Estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de pena, aflicción y angustia a causa de la sucesión de un hecho desafortunado o doloroso.

La tristeza se expresa normalmente a través de gestos faciales en los que la cara toma una expresión más caída, con clara falta de energía. El llanto es, también, uno de los elementos más característicos de la tristeza ya que surge como una reacción casi instantánea ante una situación de pérdida, dolor o insatisfacción. Otros modos en los que una persona demuestra su tristeza son el desgano, es decir, la falta de iniciativa para enfrentar aquella realidad que lo vuelve triste, la falta de apetito, la preocupación, la angustia, estrés entre otros.

Fracaso: Es un suceso lastimoso, inesperado y funesto que aparece por la imposibilidad de cumplir ciertas metas o expectativas.

Por lo que al sentimiento de fracaso se le define como una emoción intensa, desagradable y dolorosa, motivada por no obtener lo que se anhela.

Sentimientos de culpa: El sentimiento de culpa es una de las emociones más destructivas, y la mayoría de las personas la experimentamos en mayor o menor grado, tanto si es por algo que hemos hecho como por algo que no hemos sido capaces de hacer. No es un sentimiento agradable, por eso, cuando alguien nos pide algo que no queremos hacer, dudamos antes de negarnos por que tememos volver a experimentar ese terrible sentimiento.

Sentimientos de castigo: El castigo es una sanción o pena impuesta a una comunidad o individuo que causa molestias o padecimientos, motivo por lo que se ejecuta una acción, que puede ser física o verbal, directa o indirecta, contra quien ha cometido una falta o delito.

Los sentimientos de ser castigado puede ser persistente, anormal justificado o injustificado.

Disconformidad con uno mismo: Muchas personas a menudo experimentan una sensación de disconformidad consigo mismas. Esto hace que por momentos, se hagan fuertes críticas, y se cuestionen la manera en que piensan, actúan y son, desatando de

esta forma una lucha interna, que puede tener terribles consecuencias, sobre todo a nivel psíquico, pero también en lo físico.

Llanto: El acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones. Cuando una persona llora, independientemente de cuál sea la razón por la cual lo hace, se encuentra en una situación de mucha emotividad, de extrema tristeza, felicidad o emoción.

Agitación: La persona que está agitada o inquieta no tiene paz interior ni puede relajarse, ya que hay algo que le genera preocupación. La persona inquieta no puede concentrarse en lo que está haciendo debido a que su atención y sus pensamientos están focalizados en otra cuestión.

Desvalorización: Sensación de infravaloración que sufre una persona que no es capaz de observar todo su potencial tal y como es. Una persona puede desvalorizarse a sí misma a partir de un diálogo interior negativo.

b) Síntomas cognitivos

Pesimismo: Se conoce como pesimismo a la propensión a juzgar las cosas por su aspecto más desfavorable o negativo. Este concepto es el opuesto a optimismo, que consiste en analizar las situaciones a partir de dimensión más favorable.

Desde el punto de vista psicológico-moral, es una disposición anímica o un estado de ánimo en virtud de los cuales el sujeto percibe bajo una razón negativa todos los fenómenos que le rodean. Desde la psiquiatría el pesimismo es una de las manifestaciones o síntomas más habituales de la enfermedad de la depresión exógena o endógena.

Autocrítica: La autocrítica es la disposición que tienen las personas para admitir sus errores para su posterior corrección. La autocrítica permite según los especialistas en psicología a un mayor conocimiento de la persona de sus verdaderas habilidades, al

mismo tiempo que mejoran su calidad de vida y las relaciones intrapersonales que puedan tener en un ambiente de trabajo, la familia, el aula de estudio y cualquier espacio. Pero especialmente la autocrítica como síntoma en la depresión se torna de una manera muy negativa, provocando que el paciente se culpabilice por circunstancias, hechos o cualquier tipo de actos, esta autocrítica hace que se sienta peor.

Pensamientos o deseos suicidas: Los pensamientos suicidas son ideas acerca de hacerse daño a usted mismo o quitarse la vida.

Los pensamientos suicidas pueden ocurrir a cualquiera, jóvenes y adultos, hombres y mujeres, por varias razones. Por lo general, los pensamientos suicidas ocurren cuando una persona experimenta un intenso dolor emocional y no encuentra una salida. Las situaciones que provocan este tipo de dolor son diferentes para cada persona

Indecisión: Es la falta de determinación ante una situación, vivida como conflictiva, que nos impide tomar una decisión. Se puede formular como la dificultad para tomar decisiones de forma afirmativa, segura y tranquila.

Detrás de la indecisión hay una pérdida en la confianza básica que nos induce a cuestionar permanentemente la solidez y fundamentación de nuestras decisiones. Se asocia al sentimiento de inseguridad, a una excesiva autoexigencia y a la falta de claridad en el planteamiento de las situaciones.

La indecisión está muy relacionada con nuestras emociones. El estrés, la angustia, la depresión, pueden volvernos indecisos o hacernos tomar malas decisiones

Dificultad de concentración: Por concentración se entiende el acto de dirigir toda la atención a una actividad, estímulo, persona o cosa concreta. En este sentido los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza.

c) Síntomas motivacionales:

Pérdida de placer: La pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión,

Pérdida de interés: La depresión es una enfermedad que puede producir pérdida de interés en las actividades. Además de pérdida de interés en las actividades, otros síntomas de la depresión son: Tristeza permanente, llorar, sentirse inútil, desesperanza, sensación de vacío, sentirse miserable, sentimiento de culpa, pérdida de confianza y otros síntomas.

d) Síntomas fisiológicos

Pérdida de energía: Se refiere a la falta de voluntad, iniciativa y de energía. Una persona con depresión le resulta difícil actuar o tomar decisiones de forma independiente.

Cambio en los hábitos de sueño: El paciente puede incrementar sus horas de sueño o disminuir cuando esta con un cuadro depresivo. Las alteraciones del sueño durante la depresión pueden no limitarse tan sólo a la falta de sueño, sino que pueden estar presentes pesadillas, mala calidad de sueño, disminución del tiempo total de sueño y despertares nocturnos frecuentes. Esto puede traer como consecuencia una sensación diurna de somnolencia y fatiga, que puede confundirse con los síntomas propios de la depresión

Cambios en el apetito: Los cambios en la alimentación se pueden manifestar en dos direcciones totalmente diferentes, porque puede tratarse de una pérdida de apetito o puede tratarse de todo lo contrario, un aumento del apetito.

La tristeza, la apatía, la desgana, la fatiga o la falta de interés pueden llevar a dejarnos postradas sin ganas de hacer nada, ni siquiera comer. Por eso es muy frecuente experimentar una pérdida de peso considerable durante una depresión.

Un aumento del apetito se trata de una forma de comer compulsiva, sin medida y ocurre sobre todo cuando la depresión está más relacionada con la ansiedad y la falta de autoestima.

Cansancio o fatiga: El cansancio es una sensación subjetiva de falta de energía física o intelectual o de ambas.

No todas las personas que están atravesando una depresión sufren los mismos síntomas por igual. Pero si hay algo característico y que se da en casi todos los casos de depresión es el cansancio, la fatiga o el agotamiento. Hablamos de un cansancio mental por no saber cómo salir de ese pozo de tristeza y de angustia en el que nos vemos.

Pero hablamos también de un cansancio físico, de un agotamiento del organismo, de una fatiga evidente que nos impide realizar cualquier actividad que implique movimiento.

Pérdida de interés en el sexo: En la depresión es muy corriente la desaparición de cualquier tipo de deseo sexual, así como de la capacidad para disfrutar de las fantasías sexuales, tanto en el hombre como en la mujer.

Martínez Roldán (2008) citando a Strange (1992), menciona que la depresión se clasifica en:

- **Depresión moderada.** Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:
 - Afecto deprimido: sensación de tristeza o pesadumbre. Muestran poco interés y poco placer en las actividades que antes disfrutaban.
 - Pensamientos pesimistas acerca del pasado, presente y futuro, sensación de minusvalía, fracaso y falta de confianza.
 - Cambios en la actividad motora: enlentecimiento psicomotor, con una reducción de la frecuencia de los movimientos del cuerpo, enlentecimiento del habla y del pensamiento. Algunos pacientes reportan agitación e incapacidad para relajarse.
 - Ansiedad: manifestaciones psicológicas y somáticas de ansiedad.
 - Manifestaciones fisiológicas (somáticas): los pacientes normalmente se quejan de alteraciones del sueño, alteraciones del apetito y del peso corporal. Además, puede haber estreñimiento, pérdida de la libido, fatiga y dolor muscular.

- **Depresión severa:** en este tipo de depresión, los síntomas son los mismos pero más intensos. Además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También, algunos pacientes pierden contacto con la realidad. Los pacientes pueden presentar delirios (ideas falsas) alrededor de su pensamiento pesimista, todos estos acerca del presente, pasado y futuro. También pueden incluirse alucinaciones.
- **Depresión leve:** en este tipo de depresión, las manifestaciones son las mismas pero con una intensidad más baja. Entre estas manifestaciones se encuentran, la ansiedad, los síntomas obsesivos y las fobias.

3.6 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Según Rozados (2015), "es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas". Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

3.6.1 Causas

Según la página digital MedlinePlus (2016), "la depresión en los ancianos es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento."

En los ancianos, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Hijos que dejan el hogar
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse)
- Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor; escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física.
- Viudedad y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.
- Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.
- Déficit de recursos económicos; admisión de necesidad de ayuda económica.
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la privación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aficiones, deportes, etc.)
- Problemas con amigos o con la persona querida.

El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión.

