



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POSGRADO DE MAESTRIA**

**EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENCIÓN**

**GERONTOLOGÍA**

**COHORTE 2021**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE DESARROLLO**

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado académico de  
Magíster en Atención Primaria de la Salud, Mención Gerontología

**Tema: “Guía de Estimulación Cognitiva y su Efecto en Adultos  
Mayores con Deterioro Cognitivo”**

**Autora:** Psc. Edu. Johanna Sailema

**Director:** Psc. Cl. Mayra Rodríguez Mg.

Ambato- Ecuador

2022

## **APOBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO**

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud. El tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por la Lcda. Ángela Priscila Campos Moposita Mg. e integrado por los señores: Ps. Cl. Fanny Rocío Gavilanes Manzano Mg. y Ps. Cl. Diego Javier Mayorga Ortiz MSc. Designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de titulación con el tema: **“GUÍA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SU EFECTO EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO”**, elaborado y presentado por la Psicóloga Educativa Angélica Johanna Sailema Lalaleo, para optar por el Grado Académico de Magíster en Atención Primaria de la Salud, Mención Gerontología, una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Lcda. Ángela Priscila Campos Moposita Mg  
**Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa**

Ps. Cl. Fanny Rocío Gavilanes Manzano Mg  
**Miembro del Tribunal de Defensa**

Ps. Cl. Diego Javier Mayorga Ortiz MSc  
**Miembro del Tribunal de Defensa**

## **AUTORIA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el proyecto de investigación con el nombre: **“GUIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SU EFECTO EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO”**. Le corresponde exclusivamente a la Psicóloga Educativa Angélica Johanna Sailema Lalaleo, autora bajo la Dirección de la Ps Cl. Mayra Lucía Rodríguez Pérez Mg, directora del Trabajo de Titulación; y el patrimonio intelectual del mismo a la Universidad Técnica de Ambato.

Ps. Edu. Angélica Johanna Sailema Lalaleo

**CC. 1805211636**

**AUTORA**

Ps Cl. Mayra Lucía Rodríguez Pérez Mg,

**CC. 1803722857**

**DIRECTORA**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además aprueba la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato

Ps Edu. Angélica Johanna Sailema Lalaleo  
CC. 1805211636  
**AUTORA**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA**  
**SALUD MENCIÓN GERONTOLOGÍA COHORTE 2021**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**TEMA: “GUIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SU EFECTO EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO”**

**AUTOR:** Angélica Johanna Sailema Lalaleo

**Grado académico:** Psicóloga Educativa y Orientadora vocacional

**Correo electrónico:** johanna1.0410@gmail.com

**DIRECTORA:** Psc Cl. Mayra Rodriguez Mg

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.**

- Epidemiología y Salud Pública, Salud del Adulto Mayor

## DEDICATORIA

*A mis padres Luis y Teresa , quienes son parte fundamental en mi vida, me han acompañado desde mi primera travesía académica, con motivación constante y jamás han dudado de mi desde que me tuvieron en sus brazos.*

*A mis hermanos Patricio, Germán e Ian con quienes eh podido contar en cualquier dificultad, han cuidado de mí y me han brindado todo el apoyo y calidez como si se tratase de mí mismos.*

*A mis sobrinas Ammy y Stefany que con su cariño y carisma transforman los momentos malos, y mantienen de mí el amor verdadero, finalmente a mi ángel Adán Lalaleo Ronquillo principal inspiración al elegir esta especialidad, con una sonrisa al cielo espero sentir su orgullo y resonar en mi sus consejos.*

## AGRADECIMIENTO

*A la Universidad Técnica de Ambato quien me ha permitido conocer personas gratas y adquirir conocimientos por medio de sus docentes.*

*A la Lcda. Mayra Rodríguez quien con paciencia y perseverancia me acompañó durante el desarrollo de mi proyecto.*

*Al GADPR San Bartolomé de Pinillo que me brindaron la apertura y confianza para poder aplicar mi proyecto de desarrollo con los Adultos Mayores, a quienes logré tener mucho aprecio.*

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**CENTRO DE POSGRADOS**

**INDICE GENERAL**

APOBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO .....	ii
AUTORIA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
INFORMACIÓN GENERAL .....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
INDICE GENERAL .....	viii
INDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Introducción .....	1
1.2 Justificación .....	2
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
CAPITULO II.....	5
2. ESTADO DEL ARTE.....	5
2.1 Investigaciones.....	5
CAPITULO III .....	12
3. MARCO METODOLÓGICO .....	12



3.1. Ubicación .....	12
3.2. Equipos y materiales .....	12
3.3. Tipo de investigación.....	12
3.4. Hipótesis .....	13
3.5. Población y muestra.....	13
3.6. Recolección de información .....	13
3.7. Procesamiento de la información.....	15
3.8. Variable respuesta o resultados esperados .....	15
CAPITULO IV .....	17
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	17
4.1. Resultados y Discusión.....	17
CAPITULO V.....	25
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
5.1. Conclusiones.....	25
5.2 Recomendaciones .....	26
BIBLIOGRAFÍA .....	27
ANEXOS .....	33

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	17
Tabla 2 .....	18
Tabla 3 .....	19
Tabla 4 .....	20
Tabla 5 .....	21
Tabla 6 .....	22
Tabla 7 .....	23
Tabla 8 .....	24

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADO MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD  
MENCION GERONTOLOGÍA

TEMA:

“Guía de Estimulación Cognitiva y su efecto en adultos mayores con deterioro cognitivo”

### RESUMEN

Conforme la edad avanza el funcionamiento del individuo sufre cambios físicos y psicológicos debido al proceso de envejecimiento, sin embargo, la problemática parte cuando se atraviesa la línea del envejecimiento normal generando patologías frecuentes de la edad avanzada como el deterioro cognitivo, que posterior puede desarrollar enfermedades irreversibles como el Alzheimer afectando la autonomía e independencia del adulto mayor. Sin embargo, los profesionales de la psicología mediante técnicas y estrategias cognitivas han buscado evitar o prevenir que la enfermedad progrese. Por lo tanto, el objetivo del proyecto es diseñar una guía de estimulación cognitiva con base bibliográfica que sustenté y permita determinar la influencia de la intervención en el adulto mayor con deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** Estimulación Cognitiva, Deterioro Cognitivo, Geriátricos, Adulto mayor.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADO MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD  
MENCION GERONTOLOGÍA

TOPIC

“Cognitive Stimulation Guide and its effect on older adults with cognitive impairment”

**ABSTRACT**

As age advances, the functioning of the individual undergoes physical and psychological changes due to the aging process, however, the problem begins when the line of normal aging is crossed, generating frequent pathologies of advanced age such as cognitive deterioration, which can later develop diseases. irreversible as Alzheimer affecting the autonomy and independence of the elderly. However, psychology professionals through cognitive techniques and strategies have sought to avoid or prevent the disease from progressing. Therefore, the objective of the project is to design a bibliographically-based cognitive stimulation guide that I supported and allows determining the influence of the intervention on the elderly with cognitive impairment.

**Key Words:** Cognitive training, cognitive impairment, geriatrics, Elderly

## CAPITULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Introducción

El presente proyecto de desarrollo trató sobre el diseño de la Guía de estimulación cognitiva dirigida a los adultos mayores con deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por la deficiencia de la función intelectual, como la capacidad para procesar información, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal; afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (1).

A nivel mundial, el deterioro cognitivo o demencia citado por la Organización Mundial de la Salud, afecta alrededor de 50 millones de personas, de las cuales el 60% viven en países de ingresos bajos y medios; cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos, se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento (2). En América Latina en base a 357 publicaciones se determinó que la prevalencia global de demencia en la población adulta mayor, es del 11%, existiendo una predominancia en mujeres, además existe mayor evidencia en la población urbana (3).

