

CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES NO
INSTITUCIONALIZADOS:
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA, ESTADO MENTAL Y DEL ÁNIMO



1 8 0 3

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

LUZ MARÍA RESTREPO GONZÁLEZ

ASESOR ACADÉMICO

JUAN FELIPE AGUIRRE ESCOBAR

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2018

Agradecimientos

A quienes durante años apoyaron incondicionalmente mi formación profesional, mi madre María Elena, mi hermano Santiago, mi hermana Alejandra, su esposo Nacho y mis sobrinos Pamela y Andrés. A Julián y Juan Felipe, que orientaron este gran logro con paciencia y excelentes aportes. A mis amigos y amigas del alma, que esperaron con alegría cómplice el poder terminar mi carrera.

Tabla de contenido

Agradecimientos	1
Índice de tablas	4
Índice de gráficos	4
Índice de figuras	5
Listado de anexos	5
Resumen	6
Summary	7
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	13
Justificación	16
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Marco teórico	20
Cuidados a Largo Plazo (Long Term Care)	21
Estado de ánimo	22
Estado mental	23
Percepción de calidad de vida	25
Envejecimiento activo	26
Metodología	28
Tipo de estudio	28
Población y muestra	28

Muestra	30
Procedimientos para la recolección de la muestra	30
Instrumentos	30
Mini-mental State Examination (MMSE)	30
Yesavage	31
WHOQoL-Bref	31
Plan de análisis	32
Consideraciones éticas	33
Resultados	35
Resultados WHOQoL-Bref	40
Mini Mental State Examination (MMSE)	44
Resultados Yesavage	46
Discusión	49
Conclusiones	52
Referencias	54
Anexos	58

Índice de tablas

- Tabla 1. Distribución por género.
- Tabla 2. Distribución por edad agrupada.
- Tabla 3. Distribución por estado civil.
- Tabla 4. Distribución por nivel académico.
- Tabla 5. Distribución por ocupación.
- Tabla 6. Distribución por años de permanencia en la Residencia.
- Tabla 7. Resultados percepción de satisfacción salud física.
- Tabla 8. Resultados percepción de satisfacción salud psicológica.
- Tabla 9. Resultados percepción de satisfacción relaciones sociales.
- Tabla 10. Resultados percepción de satisfacción entorno.
- Tabla 11. Consolidado población-resultados instrumentos.
- Tabla 12. Convenciones resultados instrumentos.

Índice de gráficos

- Gráfico 1. Enfermedades Presentes en la Población.
- Gráfico 2. Dominios WHOQoL-Bref.
- Gráfico 3. Edad agrupada- Mini-Mental State Examination (MMSE).
- Gráfico 4. Edad agrupada-Yesavage

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama del modelo conceptual OMS.

Listado de anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Anexo 2. Protocolo de Evaluación.

Resumen

La caracterización de 20 adultos mayores habitantes de la Residencia San Juan Bosco en términos de estado anímico, mental y percepción de calidad de vida, en edades comprendidas entre 67 y 85 años de ambos géneros (16 mujeres y 4 hombres), beneficiarios de la Sociedad San Vicente de Paúl de Medellín, y seleccionados mediante un muestreo por conveniencia bajo tres criterios de inclusión como: a) Habitar en la Residencia San Juan Bosco. b) Sujetos con una edad igual o mayor a 60 años. c) Expresar, verbalmente y por escrito, participar en el estudio y la valoración por medio de la entrevista semiestructurada.

El 86% del grupo obtuvo una valoración del estado anímico eutímico, mientras que el otro 14% presentan un estado de ánimo con sintomatología depresiva y depresión. Se encontró en relación con el estado mental, que el 65% no presenta ninguna dificultad cognitiva relacionada con la demencia, el 20% presenta sospecha patológica de demencia y el 15% se encuentra en estado de deterioro cognitivo, lo cual indica que la población adulta mayor de la Residencia SJB, siendo una población no institucionalizada mantiene estado de salud mental funcional. Cada uno de los dominios de percepción de satisfacción de calidad de vida, obtuvieron una valoración media alta, en relación con la edad la percepción de satisfacción podría estar influida por el incremento de limitaciones físicas y psicológicas que se van produciendo en el envejecimiento.

Palabras clave: estado mental, estado anímico, percepción de calidad de vida, envejecimiento activo, cuidados a largo plazo.

Summary

The characterization of 20 elderly residents of the San Juan Bosco Residence in terms of mood, mental and perception of quality of life, aged between 67 and 85 years of both genders (16 women and 4 men), beneficiaries of the Society San Vicente de Paúl de Medellín, and selected by convenience sampling under three inclusion criteria, such as: a) Living in the San Juan Bosco Residence. b) Subjects with an age equal to or greater than 60 years. c) Express, verbally and in writing, participate in the study and assessment through the semi-structured interview.

86% of the group obtained an assessment of mood eutimic, while the other 14% have a mood with depressive symptomatology and depression. It was found in relation to the mental state, that 65% did not present any cognitive difficulty related to dementia, 20% had a pathological suspicion of dementia and 15% were in a state of cognitive deterioration, which indicated that the population of the SJB Residence, being a non-institutionalized population, maintains a functional mental health status. Each of the domains of perception of satisfaction of quality of life, obtained a high average rating, in relation to age, the perception of satisfaction could be influenced by the increase of physical and psychological limitations that occur in aging.

Key words: mental state, mood, perception of quality of life, active aging, long-term care.

Antecedentes

La población adulta mayor y su proceso de envejecimiento, se ha estudiado desde mediados del siglo en el país, en las líneas de desarrollo que a nivel internacional se establecieron para identificar, en el marco de sus derechos, las estrategias necesarias de atención integral que se deben implementar y así mejorar los índices de calidad de vida para esta población.

Existen desafíos para la atención al adulto mayor que deben tenerse en cuenta en el proceso de envejecimiento, sobre todo los que tienen relación con el crecimiento demográfico y su estado de salud que aumentan los costos dado que requieren de atención y cuidados especializados, esto en cierta medida puede significar el debilitamiento de los recursos económicos y de apoyo (social o familiar), lo que conlleva a la afectación del mantenimiento de su funcionalidad para proveer una adecuada calidad de vida, sin distinción entre los adultos mayores institucionalizados o no, que necesitan de asistencia a largo plazo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la necesidad de asistencia a largo plazo (long term care) a adultos mayores está aumentando:

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. (OMS, 2017, párr. 14)

La población adulta mayor habita lugares con características diversas que pueden clasificarlos como: no institucionalizados, institucionalizados o indigentes que viven en la calle y de la caridad pública, lo cual permite que las políticas públicas determinen los lineamientos de atención y vele por el ejercicio de sus derechos para procurar en el marco del envejecimiento activo, su bienestar y no genere sobrecostos presupuestales o el déficit de recursos para la inversión social de esta población (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Para el abordaje del contexto en el cual se desarrollará la investigación, se tendrá en cuenta la diferencia entre un adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, iniciando con la definición de: “Instituciones Totales, Establecimientos de Larga Estadía: Todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado” (Gaviria, 1994; comentado en: Cifuentes, 2005, p. 66).

Generalmente un adulto mayor institucionalizado es aquel que se encuentra internado bajo la modalidad de hospitalización o que habita en centros de cuidado a largo plazo (long term care), hogares gerontológicos o residencias. Es un adulto mayor que requiere de cuidados paliativos, que no cuenta con habilidades blandas para la realización de sus actividades de la vida diaria básicas y/o instrumentales y que para realizarlas requiere de apoyos humanos o mecánicos.

Actualmente se habla de establecimientos o centros de cuidado a largo plazo como:

Lugares físicos debidamente acreditados por los distintos servicios de salud del país, donde se les proporciona a los adultos mayores sin enfermedades graves, servicios como: alojamiento, alimentación y cuidados especiales en un medio ambiente protegido para mantener su salud y funcionalidad. (Minsal, 1994; comentado en: Cifuentes, 2005, p. 70)

Existen dos tipos de centros de cuidado a largo plazo. Uno de ellos está dispuesto por particulares o con fines de lucro, donde se paga un monto mensual acorde a los servicios que se requieran y la ubicación de la residencia. El otro tipo de centros, se caracteriza por ser un lugar de beneficencia o sin fines de lucro, que generalmente pertenece a fundaciones religiosas o de otro carácter misional. Aquí los beneficiarios también deben realizar un aporte económico mensual (pequeño o a acorde a sus posibilidades) que debe ser cancelado por el adulto mayor o su familia, o que puede ser deducido de las pensiones de vejez (Cifuentes, 2005, p. 72).

Los habitantes de la Residencia San Juan Bosco se encuentran en el marco de éste último tipo de establecimientos de cuidados a largo plazo. Acceden al beneficio por medio de un contrato de comodato precario, firmado con la Sociedad de San Vicente de Paul de Medellín (en adelante SSVPM), para habitar un espacio exclusivo para el adulto mayor, alejado de su comunidad o redes de apoyo primarias; son admitidos porque aún cuentan con la autonomía suficiente para valerse por sí mismos y reciben servicios adicionales desde las áreas de gerontología, actividad física y psicología.

La depresión es un factor de riesgo significativo en la población adulta mayor, y en el contexto local también se incluye este factor en el marco de las políticas de prevención y promoción de la salud mental y física.

Cardona, Segura, Garzón, Segura y Cano, encontraron que en la población de adultos mayores antioqueños:

Uno de cada cuatro adultos mayores presentaron riesgo de depresión, uno de cada tres tenían riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico. (2016, p. 71)

El aumento de la población adulta mayor, acarrea también un aumento de las deficiencias de atención en salud física y mental asociadas con el factor de la edad, las cuales requieren de la disposición de recursos económicos, familiares y sociales para la atención en salud, “la depresión, es considerada como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias” (Cardona et al., 2016, p. 73).