3.7 ESTUDIOS SOBRE RELACIÓN ENTRE FUNCIONES COGNOSCITIVAS Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Existen varios estudios similares, no idénticos o iguales que tratan de indagar que tipo de “Relación existe entre las funciones cognoscitivas y depresión en adultos mayores. Entre los cuales pudimos hallar los siguientes:

En México, en la “Universidad Autónoma de Tamaulipas”, T. Durán-Badillo, R. M. Aguilar, M. L. Martínez, T. Rodríguez, G. Gutiérrez y L. Vázquez, (Durán Badillo, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez , & Vázquez , 2013), realizan un estudio correlacional sobre la “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal (Centro Comunitario "Las Culturas"), la población estudiada es 252 adultos mayores. Los resultados muestran que se encontró al 40.1%

adultos mayores sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva de -0.242 (*Discusión:* La correlación encontrada es similar a lo reportado en otras investigaciones.)

En Cuba, en la “Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón” La Dra. Ysis Yvonne Sánchez Gil, Dra. Ana Margarita López Medina, Dra. Marina Calvo Rodríguez, Dra. Lisseth Noriega Fernández, Dr. Jorge López Valdés (2009), Realizaron una investigación sobre la “Depresión y deterioro cognitivo (estudio basado en la población mayor de 65 años)” se realizó una investigación basada en la población que incluyó una muestra comunitaria de 307 adultos, mayores de 65 años, seleccionados por muestreo intencional, con el objetivo de estimar la prevalencia del deterioro cognitivo y de depresión. Se aplicaron los criterios del DSM IV, del NINCDS y de la ADRDA mediante el algoritmo diagnóstico 10/66, y se obtuvo como resultado una prevalencia baja de Trastorno Cognitivo Mínimo y de depresión Mayor y alta del Síndrome Demencial en la población estudiada.

En Colombia, en la “Universidad Pontificia Bolivariana”, Ana M. Cerquera C. (Cerquera Córdoba, 2007) realiza un estudio sobre “Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga”, la muestra estuvo conformada por 67 adultas mayores cuyas edades son entre 60 y 80 años, los resultados muestran que a partir de la correlación de Spearman, el resultado fue de -0.242, lo que indica una baja correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión de las adultas mayores del Asilo.

En Argentina, en la “Universidad Nacional de La Plata, Facultad Ciencias Médicas” Garay(2007) , realiza un estudio sobre la relación entre depresión en edad adulta y deterioro cognitivo.

Se comparó un grupo de 30 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que fueron diagnosticadas y tratadas por episodio depresivo según criterios DSM IV; versus

grupo control de 16 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, que no presentaron antecedentes de depresión.

El instrumento aplicado para ambos grupos fue el ACE (Addenbrooke's cognitive examination), que evalúa seis dominios cognitivos (orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje, y habilidades visuoespaciales).

Se obtuvieron valores para el primer grupo con $n=30$, desviación típica 14,04. Para el segundo grupo con $n=16$, desviación típica 5,32. Se aplicó la prueba T de Student, para dos muestras independientes, obteniéndose una significación bilateral de 0,005, siendo probable que exista relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se enmarca dentro del área de la Psicología Clínica ya que la misma como refieren Perez & Merino (2008) “se encarga de la investigación, evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental”, por lo que la presente investigación pretende evaluar el nivel de las funciones cognoscitivas y el nivel de depresión que presentan los AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija, posteriormente realizar una correlación de los mismos entre los resultados de los niveles de las funciones cognoscitivas y depresión.

4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación de la presente se enmarca dentro del tipo de investigación descriptiva y correlacional:

- Es **Descriptiva** porque según Hernández, Fernández , & Baptista (2010, pág. 80) “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier población,” por lo que en la presente investigación se especifican el nivel de las funciones cognoscitivas y el nivel de depresión que presentan los AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija.
- Es **Correlacional** porque “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular,” en la presente investigación se relacionan el nivel de las funciones cognoscitivas y el nivel de depresión de los AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija. (Hernández, Fernández , & Baptista 2010, Pág. 81)

El presente trabajo se enmarca dentro del “*enfoque cuantitativo*, porque utiliza la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” (Hernández, Fernández , & Baptista , 2010, Pag.4).

De la misma manera se utiliza el “*enfoque cualitativo*” que brinda aspectos interpretativos de los datos empíricos, que fueron medidos mediante los instrumentos, este enfoque busca identificar, describir y analizar fenómenos del sujeto investigado, colaborando al informe final. Tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad (Taylor, 2000:20).

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población de estudio son los AMs que asisten a la “Casa del Adulto Mayor”, dependiente de la Secretaria de la Mujer y Familia del Gobierno Autónomo Municipal de Tarija, que se encuentra ubicado en el Barrio Abaroa, Calle General Trigo, entre circunvalación, Frente a la Plaza “El Chaqueño” de la ciudad de Tarija.

Muchos son AMs **activos** y muchos **pasivos**. Se denomina AMs activos a aquellos que asisten de manera frecuente a la institución para realizar actividades recreativas, tales como danza rítmica, teatro, repostería, manualidades o para recibir algún servicio de enfermería, fisioterapia, hidroterapia, solicitar apoyo legal y otras actividades”, mientras que los AMs pasivos solo acuden a reuniones mensuales y días festivos.

4.2.2 Muestra

4.2.2.1 Tipo de muestreo

La muestra de la presente investigación está conformada por 56 adultas mayores activas que acuden a la Casa del Adulto Mayor, mujeres activas en manualidades, Asociación de adultos mayores Guadalquivir, fisioterapia-enfermería, Bijouterie que asisten a la “Casa del Adulto Mayor”.

De acuerdo a las características de la investigación, el tipo de muestreo que se utilizó es el **probabilístico simple**, que consiste en que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados como parte de la muestra.

CUADRO N° 2 MUESTRA	
Área	AMs
Manualidades	18
Asociación de adultos mayores Guadalquivir	15
Bijouterie	6
Fisioterapia-Enfermería	17
TOTAL	56
Fuente: Casa del Adulto Mayor Elaboración: Propia	

4.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.3.1 Métodos

Los métodos que se utilizaron en la presente investigación son el método teórico, empírico y estadístico:

- a) **Método teórico:** El cual permite la construcción del marco teórico, respecto a su fundamentación, organización y su lógica: éstas crean las condiciones para ir más allá de las características fenoménicas, lo que permite explicar los hechos y profundizar en las relaciones esenciales, contribuyendo así al análisis y comprobación de las teorías.
- b) **Método Empírico:** Este método hace referencia a las distintas formas en las que puede plasmarse el método teórico, según el objetivo que en cada caso se persiga. Este método sirve como guía para explicar cómo se alcanzaron cada uno de los objetivos planteados en la investigación, los instrumentos que se utilizaron: BDI-II (Inventario de depresión de Beck -II) y Test Neuropsi.

- c) **Método estadístico.** Toda investigación cuantitativa supone cierto grado de medición numérica y análisis de la investigación, la aplicación de métodos estadísticos descriptivos en el cual su máxima expresión se reflejan en los cuadros, que permiten establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

4.3.2 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos, las técnicas y/o instrumentos que se utilizaron fueron:

- **Inventario psicológico:** Un "Inventario" en Psicología se refiere al instrumento elaborado para medir variables, tales como rasgos de personalidad, depresión. Las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems.
- **Test psicométrico:** El test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado.

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- a) **Test NEUROPSI:** Es un instrumento de evaluación neuropsicológica breve en español. Se creó para evaluar brevemente un amplio espectro de funciones cognitivas incluyendo: Orientación, Atención, Memoria, Lenguaje, Habilidades visoespaciales y Funciones ejecutivas.

Autores: Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselli

Tipo de aplicación: Individual.

Población aplicable: Personas entre 16 y 85 años.

Tiempo de administración: 25 a 30 minutos.

Confiabilidad y validez

Confiabilidad Test-Retest: La Dra. Feggy Ostrosky-Solis, el Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselli para determinar la confiabilidad de este instrumento realizan el Test-Retest, por lo que se administró el NEUROPSI a un grupo de cuarenta sujetos cognoscitivamente intactos, dentro de un intervalo de tres meses. Aplicado y calificado por dos diferentes examinadores, la confiabilidad global Test-Retest fue de 0.87 estos datos nos indican que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal. La confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.95.

Validez de discriminación: se examinó la sensibilidad del NEUROPSI a las alteraciones cognoscitivas que varios grupos clínicos incluyendo: depresión, demencia, lupus, esquizofrenia, alcoholismo, daño focalizado derecho e izquierdo.

La exactitud de la clasificación depende del tipo de desorden, así por ejemplo, el NEUROPSI clasificó correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo de control con una exactitud mayor de 91.5%, y en sujetos con daño comprobado por tomografía Axial Computarizado (TAC), el NEUROPSI clasificó con un 95% de acierto.

El Mini-Mental State Examination (Folstein) es una de las escalas breves para la evaluación del funcionamiento cognoscitivo más utilizadas. Por ello se realizó una comparación entre el NEUROPSI y Mini-Mental sobre sensibilidad (identificación correcta de presencia de trastornos cognoscitivos en las personas afectadas, índice de falsos negativos) y de la especificidad (identificación correcta de presencia de trastornos cognoscitivos en las personas afectadas, índice de falsos positivos) de los dos instrumentos en una población de 40 pacientes con lesiones neurológicas documentadas con TAC, resonancia magnética nuclear o EEG, el NEUROPSI identificó trastornos cognoscitivos en 38 pacientes y el Mini-Mental en 16.

Puntuación:

-**Puntuación Total**, tomando en cuenta la escolaridad y edad del sujeto, se clasifica en: Normal, leve, moderado, severo.

- **Puntuación normalizada para el perfil individual de funciones cognitivas**: **severo**-3; **Moderado** entre -2.5 a -1.5; **Normal** entre -1 a 1 y **Normal alto** entre 1.5 a 3.

b) Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II): El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Área de aplicación: Psicología clínica, forense y Neuropsicología.