En Ecuador, un estudio realizado en el salto Babahoyo se demostró que el rango de edad de personas que padecen de deterioro cognitivo oscila entre 65 y 75 años, con dominancia en el género femenino, en su mayoría con instrucción básica (4), la prevalencia refiere entre el 35% y el 60%; los factores que más se asocian son: la edad avanzada, grado de escolaridad, diabetes y la soledad (5).

En la actualidad, no hay tratamientos farmacológicos probados para curar la progresión del trastorno a la demencia; no obstante, la optimización de factores de riesgos puede reducir gradualmente, al mismo tiempo, el trabajo focalizado en el tratamiento de la depresión, modificaciones del estilo de vida, la estimulación cognitiva, pueden ser efectivas (6). Sin embargo, pocos adultos mayores realizan alguna actividad intelectual razón por la cual mantienen mayores problemas cognitivos(7), la importancia de un

diagnóstico temprano beneficiaría para insertar al adulto mayor en programas de estimulación cognitiva (8).

Por lo tanto, el objetivo del proyecto consistió en determinar la eficacia de la guía de estimulación cognitiva en el adulto mayor con deterioro cognitivo, de la parroquia San Bartolomé de Pinllo, cantón Ambato. Para lo cual, el estudio se desarrolló por capítulos: el capítulo I estuvo conformado con la información del problema de investigación; en el capítulo II se indicó los antecedentes investigativos; el capítulo III detalló el marco metodológico a trabajar; el capítulo IV abordó los resultado y discusión, y finalmente en el capítulo V se presentó las conclusiones, recomendaciones y bibliografía expuestas por el autor.

## **1.2 Justificación**

La falta de estimulación en las funciones cognitivas aumentaría el riesgo de patologías en el envejecimiento del ser humano, puesto que afecta en el funcionamiento diario, y dificulta el desarrollo de las áreas cognitivas como la memoria de trabajo o atención (9). La falta de actividad, tanto física como psicológica, conlleva significantes efectos clínicos pues forman parte de los factores predisponentes en la aparición de trastornos y enfermedades neurocognitivas (10).

El deterioro cognitivo es uno de los trastornos neurocognitivos más comunes, siendo un problema en rápido crecimiento, la enfermedad inflige una pesada carga económica, sin embargo, el progreso de la patología puede desarrollar enfermedades más severas como el Alzheimer, reduciendo la autonomía del anciano y consigo la ejecución al realizar actividades básicas de la vida diaria (11)

Los programas dirigidos a los adultos mayores no cuentan con actividades específicas en trabajar las funciones cognitivas, es por ello que surge la necesidad de crear intervenciones que brinden estimulación en las áreas cerebrales del anciano. Las actividades de salud están respaldadas por parte de estado quien mediante *“La ley orgánica del adulto mayor art 9 Literal b, Garantizará el acceso inmediato..... a programas de promoción de un envejecimiento saludable, así como la prevención y el*

*tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad*”(12), que permite el envejecimiento activo y saludable del adulto mayor.

El estudio estuvo enmarcado en la línea de investigación epidemiología y salud pública, hacia un enfoque de la salud del adulto mayor, los beneficiarios directos fueron los adultos mayores del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial San Bartolomé de Pinillo, beneficiarios indirectos: técnicos, facilitadores del adulto mayor, profesionales de la salud, y personal que pueda aplicar la guía desarrollada.

La innovación estuvo representada por la guía, que cuenta con actividades específicas para cada área identificada como deficiente en el adulto mayor, con el fin de entrenar de manera particular el área afectada, observando resultados directos de las intervenciones, también será un aporte como fuente bibliográfica para futuras investigaciones dentro del área de gerontología y psicología.

El proyecto cumple un rol importante, por la exposición de actividades estratégicas aplicadas, son recomendaciones prácticas que pueden ser replicadas en talleres y reuniones recreativas, precisando que la documentación científica de donde se parte sustenta de manera factible el desarrollo del trabajo.

Por consiguiente, se consideró la viabilidad del proyecto debido a los convenios y autorizaciones para trabajar con la comunidad, al igual que la predisposición de trabajo por parte de los adultos mayores de la parroquia. Es factible por la documentación previa que sugiere el entrenamiento cognitivo como técnica eficaz para mejorar o mantener la función cognitiva en el adulto mayor (13)

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la eficacia de la Guía de estimulación cognitiva en el adulto mayor con deterioro cognitivo, de la parroquia San Bartolomé de Pinllo, cantón Ambato.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Evaluar el funcionamiento cognitivo y emocional de los adultos mayores de la parroquia San Bartolomé de Pinllo, mediante la aplicación del test de MOCA y escala de YESAVAGE.
- Diseñar una guía de estimulación cognitiva en base a las áreas deficitarias del adulto mayor de la parroquia San Bartolomé de Pinllo.
- Aplicar la guía de estimulación cognitiva a los adultos mayores de la parroquia San Bartolomé de Pinllo.
- Comparar el funcionamiento cognitivo y emocional pre y post aplicación del programa de estimulación cognitiva.



## CAPITULO II

### 2. ESTADO DEL ARTE

#### 2.1 Investigaciones

En Tailandia se efectuó un estudio bibliográfico “Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article”, esta revisión se centró en encontrar información actualizada con respecto a la prevalencia, diagnóstico, patogénesis, resultados, subtipos y manejo del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) debido a la enfermedad de Alzheimer, como parte de los principales resultados se determinó que el test de MoCA es recomendable y eficaz como una prueba de detección cognitiva para el DCL, además como tratamiento no farmacológico se puso en evidencia que las modificaciones del estilo de vida, incluida la actividad física y cognitiva regular, deben promoverse a través de políticas de salud sólidas, debido que retrasan el progreso del deterioro cognitivo y promueve un envejecimiento exitoso (14).

Para consolidar la evidencia de las intervenciones no farmacológicas y su efectividad, en Reino Unido se hizo una revisión bibliográfica “Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews”. Los hallazgos demostraron que la estimulación cognitiva tiene un efecto positivo en la capacidad funcional, calidad de vida y función cognitiva, mientras que el ejercicio físico es beneficioso para la realización de las actividades de la vida diaria. Es por ello que para el mantenimiento y mejora de la capacidad funcional se recomienda incluir intervenciones de estimulación cognitiva, sin embargo, la misma variable no es tan recomendada para trastornos emocionales (15).

En Ecuador, León y León hablan de los factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores, se aplicó encuestas a 59 adultos mayores, donde se pudo descubrir: primero que gran porcentaje de los participantes padecían de deterioro cognitivo; segundo, entre los principales factores de riesgo que compartían estos pacientes se evidenció: el grado de instrucción básica, ingreso mensual bajo, deficientemente nivel socioeconómico y la hipertensión arterial, identificados al analizar los pacientes que padecían deterioro cognitivo, sin embargo pueden ser detectados tempranamente para un abordaje oportuno mediante programas de prevención e intervención, que contribuyan a disminuir o retrasar la aparición de este trastorno (4)

De la misma manera, un estudio longitudinal realizado en Korea “Exploration of Cognitive Outcomes and Risk Factors for Cognitive Decline Shared by Couples” tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de deterioro cognitivo compartidos dentro de las parejas e investigar sus roles. Los participantes fueron 6818 coreanos de 60 años o más, seleccionados aleatoriamente. Como resultados, al evaluar el área emocional indicaron que la depresión se mantuvo independiente en cada individuo y estaba relacionado con la actividad física, Por otra parte, los trastornos cognitivos de los participantes, derivaban de la disminución en la función cognitiva; que se encontraban ligados entre los cónyuges, los riesgos se relacionaba por factores que incluían la inactividad física, cognitiva, antecedentes de traumatismos, lesiones en la cabeza y la edad , factores compartidos dentro de las parejas (16)

Mota y Peña, realizaron una investigación “Estrategias para la estimulación cognitiva en adultos mayores” cuyo objetivo fue diseñar un plan de intervención basado en estrategias metacognitivas. Trabajaron con 32 adultos, el 25% de género femenino y el 75% masculino. Se concluyó que los adultos mayores no reciben estimulación cognitiva de manera intencional o planificada, considerando que los cuidadores desconocían este término; las evaluaciones determinaron que existe relación entre el desarrollo de las actividades de estimulación cognitiva y el estado de salud de los adultos mayores, por ejemplo, en aquellos que padecían de dificultad de memoria, déficit cognitivo, alzhéimer, hipertensión arterial, diabetes, artritis, entre otras condiciones de salud, sin embargo, podrían mejorar su desempeño, si recibieran la estimulación necesaria (7).