Además de la depresión, la población adulta mayor está expuesta a otros problemas de salud tales como deterioro cognoscitivo y de la calidad de vida. En relación con los antecedentes encontrados que tratan sobre la demencia en la población general adulta mayor y sus estadísticas en aumento exponencial, la OMS plantea que:

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa. (OMS, 2017, párr. 16)

Por otra parte, para abordar la medición de la calidad de vida en el adulto mayor, se revisaron dos artículos de investigación que, aunque no son locales, hablan del contexto latinoamericano al tratarse de investigaciones realizadas en Cuba y en Chile. En estos trabajos se exponen las diferentes dimensiones que se deben tener en cuenta en el marco del trabajo con dicha población. Sánchez, González, Alerm y Bacallao (2014), plantean que la calidad de vida (CV en adelante), por sus cualidades multidimensionales, presenta dificultades al momento de su medición. La CV apunta a realidades irreductibles, dependientes y que tienen componentes subjetivos importantes

en relación, no sólo con la salud física, sino también con aspectos de la vida psico-afectiva, lo cual requiere que el diseño de estrategias para la atención del adulto mayor sea integral.

Actualmente, la medición de las dimensiones o factores que influyen en la CV del adulto mayor, se ha realizado con la utilización de instrumentos como:

- Encuesta de Calidad de Vida para personas mayores elaborada por la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-Old).
- Escala reducida del bienestar psicológico de Ryff.
- Cuestionario de apoyo social funcional, SF-12 y GHQ12 (Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2013, p. 1006).

Urzúa y su equipo (2011), reunieron para su análisis los dominios de calidad de vida evaluados por el WHOQOL-Old de la OMS: habilidades sensoriales; autonomía; actividades del pasado, presente y futuras; participación social; la muerte y el morir; e intimidad. Una de las conclusiones más relevantes en ese análisis tiene que ver con que, tanto las dificultades de salud como el sentido y percepción de la autoeficacia, promueven el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, pero no integran necesariamente otros factores que aportan a su bienestar como la autopercepción, ya sea por desconocimiento, contexto social o redes de apoyo personales.

Así que, una indagación que integre aspectos como la calidad de vida, y el estado mental y del ánimo, permitiría aportar al mejoramiento del bienestar, la prevención y la salud psíquica de los adultos mayores, ya que, a partir de los resultados, podrían diseñarse programas pertinentes en el ámbito psicogerontológico.

Planteamiento del problema

Una de las metas establecidas en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007-2019), es que “de las personas mayores, y de la población general, se espera que desarrollen competencias para la gestión de su autocuidado, de su autonomía y de su calidad de vida” (Ministerio de la Protección Social, 2007, p. 41). Para eso el Estado, desde sus diferentes estamentos ha diseñado programas y líneas de gestión que favorecen espacios para el conocimiento de la política y sus beneficios. Esto implica que el sector privado y las ONG que atienden o benefician a personas de la tercera edad, promuevan acciones de prevención y promoción para el envejecimiento activo y el mejoramiento de la CV con enfoques diferenciales e interdisciplinarios.

Lo anterior permite plantear una inquietud frente a los modelos de prevención y atención de la sintomatología depresiva, el estado mental y la percepción de calidad de vida del adulto mayor en el ámbito no institucionalizado, dado que se han encontrado altas prevalencias de factores de riesgo, por ejemplo, en el contexto local (Cardona et al., 2016).

En la Residencia San Juan Bosco (SJB en adelante), la problemática se identificó a través de las reuniones del equipo interdisciplinario, en los cuales se encontró que la mayor parte de la población beneficiaria no estaba participando de las actividades o servicios ofrecidos por el área psicosocial de la SSVPM. Los profesionales de esta área han identificado que los beneficiarios ya no salen de sus apartamentos, permanecen inactivos la mayor parte del tiempo, limitan sus actividades a la cotidianidad de hábitos en el hogar (tales como alimentación, aseo y entretenimiento audio-visual), salen casi exclusivamente a citas médicas y no se muestran motivados ante las actividades que la SSVPM les ofrece desde los programas de gerontología y psicología para el mejoramiento de su calidad de vida.

Para contrarrestar los efectos de esta inactividad, y considerando los altos índices de trastornos depresivos en la población antioqueña de adultos mayores (Cardona et al., 2016), se piensa que es necesaria la implementación de programas o de tratamientos que mejoren los aspectos biopsicosociales de los beneficiarios de la residencia de la SSVPM.

El presente estudio busca partir de una caracterización de la población que permita la identificación de los factores que inciden sobre aspectos relacionados con el estado de ánimo, mental y la percepción de la calidad de vida y, a partir de los datos recolectados, identificar la necesidad de la implementación de estrategias de intervención psicológica que posibiliten el mejoramiento de la salud mental del adulto mayor que habita en la Residencia SJB.

Además, la socialización de los resultados a la población permitiría orientar el mejoramiento o regulación del estado del ánimo y mental, a través de acciones de impacto positivo tanto en actividades de la vida diaria básicas y necesarias (bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama, o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa), como en actividades de la vida diaria instrumentales que facilitan la vida independiente (usar el teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, comprar comestibles y preparar comida), de modo que mejore su percepción de CV.

Es importante tener en cuenta que en la actualidad existe variedad de ámbitos de intervención gerontológica en los que la psicología está incidiendo. Es decir, no sólo desde el área de la salud se realizan procesos de atención personal o grupal, atendiendo a lo psicopatológico o psicoterapéutico, sino que la labor del psicólogo se extiende a la atención integral del adulto mayor. Es así que, entre las posibilidades de acción de la psicología en el campo de la gerontología, se realizan algunas como:

- “Evaluación funcional, cognitiva, psicoafectiva, social y de la personalidad”.

- “Psicoestimulación, validación y terapia de orientación a la realidad con personas que sufren deterioro cognitivo y/o demencia”.
- “Programas de entrenamiento en habilidades sociales y emocionales”.
- “Prevención y afrontamiento del suicidio y la depresión geriátrica (modelos conductual, cognitivo conductual, interpersonal y psicodinámico)” (Santamaría Moncalvillo, 2004, p. 9).

Las principales problemáticas de las que parte este estudio son:

- La población beneficiaria no participa de las actividades o servicios ofrecidos por el área psicosocial de la SSVPM, y esa inactividad puede ser tomada como un indicador del estado de ánimo de los AM y de su calidad de vida.
- No existe un diagnóstico que provea información sobre el estado anímico y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores habitantes de la Residencia SJB de la SSVPM.
- No se ha diseñado desde la SSVPM una estrategia que aborde a la vez la promoción de la calidad de vida y la prevención del deterioro del estado anímico en los AM habitantes de la Residencia SJB.

Con base en este panorama, surge la pregunta de investigación: ¿Qué aspectos de la percepción de la calidad de vida, del estado mental y del ánimo, interfieren en el envejecimiento activo en los adultos mayores no institucionalizados, habitantes de la Residencia SJB?

Justificación

La presente investigación está enfocada a caracterizar el estado anímico, mental y la percepción de calidad de vida de un grupo de adultos mayores habitantes de la Residencia SJB, obra social de la SSVP de la ciudad de Medellín durante el año 2017.

El estado anímico se valorará en relación con la presencia o no de sintomatología depresiva que puede aparecer con la edad y constituye un indicador de salud mental. La depresión puede manifestarse a través de síntomas emocionales (tristeza falta de interés o satisfacción, ansiedad, capacidad reducida para pensar o concentrarse, indecisiones o culpa excesiva o inapropiada) o de síntomas físicos (dolores vagos de cabeza o espalda, trastornos del sueño, fatiga, cambios significativos del apetito). A partir de la aplicación de la escala geriátrica de depresión Yesavage, que mide la percepción del sujeto sobre cómo se sintió en la última semana, con respuestas de si/no, se puede determinar el estado anímico del adulto mayor, teniendo en cuenta que existen factores agravantes del deterioro físico y cognitivo, que se consideran como aspectos inevitables del envejecimiento. Los resultados obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad para evaluar el impacto que generan los programas de mantenimiento psicogerontológico de las personas que habitan en la Residencia SJB. Además permitirá obtener información acerca del estado anímico real que en la actualidad presenta el grupo.

El estado mental se valorará con la aplicación del Mini-Mental State Examination (MMSE en adelante), que permite establecer el grado del estado cognoscitivo, así como detectar si existe o no riesgo o demencia, evaluando características específicas como la orientación espacio-tiempo, capacidad de atención, concentración y memoria, abstracción (cálculo), lenguaje y percepción viso-espacial y capacidad para seguir instrucciones básicas.

En la tercera edad no es extraño algún proceso de deterioro cognitivo o demencia, que se agudiza si no se interviene adecuadamente según avanza la edad (Cardona et al, 2016). La aplicación del WHOQoL-Bref, instrumento diseñado por la OMS, permitirá “evaluar la calidad de vida en el grupo de adultos mayores sanos y enfermos en relación a la percepción de sus dimensiones: física, psicológica, social y ambiental de manera integral” (Cardona; Higuira, 2014, p. 1).