Tiempo de aplicación: entre 5- 10 minutos

Puntuación El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

4.4 PROCEDIMIENTO

La presente investigación posee los siguientes momentos:

Se realizó la **Revisión Bibliográfica** tanto de tesis y páginas de internet, para poder armar el planteamiento y justificación del problema, además se construye el marco teórico a partir de fuentes bibliográficas que sirvieron de guía en la investigación. En el mismo sentido se realizó el diseño metodológico. En síntesis se realizó el proyecto de investigación.

Se **contactó a la institución** Casa del Adulto Mayor para mencionar que se desea realizar una investigación con la población adulto mayor que asiste a la misma. La responsable, Doña Lola Vidaurre de Palacios dio autorización para proceder.

Se realizó la aplicación de la **prueba piloto** con el objetivo de familiarizarse con el manejo de los instrumentos, cerciorarse que las pruebas dan respuesta a los objetivos planteados, identificar posibles ítems cuya redacción no está clara para los entrevistados y determinar los tiempos de aplicación, etc.

Posteriormente en esta etapa se elaboró y presentó el informe de la prueba piloto.

Se procede a la ejecución del trabajo de campo y después de haber recolectado toda la información que se propuso para dar cumplimiento al objetivo del presente estudio, seguidamente se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados.

Una vez concluido el **análisis e interpretación de los resultados** se prosiguió con la elaboración de las **conclusiones y recomendaciones** a las que se arribó tras el desarrollo de la investigación.

Para concluir se elaboró el **informe final** para su posterior presentación.

CAPÍTULO V

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
LOS RESULTADOS**

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se muestra el análisis e interpretación de los resultados a los que se llegó a través de la aplicación, corrección e interpretación de los instrumentos utilizados en la investigación.

El orden de la presentación de resultados está sujeto a los objetivos específicos, para culminar con el objetivo general, se recurre a la utilización de cuadros y gráficos para facilitar la comprensión del análisis de cada variable.

Para comprender a la población de estudio se muestra algunos datos sociodemográficos en el siguiente cuadro:

CUADRO N°3											
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS AMs											
Estado Civil	F	%	Escolaridad	F	%	Edad	F	%	Sexo	F	%
Soltera	5	9%	Nula	4	7%	60-68	21	37%	Femenino	56	100%
Casada	27	48%	Básico	9	16%	69-77	24	43%	Masculino	0	0%
Divorciada	2	3,5%	Primaria	8	14%	78-85	11	20%	Total	56	100%
Unión Libre	2	3,5%	Secundaria	12	22%	Total	56	100%			
Viuda	20	36%	Estudios Sup.	23	41%						
Total	56	100%	Total	56	100%						

Fuente y Elaboración: Propia

En el cuadro anterior se puede observar que la población está compuesta de 56 (100%) AMs de sexo femenino, según el estado civil de la población de estudio, el 48% de las AMs es casada, el 36% es viuda, mientras que un 5% es soltera, de la misma manera, el 3.5% está divorciada y un 3.5% vive en unión libre.

Según el grado de escolaridad se evidencia que el 41% de las AMs tiene estudios superiores, mientras que el 22% tiene estudios de secundaria, le sigue un 16% de las AMs que tienen estudios a nivel básico, un 14% tiene estudios a nivel intermedio y un 7% tiene una escolaridad nula.

Según los rangos de edad de la población de estudio se evidencia que un 43% de las AMs tienen edades comprendidas entre 69-77 años, así mismo, un 37% tiene edades entre 60-68 años y un 20% tiene edades entre 78-85 años, quizá esto se deba a que por su edad avanzada ya no acuden con frecuencia a la “Casa del Adulto Mayor”.

5.1 Primer Objetivo Específico

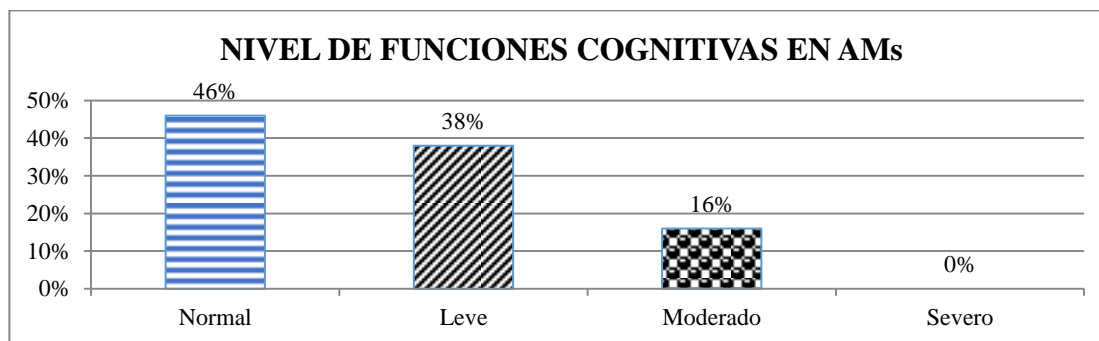
El primer objetivo específico es:

Evaluar el nivel de las funciones cognitivas en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.

CUADRO N°4 NIVEL DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS EN AMs		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	26	46%
Leve	21	38%
Moderado	9	16%
Severo	0	0%
Total	56	100%

Fuente: Test Neuropsi
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°1



Para comprender con más claridad el análisis es necesario indicar lo que la teoría nos señala, según Ostrosky “las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, seleccionar, almacenar, transformar, elaborar y recuperar la información del ambiente. Esto nos permite entender y relacionarnos con el mundo que nos rodea, tales funciones son: la orientación, la atención y concentración, la

memoria, lenguaje, lectura, escritura, cálculo, habilidades viso espaciales, funciones ejecutivas” (Ostrosky & Ardila. s.f.)

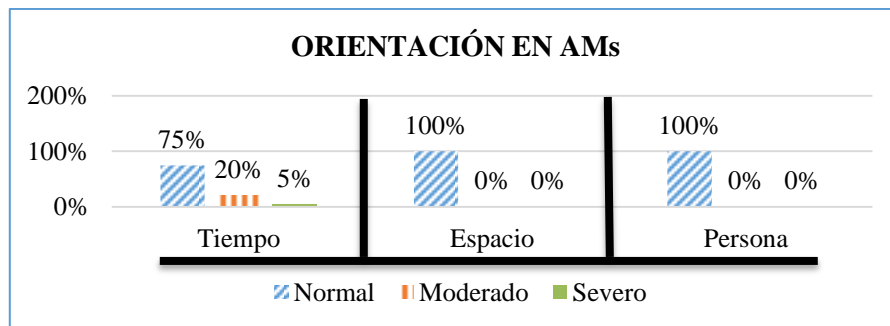
De acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento de evaluación neuropsicológica breve en español (Test Neuropsi), se observa que el 45% de las AMs tienen un nivel de funciones cognitivas *normal*, esto significa que son AMs que no presentan alteraciones en la orientación, atención y concentración, memoria, habilidades viso espaciales, funciones ejecutivas, conceptuales, motoras, y también en los procesos de lectura, escritura y cálculo. Mientras que un 38% de las AMs presentan un nivel de funciones cognitivas con alteración leve, esto significa que varias de sus funciones se encuentran levemente afectadas tales como la memoria, habilidades viso espaciales. Así mismo, un 16% de las AMs presenta un nivel de funciones cognitivas con alteración moderada, esto significa que varias áreas cognitivas se encuentran evidentemente más afectadas, tales como la atención y concentración, orientación en tiempo y espacio, memoria, funciones ejecutivas, dificultando la comprensión de órdenes.

A continuación se analizan las diferentes funciones cognitivas de acuerdo al siguiente orden de cuadros y gráficos: orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, lectura-escritura, funciones ejecutivas, conceptuales y motoras en AMs.

ORIENTACIÓN EN AMs

CUADRO N°5 ORIENTACIÓN EN AMs						
NIVEL	Tiempo		Espacio		Persona	
	F	%	F	%	F	%
Normal	42	75%	56	100%	56	100%
Moderado	11	20%	0	0%	0	0%
Severo	3	5%	0	0%	0	0%
Total	56	100%	56	100%	100%	100%
Fuente: Test Neuropsi						
Elaboración: Propia						

GRÁFICO N°2



La orientación es una función cognitiva que según Lezak “se define como la conciencia de uno mismo en relación a las características que le rodean: espacio, tiempo y persona. (Lezak, 2004).

Orientación temporal: Son procesos de actualización cuyo output informa sobre cuestiones relativas al día, hora, mes, año, momento de realizar conductas, festividades, estaciones, entre otros.

Orientación espacial: Son procesos de actualización en los que el sujeto es capaz de ubicarse en una continuidad espacial (de dónde viene, dónde se encuentra en un momento específico, a dónde va).

Orientación personal: es el proceso más complejo de los tres, ya que suele requerir información multiformato que implica a la identidad personal y un mecanismo de control que verifica la veracidad de la información.

El área de orientación, se encuentra compuesta por tres pruebas donde se pide a las AMs que respondan una serie de preguntas relacionadas a la orientación temporal, espacial y personal (*ver el Test Neuropsi*).

Con respecto a la **orientación temporal**, se puede observar que el 75% de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que respondieron correctamente sobre el día, mes y año en el que se encuentran. Mientras que un 20% de las AMs presentan una orientación temporal con alteración moderada, es decir, que responden correctamente una o dos de las preguntas sobre el día, mes y/o año en el que se encuentran. Así

mismo, un 5% de las AMs presentan alteraciones severas, esto significa que no saben en absoluto en que día, mes y año se encuentran.

En la **orientación espacial**, se observa que el 100% de las AMs presentan un nivel normal, es decir, responden correctamente la ciudad en la que viven y el lugar en el que se encuentran en el momento de la prueba.