En España mediante un ensayo clínico aleatorizado se analizó la eficacia de una intervención comunitaria en salud, que incluyó un programa de estimulación cognitiva, para prevenir el deterioro de las capacidades mentales en la población adulta mayor, el estudio fue conformado por 201 sujetos, las intervenciones se realizaron en 10 sesiones grupales una por semana, en el cual, se utilizó los cuadernos de colores de activación mental, con el empleo de modelos lineales mixtos se observó el incremento para el grupo de intervención de 1,18 puntos en la postintervención, a los seis meses 1,47 y de 1,65 después de un año; a diferencia del grupo de control, que demostró decrementos en las puntuaciones de 0,56 postintervención, de 0,26 a los 6 meses y de 0,09 al año (17).

Muñoz en la ciudad de México, realizó una investigación “La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psico gerontológica a los adultos mayores con demencia” reclutó 7 adultos mayores diagnosticado con demencia 6 varones y una mujer, trabajó con actividades de estimulación cognitiva; los resultados determinaron una mejora significativa en las áreas de: orientación, recuerdo inmediato y lenguaje de los pacientes, en donde, se observó, que el sistema familiar juega un papel crucial para la adherencia del tratamiento. Además, el autor menciona que la aplicación de programas de estimulación cognitiva en pacientes con demencia mejora la calidad de vida y es una estrategia que reduce el riesgo de vulnerabilidad (18)

En zaragoza- España se realizó un “Programa de estimulación cognitiva en deterioro cognitivo leve: un ensayo aleatorizado”, involucró a 122 ancianos; para las intervenciones se utilizó el cuaderno rojo de activación mental, con actividades adaptadas al paciente, se realizó 10 sesiones de 45 minutos, una por semana, cada sesión constaba de cuatro partes: primero orientación a la realidad, segunda explicación del área a trabajar, tercero trabajo individual y cuarto corrección de las actividades. Al finalizar las intervenciones mejoraron las puntuaciones para las actividades básicas de la vida diaria a corto plazo, al mismo tiempo, el grupo de intervención mostró una mejora significativa en la función cognitiva, tanto en el post-test como en el seguimiento a los 6 meses incrementando el rendimiento cognitivo de los participantes, indicando que el programa también logra retrasar la progresión del deterioro cognitivo (19)

Un ensayo controlado aleatorizado realizado en España aportó evidencias acerca de la eficacia de una intervención a través de un programa de estimulación cognitiva (PEC) en ancianos con deterioro cognitivo leve, seleccionaron 29 personas; para las actividades trabajaron con el cuaderno rojo de activación mental. Los resultados mostraron que el grupo de intervención obtuvo mayores niveles en la función cognitiva, tanto en post intervención como a los 6 meses, al evaluar a los 12 meses continuaban con 2,26 puntos más que el grupo control, siendo estos incrementos estadísticamente significativos. Sin embargo, cabe mencionar que la intervención no tuvo el mismo resultado en fluidez verbal, actividades de la vida diaria ni estado de ánimo (20)

Salazar y Mayor en Cuba, realizaron una investigación, “Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores”; trabajaron con un diseño pre-experimental. El universo consistió en 44 adultos mayores, con una muestra homogénea de 9 hombres y 9 mujeres. Los resultados demostraron que la orientación es uno de los procesos que más se conserva en el envejecimiento del ser humano, en el área de atención se observó mayor beneficio después de las intervenciones, seguido por memoria inmediata, para el área de lenguaje, las tareas de comprensión y fluidez verbal resultaron ser una de las más favorables, considerando la estimulación y entrenamiento que se aplique. Por consiguiente, la estimulación cognitiva tiene un efecto medianamente positivo, sin embargo, es relativo al tipo de diseño que se realice (21).

Una investigación dirigida en Italia “Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults With Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms” buscó evaluar la efectividad a corto y largo plazo de un protocolo de terapia de estimulación cognitiva. Se incluyó adultos mayores con demencia de leve a moderada en 16 hogares de atención residencial. Para conocer los efectos a largo plazo, se realizó la evaluación de las funciones cognitivas, el grupo de intervención mantuvo las puntuaciones, mientras, que el grupo de control disminuyeron paulatinamente el funcionamiento cognitivo desde la última prueba. Los hallazgos demostraron que el protocolo de estimulación a largo plazo contrarresta la progresión de los déficits cognitivos generales conjuntamente con el estado de ánimo (24).

Igualmente, en España se llevó a cabo un estudio “Intervención a través de la estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo o demencia leve en atención primaria” con el objetivo de evaluar la eficacia del programa de estimulación cognitiva basado en la aplicación del Cuaderno Rojo de Activación Mental, se trabajó con 155 participantes. Como resultado se evidenció un incremento post intervención de 1,91 puntos sobre el observado en el grupo de control, esta diferencia aumenta a 2,47 puntos en la valoración a medio plazo y se mantiene en 2,46 puntos a largo plazo, garantizando la aplicación del cuadernillo rojo para ancianos con deterioro cognitivo y demencia leve (22).

Un ensayo de control aleatorizado desarrollado en Inglaterra tuvo la finalidad de demostrar la viabilidad de la terapia de estimulación cognitiva individual para la demencia y el impacto en la cognición, la calidad de vida y la psicología positiva, fueron 33 sujetos reclutados de residencias de ancianos. En general, el programa de 14 sesiones fue factible, el análisis de covarianza indicó mejoras significativas en la cognición. Los hallazgos indican que puede favorecer en la cognición de las personas, incluso en aquellas con discapacidad y ofrecer una alternativa viable para el abordaje grupal, sin embargo, no tuvo el mismo impacto en la calidad de vida o la psicología positiva (23).

Un estudio transversal realizado en Estados Unidos por tema “Auditory Processing of Older Adults With Probable Mild Cognitive Impairment”, tuvo como objetivo comparar adultos mayores con y sin probable DCL en dos dominios del procesamiento auditivo. Los participantes fueron 88 adultos mayores diagnosticados con y sin DCL. Se administró el test de MOCA y medidas de procesamiento auditivo. Como resultado, aquellos con probable DCL tuvieron un rendimiento significativamente bajo en comparación aquellos sin DCL; quienes mostraron un mejor rendimiento en las pruebas, los adultos mayores con DCL no solo presentaron dificultad en las señales acústicas, sino también, mostraron un procesamiento temporal deficiente debido a que muestran afectación de múltiples dominios (24).

El estudio “Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia” buscó evaluar la eficacia de una terapia de estimulación cognitiva en Italia, los hallazgos permitieron diferenciar el efecto de la terapia, pues, al analizar las valoraciones finales se reveló beneficios en el estado cognitivo del individuo, especialmente quienes padecían de la enfermedad del Alzheimer, asimismo se contempló mejoría en cuanto a la memoria a corto plazo, calidad de vida, escala social y emocional, a más de demostrar tras la intervención mejores puntuaciones para depresión, ansiedad e irritabilidad (25).

La investigación realizada en España “Long-term individual cognitive stimulation program in patients with mild neurocognitive disorder: A pilot study” trabajó con 30 adultos mayores, 22 mujeres y 8 hombres. En el grupo de intervención se encontró

una diferencia significativa entre la pre intervención y la post intervención con respecto al rendimiento cognitivo, asimismo se redujo la sintomatología depresiva, con diferencias notables entre el grupo de control e intervención. Por otra parte, el grupo que no fue expuesto a estas actividades tuvo una disminución en el desempeño cognitivo, en comparación al grupo experimental, que se caracterizó por mantener las capacidades cognitivas o con un lento declive a lo esperado de manera general (26).