La calidad de vida está definida por la OMS “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones” (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, Bunout, 2011, p. 579). Lo anterior es importante en esta investigación porque frente a otros factores de riesgo, como la depresión o la demencia, identificar la percepción subjetiva del grupo frente a su calidad de vida, puede orientar la implementación de estrategias de intervención grupal o individual para el mejoramiento de las diferentes áreas relacionadas con la CV y aminorar riesgos psicosociales. De otro lado: “Los indicadores sociodemográficos como la edad, el nivel de educación y la ocupación (relacionada con los adultos que trabajan o reciben un ingreso económico), son indicadores significativos para determinar si existe una buena calidad de vida” (Flores, Troyo, Ávila, González, Pérez, Muñoz, 2013, p. 189).

Con los resultados obtenidos en esta población, la SSVPM podrá optimizar sus servicios, ajustar los programas que viene desarrollando y preparar nuevas propuestas para este tipo de población, contribuyendo a mantener en ellos la autonomía y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

La presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados o cualquier

organización con o sin ánimo de lucro de nivel departamental, nacional o internacional, cuya línea de trabajo se enfatice en el adulto mayor.

Se elige investigar este tema porque en la SSVPM aún no se ha determinado de manera empírica, o mediante diagnóstico, si los comportamientos anteriormente descritos como: no salir de sus apartamentos, permanecer inactivos la mayor parte del tiempo, limitar sus actividades a la cotidianidad de hábitos en el hogar (tales como alimentación, aseo y entretenimiento audiovisuales), pueden ser conductas relacionadas con estados de ánimo depresivos y/u otras manifestaciones por ejemplo relacionadas a los estadios del desarrollo del ciclo vital (Erikson, 1956; comentado en: Sanchiz, 2008-2009, p. 68) como consecuencia de la ausencia de reforzamientos positivos en la vida de los beneficiarios.

En los primeros meses del año en curso se han tenido reportes por parte de las áreas de Gerontología y Trabajo Social de la SSVPM, en los cuales exponen que la población no responde como antes a las actividades propuestas por los diferentes servicios que la sociedad les ofrece, lo cual es una alerta del cambio en sus hábitos diarios y motivación que puede incidir en su calidad de vida. También refieren cambios en la convivencia, presuntamente deteriorada por el cambio en las dinámicas relacionales y la llegada de nuevos habitantes.

Una vez culminado, el proyecto de investigación beneficiaría tanto al área de profesionales psicosociales de la SSVPM, como a los habitantes de la Residencia SJB, porque aportaría información empírica sobre aspectos que orienten la atención a la población adulta mayor, en aras de un mejoramiento continuo de la calidad de vida de los beneficiarios.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar un grupo de adultos mayores habitantes de la Residencia San Juan Bosco (SSVP Medellín 2017) en términos de estado anímico, mental y percepción de calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Valorar el estado anímico, mental y la percepción de calidad de vida de un grupo de adultos mayores habitantes de la Residencia San Juan Bosco (SJB).
- Describir las principales características del estado anímico, mental y la percepción de calidad de vida de la población.

Marco teórico

Existen todavía diversos imaginarios sociales que relacionan directamente a la tercera edad o a las personas adultas mayores con factores como: enfermedad mental y física, soledad, pobreza y pérdida de la autonomía. Tales imaginarios no representan propiamente miradas positivas y refuerzan prejuicios, desdibujando la figura del anciano hasta el punto de vulnerar sus derechos e invisibilizar su lugar en la sociedad. El riesgo de vulneración es más fuerte si el adulto mayor habita en la calle y no con su familia o en hogares gerontológicos o residencias que les brindan cuidados de largo plazo.

Sea cual sea la condición de habitación de la población adulta mayor, los estudios tendientes a identificar o evaluar factores específicos en relación con sus condiciones de vida, que abarcan en gran parte el estado de salud, recursos socioeconómicos y tendencias sociodemográficas, en cierta manera buscan orientar las acciones que el estado, la sociedad y la familia realizaran para promover condiciones favorables en torno al envejecimiento activo de esta población.

En general, a los adultos mayores institucionalizados o no, las mediciones para establecer sus condiciones de vida hacen referencia a aspectos como: autonomía para las actividades cotidianas, capacidad funcional, clasificación de diversos síntomas relacionados con depresión y ansiedad, estado nutricional, percepción de la calidad de vida y redes de apoyo, mediante la utilización de instrumentos o pruebas estandarizadas que pueden brindar una información precisa y validada científicamente, cumpliendo los lineamientos dados por la OMS, para la atención a la población adulta mayor y la promoción del envejecimiento activo como estrategia de prevención en lo que a la salud se refiere.

De acuerdo con lo anterior, en este apartado se expondrán brevemente algunos de los conceptos relacionados con el cuidado al adulto mayor, el envejecimiento activo, el estado anímico y mental y la percepción de calidad de vida, que son relevantes para ayudar a comprender el objetivo y los resultados del presente trabajo.

Cuidados a Largo Plazo (Long Term Care)

Estos cuidados se refieren específicamente a las acciones de apoyo que terceros realizan para que las “personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (OMS, 2005, p. 247) y en este sentido no sólo aplican para la población adulta mayor, sin embargo se enfatiza en ésta, debido a que son quienes a menudo y conforme al deterioro etario están más expuestas a requerir de dichos cuidados.

Son llamados también cuidados de larga duración y actualmente la OMS (2016) hace una amplia y explícita referencia de sus características, las cuales deben articularse como un sistema que propende por el continuo mejoramiento del bienestar integrado al contexto social (redes de apoyo en diferentes niveles y atención en salud), garantizando a la persona que lo requiera “llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, logros personales y dignidad humana” (Citado en: Barrientos-Gómez JG, Velosa-Castro LD, Cardona-Restrepo FA, 2016, p. 24).

La OMS (2005) en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, incluye la definición de *Entornos Adaptados a las Personas Mayores*, la cual hace referencia a que la familia o el lugar que habita, son entornos que promueven “el envejecimiento saludable y activo al fomentar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo de toda la vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con determinado nivel de capacidad” (p. 248). Esto amplía

las posibilidades de atención integral al adulto mayor institucionalizado o no como factor protector en el ámbito social y familiar, ya que facilita el fortalecimiento de estrategias o programas para la integración social del adulto mayor y las necesidades que van surgiendo durante el envejecimiento.

Estado de ánimo

Generalmente, el estado de ánimo tiene una valencia específica: activado o deprimido. Así, la eutimia es el estado de ánimo no patológico, ubicado entre la hipertimia y la distimia, o entre la manía y la depresión, siendo estas últimas polaridades las en los cuadros diagnósticos de los trastornos del estado del ánimo evidencian una clara alteración del humor (Asociación de Mentes Abiertas, 2017).

Un estado de ánimo deprimido, a diferencia de la patología, se manifiesta por sentimientos asociados a la tristeza y sensaciones de agotamiento de la energía vital, que pueden surgir como consecuencia de una situación negativa o que sencillamente hacen fluctuar el estado anímico y es generalmente transitorio.

Según los cambios establecidos en el DSM-V (2013), los trastornos del estado del ánimo ya no figuran en una sola categoría, es decir, se han dividido y especificado.

Los trastornos depresivos han sido clasificados en ocho tipos de trastornos: de disregulación disruptiva del estado de ánimo; depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor); depresivo persistente (distimia); disfórico premenstrual; depresivo inducido por una sustancia/medicamento; depresivo debido a otra afección médica; otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

De otro lado, generalmente en los motivos de consulta, los pacientes expresan imposibilidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones y pueden aparentar con facilidad características que los identifican como distraídos o se quejan de dificultades de memoria.

Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 164)

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud OPS (2015), en el CIE-10, nombra las patologías relacionadas con el estado de ánimo como “Trastornos del humor (afectivos)” (p. 45), cuya principal característica es la alteración del humor o la afectividad en relación con la depresión. Estos trastornos se han clasificado en seis tipos: Episodio maníaco; Trastorno afectivo bipolar; Episodio depresivo; Trastorno depresivo recurrente; Trastornos del humor (afectivos) persistentes; Otros trastornos del humor (afectivos) y Trastorno del humor (afectivo) no especificado.

Estado mental

Este estudio se enfocará en identificar riesgos o presencia de demencia, la cual se entiende como:

Un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional

tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia (García Valverde, 2014, p. 7).

Rotondo (1998) define a la demencia como: “El deterioro de las funciones mentales previamente normales, que se manifiesta principalmente en el menoscabo de la inteligencia, el pensamiento, la atención y la memoria y secundariamente en la afectividad y la conducta” (p. 74), el cual puede comenzar en cualquier época de la vida: infancia, niñez, adolescencia, adultez y con mucha mayor frecuencia en la adultez mayor.

En la actualización del DSM-V (2014), se encuentra una explicación referente al cambio en la denominación y clasificación de la demencia, gracias a los avances en la investigación científica, que permitió separarla de otras enfermedades como el Alzheimer y la enfermedad de Huntington, nombrando la demencia como “un trastorno neurocognitivo mayor” (OPS, 2014, p. XLVI).

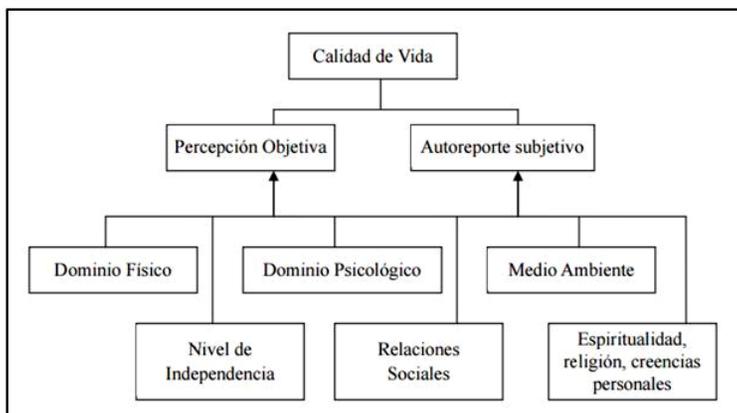
El CIE-10 incluye la Demencia en el Capítulo V-Trastornos mentales y del comportamiento (F00 y F99), en el apartado: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00 y F03), clasificándola en los siguientes cuadros: demencia en la enfermedad de Alzheimer; demencia vascular; demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte; demencia no especificada; síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas; delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas; otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física; trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral y trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado.