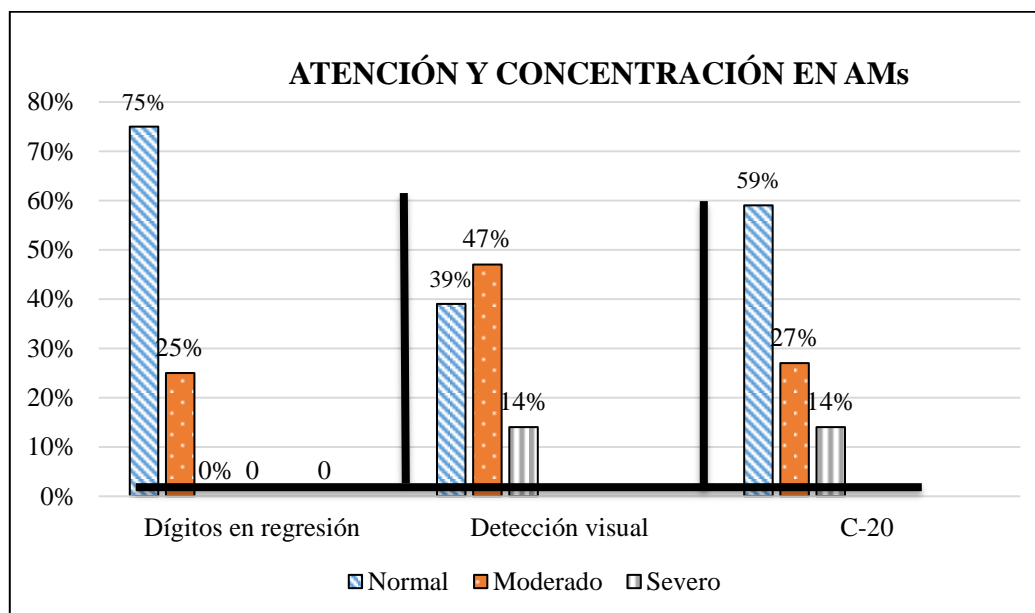
En la **orientación personal**, se observa que el 100% de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que responden correctamente la edad que tienen.

ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN AMs

CUADRO N° 6 ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN AMs						
NIVEL	Dígitos en regresión		Detección visual		C-20 (Sustracción)	
	F	%	F	%	F	%
Normal	42	75%	22	39%	33	59%
Moderado	14	25%	26	47%	15	27%
Severo	0	0%	8	14%	8	14%
Total	56	100%	56	100%	56	100%

Fuente: Test Neuropsi
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°3



De acuerdo a la definición de Posner (1995) la **atención** es “la selección de información para el procesamiento y la acción conscientes, así como el mantenimiento del estado de alerta requerido para el procesamiento atento”. Tiene dos funciones principales: mantener el estado de alerta y seleccionar la información relevante.

Ostrosky -Solis, Ardila, & Rosselli (s.f. Pag.5) mencionan que “la **concentración** es un término que se refiere a la habilidad para sostener la atención durante períodos prolongados. Esta capacidad es necesaria para poder realizar cualquier tarea intelectual y puede alterarse por causas orgánicas o emocionales”.

El área de atención y concentración, se encuentra compuesta por tres pruebas, las cuales son:

Dígitos en regresión (atención focalizada), en esta prueba se le pide a las AMs que expresen en orden inverso cifras numéricas de dos, tres, cuatro, cinco y seis dígitos, (*ver el Test Neuropsi*) los resultados de la prueba indican que el 75% de las AMs presentan una atención focalizada normal sin alteración, esto significa que se concentran en un objetivo concreto, resistiendo al incremento de la fatiga y las condiciones de distractibilidad, siendo capaces de expresar correctamente tres a cuatro dígitos en orden inverso, así mismo, el 25% de AMs presentan atención focalizada con alteración moderada, esto significa que se desconcentran de un objetivo concreto no resistiendo a la fatiga y a la distractibilidad, estas AMs solo logran responder de forma correcta cifras de dos dígitos.

En **detección visual (atención selectiva)** se muestra a las AMs durante tres segundos una lámina que contiene una figura, (*ver anexo N°4*) seguidamente se le muestra una segunda lámina (*ver anexo N°4*) con una serie de figuras y se les pide que marquen con una “X” todas las figuras que sean iguales a la contenida en la primera lámina, desde el momento en el que se inicia la tarea, se contabiliza el tiempo suspendiendo la actividad una vez transcurridos sesenta segundos. Según los resultados de esta prueba el 47% de las AMs presentan una atención selectiva con alteración moderada,

esto significa que ha disminuido la capacidad para mantener la atención ante un estímulo, ya que existen otros estímulos distractores que de manera simultánea compiten entre sí. Estas adultas mayores lograron responder un total de siete a diez aciertos.

Mientras que en el 39% de AMs se observa una atención selectiva normal, esto significa que no presentan alteración en este proceso, ya que ante los diversos estímulos distractores de la prueba, logran focalizar su atención en el desarrollo de la actividad. El número de aciertos en estas AMs es de entre once a dieciséis. Así mismo, el 14% de AMs presentan una atención selectiva con alteración severa, esto significa que ha disminuido de manera más evidente la capacidad de concentrarse en un estímulo y se distraen con más facilidad ante los diversos estímulos distractores de la prueba. Estas AMs no logran responder más de seis aciertos.

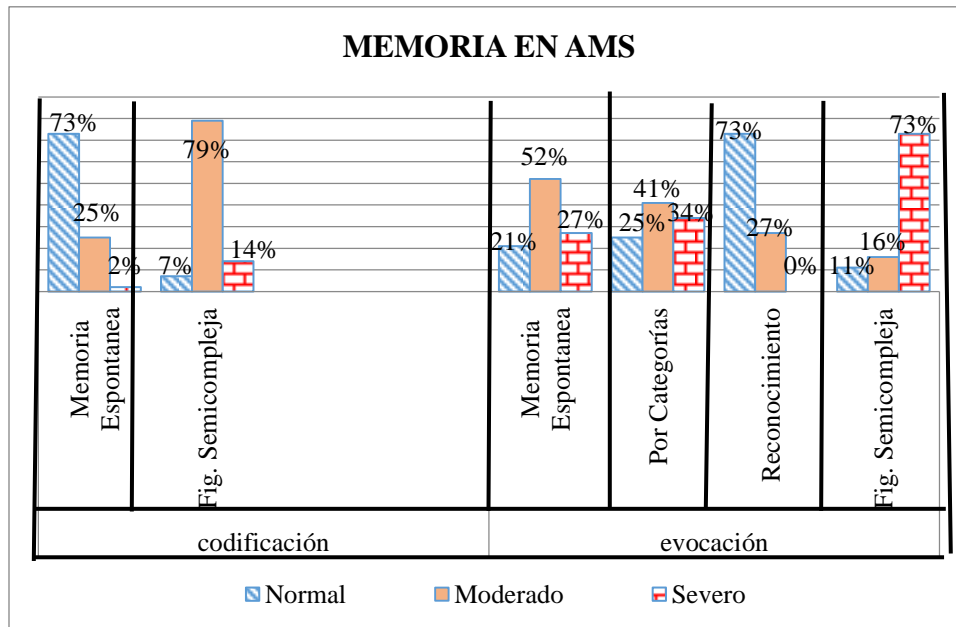
En la prueba de **sustracción (c-20) (atención sostenida)** se le pide a las AMs que al número 20 le resten de 3 en 3 hasta que logren 5 operaciones de resta, los resultados de esta prueba muestran que el 59% de AMs presentan una atención sostenida normal, es decir, responden correctamente cuatro a cinco operaciones de resta, estas AMs logran mantener por un determinado tiempo la concentración en la realización de actividades que se le solicitan. Por otro lado, el 27% presenta una atención sostenida con alteración moderada, esto significa que al momento de mantener la concentración en una determinada actividad no logran concentrarse por mucho tiempo y se distraen con facilidad, el número de respuestas correctas de estas AMs es de dos a tres. Así mismo, el 14% de las AMs presentan una atención sostenida con alteración severa, esto significa que este proceso está muy afectado ya que no logran mantener la concentración por un lapso de tiempo mínimo en la realización de actividades, logrando resolver de forma correcta sólo una resta.

MEMORIA EN AMs

CUADRO N° 7 MEMORIA EN AMs ³												
NIVEL	CODIFICACIÓN				EVOCACIÓN							
	Memoria verbal Espontanea (MVE ₁)		Figura Semicompleja (FS ₁)		Memoria Verbal Espontanea (MVE ₂)		Por Claves (PC)		Reconoci_miento (R)		Figura Semicompleja (FS ₂)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	41	73%	4	7%	12	21%	14	25%	41	73%	6	11%
Moderado	14	25%	44	79%	29	52%	23	41%	15	27%	9	16%
Severo	1	2%	8	14%	15	27%	19	34%	0	0%	41	73%
Total	56	100%	56	100%	56	100%	56	100%	56	100%	56	100%

Fuente: Test Neuropsi **Elaboración:** Propia

GRÁFICO N°4



Portellano Perez & Garcia Alba, citando a Campo, Maestú, Fernández y Ortiz, (2008) hacen referencia que “La memoria está considerada como aquella capacidad para almacenar información (codificar), acontecimientos pasados y recuperarlos, traer a la conciencia toda información de forma aprendida.”

³ **Nota:** En el cuadro N° 7 se realizó una serie de abreviaciones para poder hacer el análisis del mismo.