El artículo “Effects of a Cognitive Rehabilitation Programme on the Independence Performing Activities of Daily Living of Persons with Dementia A Pilot Randomized Controlled Trial” desarrollado en España a 58 adultos mayores con trastorno cognitivo mayor o demencia, como resultados se visualizó mayor independencia en las actividades de la vida diaria de los participantes en el grupo de intervención en contraste al de control, en actividades como: alimentación, vestirse e incontinencia vesical e intestinal, a nivel cognitivo las puntuaciones se mantuvieron, la eficacia del programa resalta la implementación de las actividades de estimulación cognitiva, ya que un programa únicamente con actividades de terapia ocupacional no hubiera brindado los mismos resultados (27).

Las intervenciones multicomponentes han surgido como oferentes para el trabajo con el adulto mayor, debido a la combinación de dos variables, en China mediante un ensayo aleatorio multicéntrico, se adoptó la estimulación cognitiva y Tai Chi para reducir el deterioro cognitivo en adultos mayores, con una población de 80 personas, los resultados de la investigación indicaron que la estimulación combinada resultar muy eficaz, en el estudio se efectuó sesiones de estimulación cognitiva con actividades de Tai Chi, al analizar la valoración final se generaron efectos positivos, es importante mencionar que pacientes con edad avanzada y mayor déficit cognitivo, son aún más beneficiados de la intervención multicomponente, además se estima que esta intervención es rentable y económica (28).

En Taiwan- China se realizó una investigación cuasiexperimental por nombre “El efecto de la horticultura programa con contextos de vida en la función cognitiva del anciano en TAIWAN” El objetivo del programa era mantener la función cognitiva de los ancianos. Para conocer el estado mental se utilizó el test de MOCA. El programa comprendió doce actividades implementadas una vez por semana con 2 horas para

cada actividad. Finalmente se expuso una mejora significativa en la valoración tras dos semanas de la intervención, los participantes mejoraron en comparación con la prueba previa, creyeron que esto fue el resultado de las actividades, puesto que mientras realizaban actividades de plantación se focalizaban en ejercitar la memoria de los adultos, ya sea recordando los nombres o utilidad de las plantas (29).

Investigadores en Reino Unido buscaron determinar si la rehabilitación cognitiva es una intervención clínica rentable en personas con enfermedad de alzheimer, demencia leve, moderada y deterioro cognitivo, fueron 485 participantes, quienes trabajaron en diez sesiones durante tres meses. El método estadístico ANOVA indicó que las diferencias entre los grupos CR y TAU fueron significativas, tanto a los tres como a los nueve meses, con grandes tamaños del efecto de 0,93 y 0,79, respectivamente, pues se obtuvo mejor rendimiento en la capacidad cognitiva de 2,57 puntos en promedio, que se mantuvo por 9 meses, a diferencia del grupo de control que no demostró mejora ni de un punto durante el mismo tiempo; mostrando de esta manera que la rehabilitación cognitiva es clínicamente eficaz para la funcionalidad cognitiva de los pacientes con alzheimer, demencia o deterioro cognitivo (30).

## CAPITULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Ubicación

El proyecto de desarrollo se realizará en el Ecuador, provincia de Tungurahua, cantón Ambato, Parroquia San Bartolomé de Pinllo, que tiene una población estimada de 7.727 habitantes y se encuentra ubicada al noroeste de la ciudad (31).

#### 3.2. Equipos y materiales

- Recursos tecnológicos
- Hojas impresas
- Material lúdico
- Test MOCA
- Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE
- Kid de Bioseguridad

#### 3.3. Tipo de investigación

El proyecto de desarrollo se realizará con un enfoque de investigación es cuantitativo, por la aplicación de métodos estadísticos e instrumentos que permiten la obtención de datos numéricos, como es el test de MOCA, y la Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE, que proveerán mayor información, en el proceso de recopilación de datos de los adultos mayores (32).

Se trabajó en una modalidad de campo, con la finalidad de recolectar y registrar ordenadamente los datos relativos al estudio, la información fue obtenida con la exploración directa, a los sujetos de estudio, es decir en los espacios activos y visitas domiciliarias en caso de requerirlo, con el fin de proporcionar información directa de los sujetos considerados como parte del estudio de la parroquia San Bartolomé de Pinllo (31).

El nivel de investigación es de tipo descriptivo, se recopiló datos e información relevante sobre las características, propiedades y aspectos de las variables “Estimulación Cognitiva y Deterioro Cognitivo”, con el fin de tener conocimiento total del tema y posterior responder a la pregunta de investigación surgida en el presente proyecto de desarrollo (33).



El diseño de investigación es de tipo longitudinal, nos permite observar los cambios que acontecen durante el desarrollo del proyecto, con evaluaciones en repetidas veces (34), evaluación inicial y evaluación final, con el objetivo de conocer el nivel de deterioro cognitivo y finalmente determinar los efectos de la aplicación de la guía estratégica en la población de estudio.

### **3.4. Hipótesis**

Existe significancia en la mejora del deterioro cognitivo y emocional mediante la aplicación de la guía.

### **3.5. Población y muestra**

Se trabajó con los adultos mayores de la modalidad espacios activos del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial San Bartolomé de Pinllo, que brinda el servicio a 120 adultos mayores de la parroquia divididos en tres sectores: Pinllo Centro, Andiglata y Angamarquillo; para la selección de los participantes se consideró los criterios de inclusión y exclusión conformando una muestra de 51 participantes (hombres 29 % y mujeres 71%). El proyecto trabajó bajo un margen de error de 5% y un nivel de confiabilidad del 95%.

### **3.6. Recolección de información**

FASE 1. Socialización y aprobación: Exposición y autorización del proyecto a las autoridades de Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial San Bartolomé de Pinllo, a los adultos mayores y sus representantes.

FASE 2. Muestra: Se procederá a elegir a los participantes, bajo los criterios de inclusión: adultos mayores de ambos sexos, a partir de 65 años de edad, intención de participar en las actividades y evaluaciones, firma del consentimiento informado, diagnosticados con deterioro cognitivo leve y moderado y sin patología.

Los criterios de exclusión: Adultos mayores diagnosticados con un trastorno psiquiátrico y en tratamiento, personas con deterioro cognitivo grave o demencia, personas con discapacidades graves que interfiera en la realización de las actividades.

FASE 3. Evaluación Inicial- Pretest: Los pacientes seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión se les evaluará con los instrumentos:

El Montreal Cognitive Assessment test (MoCA) es una herramienta de cribado desarrollado por Nasreddine et al. en el año de 2005, evalúa la función cognitiva y permite detectar el deterioro cognitivo, muy utilizado en la población de adultos mayores de fácil administración con una duración aproximada de 10 minutos (35,36), validado bajo una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach 0,772), la fiabilidad interevaluador muy buena (coeficiente de correlación de Spearman 0,846 [ $p < 0,01$ ]), la fiabilidad intraevaluador de 0,922 bilateral ( $p < 0,001$ ). La prueba es eficaz y válida para la detección del DCL-a (ABC = 0,903) y demencia leve (ABC = 0,957). Demostrando la fiabilidad y eficacia del test como instrumento de valoración del deterioro cognitivo en la población adulta mayor (37).

El instrumento valora ocho principales áreas: Capacidad visuoespacial, identificación y nominación, atención y concentración, lenguaje, funciones ejecutivas, abstracción verbal, memoria, y orientación (38). Para obtener los resultados se realiza una sumatoria en todas las áreas, siendo 30 la puntuación máxima, con un punto de corte de 26, que permite categorizar ancianos sanos y aquellos con Deterioro cognitivo (39).

Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE es una herramienta de evaluación para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, este cuestionario fue desarrollado por Yesavage et al en 1982 (40), inicialmente constaba de 30 Items, sin embargo han existido modificaciones para un mejor abordaje y con preguntas reducidas, la escala que cuenta con 15 ítems, cuenta con la fiabilidad intraobservador de 0,95 e interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada es de 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos. Señalando que es un instrumento recomendable de utilización para evaluar la depresión en el adulto mayor (41)

El cuestionario tiene dos opciones de respuestas dicotómicas (sí/no) y una estructura unidimensional. Diez preguntas son directas (ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15). Las cinco restantes, son indirectas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13). Cada pregunta puntúa con 0 o 1 punto, otorgándole el valor de 1 a la respuesta que representa el indicador de depresión. Para calcular el puntaje total, se suman los puntajes de los 15 ítems que conforman la escala (42).

FASE 4. Diseño de la Guía de estimulación cognitiva: Por medio de la revisión bibliográfica, se elegirá un programa o cuadernillo, que demuestre validez, para proceder a diseño la guía acorde a las necesidades de la población evaluada, considerando las funciones que evalúa el test de MOCA.

FASE 5. Aplicación: Se aplicará la guía diseñada durante los meses: julio, agosto y septiembre, una sesión por semana con una duración de 60 minutos, se iniciará con tareas sencillas para evitar la frustración del adulto mayor, y finalizará con actividades más complejas. La aplicación se lo realizará de manera grupal y por medio de visitas domiciliaria para aquellos adultos mayores que por condiciones de movilidad no puedan trasladarse al grupo de interés.

FASE 6. Post Evaluación: Después de la intervención se evaluará con los mismos instrumentos a los participantes, para determinar el efecto de la guía de estimulación.

### **3.7. Procesamiento de la información**

Los datos obtenidos fueron almacenados en fichas, para el análisis y relación de las variables se utilizará el programa estadístico SPSS, software que ofrece un rápido entorno de moderación numérica, con técnicas analíticas probadas y acreditadas.(43), que permitieron resultados gráficos, inferenciales y correlacionales de la base de datos.

### **3.8. Variable respuesta o resultados esperados**

La estimulación cognitiva es un proceso individualizado, adaptado a las necesidades cognitivas, emocionales y físicas del paciente, que pretende generar procesos de neuro plasticidad, a través de estímulos generados a partir de la neuropsicología y que con ello buscara rehabilitar funciones alteradas del adulto mayor (44).

Por otra parte, el deterioro cognitivo, es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva, se caracteriza por el deterioro adquirido de las funciones cognitivas, que incluye la memoria, el pensamiento, la orientación, cálculo, capacidad de aprendizaje, el lenguaje, por lo que es lo suficientemente grave para interferir en las actividades de la vida diaria de quien la padece.(45)

Para medir las variables estimulación cognitiva y deterioro cognitivo se utilizó el test de MOCA anexo 1, que permite determinar el nivel de cognición y progreso del mismo, además, el deterioro cognitivo se encuentra correlacionado con la depresión, condiciones estrechamente asociadas a la edad avanzada (46), razón por cual, se

pretende evaluar esta condición, mediante la Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE anexo2, con el conocimiento que se utiliza en el apartado 3.6.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados y Discusión

Tabla 1

Valoración cognitiva de los Adultos Mayores, GADPRSB, 2022

<b>Funcionamiento Cognitivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Deterioro Cognitivo	12	23,5%
Con Deterioro Cognitivo	39	76,5%
Total	51	100,0

**Elaborado por:** Angélica Sailema

**Fuente:** Test de MOCA

#### Análisis y Discusión

Del total de la población, el 76,5% presentaron deterioro cognitivo (n=39) y el 23,5% se mostraron sin deterioro cognitivo (n=12). Una de las causas es por la falta de estimulación cognitiva no implementada en el centro, Jongsiriyanyong y Limpawattana indican que la falta de estimulación cognitiva afecta el funcionamiento mental en dos o más dominios cognoscitivos, repercutiendo en la práctica de las actividades del paciente, razón por la cual es recomendable incluir actividad cognitiva en las políticas de salud con el fin de prevenir estos trastornos (14). Las puntuaciones iniciales del test de MOCA indicaron que el mayor porcentaje de adultos mayores presentaron deterioro cognitivo, estos resultados son similares al estudio de Cornejo L. quien al evaluar en un centro hospitalario el 75% de los examinados mostraron algún tipo de deterioro cognitivo mientras que el 25% mantuvieron un nivel normal de funcionamiento cognitivo (47).

Tabla 2

Valoración Emocional de los Adultos Mayores, GADPRSBP, 2022.

<b>Niveles de Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Normal</b>	41	80,4
<b>Depresión Leve</b>	8	15,7
<b>Depresión Establecida</b>	2	3,9
<b>Total</b>	51	100,0

**Elaborado por:** Angélica Sailema

**Fuente:** Escala de YESAVAGE

### Análisis y Discusión

Del total de la población el 80,4% presentaron puntuaciones normales en la escala de depresión, seguido del 15,7% que evidenciaron depresión leve y finalmente el 3,9% con depresión establecida. Dentro de la población, prevalece las puntuaciones normales en las áreas emocionales, posiblemente puede deberse a las relaciones sociales que se mantienen con el grupo de adultos mayores, que asisten a tres talleres durante la semana, en donde realizan actividades y comparten tiempo; Naranjo et al. argumentan que el aislamiento social, repercute de manera negativa en la salud mental de los adultos mayores (48). Se observaron resultados similares en la investigación de Balbeón P. et al., quienes identificaron que el 85,82% de ancianos no presentaron depresión, mientras que el 14,75 padecía de depresión (49) ; de igual manera, Montes J. y Col. en su estudio, evidenciaron que el 64% de la población se encontraba sin depresión, el 29% con depresión leve y el 7% con depresión establecida (50).

Tabla 3

Áreas cognitivas deficientes de los Adultos Mayores, GADPRSBP, 2022.

Estadísticos descriptivos					
Valoración áreas de MOCA	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Visuoespacial/Ejecutiva	51	1	5	3,41	1,134
Identificación/nominación	51	0	3	2,51	,834
Memoria	51	0	5	2,86	1,950
Atención y concentración	51	1	5	3,53	1,206
Lenguaje	51	0	3	1,84	,967
Abstracción	51	0	2	1,22	,757
Orientación	51	3	6	5,51	,784
N válido (por lista)	51				

**Elaborado por:** Angélica Sailema

**Fuente:** Test de MOCA

### Análisis y Discusión

Con respecto a la comparación de medias, según las funciones cognitivas que evalúa el test de MOCA, se observó que el área con mayor déficit es memoria (M=2,86) seguido de atención (M= 3,53), datos congruentes con el estudio de Feldberg C. et al., en donde se expone que las funciones cognitivas más alteradas en su grupo fueron la memoria episódica verbal (M= -1.28) específicamente en el recuerdo de una historia, memoria lógica en las instancias de recuerdo inmediato y diferido (M= -1.28 ) (51); de la misma manera, Segura et al. evidenciaron que las funciones más afectadas fueron la atención y la memoria de evocación, la tercera parte de ellos (68,1%) logró recordar solo la primera palabra en la prueba (52). Por otra parte, en la población de estudio también se identificó que la función más conservada es la orientación e identificación (M= 5,51), estos resultados coinciden con el estudio de Salazar y Mayor, quienes ubicaron a la orientación como la función mejor puntuada (21).

Referente a estos resultados se diseñó la guía de estimulación cognitiva considerando las puntuaciones deficitarias, en base a los cuadernos de colores de activación mental, propuestos por Susana Arilla, Estela Calatayud, Isabel Gómez y Laura Gonzalo en el año 2001, instrumento básico dentro del programa de estimulación integral, abarca todos los aspectos del adulto mayor, desde los cognitivos hasta los emocionales, diseñado en un modelo de ocupación humana, los cuadernillos tienen como función principal la recuperación o mantenimiento de las funciones mentales superiores, utiliza los colores en relación al nivel de dificultad y necesidad del evaluado, los cuadernos de colores trabajan las siguientes áreas: memoria, orientación, lenguaje, praxis, gnosia, cálculo, percepción, razonamiento, atención y programación (53).