Percepción de calidad de vida

Actualmente no existe una definición unánime del concepto, aunque el término Calidad de Vida (CV) se utiliza con frecuencia para la evaluación en salud o como medida de bienestar en cuatro Dimensiones: percepciones sobre las condiciones físicas; condiciones afectivas y cognitivas; relaciones sociales y el ambiente en el que se vive (Cardona y Agudelo; 2005, p. 85). Sin embargo, como lo afirma Fernández-Ballesteros (1998, comentado en Urzúa-Caqueo, 2012), es posible plantear que en lo hasta ahora publicado en la literatura referente a la CV, existen coincidencias o acuerdos, básicamente en tres aspectos: “(a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida”. (p, 70).

Figura 1.

Diagrama del modelo conceptual de Calidad de Vida según la OMS.



Tomado de: Urzúa y Caqueo; 2012, p. 65.

La OMS (1996) definió la calidad de vida: “en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como

en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p. 385,). En la definición se aclara que dicho concepto es bastante amplio debido a que sugiere relaciones o influencias de la salud física y mental de cada persona, así como su nivel de independencia, sus redes de apoyo o relacionamiento social y con el entorno.

Envejecimiento activo

El envejecimiento es un proceso biológico que se da por “los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo” (OMS, 2005, p.248).

El concepto de envejecimiento activo, se ha incorporado desde el año 2002 a las dinámicas de desarrollo mundial, en el marco de las políticas establecidas para el abordaje del envejecimiento, partiendo de dos documentos internacionales, “la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud” (OMS, 2005, p. 4).

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población adulta mayor y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

En el contexto de desarrollo económico, también se incluye este concepto dado que representa gran interés para las políticas de desarrollo social, por ello el Banco Interamericano de Desarrollo (2002), define el paradigma del envejecimiento activo y saludable, como la capacidad de:

Poder disfrutar de la última etapa de la vida en condiciones de seguridad económica y personal, con participación activa en la vida familiar y social y con una buena percepción de la propia salud. Este concepto es relativamente nuevo, ya que la vejez siempre se ha visto como un estado de deterioro que precede a la muerte. El reconocimiento de que la capacidad funcional no se pierde inexorablemente con el envejecimiento y de que el proceso de discapacidad es dinámico y susceptible de empeorar y mejorar según el medio social donde se presenta, ha estimulado la investigación gerontológica. (p. 106)

De otro lado Naciones Unidas (2004), en el marco del Trigésimo período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), reconociendo al adulto mayor como sujeto de derechos, entiende que el envejecimiento activo es un proceso mediante el cual se pueden promover “oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales” (p. 65).

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo. El estudio descriptivo se logra con la caracterización de la población en relación con el estado mental, estado anímico y percepción de calidad de vida del grupo de adultos mayores habitantes de la Residencia SJB. Las descripciones se establecen a partir de los resultados de cada uno de los sujetos de la muestra.

El estudio busca especificar características importantes que se obtienen mediante la aplicación de tres instrumentos: test Mini-mental State Examination (MMSE), escala Yesavage y la encuesta de percepción de calidad de vida WHOQoL-Bref. Este diseño tiene la ventaja de mostrar con precisión las dimensiones de la población. Resulta apropiado debido a que el tipo de población que se estudia es pequeño, como es el caso de los adultos mayores habitantes de la Residencia SJB, beneficiarios del programa de arriendo de vivienda por comodato precario de la Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín, asistentes a programas psicosociales (gerontología y psicología).

Población y muestra

La población estuvo conformada por adultos mayores de ambos sexos, que habitualmente asisten a las sesiones de trabajo que desde el área de psicología les ofrece la SSVPM.

De esta población, se seleccionó una muestra de 20 usuarios que cumplían los siguientes criterios generales de inclusión:

- Habitar en la Residencia SJB.

- Edad: Se tomaron sujetos con una edad igual o mayor a 60 años, que en la normatividad nacional se toma como adulto/a mayor.
- Expresar, verbalmente y por escrito, el compromiso de participar en el estudio y asistir a la valoración por medio de la entrevista semiestructurada.

La Residencia SJB, ubicada en el Barrio Boston de Medellín, es un espacio residencial de 16 apartamentos para dos personas. Sólo están habitados 13 de ellos y uno está adecuado como oficina para atención psicosocial que realiza el personal de la SSVPM.

Cada uno de ellos cuenta con espacios físicos adecuados, como baterías de cocina y sanitarias (baños), patio, sala comedor y alcobas. Los apartamentos están unidos por un gran patio central y están divididos en dos plantas (primer y segundo piso) con acceso por escaleras.

El amoblamiento al interior de los apartamentos, pertenece a sus inquilinos y en las zonas comunes a la SSVPM al igual que el de la oficina para el personal de atención psicosocial.

De sus 24 habitantes, 20 son adultos mayores, 16 mujeres y 4 hombres. Son económicamente autosuficientes y funcionales física y mentalmente, lo cual les permite valerse por sí mismos para la realización de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales. El promedio de edad es de 76 años, siendo el mínimo 66 y el máximo 87. Todos cuentan con afiliación a servicios de salud (EPS o SISBEN).

El promedio actual de la permanencia de los habitantes en la Residencia es de 121 meses (desde 1983 hasta el 2016), lo cual puede demostrar que existe baja rotación en la población beneficiaria.

Muestra

Será a conveniencia: adultos mayores, hombres y mujeres (20) con un promedio de edad de 76 años. Los participantes deberán expresar, verbalmente y por escrito, el compromiso de iniciar y continuar en el estudio y asistir a las sesiones de valoración proyectadas para realizarse en dos semanas y la sesión de devolución de los resultados.

Procedimientos para la recolección de la muestra

A partir de la base de datos de los participantes beneficiarios de la obra social Residencia San Juan Bosco de la SSVP, se identificaron 20 de los 24 candidatos que cumplían con los criterios establecidos en el estudio. Una vez hecha la preselección, se procedió a visitar a los usuarios para conocer su disponibilidad y citarlos a una reunión inicial para explicarles el objetivo del proyecto.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán en el estudio, se eligieron teniendo en cuenta sus características en relación con el estado mental, emocional y de percepción de calidad de vida.

Mini-mental State Examination (MMSE)

Este instrumento desarrollado por Folstein (1975), se utilizará para la evaluación del estado mental de la población y permite la detección de la existencia o no de demencia, riesgo patológico o deterioro cognitivo; las características esenciales que el instrumento evalúa son:

- Orientación espacio- tiempo.

- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas”. (Estados Unidos Mexicanos. (s.f.). párr., 1)

Un aspecto relevante este instrumento para la interpretación de los resultados de la población adulta mayor, corresponde a que en personas de edad superior o igual a los 65 años debe diferenciarse la valoración, ya que para pacientes no institucionalizados (no geriátricos) una puntuación directa inferior a 23 es considerada con deterioro.

Yesavage

La escala para Depresión Geriátrica en su versión más abreviada consta de de 5 (GDS-5), cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores, se enfoca, antes que en malestares físicos, en el estado de ánimo. 15 preguntas (en la completa de 30) que se responden de manera afirmativa o negativa. El test puede responderse en 5 minutos.

WHOQoL-Bref

El WHOQoL-Bref centra su valoración en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica de calidad de vida. (Cardona; Higueta, 2014).

Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100 es aplicable a sujetos sanos y enfermos y evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas a la aplicación; consta de 26 puntos, 24 de los cuales generan un perfil de calidad de vida en cuatro

Dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; los dos restantes se enfocan en calidad de vida global y salud general.

Su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones.

Plan de análisis

Una vez obtenidos los datos de la evaluación, se procede a elaborar una base de datos en el software estadístico SPSS® versión 21; posteriormente, se registran los datos, se depuran los errores y se hará uso estadísticos descriptivos para realizar los análisis correspondientes para describir los resultados de la caracterización.

Consideraciones éticas

El presente estudio contempla la normatividad estipulada en la Ley 1090 de 2006 y las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y específicamente las establecidas en el Título II De la investigación con seres humanos, Capítulo 1 De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Artículos 5 al 11).

Considerando estos referentes normativos, se establece que el presente estudio contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de seres humanos y, en su propuesta, prevalece el criterio de respecto a la dignidad de los/las participantes, así como la protección de sus derechos.

Por ello, se garantiza la participación voluntaria de los sujetos en el estudio, así como los criterios de privacidad y confidencialidad de la información suministrada por los participantes. La investigación puede ser clasificada como de riesgo mínimo, lo cual será comunicado al participante de manera previa a iniciar la aplicación de las pruebas de evaluación. Asimismo, se le comunicará los datos de los investigadores, la justificación, objetivos, procedimientos y propósitos de la investigación, así como la garantía de recibir respuesta a sus preguntas y la posibilidad de que poder retirarse de la investigación en cualquier momento o hacer una pausa para descansar durante el proceso de evaluación.

De manera relacionada, se plantean a continuación los aspectos de la investigación que podrían generar posibles riesgos mínimos para los participantes y la forma en cómo serán abordados en el transcurso de la investigación:

Comunicación de la información: La información y contenidos del programa responden a módulos desarrollados por expertos en la enfermedad, y probados en diversos contextos culturales sin evidencia de ningún tipo de efecto iatrogénico en los pacientes.