El área de memoria comprende dos partes: *codificación y evocación*, cada una de ellas a su vez está conformada por una serie de pruebas que se analizan a continuación:

La parte de la *codificación* está conformada por la prueba de **Memoria verbal espontánea** (MVE_1), en la que se nombra a las AMs una lista⁴(ver el Test Neuropsi) de seis palabras, las cuales deben repetir inmediatamente después de que se termine de enunciar. En la ejecución de esta prueba se realiza tres ensayos sin considerar si la persona logró repetir o no la lista de palabras durante el primero o segundo ensayo. En esta prueba el 73% de las AMs presentan un nivel normal en memoria verbal espontánea, esto significa que logran memorizar entre cuatro y cinco palabras en cada ensayo. Así mismo el 25% de las AMs presenta una MVE_1 con alteración moderado, esto significa que logran memorizar tres palabras. Finalmente el 2% de las AMs presentan una MVE_1 con alteración severa, esto significa que logran repetir dos palabras o menos de la lista.

En la parte de *evocación*, después de un lapso de tiempo en las que se realiza otras actividades, en la prueba MVE_2 se pide a las AMs que recuerden y evoquen las palabras de la lista que ensayaron en tres oportunidades. Según los resultados de esta prueba el 52% de las AMs presentan una MVE_2 con alteración moderado, esto significa que solo logran recordar entre dos y tres palabras de la lista. Así mismo el 27% de las AMs presentan una MVE_2 con alteración severa, esto significa que solo logran recordar una o ninguna palabra de la lista. Por otra parte el 21% de las AMs presenta una MVE_2 normal sin alteración, esto significa que logran recordar cuatro o más palabras de la lista.

En la parte de *evocación*, en la prueba de **PC**, se pide a las AMs que mencionen de la lista, las palabras que corresponden a la categoría de frutas, animales y partes del cuerpo, estas categorías funcionan como claves para que puedan recordar dichas palabras. Según los resultados de esta prueba el 41% de las AMs presentan un nivel

⁴ Esta lista está compuesta por seis palabras pertenecientes a fruta (fresa, pera), animales (vaca,gato) y partes del cuerpo (mano, codo).

moderado, es decir, que logran recordar con las claves dos o tres palabras de la lista. Así mismo el 34% de las AMs presentan un nivel severo, esto significa que solo logran recordar con las claves una o ninguna palabra. Por otra parte el 25% de las AMs presentan un nivel normal en esta prueba, esto significa que logran recordar con las claves cuatro o más palabras de la lista.

En la parte de *evocación*, en la prueba de **reconocimiento**, el examinador lee una lista de catorce palabras y pide a las AMs que reconozcan aquellas palabras que pertenecen a la lista que ensayaron con anterioridad. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta prueba el 73% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que logran reconocer entre cinco y seis palabras. El 27% de las AMs presenta un nivel moderado, es decir, que solo logran reconocer entre una y cuatro palabras de la lista.

Para enriquecer el análisis e interpretación de los resultados a continuación se procede a realizar una comparación de los datos obtenidos en la parte de la codificación con la parte de evocación. En **MVE₁ (codificación)** se observa que un gran porcentaje de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que logran repetir inmediatamente entre cuatro a cinco de las palabras que enuncia el examinador, sin embargo, en la **MVE₂ (evocación)** se observa que una gran mayoría de las AMs presentan un nivel moderado, es decir, que tras un lapso de tiempo es más difícil recordar lo que aprendieron, ya que solo logran evocar entre dos y tres palabras de la lista que ensayaron previamente. Sin embargo, cuando se les pide que recuerden las palabras **por categorías** o claves (frutas, animales, partes del cuerpo), logran recordar y evocar con mayor facilidad. Así mismo, en **reconocimiento** se observa que un porcentaje significativo de las AMs presentan un nivel normal, es decir, cuando se les lee una serie de palabras entre las cuales se encuentran las seis de la lista que ensayaron previamente, logran recordar y evocar con mayor facilidad las palabras de la lista inicial.

En la parte de *codificación*, en la prueba de **figura semicompleja**, se presenta a las AMs una lámina con una figura (*ver anexo N°5*), se les pide que observen con

atención la figura y que la reproduzcan en una hoja blanca que se les proporciona previamente, los resultados obtenidos en esta prueba indican que el 79% de las AMs presentan un nivel moderado, esto significa que hay una alteración significativa en la reproducción instantánea de una figura que se les muestra. Así mismo, el 14% de las AMs presenta un nivel severo, es decir, que la alteración es más evidente, ya que la reproducción de la figura sufre modificaciones tanto de tamaño, forma y ubicación, por último, se observa que solo el 7% de las AMs presenta un nivel normal, es decir, que una mínima parte de las entrevistadas no sufre alteraciones en esta área, ya que logran reproducir la figura que se les presenta de forma adecuada.

En la parte de *evocación*, en la prueba de **figura semicompleja**, después de un periodo determinado de tiempo se dice a las AMs que recuerden la figura que dibujaron previamente y que la vuelvan a reproducir en una hoja en blanco que se les proporciona. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta prueba el 73% de las AMs presentan un nivel severo, es decir, que presentan significativas alteraciones en la memoria visual, ya que no logran recordar una figura que se les muestra con anterioridad y la reproducción que realizan está totalmente distorsionada. Así mismo, el 16% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa, que hay una alteración evidente en la memoria visual, ya que la reproducción de la figura presenta modificaciones considerables en la forma, tamaño y ubicación. Por último, se observa que el 11% de las AMs presentan un nivel normal, es decir, no hay una alteración en la memoria visual, ya que son capaces de recordar y reproducir la figura de forma adecuada y sin mayores dificultades.

Una vez presentados los resultados de **figura semicompleja**, se procede a realizar un breve análisis comparativo entre los datos obtenidos en codificación y en evocación. En **FS₁ (codificación)** se observa que un porcentaje significativo de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que reproducen con dificultad la figura que se les presenta, evidenciándose trazos mal definidos, líneas ubicadas en el lugar que no corresponde entre otros. En **FS₂ (evocación)** se observa que las AMs presentan un nivel severo, es decir, hay una alteración más evidente en la memoria visual, ya que

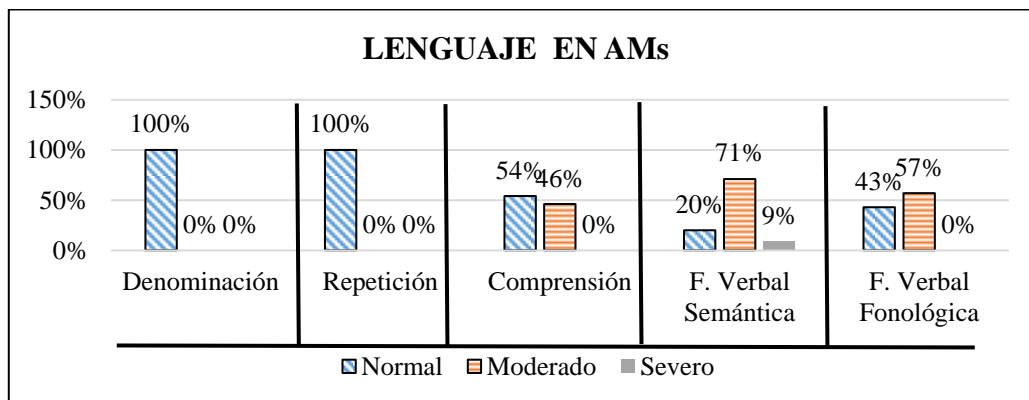
al pedirles después de un tiempo que recuerden el dibujo que observaron y reprodujeron previamente, una gran mayoría de las AMs no logran recordar el diseño exacto de la figura, presentando modificaciones en el tamaño, la forma y la ubicación, muchas de las figuras se encuentran distorsionadas y no se asemejan al modelo correcto.

LENGUAJE EN AMs

CUADRO N°8 LENGUAJE EN AMs										
Nivel	Denominación		Repetición		Comprensión		Fluidez Verbal Semántica		Fluidez Verbal Fonológica	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	56	100%	56	100%	30	54%	11	20%	21	43%
Moderado	0	0%	0	0%	26	46%	40	71%	28	57%
Severo	0	0%	0	0%	0	0%	5	9%	0	0%
Total	56	100%	56	100%	56	100%	56	100%	49	100%

Fuente: Test Neuropsi
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°5



Según el neuropsicólogo Luria “el lenguaje es un sistema de códigos con cuya ayuda se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos” (Luria, 1977)

El lenguaje es un proceso cognoscitivo cuya habilidad es elaborar y comunicar procesos del pensamiento mediante la ejecución motora de un sistema de gestos (comunicación no verbal), símbolos (escritura y lectura) y sonidos (habla).

El área de lenguaje, se encuentra compuesta por cinco pruebas, las cuales son: denominación, repetición comprensión, fluidez verbal, fluidez fonológica.

La prueba de fluidez fonológica **no** se le administra a las AMs que poseen una escolaridad nula o escolaridad de 1 a 4 años, debido a su complejidad.

En la prueba de **denominación**, se le pide a las AMs que observen y denominen las ocho láminas (*ver anexo N°6*)⁵ que se le muestran. Según los resultados de la prueba se observa que el 100% de las AMs presentan nivel normal, esto significa que reconocen correctamente todas las imágenes de las láminas.

En la prueba de **repetición de palabras y oraciones**, se les solicita a las AMs que repitan las palabras y oraciones que el examinador verbaliza (*ver Test Neuropsi*). Según los resultados de esta prueba el 100% de las AMs tienen un nivel normal, esto significa que logran repetir sin dificultad cada palabra y oración verbalizada.

En la prueba **comprensión**, se le muestra a las AMs una lámina(*ver anexo N°7*) que contiene figuras y se solicita que realicen lo que el examinador ordene (seis ordenes). Según los datos obtenidos se observa que el 54% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que comprenden y realizan de manera correcta sin dificultad más de cinco órdenes que se les pide. Mientras que el 46% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que no logran comprender de manera adecuada las órdenes, solo logran responder entre tres a cuatro órdenes de manera adecuada.