Tabla 4

Pre y Post evaluación cognitiva Adultos Mayores, GADPRSBP, 2022.

Áreas evaluadas	N	Valoración Inicial				Valoración Final			
		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Visuoespacial/Ejecutiva	51	1	5	3,41	1,134	2	5	4,27	,723
Identificación/nominación	51	0	3	2,51	,834	2	3	2,94	,238
Memoria	51	0	5	2,86	1,950	0	5	3,47	1,391
Atención y concentración	51	1	5	3,53	1,206	2	6	4,41	,920
Lenguaje	51	0	3	1,84	,967	1	3	2,35	,688
Abstracción	51	0	2	1,22	,757	0	2	1,51	,674
Orientación	51	3	6	5,51	,784	4	6	5,84	,464
N Válido (por lista)	51								

**Elaborado por:** Angélica Sailema

**Fuente:** Test de MOCA

#### Análisis y Discusión:

En el pre test las áreas con más déficit fueron memoria con una media de (M= 2,86) y Atención / concentración con (M=3,53), mientras que en el post test se identificó una media de (M= 3,47) para memoria y (M=4,41) para atención/concentración, resultados



que al contrastarse revelan un mayor desempeño; al mismo tiempo, Salazar y Mayor demostraron puntajes favorables en atención y memoria inmediata tras aplicar tareas de estimulación cognitiva (21), asimismo, tras la intervención cognitiva Calatayud y Col encontraron valores favorables en la postintervención, para el área de memoria a corto plazo, lenguaje y praxis. Por su parte, Alvares G. et al. obtuvieron diferencias significativas en el recuerdo de palabras, memoria y praxis constructiva al momento de exponer a los examinados a estimulación cognitiva (54).

Tabla 5

Pre y Post evaluación emocional Adultos Mayores, GADPRSBP, 2022.

	Valoración Inicial		Valoración Final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	41	80,4 %	46	90,2 %
Depresión Leve	8	15,7 %	5	9,8 %
Depresión Establecida	2	3,9 %	0	0%
Total	51	100,0	51	100 %

**Elaborado por:** Angélica Sailema

**Fuente:** Test de MOCA

### Análisis y Discusión

En la valoración emocional inicial predominó la puntuación normal con el 80,4%, seguido del 15,7% con depresión leve y el 3,9% con depresión establecida; sin embargo, al contrastar con la valoración final se logró constatar menor sintomatología depresiva en donde, el 90,2% obtuvieron puntuaciones normales, el 9,8% depresión leve y no existieron valores para depresión establecida; resultados similares obtuvieron Capotosto E. y Col. quienes verificaron que el grupo expuesto a la terapia de estimulación cognitiva consiguieron disminuir los niveles de depresión ( $p= 0.001$ ) (25), de igual manera Carbone E. et al. en sus resultados exhibieron que los síntomas

depresivos de los participantes la gravedad y frecuencia no aumentaron en el grupo experimental durante el estudio, mientras que el grupo de control si elevó sus puntuaciones (55).

Tabla 6

Descripción de aplicación de estimulación cognitiva GADPRSBP, 2022.

Áreas estimuladas	Actividades realizadas	Distribución de actividades	Número de sesiones	Frecuencia	Tiempo
Memoria	12	4 por cada sesión	3	1 día a la semana	60 minutos
Visoespacial	8	4 por cada sesión	2	1 día a la semana	60 minutos
Atención	12	4 por cada sesión	3	1 día a la semana	60 minutos
Funciones Ejecutivas	12	4 por cada sesión	3	1 día a la semana	60 minutos
Lenguaje	4	4 por cada sesión	1	1 día a la semana	60 minutos
Orientación	12	Al inicio de cada sesión	12	1 día a la semana	10 minutos

**Fuente:** Cuadernos de colores de activación mental

**Elaborado por:** Angélica Sailema

La aplicación de la guía de estimulación se realizó en base a la desviación estándar que ese obtuvo en la evaluación inicial de los pacientes, considerando las áreas con mayor deficiencia. Conviene resaltar el programa implementado por Wu y Chao, en donde, aplicaron 12 actividades de estimulación cognitiva, una en cada semana con 2 horas de duración, que mejoró la función cognitiva de manera inmediata y significativa, además, después de dos semanas de la aplicación se mantuvo la función cognitiva mejorada (29), Calatayud et al., también utilizaron los cuadernos de colores de activación mental, realizaron la intervención en 10 sesiones de 45 minutos, la aplicación y el instrumento demostró una relevancia clínica en la prevención del

deterioro cognitivo leve desde Atención Primaria, debido que promueve la salud cognitiva del adulto mayor (17). En consecuencia, para obtener buenos resultados de una intervención cognitiva es recomendable al menos 3 meses de aplicación y se recomienda categorizar las actividades por área y necesidad de la población (56).

Tabla 7

Prueba de Wilcoxon área Cognitiva

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Valoración Final MOCA – Valoración Inicial MOCA
Z	-5,839 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

**Fuente:** Test de MOCA

**Elaborado por:** Angélica Sailema

#### Análisis y Discusión:

Existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores antes y después de implementar las actividades de estimulación cognitiva ( $Md_1 = Md_2$ ). Por consiguiente, Se acepta la H1, existe mejora del deterioro cognitivo mediante la aplicación de la guía de estimulación cognitiva ( $p = 0,000 < 0.05$ ); Estos hallazgos se corroboran con los resultados de Justo et al., quienes aplicaron el mismo programa, pero de manera individualizada, posterior a la intervención, se observó puntuaciones elevadas que demostraron mejoría en el rendimiento cognitivo (57), asimismo, Gomez I. realizó un estudio en España, en donde utilizó los cuadernos de colores activación mental, una vez aplicada la intervención el 50% de participantes mejoraron las puntuaciones y el 23,33% mantuvieron los niveles cognitivos, concluyendo un avance significativo en la función cognitiva posterior a los 2 meses y medio de tratamiento, al mismo tiempo, la

estimulación cognitiva indicó ser un programa eficaz para mantener el rendimiento cognitivo en adultos mayores con cognición normal (58).

Tabla 8

Prueba de Wilcoxon área Emocional

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Valoración Final Yesavage - Valoración Inicial Yesavage
Z	-3,371 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,001
a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo	
b. Se basa en rangos positivos.	

**Fuente:** Test de MOCA

**Elaborado por:** Angélica Sailema

### Análisis y Discusión

Posterior a la intervención cognitiva se evidencian diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en el estado emocional de los adultos mayores ( $Md1 = Md2$ ), por lo tanto, se refleja la efectividad de la aplicación de la guía de estimulación cognitiva en cuanto al área emocional, resultados que se cotejan con el estudio de Carbone E. et al. quienes aplicaron la terapia de estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia leve y moderada, encontrando reducción de síntomas depresivos, en la prueba inicial, prueba posterior y en el seguimiento (55). Lo que indica una reducción significativa de sintomatología depresiva al aplicar actividades cognitivas (57). No obstante, la investigación realizada por Alvares et al., reporta la poca efectividad de la intervención cognitiva, para reducir la depresión y ansiedad, la interacción social y la estimulación cognitiva fueron insuficientes para mantener y mejorar de manera efectiva el estado de ánimo de los participantes (54).

## CAPITULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Al evaluar la función cognitiva del adulto mayor, se determinó una prevalencia del 76.5% con puntuaciones inferiores a 26 en el test de MOCA, que determina un probable trastorno cognitivo, con alteraciones en las funciones cognitivas de memoria, capacidad visoespacial, función ejecutiva, atención, lenguaje y orientación, y el 23.5% con niveles cognitivos óptimos. Sin embargo, en el aspecto emocional predomina los valores normales, lo que se asocia a que la población no presenta sintomatología depresiva y un porcentaje mínimo con depresión establecida.