Tiempo de evaluación e intervención adecuadas: durante la realización de las sesiones de evaluación o de intervención es posible que los participantes experimenten sensaciones mínimas de fatiga, para lo cual se establecerá un descanso de unos minutos.

Finalmente, se establece que ningún material resultado de las evaluaciones y obtenido durante el curso del proyecto será utilizado para fines comerciales ni incluido en solicitudes de patentes. Cualquier envío de este material a otras dependencias o departamentos de la universidad se harán únicamente dentro del marco de los objetivos y propósitos de investigación de la presente propuesta, y será respaldado mediante documentos escritos que garanticen su utilización en un marco cooperativo de investigación y, en ningún caso, para fines comerciales.

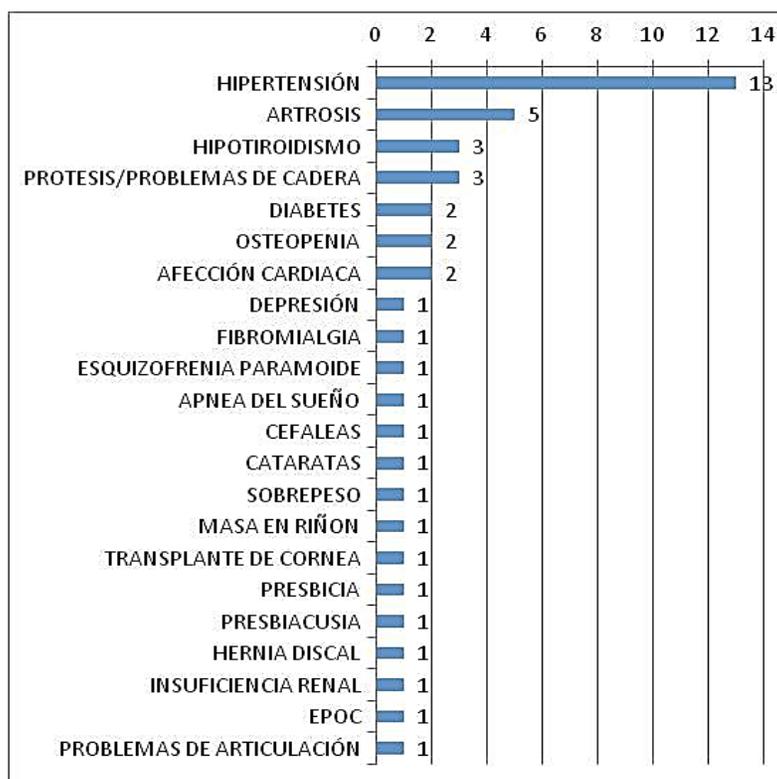
Resultados

A continuación, se presentan los resultados de manera descriptiva de acuerdo a la información obtenida mediante entrevistas no estructuradas a los participantes y a los datos arrojados por los instrumentos utilizados, los cuales están organizados en las tablas creadas en el SPSS según los estadísticos descriptivos.

La muestra quedó conformada por 20 adultos mayores, luego de la implementación de los criterios de selección de la muestra. A ellos se les indagó cuáles enfermedades presentaban, con el fin de tener un panorama de las patologías que les han sido diagnosticadas. El gráfico a continuación muestra la cuantificación de las enfermedades identificadas:

Gráfico 1.

Enfermedades Presentes en la Población.



El gráfico 1 permite evidenciar que el número de personas que presentan enfermedades que tienen directamente comorbilidad con el estado de ánimo son pocas. Sin embargo, 13 de los 20 habitantes padece de Hipertensión, enfermedad que recientemente ha sido investigada debido a su presunta correlación con los trastornos del estado de ánimo como: depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (Vetere; 2014).

El estudio “Frecuencia de Trastornos de Ansiedad y del Ánimo en Pacientes con Hipertensión Arterial Esen”, realizado por Giselle Vetere (2014), expone que los datos recolectados “alertan respecto a la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad e hipertensión arterial, siendo que más de la mitad de quienes padecen hipertensión presentan además al menos un trastorno de ansiedad”, esto debido según los datos a los medicamentos suministrados para el control de la hipertensión.

De acuerdo al plan de análisis, los resultados que arrojó el SPSS®, fueron los siguientes:

Tabla 1. *Distribución por género*

	Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Hombre	3	15.0	15.0
	Mujer	17	85.0	85.0
	Total	20	100.0	100.0

En la Residencia, el 81% de la población pertenece al género femenino y el 19% restante al masculino, lo cual responde a las dinámicas de ingreso a la Residencia SJB, debido a que sólo se recibían mujeres solas y gradualmente fueron ingresando parejas de adultos mayores.

Tabla 2. *Distribución por edad agrupada*

	Agrupado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	66 - 70	1	4,8	4,8
	71 - 75	6	28,6	28,6
	76 - 80	6	28,6	28,6
	80 - 85	5	23,8	23,8
	85+	2	9,5	9,5
	Total	20	100,0	100,0

Los rangos de edades que predominan en la Residencia SJB, se encuentran entre los 71 a 80 años de edad alcanzando el 60% (12 adultos mayores), siendo un grupo con menor riesgo de problemas relacionados con la edad, a diferencia de 35% que se ubican en los rangos superiores (7 adultos mayores) que pueden comenzar o están experimentando un proceso de deterioro mayor, sea físico o mental.

Tabla 3. *Distribución por estado civil*

	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Soltero	5	25.0	25.0
	Casado	9	45.0	45.0
	Viudo	6	30.0	30.0
	Total	20	100.0	100.0

El porcentaje acumulado muestra para el estado civil, que 71,4% de la población es casada. En la Residencia, habitan 4 parejas, pero una de ellas no se identifica como casada, por vivir en unión libre (se identificó como soltera), mientras que su pareja respondió que su estado civil es casado. Esto puede responder a aspectos culturales y/o religiosos.

Tabla 4. *Distribución por nivel académico*

Nivel académico alcanzado		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Sin escolaridad	1	5.0	5.0
	Básica primaria	13	65.0	65.0
	Básica secundaria	5	25.0	25.0
	Técnica	1	5.0	5.0
	Total	20	100.0	100.0

El 61,9% de los beneficiarios de la Residencia SJB, alcanzaron a cursar parte o por completo el nivel educativo de Básica Primaria, lo cual permite deducir en parte que su contexto socioeducativo es bajo y esto es importante, ya que debe tenerse presente para la interpretación de los resultados arrojados por los instrumentos e incide sobre los recursos personales del paciente en las actividades de la vida diaria.

Tabla 5. *Distribución por ocupación*

	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Ninguna	3	15.0	15.0
	Acompañante	1	5.0	5.0
	Ama de casa	4	20.0	20.0
	Auxiliar de Enfermería	1	5.0	5.0
	Bombero en estación de servicio	1	5.0	5.0
	Cuidadora	1	5.0	5.0
	Ebanista	1	5.0	5.0
	Guarnecedor	1	5.0	5.0
	Jefe de cocina	1	5.0	5.0
	Mecanógrafa	1	5.0	5.0
	Modistería	1	5.0	5.0
	Revisadora de calidad	1	5.0	5.0
	Secretaria	1	5.0	5.0
	Servicio domestico	1	5.0	5.0
	Vendedor	1	5.0	5.0
Total	20	100.0	100.0	

En el grupo de adultos mayores evaluados 12 de ellos expresaron que en su edad productiva, realizó al menos un oficio y la mayoría de estos se relacionan con el área de servicios.

Tabla 6. *Distribución por años de permanencia en la Residencia*

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	2	10.0	9.5
4	3	15.0	14.3
5	1	5.0	4.8
7	2	10.0	9.5
8	1	5.0	4.8
9	1	5.0	4.8
Válido 11	2	10.0	9.5
12	2	10.0	9.5
13	1	5.0	4.8
16	2	10.0	9.5
17	2	10.0	9.5
34	1	5.0	4.8
Total	20	100.0	100.0

Este aspecto se incluye en el análisis, ya que se considera importante en relación con la percepción de calidad de vida, específicamente en el indicador “entorno” y aunque la frecuencia es variada, cabe destacar que la moda para esta variable muestra que la permanencia más frecuente se da para: 1, 7, 11, 12, 16 y 17 años de habitar en la residencia, lo que puede demostrar un índice significativo de satisfacción por habitar en la Residencia o de no tener otro lugar en el cual habitar.

Resultados WHOQoL-Bref

A continuación se muestran los resultados de este instrumento, agrupados según los cuatro dominios que lo componen, a saber: salud física, salud mental, relaciones sociales y entorno. La puntuación de cada dominio para su interpretación es que a mayor puntaje, mayor es la

percepción de satisfacción respecto a la calidad de vida que tiene la persona, en una escala de 0 a 100.

Tabla 7. Descripción de los ítems evaluados por cada dominio

Salud física	Salud psicológica	Relaciones interpersonales	Entorno
Actividades de la vida diaria	Imagen y apariencia física	Relaciones personales	Recursos económicos
Dependencia de medicamentos y ayuda médica	Sentimientos negativos	Apoyo social	Libertad y seguridad física
Energía y fatiga	Sentimientos positivos	Actividad sexual	Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales
Movilidad	Autoestima		Entorno en el hogar
Dolor y disconformidad	Creencias personales, religiosas y espirituales		Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades
Sueño y descanso	Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración		Participación y oportunidades de recreación y ocio
Capacidad de trabajo			Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)
			Transporte
0-100	0-100	0-100	0-100

De esta manera, cada dominio ofrece aspectos que representan el diario vivir en el cual el adulto mayor desarrolla teniendo en cuenta diversas situaciones, sensaciones y procesos psicosociales, que son relevantes para su calidad de vida, ya sea por que el adulto mayor se encuentre o no satisfechos.