En la prueba **fluidez verbal semántica**, se solicita a las AMs que mencionen todos los animales que conozcan durante un minuto. Según los resultados obtenidos se observa que 71% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que mencionaron con dificultad entre ocho y catorce animales. El 20% de las AMs muestra un nivel normal, esto significa que mencionan sin ninguna dificultad entre quince y veintiocho animales. Mientras que el 9% de las AMs presenta un nivel severo, esto significa que con mucha dificultad entre uno y siete animales.

⁵ Las láminas contienen imágenes de: chivo, dedo, trompeta, guitarra, llave, reloj, víbora,

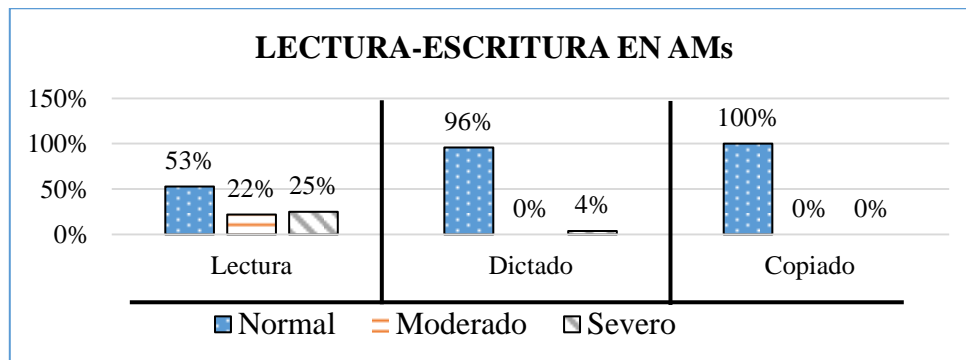
En la prueba **fluidez fonológica**, se pide a las AMs que mencionen todas las palabras que inicien con la letra “F” sin mencionar nombres propios o palabras derivadas. Según los resultados obtenidos se observa que el 57% presenta un nivel moderado, esto significa que logran con mucha dificultad verbalizar palabras que comiencen con la letra “F”. Mientras que el 43% de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que logran sin dificultad verbalizar entre nueve y veinte palabras.

LECTURA-ESCRITURA EN AMs

CUADRO N° 9 LECTURA-ESCRITURA EN AMs						
NIVEL	Lectura		Dictado		Copiado	
	F	%	F	%	F	%
Normal	26	53%	47	96%	49	100%
Moderado	11	22%	0	0%	0	0%
Severo	12	25%	2	4%	0	0%
Total	49	100%	49	100%	49	100%

Fuente: Test Neuropsi
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°6



Según Lezak, se define la lectura como capacidad para identificar y transformar los símbolos escritos, en un código, en representaciones internas. Implica la discriminación de símbolos y palabras, su asociación en la pronunciación, y la comprensión de esquemas de relación gramaticales (fonemas, palabras, frases, párrafos y textos) en el lenguaje escrito.

Lezak (2004) define “la escritura como la capacidad para comprender el significado semántico al combinar símbolos (escritos) o fonemas (lenguaje hablado) en estructuras gramaticales (palabras, frases, textos, oraciones)”

El área de **lectura-escritura** se encuentra conformada por las pruebas de lectura, dictado y copiado.

Las pruebas de lectura, dictado y copiado no se administran a las AMs que poseen una escolaridad nula o escolaridad de 1 a 4 años, debido a que estas pruebas requieren mínimamente un nivel de lectura y escritura básica.

En la prueba de **lectura** se proporciona a las AMs una lámina (*ver anexo N°8*) que contiene un cuento breve y se les pide que lo lean en voz alta y con mucha atención, ya que al finalizar la lectura se les hace una serie de preguntas de comprensión. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta prueba se observa que el 53% de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que comprenden lo que leen ya que responden correctamente a las tres preguntas que se les hace de la lectura del cuento. El 25% de las AMs presentan un nivel severo, es decir, hay una alteración significativa en la lectura, no logrando responder de forma correcta las preguntas de comprensión que se le realiza. También se observa que el 22% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que hay una alteración evidente en la comprensión lectora, de las tres posibles respuestas, solo responden correctamente dos.

En la prueba de **dictado**, se proporciona a las AMs una hoja blanca y un lápiz y se le dice que escriba una oración que se le va a dictar (*ver Test Neuropsi*). En base a los resultados obtenidos en la prueba se observa que el 96% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que es capaz de reproducir textos escritos de forma correcta, sin omitir o adicionar letras o palabras a la oración que se le dicta. Así mismo, el 4% de las AMs presenta un nivel severo, es decir, omitían letras en el momento de escribir la oración dictada.

En la prueba de **copiado**, se le proporciona a las AMs una lámina (*ver anexo N°9*) en la que se encuentra una oración, la cual se les pide que la copien en una hoja. De

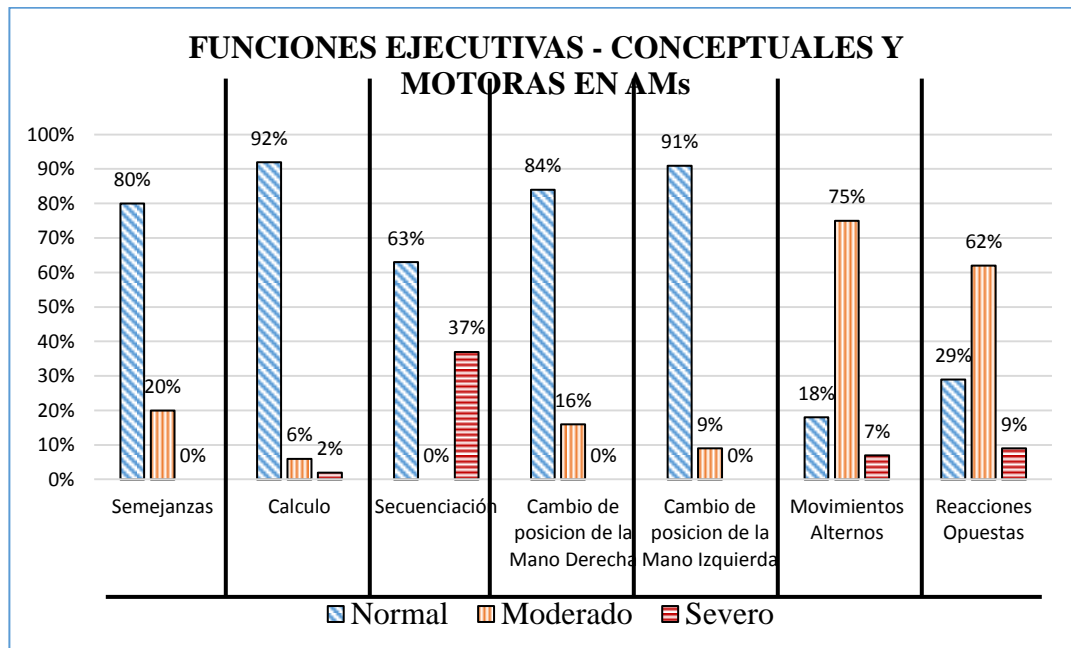
acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba se observa que el 100% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que son capaces de copiar correctamente la oración de la lámina que se les presenta, sin alterar el orden de las palabras, omitir o adicionar letras o palabras nuevas.

FUNCIONES EJECUTIVAS - CONCEPTUALES Y MOTORAS EN AMS

CUADRO N°10 FUNCIONES EJECUTIVAS - CONCEPTUALES Y MOTORAS EN AMS														
NIVEL	Semejanzas		Calculo		Secuenciación		Mano Derecha		Mano Izquierda		Movimientos Alternos		Reacciones Opuestas	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	45	80%	45	92%	31	63%	47	84%	51	91%	10	18%	16	29%
Moderado	11	20%	3	61%	0	0%	9	16%	5	9%	42	75%	35	62%
Severo	0	0%	1	2%	18	37%	0	0%	0	0%	4	7%	5	9%
Total	56	100%	49	100%	49	100%	56	100%	56	100%	56	100%	56	100%

Fuente: Test Neuropsi **Elaboración:** Propia

GRÁFICO N°7



Según Ostrosky, Ardila, & Roselli citando a Lezak (1995) menciona que “la capacidad de resolver problemas (abstracción y generalización) y las funciones ejecutivas (que incluyen capacidad de planear, secuenciar y organizar información) son términos que se han utilizado para describir las habilidades cognitivas más complejas. Las funciones ejecutivas incluyen procesos como anticipación, selección de una meta y la capacidad de secuenciar, planear y organizar la conducta. Estas habilidades son necesarias para poder llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y ser un sujeto independiente.

El área de **funciones ejecutivas-conceptuales y motoras** se encuentra conformado por las pruebas de: semejanzas, cálculo, secuenciación, cambio de posición de la mano, movimientos alternos y reacciones opuestas.

La prueba de cálculo y secuenciación no se administra a las AMs que poseen una escolaridad nula o escolaridad de 1 a 4 años, debido a que esta prueba requiere mínimamente un nivel de conocimiento básico en el área de matemáticas y razonamiento lógico.

En la prueba de **semejanzas**, el examinador menciona una serie de palabras pares (*ver Test Neuropsi*) (Ej. ojo-nariz) y después pide a las AMs que digan en que se parecen. De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, se observa que el 80% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que son capaces de identificar y reconocer las semejanzas que existen entre dos palabras que forman parte de una misma categoría (ojo- nariz= son sentidos). También se observa que el 20% de las AMs presenta un nivel moderado, es decir, que del grupo de pares de tres palabras solo logran identificar correctamente la semejanza de dos grupos de pares.