Considerando la valoración inicial del test de MOCA, se aprecia que las funciones mayormente afectadas fueron: memoria, atención y funciones ejecutivas, para lo cual se diseñó una guía de estimulación cognitiva, en base a las actividades propuestas en los cuadernos de activación mental color rojo y azul, sugeridas para población con deterioro cognitivo o que requieren de estimulación cognitiva.

Se aplicó la guía de estimulación cognitiva de manera grupal con la mayoría de participantes, y de forma individualizada, a través de visitas domiciliarias con los adultos mayores que tuvieron complicaciones para la movilización. La intervención se realizó durante de 12 sesiones, la frecuencia fue de un día a la semana, con una duración de 60 minutos aproximadamente.

Una vez aplicada la guía de estimulación cognitiva se procedió a comparar los resultados entre la valoración inicial y final, las principales áreas cognitivas identificadas como deficientes fueron: memoria y atención/ concentración; en el post test se obtuvieron puntuaciones elevadas en relación con el pretest. Por otra parte, al evaluar el estado emocional, se observó una reducción de las puntuaciones tras la

aplicación de la guía de estimulación cognitiva, lo que demuestra menor sintomatología depresiva, el 90,2% de la población obtuvieron puntuaciones normales, el 9,8% depresión leve y no existieron valores para depresión establecida.

A nivel cognitivo existió un mejor desempeño de los adultos mayores, en comparación de la fase diagnóstica con la post evaluación, de esta manera, se corrobora estadísticamente que existió un nivel de confiabilidad mayor al 99,99. Por consiguiente, se concluye que la guía de estimulación cognitiva resultó ser efectiva al aplicarse en una población adulta mayor con deterioro cognitivo.

## **5.2 Recomendaciones**

Se recomienda la aplicación de la guía de estimulación cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo, y a su vez como instrumento de prevención en enfermedades neurodegenerativas del adulto mayor.

Se sugiere realizar una intervención de estimulación cognitiva de manera individualizada, con los participantes que mantuvieron puntuaciones elevadas, al mismo tiempo, incrementar el periodo de intervención para obtener mejores resultados.

Considerando que una parte de población evaluada presentó depresión leve, se propone utilizar la terapia de activación conductual que busca cambiar la interacción del paciente con su entorno y terapia cognitivo conductual que permite modificar los pensamientos, emociones y comportamientos del individuo con sintomatología depresiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Demencia [Internet]. Who.int. [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Organización Panamericana de la Salud; 2020.
3. Zurique Sánchez C, Cadena Sanabria MO, Zurique Sánchez M, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández S, et al. Prevalence of dementia in the elderly in Latin America: A systematic review. Vol. 54, Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. 346–55. Available from: doi: 10.1016/j.regg.2018.12.007.
4. Eleana L, Guillermo L. Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). Revista Cumbres. 2017;4.  
revista salud y bienestar colectivo. Available from: <http://dx.doi.org/10.48190/cumbres.v4n1a7>
6. Sanford AM. Mild Cognitive Impairment. Vol. 33, Clinics in Geriatric Medicine. W.B. Saunders; 2017. p. 325–37. Available from: doi: 10.1016/j.cger.2017.02.005
7. Mota RB, Solí ÁP. Estrategias para la estimulación cognitiva en adultos mayores. Vol. 10, UCE Ciencia. Revista de postgrado; 2022.
8. Morley JE. An Overview of Cognitive Impairment. Vol. 34, Clinics in Geriatric Medicine. W.B. Saunders; 2018. p. 505–13. Doi: 10.1016/j.cger.2018.06.003.
9. Begemann MJ, Brand BA, C“určić-Blake B, Aleman A, Sommer IE. Efficacy of non-invasive brain stimulation on cognitive functioning in brain disorders: A meta-Analysis. Vol. 50, Psychological Medicine. Cambridge University Press; 2020. p. 2465–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291720003670>
10. Yerrakalva D, Yerrakalva D, Hajna S, Griffin S. Effects of mobile health app interventions on sedentary time, physical activity, and fitness in older adults: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2019 Nov 1;21(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.2196/preprints.14343>
11. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y

- demencia. Organización Panamericana de la Salud; 2020.
12. Presidencia de la República del Ecuador. Ley organica de las personas Adultas Mayores. 2019. UTA repositorio.
  14. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. Vol. 33, American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias. SAGE Publications Inc.; 2018. p. 500–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1533317518791401>
  15. Meyer C, O'Keefe F. Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*. 2020 Aug 1;19(6):1927–54. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301218813234>
  16. Yang HW, Bae J bin, Oh DJ, Moon DG, Lim E, Shin J, et al. Exploration of Cognitive Outcomes and Risk Factors for Cognitive Decline Shared by Couples. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2139765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.39765>
  17. Calatayud E, Plo F, Muro C. Analysis of the effect of a program of cognitive stimulation in elderly people with normal aging in primary care: Randomized clinical trial. *Aten Primaria*. 2018 Jan 1;52(1):38–46. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.007.
  18. Muñoz A. La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia Cognitive stimulation as a strategy for psychogerontological care for the elderly with dementia [Internet]. Vol. 44, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018. Available from: <http://scielo.sld.cu>
  19. Gomez I, Peralta P, Plo F. Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment a randomized controlled trial. *Dementia e Neuropsychologia*. 2020 Apr 1;14(2):110–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020003>
  20. Gómez-Soria I, Andrés E, Gómez A, Peralta P. Long-term effect analysis of a cognitive stimulation program in mild cognitive impairment elderly in Primary Care: A randomized controlled trial. *Aten Primaria*. 2021 Aug 1;53(7). doi: 10.1016/j.aprim.2021.102053.
  21. Salazar C, Mayor S. Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Rev de Ciencias Médicas*. 2020;24(3):1-10.
  22. Gómez I. Intervención a través de la estimulación cognitiva en mayores con



- deterioro cognitivo o demencia leve en atención primaria. 2017.
23. Gibbor L, Forde L, Yates L, Orfanos S, Komodromos C, Page H, et al. A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging Ment Health.* 2021;25(6):999–1007. Doi: 10.1080/13607863.2020.1747048
  24. Edwards JD, Lister JJ, Elias MN, Tetlow AM, Sardina AL, Sadeq NA, et al. Auditory processing of older adults with probable mild cognitive impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2017;60(5):1427–35. doi: 10.1044/2016\_JSLHR-H-16-0066
  25. Capotosto E, Belacchi C, Gardini S, Faggian S, Piras F, Mantoan V, et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32(3):331–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4521>
  26. Justo-Henriques SI, Marques-Castro AE, Otero P, Vázquez FL, Torres ÁJ. Long-term individual cognitive stimulation program in patients with mild neurocognitive disorder: A pilot study. *Rev Neurol.* 2019 Apr 1;68(7):281–9. doi: 10.33588/rn.6807.2018321
  27. Palomares MJ, López-Arza MVG, Ardila EMG, Domínguez TR, Mansilla JR. Effects of a cognitive rehabilitation programme on the independence performing activities of daily living of persons with dementia—a pilot randomized controlled trial. *Brain Sci.* 2021 Mar 1;11(3):1–12. doi: 10.3390/brainsci11030319
  28. Wan Young DK. Multicomponent intervention combining a cognitive stimulation group and tai chi to reduce cognitive decline among community-dwelling older adults with probable dementia: A multi-center, randomized controlled trial. *Dementia.* 2020 Aug 1;19(6):2073–89. doi: 10.1177/1471301218814637
  29. Wu Y-L, Chao S-R, Tsai W-F, Chen M-L. The effect of horticultural program with life contexts on the cognitive function of the elderly in Taiwan. *Probl Educ 21st Century.* 2020;78(5):856–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.33225/pec/20.78.856>
  30. Clare L, Kudlicka A, Oyebode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Goal-