Tabla 8. *Resultados percepción de satisfacción salud física*

	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	31	1	5.0	5.0
	38	1	5.0	5.0
	44	1	5.0	5.0
	50	2	10.0	10.0
	56	8	40.0	40.0
	63	3	15.0	15.0
	75	2	10.0	10.0
	81	1	5.0	5.0
	88	1	5.0	5.0
	Total	20	100,0	100,0

El 40,0% de los AM se percibe satisfecho con su salud física y sólo el 15.0%, que puntuaron igual o menor a 44, se alejan significativamente de valorar y aceptar como satisfactorio este dominio.

Tabla 9. *Resultados percepción de satisfacción salud psicológica*

	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	44	2	10.0	10.0
	50	3	15.0	15.0
	56	5	25.0	25.0
	63	3	15.0	15.0
	69	4	20.0	20.0
	75	2	10.0	10.0
	81	1	5.0	2.0
	Total	20	100,0	100,0

En este dominio, el 10,0% de los usuarios, percibieron negativamente su salud psicológica y el 15,0%, se sienten altamente satisfechos con ella. Sin embargo este índice también muestra que el 25% se identifica con un nivel de satisfacción aceptable, lo que puede indicar que predomina una mediana satisfacción frente a la percepción de su salud psicológica.

Tabla 10. *Resultados percepción de satisfacción relaciones sociales*

	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	31	1	5.0	5.0
	44	1	5.0	5.0
	50	4	20.0	20.0
	56	5	25.0	25.0
	69	7	35.0	35.0
	75	1	5.0	5.0
	100	1	5.0	5.0
	Total	20	100,0	100,0

Aquí, tanto la puntuación de baja como alta, referentes a la percepción de satisfacción se encuentran con el 5,0%, y es valioso resaltar que el 35,0%, percibe sus relaciones sociales por encima de la media, lo cual indica que aún este dominio les es funcional para su vida diaria, frente a sus dinámicas relaciones.

Tabla 11. *Resultados percepción de satisfacción entorno*

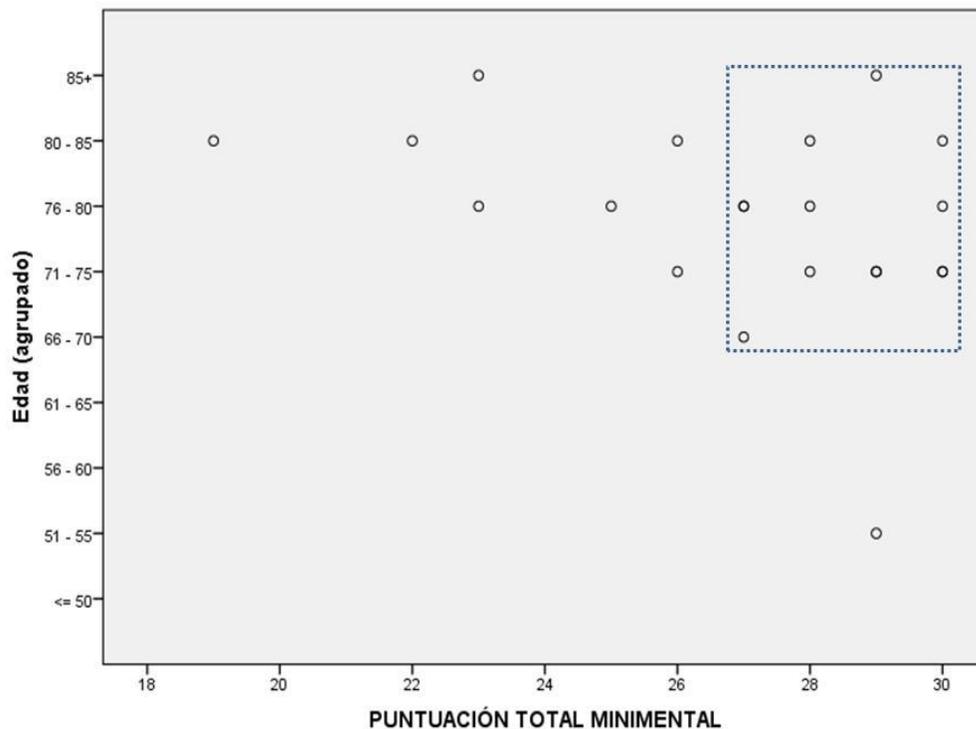
	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	38	1	5,0	5,0
	50	4	20,0	20,0
	56	7	35,0	35,0
	63	3	15,0	15,0
	69	5	25,0	25,0
	Total	20	100,0	100,0

El 35,0% de la población, percibe su entorno como un aspecto favorable para su calidad de vida, sin embargo la puntuación no es lo suficientemente alta y puede ser un indicador de que los adultos mayores de la Residencia SJB, no perciben tener redes de apoyo significativas.

En general cada uno de los dominios de percepción de satisfacción de calidad de vida, obtuvieron una valoración media alta: salud física, mental, relaciones sociales y entorno, y que en relación con la edad, la percepción de satisfacción podría estar influida por el incremento de limitaciones físicas y psicológicas que se van produciendo a medida que avanzan los años.

Mini Mental State Examination (MMSE)

En pacientes no geriátricos mayores de 65 años, la puntuación inferior a 27 es considerada como un factor de deterioro cognitivo.

Gráfico 3. *Edad agrupada- Mini-mental State Examination (MMSE)*

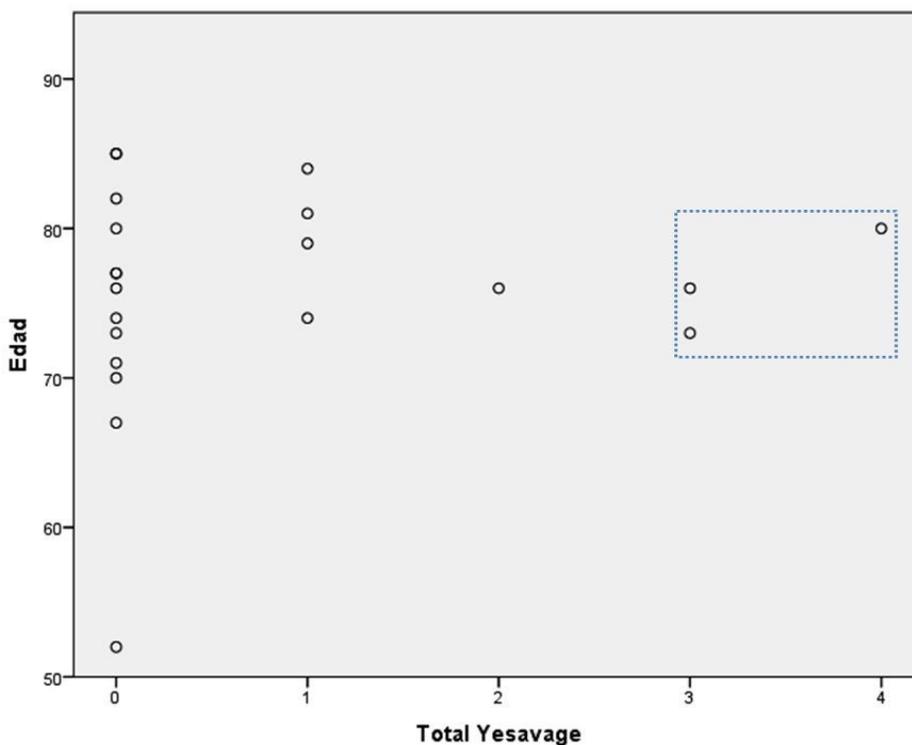
En el gráfico se observa que la mayoría de los participantes cuenta con estado de salud mental adecuado, pero que existe un riesgo considerable de sospecha patológica y deterioro de funciones cognitivas. Se descarta la presencia de demencia, ya que ninguno obtuvo resultados entre los 9 y los 12 puntos establecido para dicha patología.

Se encontró además en relación con el estado mental, que el 65% no presenta ninguna dificultad cognitiva relacionada con la demencia, el 20% presenta sospecha patológica de demencia y el 15% se encuentra en estado de deterioro cognitivo, lo cual indica que la población adulta mayor de la Residencia SJB, siendo una población no institucionalizada mantiene un adecuado y funcional estado de salud mental, pese a las edades de riesgo en las que se encuentran.

Resultados Yesavage

En cuanto a los resultados de la presencia de depresión en la población en relación con la edad, la mayoría de la población no presenta dicha patología, sin embargo un pequeño grupo si se encontró con sintomatología depresiva y depresión, ya que obtuvieron 3 y 4 puntos que determinan dicho cuadro, mostrando dificultades en su estado anímico y sus edades están en el límite de riesgo (70 a 80 años).