En la prueba de **cálculo**, se pide a las AMs que resuelvan mentalmente las correspondientes operaciones y problemas aritméticos (*ver Test Neuropsi*), los resultados de la prueba muestran que 92% de las AMs presentan un nivel normal, esto significa que logran resolver correctamente los tres o dos de los ejercicios matemáticos que se les presenta, así mismo, el 6% de las AMs presenta un nivel

moderado, esto significa que de los tres ejercicios que se pide que resuelvan, solo logran resolver uno de forma correcta, esto muestra que hay una evidente alteración en la resolución de ejercicios. Por último, el 2% de las AMs presenta un nivel severo, es decir, que la parte de cálculo se encuentra totalmente afectada, ya que no logran resolver ninguno de los ejercicios que se les presenta.

En la prueba de **secuenciación**, el examinador muestra a las AMs una lámina (*ver anexo N°10*) que contiene una secuencia de círculos y cruces, posteriormente se les pide que continúen con la secuencia en una hoja que se les proporcionó con anterioridad. De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, se observa que el 63% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que realizan correctamente la secuencia de círculos y cruces, por otro lado, se observa que el 37% de las AMs presenta un nivel severo, es decir, que no logran continuar con la secuencia que se les muestra, esto indica que hay una alteración significativa en la capacidad de razonamiento lógico, ya que no son capaces de secuenciar u organizar las figuras siguiendo un orden lógico.

En la prueba de **cambio de posición de la mano**, el examinador realiza tres movimientos en secuencia con su mano derecha colocada sobre la mesa: puño (mano empuñada con el dorso hacia arriba), filo (mano extendida horizontalmente, en posición parasagital) y palma (mano extendida con el dorso hacia arriba), (*ver anexo N°11*) posteriormente se pide a las AMs que repitan la acción, si no lo logra, el examinador presenta de nuevo la secuencia hasta un total de tres intentos. Posteriormente, con su mano izquierda realiza los mismos tres movimientos pero en secuencia inversa a la interior.

En la **mano derecha**, se observa que el 84% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que logran realizar la secuencia de manera correcta. Mientras que el 16% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que no logran realizar la secuencia de manera correcta en los tres intentos debido a dificultades para seguir con la secuencia lógica.

En la **mano izquierda**, se observa que el 91% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que logran realizar la secuencia de manera correcta. Mientras que el 9% de las AMs presenta un nivel moderado, es decir que no logran realizar la secuencia de manera correcta en los tres intentos debido a dificultades para seguir con la secuencia lógica.

En la prueba **movimientos alternos**, el examinador realiza movimientos alternos y simultáneos, que consisten en cerrar una mano en puño sobre la mesa con el dorso hacia arriba y al mismo tiempo extender la otra, tal secuencia es realizada por el examinador cinco veces, (*ver anexo N°10*) a continuación las AMs deben repetirlo de igual forma, se realiza tres ensayos para su realización. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta prueba el 75% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que realizaron la secuencia con muchas dificultades, con movimientos lentos y desautomatizados. Mientras que el 18% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que logran reproducir la secuencia de movimientos alternos sin dificultad de manera adecuada. Por otro lado el 7% de las AMs presenta un nivel severo, esto significa que no logran reproducir en absoluto la secuencia, teniendo dificultades a la hora de realizar los movimientos.

En la prueba de **reacciones opuestas**, se indica al AM que cuando el examinador muestre su dedo índice, el AM debe mostrar su mano empuñada; y cuando el examinador muestre su mano empuñada, el AM debe mostrar su dedo índice. Una vez hechos los ensayos previos y comprendidos las instrucciones, la tarea se repite cinco veces, mostrando al azar el dedo índice o puño. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta prueba se observa que el 62% de las AMs presenta un nivel moderado, esto significa que logran reaccionar ante las muestras, teniendo dificultades y errores en las ejecuciones. Mientras el 29% de las AMs presenta un nivel normal, esto significa que logran reaccionar sin cometer errores de manera adecuada a las muestras del examinador. Por otro lado el 9% de las AMs presenta un nivel severo, esto significa que no logran reaccionar correctamente en ninguna muestra.

5.2 Segundo Objetivo Específico

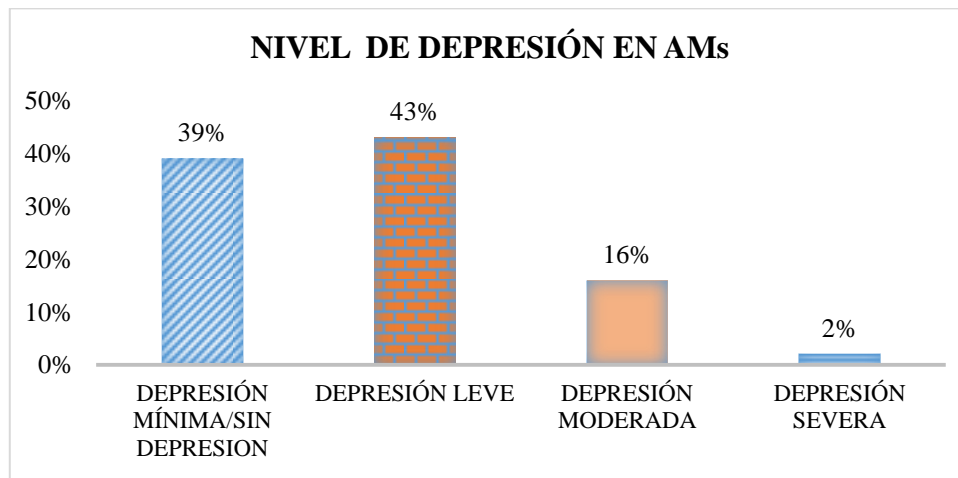
El segundo objetivo específico es:

Evaluar el nivel de depresión de los adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.

CUADRO N°11		
NIVEL DE DEPRESIÓN EN AMs		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mínima/Sin Depresión	22	39%
Leve	24	43%
Moderada	9	16%
Severa	1	2%
TOTAL	56	100%

Fuente: BDI-II (Inventario de Depresión de Beck -II)
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°8



La depresión es un síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos, que distorsionan sistemáticamente las experiencias del paciente en una dirección negativa, en una visión global negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2005)

De acuerdo a los resultados obtenidos en el BDI-II, el **43%** de las AMs que acuden a la casa del Adulto Mayor presenta un nivel de *depresión leve*, esto significa que presentan síntomas depresivos con baja intensidad, tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, agitación, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cansancio o fatiga, cambios en los hábitos de apetito, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés en el sexo. Mientras que el **39%** de las AMs presenta un nivel de *depresión mínima*, es decir que no presentan depresión. El **16%** de las AMs presenta un nivel de *depresión moderada*, esto significa que presentan síntomas depresivos con intensidad, por lo que se sienten tristes todo el tiempo, tienen pérdida de confianza en sí mismos, se critican por muchos errores, no disfrutan de las cosas que solían realizar antes, han tenido pensamientos suicidas pero que no lo harían, lloran por cualquier pequeñez, se sienten culpables por las cosas que han hecho o que deberían haber hecho, están más irritables de lo habitual, se sienten menos valiosos cuando se comparan con los demás, se les dificulta mantener la concentración por mucho tiempo, cambios en los hábitos de sueño (duermen poco o mucho más de lo habitual), cambios en el apetito (comen poco o mucho más de lo habitual) y pierden el interés en el sexo. Por otra parte el **2%** presenta un nivel de *depresión severa*, esto significa que los síntomas de la depresión se agravan con más intensidad, se sienten como personas con fracaso total, se sienten culpables todo el tiempo, se matarían si tuvieran la oportunidad de hacerlo, sienten que no hay esperanza para su futuro y que solo puede empeorar, tienen problemas para tomar cualquier decisión, no pueden concentrarse, sienten que no valen nada, han perdido por completo el interés por el sexo.

5.3 Tercer Objetivo Específico

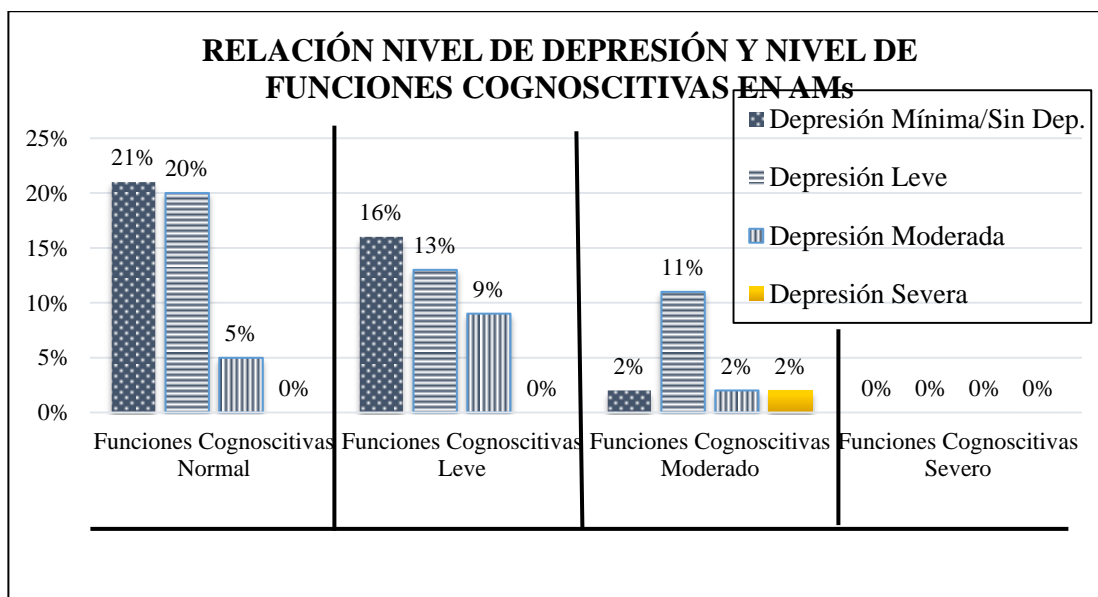
El tercer objetivo específico es:

Relacionar los niveles de funciones cognitivas con los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.