- oriented cognitive rehabilitation for early-stage alzheimer's and related dementias: The GREAT RCT. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2019 Mar 1;23(10):1–244.
31. Instituto Nacional de Estadística y Censo. *ÁREAS TOTAL HOMBRES MUJERES*. 2001. doi: 10.3310/hta23100
  32. Mosteiro M, Porto A. La investigación en educación. In: *Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias*. EDITUS; 2017. p. 13–40.
  33. Teodoro N, Nieto E. *TIPOS DE INVESTIGACIÓN*. 2018.
  34. Rasinger S. *La investigación cuantitativa en lingüística*. Ediciones Akal. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342022000100199>
  35. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia*. 2019 Jul 1;34(6):376–85. doi: 10.1016/j.nrl.2017.01.013
  36. Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validity and Reliability of the Spanish Version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for the Detection of Cognitive Impairment in Mexico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018 Oct 1;47(4):237–43. doi: 10.1016/j.rcp.2017.05.003
  37. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia*. 2019 Jul 1;34(6):376–85. doi: 10.1016/j.nrl.2017.01.013
  38. Gómez-Moreno SM, Cuadrado ML, Cruz-Orduña I, Martínez-Acebes EM, Gordo-Mañas R, Fernández-Pérez C, et al. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment as a screening test for cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurologia*. 2020; doi: 10.1016/j.nrleng.2019.11.007
  39. Sánchez J, Mendoza V. Prevalencia de probable deterioro cognitivo en adultos mayores de una población mexicana utilizando el MMSE y el MoCA. Vol. 159, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2021.
  40. Erazo M, Fors M, Mullo S, González P, Viada C. Internal Consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian Older Adults. *Inquiry (United States)*. 2020;57. doi: 10.1177/0046958020971184

41. De la Iglesia J, Martínez, et al. The Spanish version of the Yesavage abbreviated questionnaire (GDS) to screen depressive dysfunctions in patients older than 65 years: adaptation and validation Vol. 12, MEDIFAM. 2002.
42. Tartaglini M, Hermida P, Ofman S, et al. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 06] ; 11( 2 ): 69-83. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262021000200069&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262021000200069&lng=es).
43. Quezada L. Estadísticas con SPSS 22. 2014.
44. Castillo G, Fernández B, Chamorro D. Neuroplasticidad: ejercicios de estimulación cognitiva para retrasar los efectos de la enfermedad del Alzheimer. Libro de Artículos Científicos en Salud Edición 202. 2021;
45. Castillo G, Fernández B, Chamorro D. Neuroplasticidad: Ejercicios para retrasar los efectos de la Enfermedad de Alzheimer mediante Estimulación Cognitiva. *Revista de Investigación Científica y Tecnológica.* 2020 Dec 24;4(2):115–22.
46. Pérez ÁR, Oviedo DC, Britton GB. Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. Vol. 6, *Invest. pens. crit.* 2018. Available from: <https://doi.org/10.37387/ipc.v6i2.84>
47. Cornejo L. Propuesta de un programa de estimulación neurocognitiva en pacientes adulto mayor sin deterioro cognitivo atendidos en el hospital las Mercedes Chiclayo 2018. 2019.
48. Naranjo Y, Mayor S, González R, de la Rivera O. Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la Covid 19. *Revista de Información Científica.* 2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332021000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000200004&lng=es).
49. Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: Análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana.* 2019 Oct 15;19(4):47–52. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es).

50. Varela-Montes J, García-Guzmán C, Cobos-Aguilar H. Depression in the surgically intervened elderly adult. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*. 2020;88(6):721–5. Available from: <https://doi.org/10.24875/ciru.20001632>.
51. Feldberg C. The influence of education and occupational complexity in the cognitive performance of older adults with mild cognitive impairment. *Ciencias Psicológicas enero-junio*. 2020;14(1):2194. Available from: <https://doi.org/22235/cp.v14i1.2194>
52. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Muñoz-Rodríguez DI, Jaramillo-Arroyave D, Lizcano-Cardona D, et al. Factors associated with the cognitive vulnerability of older adults in three Colombian cities. *Aquichan*. 2018;18(2):210–21. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.8>
53. Calatayud E, Gómez I. *Terapia Ocupacional en Geriatría. Guía de aplicación de colores de activación mental*. LULU PRESS. RALEIGH. 2010
54. Alvares-Pereira G, Silva-Nunes M v., Spector A. Validation of the cognitive stimulation therapy (CST) program for people with dementia in Portugal. *Aging Ment Health*. 2021;25(6):1019–28. doi: 10.1080/13607863.2020.1836473
55. Carbone E, Gardini S, Pastore M, Piras F, Vincenzi M, Borella E. Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 2021;76(9):1700–10. doi: 10.1093/geronb/gbab007.
56. Gates NJ, Rutjes AWS, di Nisio M, Karim S, Chong LY, March E, et al. Computerised cognitive training for 12 or more weeks for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in late life. Vol. 2020, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2020. doi: 10.1002/14651858.CD012277.
57. Justo-Henriques SI, Marques-Castro AE, Otero P, Vázquez FL, Torres ÁJ. Long-term individual cognitive stimulation program in patients with mild neurocognitive disorder: A pilot study. *Rev Neurol*. 2019 Apr 1;68(7):281–9. doi: 10.33588/rn.6807.2018321.
58. Gómez I. Efectividad del tratamiento de estimulación cognitiva aplicando los cuadernos rojo y azul en la unidad de semiválidos de la fundación La Caridad. 2019.

### ANEXOS



**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)**  
**(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)**  
 Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**VISUDESPIACIAL / EJECUTIVA**

[ ]

Copiar el cubo [ ]

Dibujar un RELOJ (Once y diez) (5 puntos)

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Contorno    Números    Agujas

PUNTOS

\_\_\_\_/5

**IDENTIFICACIÓN**

[ ] [ ] [ ]

\_\_\_\_/3

<b>MEMORIA</b>	Lee la lista de palabras, el paciente debe repetir las. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	NINGUN PUNTO
		1º INTENTO					
		2º INTENTO					

**ATENCIÓN**

Lee la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. [ ] 2 1 8 5 4  
 El paciente debe repetirlos en orden inverso. [ ] 7 4 2

Lee la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.  
 [ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

\_\_\_\_/2

\_\_\_\_/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

\_\_\_\_/3

4 o 3 restas correctas: 3 puntos, 2 o 1 resto correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos

**LENGUAJE**

Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. [ ]  
 El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. [ ]

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. [ ] \_\_\_\_\_ (N ≥ 11 palabras)

\_\_\_\_/2

\_\_\_\_/1

**ABSTRACCIÓN**

Seo se junta entre p. ej. plátano-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla

\_\_\_\_/2

**RECUERDO DIFERIDO**

Puntuación de la escala de memoria (MIS)	(MIS)	Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
	X3		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	X2	Pista de categoría						
X1	Pista de elección múltiple							

\_\_\_\_/5

**ORIENTACIÓN**

[ ] Fecha [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad

\_\_\_\_/6

© Z. Nasreddine MD [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org) MIS: \_\_\_\_ /15  
 Administrado por: \_\_\_\_\_ (Normal ≥ 26/30)  
 Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud. Añadir 1 punto si tiene ≥ 12 años de estudio

**TOTAL**      \_\_\_\_/30

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE<sup>1</sup>**  
**FICHA N° 3d**

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)			
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:
Modalidad de Atención:			
Nombre de la Unidad de Atención:			
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:
Aplicado por:			

**INSTRUCCIONES:**

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	<b>NO</b>
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	<b>NO</b>
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>SI</b>	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	<b>NO</b>
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	<b>NO</b>
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<b>SI</b>	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	<b>NO</b>
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	<b>SI</b>	no
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> . Cada una de estas respuestas cuenta <b>1 PUNTO</b> .			Total:

**FIRMA DEL EVALUADOR**

<sup>1</sup> Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.

**INSTRUCTIVO:<sup>2</sup>**

**Puntuación total: 15 puntos**

**PUNTOS DE CORTE:**

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

**Tiempo de administración:** 10-15 minutos.

**Normas de aplicación:** El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

---

<sup>2</sup> Aguado c, Martínez j, Onís mc et al.(2000). adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression scale” (gds) de Yesavage. *atención primaria*, 26 (supl 1): 328.