Gráfico 4. *Edad agrupada-Yesavage*



El 86% del grupo evaluado obtuvo una valoración del estado anímico eutímico, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado, mientras que el otro 14% presentan un estado de ánimo con sintomatología depresiva y depresión

Tabla 12. Consolidado población-resultados instrumentos

Código		WHOQoL-Bref						
sujeto	Sexo	Edad	MMSE	SF	SP	RS	E	Yesavage
1	M	77	30: N	56	69	56	63	0: N
2	F	80	22: Det	75	81	75	69	0: N
3	M	74	30: N	56	69	69	50	1: N
4	F	76	27: N	31	44	56	38	3: D
5	M	81	28: N	63	56	56	63	1: N
6	M	71	28: N	75	75	50	56	0: N
7	F	70	26: SP	56	50	31	50	0: N
8	F	74	30: N	63	63	69	69	0: N
9	F	76	23: Det	63	44	56	56	2: SD
10	F	84	19: SP	56	56	50	56	1: N
11	F	67	27: N	56	56	50	56	0: N
12	F	85	23: Det	56	69	69	56	0: N
13	F	79	28: N	44	69	56	50	1: N
14	F	73	29: N	56	63	50	50	0: N
15	F	82	26: SP	56	56	69	56	0: N
16	F	77	25: SP	81	63	100	63	0: N
17	F	85	29: N	88	75	69	69	0: N
18	F	73	29: N	38	56	69	69	3: D
19	F	76	27: N	50	50	44	56	0: N
20	F	80	30: N	50	50	69	69	4: D
H:4		76	N: 13	58	61	61	58	N: 16
M:16			D: 3	51 - 75				SD: 1
Resultados			SP:4	0 A 25	26 A 50	51 A 75	76 A 100	D: 3
				BAJA	MEDIA	MEDIA ALTA	ALTA	

El comportamiento de los resultados generales, evidencia los promedios y las frecuencias obtenidas en cada instrumento aplicado a la población adulta mayor.

Tabla 13. *Convenciones resultados instrumentos*

WHOQoL-Bref		MMSE		Yesavage	
SF	Salud Física.	N	Normal.	N	Normal.
SM	Salud Mental.	SP	Sospecha Patológica.	SD	Sintomatología Depresiva.
RS	Relaciones Sociales.				
E	Entorno.	Det	Deterioro.	D	Depresión.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que aspectos relacionados con la percepción de la calidad de vida, del estado mental y del ánimo, interfieren en el envejecimiento activo en los adultos mayores no institucionalizados, habitantes de la Residencia San Juan Bosco, en la medida en el proceso del ciclo vital del envejecimiento avanza y los factores de riesgo asociados a la edad aumentan.

Lo anterior concuerda con los estudios sociodemográficos a nivel mundial y local, en los cuales los adultos mayores de avanzada edad (>80 años) ya no cuentan con los recursos funcionales suficientes para tener un envejecimiento activo, es decir poder desempeñarse con autonomía física, mental, emocional e incluso socioeconómica y familiar, por lo que requieren de cuidados a largo plazo, como “cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales”. (OMS, 2017, párr. 14).

Y aunque la población adulta mayor habitante de la Residencia SJB, obtuvo resultados positivos en las evaluaciones relacionadas con su estado mental y anímico, su percepción de satisfacción de la calidad de vida, que se valoró en un nivel medio alto, puntuó muy cercana a la media estimada en el instrumento; si observamos los resultados de cada dominio se evidencia que en relación con la Salud física y el Entorno, existe una coincidencia de 58 puntos y que para los otros dos, Salud psicológica y Relaciones sociales fue de 61 de 100 posibles. Esto sugiere la necesidad de poder aportar al mejoramiento del bienestar, la prevención y la salud psíquica de los adultos mayores, ya que, a partir de los resultados, podrían diseñarse programas pertinentes en el ámbito psicogerontológico que les permitan mantener sus funciones con autonomía, con mayor percepción de autoeficacia y con mejor disposición de participar las diversas actividades

que les brinda la SSVP desde las áreas psicosociales y a medida en que las dinámicas relaciones entre la institución y los beneficiarios también se fortalecen.

Respecto a los resultados del estado mental, 4 de los 7 adultos mayores que se encuentran en el rango de los 80 y 85 años de edad, presentan deterioro o sospecha patológica de demencia, superando con un 57%, los estimativos que plantea la OMS (2017), los cuales oscilan entre el 25% y 30% en personas de 85 años o más. Colombia, como es sabido, pertenece al grupo de países en desarrollo y la población de ancianos que alberga también se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de demencia, y posiblemente, como pasa en la Residencia SJB, “no tienen acceso a la atención a largo plazo que su afección puede requerir”. (OMS, 2017, párr. 16).

Cardona et al (2016), como se mencionó en los antecedentes de este estudio, identificaron que aproximadamente el 25% de los adultos mayores antioqueños, presentan dificultades en su estado anímico, incluyendo cuadros de depresión y ansiedad, en la Residencia SJB se estima que uno de cada cinco habitantes, presentó sintomatología depresiva o depresión, una situación similar al contexto antioqueño, que en una pequeña escala logra reflejar las necesidades que desde los procesos administrativos y psicosociales requieren de acompañamiento y de acciones tendientes a la promoción de bienestar y del mejoramiento de la calidad de vida.

Cabe destacar en esta discusión, que el programa de vivienda al adulto mayor por medio del contrato por comodato precario, ofrecido por la Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín, es una estrategia que tiene un gran impacto en la población beneficiaria, que durante años ha permanecido cumpliendo con su misión y diferenciándose de otros programas, ya que promueve en los adultos mayores el mantenimiento de su autonomía, al brindar espacios habitacionales en la línea establecimientos de cuidados a largo plazo sin ánimo de lucro y con población no

institucionalizada, pero a su vez recibe los beneficios de áreas como gerontología, activación física y psicología.

Conclusiones

- La caracterización de la población, en relación con su percepción de calidad de vida, estado de ánimo y mental, permitió esclarecer de manera integral las dinámicas situacionales y contextuales, de los habitantes de la Residencia SJB.
- El 86% de la población preserva un adecuado estado del ánimo que les permite desarrollar las actividades de la vida diaria, donde según la clasificación de la escala utilizada no se requiere de asistencia para la realización de las actividades de la vida cotidiana.
- Según los resultados del Mini Mental State Examination (SSME) se encontró que a partir de los 76 años, el 19% de la población, presenta un declive del estado mental (deterioro), que puede impedir la realización de actividades instrumentales de la vida cotidiana, demarcando principalmente la necesidad de supervisión física o verbal al realizarlas, como por ejemplo: comprar, hablar por teléfono, tomar un bus y/o cocinar, entre otras.
- La población de la Residencia SJB, presenta en mayor porcentaje un adecuado estado anímico (86%) que mental (65%), lo que no coincide en la percepción de calidad de vida en los resultados de los dominios para la percepción de la Salud física (58 puntos) y Psicológica (61 puntos), aunque esta diferencia no sea altamente significativa, pero que si requiere de un estudio de mayor profundidad y alcance metodológico, que aporte al diseño de estrategias de promoción para el envejecimiento activo y la prevención temprana del aceleramiento del deterioro mental y físico de la población.
- El WHOQoL-Bref, permitió identificar la relevancia de obtener información desde la perspectiva de los beneficiarios, para la valoración de dominios y aspectos como la Salud

Psicológica y Relaciones Sociales, a los cuales la población adulta mayor de la Residencia SJB, le atribuyen una mayor importancia o significancia a favor de su funcionalidad diaria. Y pese a que la diferencia entre los dominios no es significativa, es conveniente tener en cuenta que los dominios y aspectos valorados con niveles bajos de percepción, Salud Física y Entorno, requieren ser abordados de manera integral desde el ámbito psicogerontológico y psicosocial de la SSVPM.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barrientos Gómez, J.G., Velosa Castro, L.D. y Cardona Restrepo, F.A. (2016). ¿Cuáles son los cuidados de larga duración que recibe la población beneficiaria de la secretaria de bienestar social del Municipio de Medellín (Colombia)?: estudio descriptivo, 2012. *Archivos de Medicina Universidad de Manizales*, Caldas, Colombia, 16(1), p. 22-31.
- Cardona, D. y Agudelo, H.B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, enero-junio; 23(1), p.79-90.
- Cifuentes Reyes, P. (2005). *Adulto Mayor Institucionalizado* (Tesis para optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social, Tesis para optar al Título de Asistente Social) Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social, Santiago, Chile.
- Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Garzón Duque, M., Segura Cardona, A. y Cano Sierra, S.M. (2015). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología*, 19(1) ,71-86.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo H. (2003). Envejecer nos Toca a todos. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín.

- Cardona Arias, J.A. y Higuera Gutiérrez, L.F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida, *Revista Cubana Salud Pública*, 40(2).
- Empedium.com, (2017). Manual Medicina Interna Basada en Evidencia (MIBE) (Empedium. Polonia. Recuperado de: <http://empedium.com/manualmibe/chapter/B34.II.21.3>
- Engler T.A., Peláez M.B. (Ed). (2002). Más Vale por Viejo, Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud Washington, DC.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R. y Bunout D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQoL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista de Medicina Chile*, 139, 579-86.
- Estados Unidos Mexicanos. (s.f.). Mini Examen del Estado Mental. Recuperado de: https://chaman2016.files.wordpress.com/2016/02/m_e_e_m.pdf
- García Valverde., E. (2014). Musicoterapia en Personas con Demencia. Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Mentesabiertas.org. (2017). T. Estado de Ánimo - Asociación Mentes Abiertas (A.M.A.) - Psicología a tu Alcance. (En línea) Recuperado de: <http://www.mentesabiertas.org/trastornos-del-estado-de-animodepresion/bipolar/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid> (Visitada 14 Dic. 2017).
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2017-2019, Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Naciones Unidas. (2004). Población, envejecimiento y desarrollo. Trigésimo período de sesiones de la CEPAL. San Juan, Puerto rico. Recuperado de:

https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/ddr1_1informe_resolucion.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. Recuperado de: <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (10a. Revisión). Washington, D.C; Editorial. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>

Rotondo, H. (1998). Manual de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima, Perú. 2da edición. Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%20C3%ADa/Indice.htm

- Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alerm González, A. y Bacallao Gallestey, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349.
- Sanchiz, M.L. (2008-2009). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Universitat Jaume, Castellón de la Plana.
- Santamaría Moncalvillo, J. L. (2000). El Psicólogo en el proceso de envejecimiento. Vejez y calidad de vida. Recuperado de:
<http://www.copib.es/pdf/Vocalies/Envelliment/El%20rol%20del%20Psic%C3%B3logo%20en%20el%20Envejecimiento.pdf>
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R.D. y Vizcarra-Escobar, D. (Eds.). (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 33(2), 342-50. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2211
- Urzúa, A y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte Chile, Departamento de Filosofía y Psicología, Universidad de Tarapacá, Chile. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vetere, Giselle. (Noviembre de 2014). En Etchevers. (Presidencia). Frecuencia de Trastornos de Ansiedad y del Ánimo en Pacientes con Hipertensión Arterial Esen. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Congreso llevado a cabo en las XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-035/257>

Anexos

Consentimiento informado

CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS: ESTADO ANÍMICO, MENTAL Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

Investigadora: Luz María Restrepo González

Psicóloga en Formación, Universidad de Antioquia

Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Correo electrónico: luz.restrepog@udea.edu.co

Teléfono: 3178123864

Asesor: Juan Felipe Aguirre Escobar.