CUADRO N°12 RELACIÓN NIVEL DE DEPRESIÓN Y NIVEL DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS EN AMs										
Funciones Cognoscitivas Depresión	Funciones Cognoscitivas Normal		Funciones Cognoscitivas Leve		Funciones Cognoscitivas Moderado		Funciones Cognoscitivas Severo		TOTAL depresión	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Depresión Mínima/Sin Dep.	12	21%	9	16%	1	2%	0	0%	22
Depresión Leve	11	20%	7	13%	6	11%	0	0%	24	43%
Depresión Moderada	3	5%	5	9%	1	2%	0	0%	9	16%
Depresión Severa	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
TOTAL FUNCIONES COGNOSCITIVAS	26	46%	21	38%	9	16%	0	0%	56	100%

Fuente: BDI-II (Inventario de Depresión de Beck -II) - Test Neuropsi
Elaboración: Propia

GRÁFICO N°11



De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la correlación de Pearson entre el nivel de depresión y el nivel de funciones cognitivas en AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor, se obtiene una relación de 0,245 lo cual significa que existe una **Correlación positiva baja**, es decir, la relación entre los niveles de depresión y los niveles de funciones cognitivas es mínima.

Tomando en cuenta la relación entre los niveles de depresión y los niveles de funciones cognitivas se presenta los siguientes resultados:

De las AMs que presentan un nivel de **funciones cognitivas normal (46%)**, es decir, no presentan alteraciones en la orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, en las funciones conceptuales, ejecutivas y motoras, el 21 % tiene un nivel de **depresión mínima**, esto significa que no tienen depresión. Así mismo, el 20 % de las AMs presentan un nivel de **depresión leve**, es decir que presentan síntomas depresivos con baja intensidad, tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cambios en los hábitos de apetito y pérdida de interés en el sexo. El 5 % presentan un nivel de **depresión moderada**, por tanto, los síntomas de la depresión son más evidentes, incluyendo los pensamientos de suicidio.

En las AMs que presentan un nivel de **funciones cognitivas leve (38%)**, varias de sus funciones se encuentran levemente alteradas, entre ellas: la memoria, orientación temporal, habilidades viso espaciales, el 16 % de estas AMs, tienen un nivel de **depresión mínima**, esto significa que no presentan depresión. Por otro lado, se observa que el 13 % de estas AMs presentan un nivel de **depresión leve**, es decir, los síntomas de la depresión se manifiestan en baja intensidad. Finalmente, se observa que el 9 % de las AMs presentan un nivel de **depresión moderada**, es decir que los síntomas de la depresión son más evidentes.

De las AMs que presentan un nivel de **funciones cognitivas moderado (16%)**, esto implica que varias áreas cognitivas se encuentran evidentemente más alteradas, tales como la atención y concentración, orientación en tiempo y espacio,

lenguaje, memoria y funciones ejecutivas. El 2 % de estas AMs presentan un nivel de **depresión mínima** ó que no tienen depresión, así mismo, el 11 % de las AMs presentan un nivel de **depresión leve**, es decir, algunos de los síntomas de depresión se evidencian pero con baja intensidad. También se observa que el 2 % de las AMs presentan un nivel de **depresión moderada**, esto significa que presentan síntomas depresivos con intensidad, por lo que se sienten tristes todo el tiempo, tienen pérdida de confianza en sí mismas, no disfrutan de las cosas que solían realizar antes, han tenido pensamientos suicidas pero que no lo harían, lloran por cualquier pequeñez, están más irritables de lo habitual, se les dificulta mantener la concentración por mucho tiempo, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito y pérdida de interés en el sexo. Por último, el 2 % de las AMs presentan un nivel de **depresión severa**, esto significa que los síntomas de la depresión se agravan con más intensidad, sienten que son personas que han fracasado totalmente, se sienten culpables todo el tiempo, se quitarían la vida si tuvieran la oportunidad de hacerlo, sienten que no hay esperanza para su futuro y que solo puede empeorar, tienen problemas para tomar cualquier decisión, no pueden concentrarse, sienten que no valen nada, han perdido por completo el interés por el sexo.

5.4. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS

La primera hipótesis es:

“El nivel de las funciones cognoscitivas en adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija es *leve*.”

Después de realizar el análisis de los resultados se evidencia que las AMs que asisten a la Casa del Adulto Mayor presentan un nivel de **funciones cognoscitivas normal**, es probable que esto se deba a que las AMs presentan un envejecimiento exitoso u óptimo, ya que poseen los tres componentes principales en el envejecimiento exitoso: a) evitar la enfermedad o la discapacidad relacionadas con la enfermedad, b) el mantenimiento de un alto funcionamiento físico y cognitivo, y c) el involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas, por lo que la hipótesis planteada se **rechaza**.

La segunda hipótesis es:

“El nivel de depresión de los adultos mayores que asisten a la Casa del Adulto Mayor de la ciudad de Tarija es *leve*.”

De acuerdo a los datos obtenidos y analizados se comprueba que las AMs que asisten a la casa del Adulto Mayor presentan un nivel de **depresión leve**, ya que presentan síntomas depresivos con baja intensidad, tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, agitación, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cansancio o fatiga, cambios en los hábitos de apetito, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés en el sexo, por lo que la hipótesis planteada se **acepta**.

La tercera hipótesis es:

“La relación entre los niveles de funciones cognoscitivas y los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor de la ciudad de Tarija es positiva alta.”

En base a los datos obtenidos de la correlación, se establece que la relación entre los niveles de depresión y los niveles de funciones cognoscitivas en las AMs es **positiva baja**, es decir, la relación que existe entre las dos variables es mínima, ya que la mayoría de las AMs tiene un nivel de funciones cognoscitivas normal, es decir no presentan alteraciones en las mismas. Por otra parte tienen depresión leve presentando síntomas depresivos con baja intensidad, tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, agitación, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cansancio o fatiga, cambios en los hábitos de apetito, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés en el sexo. Por lo tanto la hipótesis planteada inicialmente en el presente trabajo de investigación se **rechaza**.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el proceso de investigación y tras el análisis de los objetivos y las hipótesis correspondientes, se llega a las siguientes conclusiones:

- Respecto al *primer objetivo*, que pretende “Evaluar el nivel de las funciones cognoscitivas en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija”. Se establece que los AMs que acuden a dicha institución tienen un nivel de funciones cognoscitivas *normal*, esto significa que son AMs que no presentan alteraciones en la orientación, atención y concentración, memoria, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, conceptuales, motoras, y también en los procesos de lectura, escritura y cálculo.
- En cuanto al *segundo objetivo*, que busca “Evaluar el nivel de depresión de los adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija”. Se establece que los AMs que acuden a la casa del Adulto Mayor presentan un nivel de *depresión leve*, esto significa que presentan síntomas depresivos con baja intensidad, tales como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, agitación, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cansancio o fatiga, cambios en los hábitos de apetito, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés en el sexo.
- Por último, respecto al *tercer objetivo*, en el que se pretende “Relacionar los niveles de funciones cognoscitivas con los niveles de depresión, en adultos mayores que asisten a la “Casa del Adulto Mayor” de la ciudad de Tarija.”. Se establece de acuerdo a la correlación de Pearson existe una relación de 0,245 lo cual significa que existe una **Correlación positiva baja**, es decir, la relación entre los niveles de depresión y los niveles de funciones cognoscitivas es mínima. Ya que el 46% de las AMs tiene un nivel de funciones cognoscitivas normal, no presentando alteraciones en las mismas y por otra parte el 43% de las AMs tiene depresión leve, ya que tienen síntomas depresivos de baja intensidad, tales como

tristeza, pérdida de placer, sentimientos de llanto, falta de concentración, agitación, autocrítica, irritabilidad, indecisión, desvalorización, cansancio o fatiga, cambios en los hábitos de apetito, cambios en los hábitos de sueño y pérdida de interés en el sexo.

6.2. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda:

A la Casa del Adulto Mayor:

- Seguir aperturando actividades de recreación y de formación académica, tales como teatro, danza rítmica, manualidades, bijouterie, alfabetización, computación, ya que estas actividades son muy necesarias para el AM para poder ejercitar sus funciones cognoscitivas.
- Desarrollar e implementar un programa de estimulación cognoscitiva con la colaboración de profesionales psicólogos, ya que en esta etapa de la vida es necesario poder ejercitar las funciones cognoscitivas.
- Incorporar a los servicios que brinda la institución, un Médico con especialización en geriatría, ya que este profesional atiende patologías específicas de la vejez, de esta manera muchos AMs podrán ser diagnosticados, tratados a tiempo en las diferentes patologías que presentan los AMs.

A la U.A.J.M.S.

- En coordinación con Extensión Universitaria y las carreras de Psicología, Medicina y Enfermería realizar campañas de salud para brindar información tanto en prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades que puede tener un AM.
- A través de la carrera de Derecho, realizar un acuerdo con la Casa del Adulto Mayor para que pueda intervenir en los diferentes casos legales que tienen los AMs.

- Mediante la carrera de Psicología, desarrollar un proyecto que implique: *Talleres de integración familiar* donde los adultos mayores, hijos, nietos participen.

A la familia:

- Participar de Talleres de integración familiar, donde los adultos mayores, hijos, nietos participen, con la finalidad de obtener información sobre esta etapa de la vida.

A la sociedad:

- Que respete y haga cumplir los derechos de los AMs, tanto en salud, transporte, derechos humanos entre otras para que el AM tenga una vida más agradable.

A los futuros investigadores:

- Abordar aún más el tema de la depresión, considerar los factores psicológicos, familiares, sociales entre otros.
- Realizar una investigación acción en los AMs para mejorar su calidad de vida.