Psicólogo, Universidad de Antioquia

Docente de cátedra de la Universidad de Antioquia

Sitio donde se llevará a cabo el estudio: Residencia San Juan Bosco.

Investigación para optar al título en Psicología, Universidad de Antioquia

He sido invitado a participar en el estudio y se me ha informado lo siguiente:

1. En su trabajo de grado en Psicología de la Universidad de Antioquia la investigadora, desea implementar una caracterización del estado anímico, mental y de percepción de calidad de vida en adultos mayores.
2. La Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín ha dado la aprobación para que la investigación se realice allí.
3. La investigación es importante porque permite conocer datos poco estudiados sobre los estados anímicos, mentales y de percepción de calidad de vida en nuestro contexto.

4. Mi participación en la investigación es importante porque podría ayudar a entender los temas estudiados.
5. En la investigación participarán 20 adultos mayores en total, en el primer y segundo semestre del año 2017.
6. Para iniciar el estudio es necesario que responda algunas preguntas sobre mis actividades e intereses cotidianos, mi estado ánimo y la percepción sobre mi calidad de vida.
7. Durante la investigación se observará a los adultos mayores en su desempeño cotidiano. Las evaluaciones serán realizadas por la psicóloga investigadora en formación orientada por el Psicólogo de la Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín. Las evaluaciones se realizarán en los espacios de la Residencia.
8. Habrá 2 sesiones de trabajo, una para la evaluación y otra para la devolución. En promedio general cada sesión tendrá una duración de 30 minutos.
9. Las sesiones de evaluación no consisten en calificar como bueno, malo, adecuado o inadecuado mis respuestas, sino en conocer mi estado anímico, mental y la percepción de calidad de vida.
10. La información que salga de las sesiones de evaluación será usada exclusivamente con fines científicos, y sólo por el investigador principal y su equipo, para conocer los resultados de la aplicación de los instrumentos en nuestro contexto.
11. En ningún artículo que se publique como resultado de este estudio se publicará ningún dato personal de los participantes.
12. En la Residencia se presentará un informe colectivo, a los participantes, una vez concluido el estudio. En la Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín se dejará una copia escrita con un resumen de los resultados de la investigación.
- 13 El estudio es de MÍNIMO RIESGO según lo establecido en la resolución N° 008430 de 1993, del 4 de octubre, dada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, que se hacen en seres humanos.
14. A pesar de que la investigación es de riesgo mínimo, es decir, que no implica situaciones con mayor riesgo que el vivido por el participante habitualmente en la Residencia, en caso de cualquier inconveniente casual de salud se activarán las mismas rutas de atención dispuestas por la SSVPM.

15. Confirmando que quiero participar en el estudio y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento si así lo deseo.

Después de haber leído la información sobre la investigación y haber recibido del investigador las explicaciones que dan respuesta a mis inquietudes, tomándome el tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, voluntariamente manifiesto que autorizo ser incluido(a)

Firma del Participante:

C.c.

Firma de un testigo:

C.c.

Firma de la Psicóloga investigadora:

C.c.

Autorizo que los datos obtenidos de las evaluaciones que me sean aplicadas en esta investigación se utilicen de nuevo por el mismo equipo profesional en otra investigación, en cuyo caso, el investigador se contactará de nuevo conmigo para refrendar esta autorización.

Firma del Participante:

C.c.

Firma de un testigo:

C.c.

Firma de la Psicóloga investigadora:

C.c.

Protocolo de evaluación

	<h1>SSVP de Medellín</h1> <p>Sociedad de San Vicente de Paúl de Medellín</p>
Protocolo de evaluación	
Evaluación de salud mental, recursos sociales y autonomía para las actividades de la vida diaria en usuarios de la residencia San Juan Bosco.	
Este protocolo de evaluación está diseñado para la recolección de datos de interés para la sociedad de san Vicente de paúl de Medellín. Bajo ninguna circunstancia deberá ser aplicado sin antes haber leído y firmado el consentimiento informado y la autorización para el tratamiento de base de datos personales. No es un protocolo para la autoaplicación por lo que será suministrado por un profesional o por alguna persona designada o autorizada por el responsable del proceso.	

Identificación del evaluador			
Nombre		Documento de identidad	
Cargo			

Datos sociodemográficos del evaluado							
Nombre				Edad		Sexo	
Tipo y número de documento		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento			
Nivel académico	Profesión/ocupación						
Estado civil		Apto en que vive		Años en la residencia			

Verificación de disposición
¿Está usted de acuerdo con las condiciones explicadas en el consentimiento informado?

Si	No
----	----

¿Está usted de acuerdo con participar en intervenciones derivadas de esta evaluación?

Si	No
----	----

¿Desea continuar con la evaluación?

Si	No
----	----

Mini mental state examination (MMSE)		
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	Orientación temporal (máx. 5)	
¿En qué lugar estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué ciudad? 0-1 ¿En qué departamento estamos? 0-1 ¿En qué país? 0-1	Orientación espacial (máx. 5)	
Nombre tres palabras peso-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces Peso 0-1 caballo 0-1 manzana 0-1 (balón 0-1 bandera 0-1 árbol 0-1)	Fijación recuerdo inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 pesos y me va dando de tres en tres, ¿cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra mundo al revés. 30 (0-1) 27 (0-1) 24 (0-1) 21 (0-1) 18 (0-1) (o (0-1) d (0-1) n (0-1) u (0-1) m (0-1))	Atención cálculo (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peso 0-1 caballo 0-1 manzana 0-1 (balón 0-1 bandera 0-1 árbol 0-1)	Recuerdo diferido (máx. 3)	
Denominación. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1.	Lenguaje (máx. 9)	
Repetición. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trival había 5 perros") 0-1.		
Órdenes. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1.		
Lectura. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.		
Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1.		
Copia. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación total (máx. 30 puntos)	

HOJA DE TRABAJO MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) PARA EL ENTREVISTADO

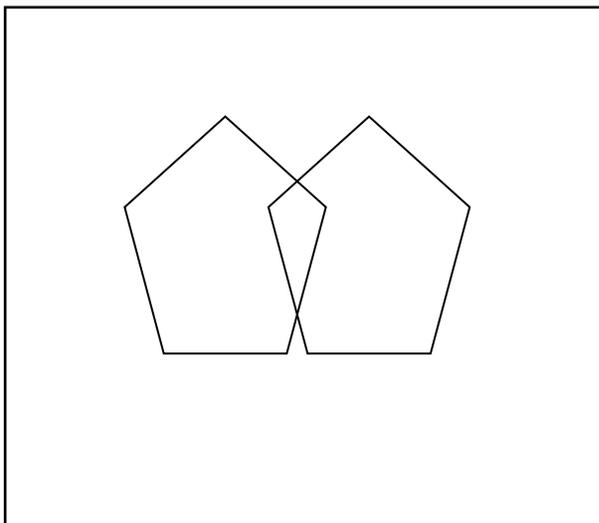
ÁREA DE LENGUAJE

LEA LA SIGUIENTE FRASE Y HAGA LO QUE DICE ALLÍ.

"Cierre los ojos"

ESCRIBA UNA FRASE (CON SUJETO Y PREDICADO)

COPIE TAL CUAL LA IMAGEN DE LOS PENTÁGONOS EN EL RECUADRO VACÍO.



TEST DE YESAVAGE (VERSIÓN 5 ITEMS)		
¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	SI	NO
¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted?	SI	NO

ESCALA CALIDAD DE VIDA						
Este cuestionario sirve para conocer la opinión acerca de la calidad de vida, salud y otras áreas de la vida. Teniendo en cuenta que la persona debe valorar lo que piensa y siente y seleccionar el número de la escala que representa mejor su sentir.						
PREGUNTA		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
2	¿Cómo de satisfecho(a) está con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que la persona ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.						
PREGUNTA		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si la persona experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.						
PREGUNTA		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana la persona se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.						
PREGUNTA		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su					
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios					
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que la persona ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.						
PREGUNTA		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?					

¿Ha ayudado alguien a rellenar este cuestionario de calidad de vida a la persona? Si / No
 ¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo? _____

¿Le gustaría a la persona hacer algún comentario sobre el cuestionario, cuál?

OBSERVACIONES GENERALES DEL ENTREVISTADOR:

 Firma del Entrevistador

CC. #:

 Firma del Entrevistado

CC. #: