

**CARACTERIZACIÓN COGNITIVA, AFECTIVA Y FUNCIONAL DE UN GRUPO  
DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL  
HOGAR VIZCAYA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.**

**Trabajo de pregrado**



Autora

LEIDY VIVIANA ECHAVARRÍA ESTRADA

Asesora

LUZ MARÍA HOYOS LÓPEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN

2017

**Contenido**

Resumen.....	3
Abstrac .....	4
Introducción .....	5
Título del proyecto de investigación .....	7
Planteamiento del problema .....	8
Justificación .....	11
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Antecedentes .....	16
Marco teórico.....	25
Envejecimiento y vejez.....	25
Envejecimiento normal .....	28
Envejecimiento satisfactorio .....	29
Envejecimiento patológico.....	31
Deterioro cognitivo y demencia .....	32
Depresión .....	36
Pseudodemencia depresiva .....	37
La funcionalidad en la vejez .....	39
Metodología .....	41
Resultados .....	45
Discusión .....	49
Conclusiones .....	52
Recomendaciones .....	53
Consideraciones éticas.....	54
Referencias.....	56
Anexos.....	62

## Resumen

Un problema frecuente en el diagnóstico y tratamiento de las personas mayores es el deterioro cognitivo y la aparición de depresión que traen consecuencias para la funcionalidad. De la mano con el incremento de la esperanza de vida aparecen diversas enfermedades orgánicas y mentales, las cuales, en su mayoría, presentan una alta comorbilidad. **Metodología:** mediante muestreo intencional se seleccionaron 30 individuos que cumplieran con las condiciones para ser evaluados en esta investigación. El criterio para la selección de la muestra es que fueran residentes permanentes del Hogar Vizcaya, que accedieron voluntariamente a la aplicación de los cuestionarios y que no tuvieran ninguna dificultad física o cognitiva que interfirieran con la comprensión y ejecución adecuada de los instrumentos de evaluación. Los instrumentos para la evaluación cognitiva fueron el Mini Mental State Examination (MMSE) y el T.M.T parte A y B, para la evaluación afectiva se aplicaron el test de yesavage y la escala de quejas subjetivas de memoria y para la evaluación funcional se usó el índice de Barthel. **Resultados:** Respecto a los resultados del estado cognitivo se encuentra que la mayoría de la población no presenta deterioro alguno (56,7%), el 16,7% presenta deterioro cognitivo moderado, el 26,7% deterioro cognitivo leve. A nivel afectivo, el 80% de la población no presenta depresión, en el 10% se encontró depresión leve y en 10% depresión severa. En la variable de funcionalidad el 43% de los residentes evaluados son totalmente independientes y el 56,7% requiere de alguna ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida cotidiana. **Conclusiones:** A pesar de que los resultados sean algo alentadores, no significa que el envejecimiento acelerado de la población deje de preocuparnos. Sigue siendo un reto y una prioridad la detección precoz de la depresión y la identificación temprana de un diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales, ya que a partir de ahí se deben de desarrollar las intervenciones preventivas y asistenciales que pretendan prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad.

**Palabras clave:** Envejecimiento patológico, depresión, deterioro cognitivo, Funcionalidad.

## Abstrac

A frequent problem in the diagnosis and treatment of the elder people is the cognitive deterioration and the occurrence of depression that have consequences for functionality. Along with the increase in life expectancy, various organic and mental illnesses appear, which, in their majority, present a high comorbidity. **Methodology:** through intentional sampling, 30 individuals who satisfy the conditions to be evaluated in this investigation were selected. The criterion for the selection of the sample was that they were permanent residents of the Vizcaya Home, who voluntarily agreed to the application of the questionnaires and that did not have any physical or cognitive difficulties that interfered with the understanding and proper execution of the assessment instruments. The instruments for cognitive evaluation were the Mini Mental State Examination (MMSE) and the TMT part A and B, for the affective evaluation the yesavage test and the scale of subjective memory complaints were applied and for the functional evaluation the index of Barthel was used. **Results:** Regarding the results of the cognitive state, it is found that the majority of the population does not present any deterioration (56.7%), 16.7% have moderate cognitive deterioration, and 26.7% have slight cognitive deterioration. On an affective level, 80% of the population does not present depression, 10% found mild depression and 10% severe depression. In the variable of functionality, 43% of the residents evaluated are totally independent and 56.7% require some help to carry out their basic activities of daily life. **Conclusions:** Although the results are a little encouraging, it does not mean that the accelerated aging of the population stops worrying us. The early detection of depression and the early identification of a differential diagnosis between normal aging and the changes associated with insane processes continue to be a challenge and a priority, since the preventive and care interventions that should be developed for intend to prevent or delay deterioration and disability.

**Key words:** Pathological aging, depression, cognitive deterioration, Functionality.

## Introducción

El envejecimiento es un proceso normal, universal e inevitable que inicia desde que nacemos, en el cual se presentan cambios a nivel funcional, cognitivo y afectivo. La intensidad o velocidad de dichos cambios varía de persona a persona y no se manifiestan de la misma manera ni a la misma edad, incluso es posible llegar a edades muy avanzadas sin mayores cambios. La vejez, por otro lado, es una etapa que va de los 60 años hasta la muerte y al igual que en las etapas anteriores (infancia, adolescencia y edad adulta) se producen una serie de cambios físicos, psicológicos, incluso sociales.

El crecimiento demográfico que está experimentando Colombia en el grupo de los adultos mayores, representa un gran reto para el país en materia de políticas sociales y distribución de los recursos. Las causas del aumento del envejecimiento poblacional se deben, principalmente, a la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida por medio del control de las enfermedades infecciosas y el mejoramiento de las condiciones sanitarias, el control de la natalidad y el descenso en la tasa de fecundidad que han contribuido a la disminución de la población joven.

Se estima que entre 2015 y 2050 la proporción de la población mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% (OMS, 2016). En Colombia para el año 2013, la población mayor de 60 años representa el 10.53% del total de la población y para el 2020 se proyecta un crecimiento del 3.76% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este viraje poblacional viene acompañado de múltiples dificultades de salud que repercuten tanto en las familias como en los recursos asistenciales.

De la mano con el incremento de la esperanza de vida aparecen diversas enfermedades orgánicas y mentales, las cuales, en su mayoría, presentan una alta comorbilidad, lo que dificultan un adecuado diagnóstico sobre el trastorno o la enfermedad base, impidiendo, a su vez, un adecuado tratamiento. Entre los cuadros clínicos (a nivel de salud mental) más comunes que aparecen en la etapa del envejecimiento se encuentra la depresión y el deterioro cognitivo. Ambas afecciones repercuten significativamente en la vida del anciano, comprometiendo aspectos funcionales como la elaboración de actividades cotidianas e incluso interfieren en las relaciones interpersonales.

El aumento poblacional, la comorbilidad de enfermedades y con ella la posterior polifarmacia, hacen necesario una identificación mucho más precisa de los signos y síntomas que caracterizan las diferentes enfermedades que se presentan durante el envejecimiento (Gómez, Rodríguez, Díaz, Cano, Tamayo, 2013).

**Título del proyecto de investigación**

Caracterización cognitiva, afectiva y funcional de un grupo de personas mayores de 65 años institucionalizados en el Hogar Vizcaya de la ciudad de Medellín.

## Planteamiento del problema

De la mano con el incremento de la esperanza de vida aparecen diversas enfermedades orgánicas y mentales, las cuales, en su mayoría, presentan una alta comorbilidad, lo que dificultan un adecuado diagnóstico sobre el trastorno o la enfermedad base, impidiendo, a su vez, un adecuado tratamiento. Cuando se realizan intervenciones con personas mayores el ideal es realizar una evaluación global del estado de salud, sin embargo, esto no se hace debidamente por múltiples causas (económicas, contextuales, difícil acceso a los servicios de salud), en consecuencia, las problemáticas del adulto mayor siguen avanzando generando un cuadro clínico más agudo y difícil de tratar.

Entre los cuadros clínicos (a nivel de salud mental) más comunes que aparecen en la etapa del envejecimiento se encuentra la depresión y el deterioro cognitivo, dentro de este última se ubican las demencias como un deterioro cognitivo patológico. Ambas afecciones repercuten significativamente en la vida del anciano, comprometiendo aspectos funcionales como el desempeño de actividades cotidianas e incluso interfieren en las relaciones interpersonales.

La depresión es uno de los principales problemas a nivel de salud mental en los adultos mayores, sin embargo, muchas veces no es tratada, ni reconocida como tal. En la población general la prevalencia de depresión ha sido mayor al 4%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico (Eugenia y Ruiz, s.f.). Los trastornos depresivos afectan de manera significativa la calidad de vida de una persona, sus manifestaciones más comunes son la falta de ánimo y voluntad, anhedonia, una marcada disminución de la experiencia de sentir placer, despreocupación por la apariencia, afecto hipotímico, enlentecimiento del pensamiento (bradipsiquia) y enlentecimiento motor (bradicinesia).

El deterioro cognitivo patológico, siendo la forma más frecuente la demencia, es un proceso que va a afectar la calidad de vida del anciano y condiciona situaciones de grave incapacidad, lo que genera una serie de problemas socio-asistenciales. Las enfermedades demenciales ocupan el tercer lugar entre las enfermedades con mayor costo económico y social, después del cáncer y las enfermedades cardíacas (Ávila, Vázquez y Gutiérrez,

2007). El panorama a nivel de salud mental en población mayor de 60 años para Colombia puede no mejorar, esto se debe a que no hay un adecuado seguimiento del paciente y fácilmente un proceso de deterioro cognitivo leve puede seguir avanzando (deterioro cognitivo progresivo). Se ha demostrado que mediante intervención farmacológica temprana y la instauración de redes de apoyo sociales, se puede reducir la velocidad del declive cognitivo (Ávila, et al., 2007).

Tanto la depresión como el deterioro cognitivo son muy frecuentes en el adulto mayor y condiciona situaciones de alta discapacidad tanto físicas como mentales. Ambas enfermedades comprometen la funcionalidad, por tanto se hace esencial la evaluación global que incluya aspectos cognitivos, afectivos y funcionales del adulto mayor en su ambiente, lo que implica un seguimiento en la forma en cómo se desenvuelve en su vida cotidiana, pues cualquier alteración en su diario vivir puede ser un indicativo de que algo a nivel cognitivo o afectivo está alterado, dado que, la funcionalidad, en la mayoría de los casos, es el marcador objetivo y visible que se afecta inicialmente.

La depresión y el deterioro cognitivo generan en etapas tempranas sintomatologías similares, siendo el más común el enlentecimiento del pensamiento y la alteración en la funcionalidad. Lo que resulta más problemático es que en ocasiones una de las enfermedades, el deterioro cognitivo, puede alcanzar a enmascarar una posible depresión, esto se debe a que es más normal considerar como principal diagnóstico en el adulto mayor el deterioro cognitivo, ya que está más acorde al estadio del ciclo vital, que un diagnóstico de depresión.

Lastimosamente la depresión es algo ignorada en la vejez y los síntomas que genera con frecuencia son asociados con deterioro cognitivo, de igual forma el deterioro cognitivo puede llegar a producir estados depresivos haciendo que el deterioro cognitivo siga su curso de manera acelerada. Lo más preocupante es que los síntomas producto de ambas dolencias son considerados como un proceso normal del ciclo vital, pues siempre se ha asociado a la vejez como una etapa de pérdidas y disfuncionalidades, ya que existen paradigmas negativos de la vejez, donde es asociada con discapacidad y enfermedad. Sobre la vejez nos podemos encontrar tanto estereotipos positivos como negativos, pero son estos últimos los que se dan en mayor grado. Como apuntan Scholl y Sabat (2008), los estereotipos sobre

la vejez se forman en la infancia a través de influencias ambientales de la familia, cuidadores, televisión y otros medios de comunicación.

Resulta problemático la falta de seguimiento y evaluación para determinar si se está hablando de un trastorno depresivo o de un deterioro cognitivo. Si se lograra establecer el trastorno que tiene de base el adulto mayor, es posible generar acciones en pro de su calidad de vida. Es bien sabido que los trastornos depresivos se pueden tratar mediante terapia y medicación, por tanto, si ésta es detectada a tiempo y se realiza el plan terapéutico adecuado, los síntomas cognitivos patológicos asociados deben desaparecer.

Por el anterior expuesto, resulta pertinente plantear la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características cognitivo, afectivo y funcional de un grupo de personas mayores de 65 años institucionalizadas en el Hogar Vizcaya de la ciudad de Medellín? Con el fin de adquirir conocimiento de la población institucionalizada.

## Justificación

La población mayor de 60 años es una de las más heterogéneas, pues la forma en cómo se envejece es muy diferente, variando de individuo a individuo. Las razones de dicha variabilidad en las características de esta población pueden tener diversas causas, entre las más conocidas está el estado nutricional, los diferentes estilos de vida, accidentes, factores sociales y hereditarios. A mayor edad aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas y síndromes geriátricos que van a implicar, posiblemente, incapacidad y dependencia.

Lo que justifica la presente investigación es la pluripatología y la comorbilidad de enfermedades neurológicas, psicológicas, psiquiátricas y endocrinas que se pueden presentar en el envejecimiento y esto a su vez trae la polifarmacia, lo que hace difícil un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento del adulto mayor. La encuesta SABE revela que el 84,8% de los adultos mayores en Colombia padecen más de una condición crónica de salud (MINSALUD Y COLCIENCIAS, 2016), lo que explica porque en la mayoría de los casos, las intervenciones en los adultos mayores no dan los resultados que se esperan, ya que la pluripatología dificulta un diagnóstico acertado (Mejía, Jaimes, Villa, Ruiz, Gutiérrez, 2007).

Sumado a lo anterior se encuentra el crecimiento demográfico que experimenta en la actualidad dicha población. El crecimiento poblacional que está experimentando Colombia en el grupo de los adultos mayores, representa un gran reto para el país en materia de políticas sociales y distribución de los recursos. Las causas del aumento del envejecimiento poblacional se deben, principalmente, a la disminución de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida por medio del control de las enfermedades infecciosas y el mejoramiento de las condiciones sanitarias (Eugenia y Ruiz, s.f.). Paralelamente el control de la natalidad y el descenso en la tasa de fecundidad, han contribuido a la disminución de la población joven. La reducción paulatina del peso de la población infantil y adolescente favorece al aumento relativo de las personas mayores y así, poco a poco, la población se va envejeciendo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Según la organización mundial de la salud (2016) la población mundial está

envejeciendo rápidamente. Se estima que entre 2015 y 2050 la proporción de la población mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% (OMS, 2016). En Colombia para el año 2013, la población mayor de 60 años representa el 10.53% del total de la población y para el 2020 se proyecta un crecimiento del 3.76% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este viraje poblacional viene acompañado de múltiples dificultades de salud que repercuten tanto en las familias como en los recursos asistenciales.

El aumento poblacional, la comorbilidad de enfermedades y con ella la posterior polifarmacia, hacen necesario una identificación mucho más precisa de los signos y síntomas que caracterizan las diferentes enfermedades que se presentan durante el envejecimiento (Gómez, Rodríguez, Díaz, Cano, Tamayo, 2013). La depresión y el deterioro cognitivo, en especial el patológico, se han identificado como los trastornos neuropsiquiátricos más comunes de los ancianos, constituyendo un problema de salud pública debido al rápido crecimiento de esta población (MINSALUD, 2016) (Alarcón, 2004). La depresión y el deterioro cognitivo son dos condiciones que afectan significativamente la calidad de vida del adulto mayor, pues comprometen la funcionalidad y con ello el trascurso normal de la vida del paciente. Los cambios afectivos y comportamentales producto de estos dos trastornos se asocian, erróneamente, al proceso normal del envejecimiento, por tanto, no se les hace el debido seguimiento clínico para prevenir otras enfermedades o un deterioro cognitivo más patológicos e irreversible como la demencia.

La sintomatología de la depresión se asocia con características del deterioro cognitivo y a su vez el deterioro cognitivo puede presentarse con depresión, lo difícil es establecer cuál de los dos es el trastorno de base que está causando la aparición del otro trastorno. Hay evidencias de pacientes con deterioro cognitivo severo que frecuentemente padecen síndromes depresivos y, a su vez, la depresión en adultos mayores puede provocar alteraciones cognitivas que incluyen déficit de atención, dificultades en el procesamiento de la información, en el aprendizaje y la memoria, síntomas que pueden tener semejanza con un cuadro demencial (Alarcón, 2004).

Algunos autores reportan mejoría en el rendimiento cognitivo después de la remisión de síntomas depresivos (Alarcón, 2004), por tanto, si se detecta que la depresión

es la causa del deterioro que presenta el adulto mayor en sus funciones cognitivas, solo restaría establecer un plan terapéutico en pro de mejorar su estado afectivo. Sin embargo, esto no es tan fácil, pues como ya se menciona, el solapamiento de trastornos, la edad y la polifarmacia, dificulta establecer un diagnóstico acertado y, por consiguiente, se realizan intervenciones infructíferas que no frenan ni enlentece el deterioro del adulto mayor.

La edad constituye otro factor que dificulta los diagnósticos tempranos, esto se debe a que muchos de los síntomas iniciales de trastornos como el deterioro cognitivo y la depresión son erróneamente asociados al proceso normal del envejecimiento, lo cual hace que el trastorno siga su curso y solo sea identificado en fases avanzadas cuando ya hay mayor deterioro y compromiso de otras áreas como la funcionalidad. Con la edad hay un fuerte riesgo de sufrir enfermedades crónicas que causan discapacidades que limitan la autonomía e independencia del adulto mayor, rebajando su calidad de vida convirtiéndolo en un sujeto extremadamente frágil y vulnerable (Martos, 2005). La funcionalidad es una variable fundamental para cualquier evaluación que se realice en un adulto mayor, pues cualquier alteración en las actividades de la vida cotidiana, es un signo que puede estar alertando sobre algún cambio a nivel cognitivo, afectivo u orgánico.

Partiendo de lo anterior veo la importancia de investigaciones centradas en el envejecimiento, ya que no es el crecimiento poblacional el problema, sino el desconocimiento de cómo intervenir las dolencias físicas y psicológicas que se presentan y deterioran significativamente la calidad de vida del adulto mayor. Lo que se pretende con este trabajo, es aportar conocimiento que sea de utilidad para el posterior desarrollo de estrategias orientadas al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. Las investigaciones con adulto mayor generalmente no llaman tanto la atención como otras áreas suelen hacerlo, por ende, considero que puedo aportar académicamente o al menos crear la apertura para que se siga estudiando este campo.

Los profesionales de la Atención Primaria de Salud tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro del adulto mayor. Es necesario el desarrollo de protocolos y pruebas de intervención que permitan interpretar la diferencia entre los procesos cognitivos normales del envejecimiento de aquellos que acompañan a la depresión, el deterioro cognitivo y los síndromes demenciales, a fin de

mejorar el diagnóstico y posterior tratamiento. El reto para los investigadores es poder determinar un cuadro clínico propio y característico de la depresión y el deterioro cognitivo que se presenta en el adulto mayor (Alarcón, 2004).

La detección precoz de la depresión y del deterioro cognitivo, la identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales son de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales, las cuales puedan prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad.

Lo anteriormente mencionado justifica la caracterización cognitivo, afectivo y funcional en personas mayores de 65 años, institucionalizadas, con el fin de cualificar la población y poder establecer relaciones del proceso de envejecimiento individual, de ser posible.

### **Objetivo general**

Identificar las características a nivel cognitivo, afectivo y funcional de un grupo de personas mayores de 65 años institucionalizados en el Hogar Vizcaya de la ciudad de Medellín.

### **Objetivos específicos**

- Establecer las características cognitivas a partir de los puntajes obtenidos en la aplicación del Minimental, TMT (A y B).
- Determinar las características afectivas a partir de los puntajes obtenidos en la escala de Yesavage y escala de trastornos de la memoria.
- Indicar las características funcionales a partir de los puntajes obtenidos en la aplicación del Índice de Barthel.

## Antecedentes

Para la presente investigación se realizó un rastreo de artículos que estuvieran relacionadas con la propuesta de investigación, la cual consiste en realizar una caracterización psicológica a nivel cognitivo, afectivo y funcional en adultos mayores institucionalizados.

En los resultados de las investigaciones a nivel cognitivo se encuentra que hay una correlación entre la edad y la escolaridad sobre el funcionamiento cognitivo, se evidencia que a mayor edad y a menor escolaridad mayor es el riesgo de deterioro cognitivo. En relación con la edad es de esperar que durante el proceso de envejecimiento hay una serie de cambios fisiológicos y cognitivos que son propios y normales de este proceso, en consecuencia, es predecible que la edad incide en el funcionamiento motor y cognitivo del adulto mayor. Respecto a la variable de escolaridad los resultados de las investigaciones afirman que hay una relación entre el analfabetismo y la frecuencia de deterioro cognitivo, resultados que concuerdan con la literatura y otros estudios. Es de esperar que “la población con bajo nivel de instrucción y pobre estimulación intelectual poseería una escasa «reserva neurológica», y que aquellos que han tenido un mayor nivel educativo han tenido la oportunidad de desarrollar algún sistema de protección” (Varela, Chávez, Gálvez, y Méndez, 2004, p. 37).

Dentro de los resultados que presentan las investigaciones están las componentes que funcionan como variables de riesgo y factores protectores. Dentro de los factores protectores, está el nivel de instrucción, el nivel socioeconómico medio-alto y llevar una vida activa y funcional. Por otro lado, los factores de riesgo asociados con el deterioro cognitivo frecuentemente son la hipertensión arterial y el hábito de fumar y posteriormente pueden llevar a proceso demenciales, en especial demencia vascular, enfermedades como la diabetes, obstrucciones pulmonares y enfermedades cardíacas han mostrado una firme relación con el declive cognitivo por sus efectos directo o indirectos en el estado del cerebro (Ávila, Vázquez y Gutiérrez, 2007; Mejía, Jaimes, Villa, Ruiz, y Gutiérrez, 2007).

Durante el análisis de la prevalencia del deterioro cognitivo por sexo, las investigaciones encuentran que son las mujeres las más propensas a sufrirlo. Una razón

para estos resultados es que las proyecciones poblacionales sugieren que las mujeres tienden a ser más longevas, por tanto, van a constituir la mayoría creciente de la población. También se debe considerar que, en los estudios revisados, la muestra poblacional era de predominancia femenina.

Respecto a los resultados de las funciones cognitivas afectadas, las investigaciones concuerdan que el cálculo, la memoria, la orientación son las principales funciones que se afectan de manera evidente. Entre los marcadores que se deben de tener en cuenta a la hora de analizar la funcionalidad en relación al deterioro cognitivo son la memoria y la orientación, ya que estas dos variables tienen un valor predictivo para el desarrollo de un problema funcional derivado de un posible deterioro cognitivo (Varela et al., 2004).

La investigación realizada por Ávila, et al. (2007) con una muestra de 129 personas, titulada “Deterioro cognitivo en el adulto mayor” se halló que la prevalencia del deterioro cognitivo leve fue del 50.4%, seguido del deterioro cognitivo moderado con 27.1% y deterioro cognitivo severo con el 11.6%. Los resultados respecto a los factores asociados al deterioro cognitivo se encontraron que el hábito de fumar ocupa el primer lugar con 27.9%, seguido de la hipertensión arterial (27.1%), Cardiopatía Isquémica (8.5%) y la Diabetes mellitus (7.8%). Respecto a los resultados de las funciones cognitivas afectadas, encontraron que el 95% de la muestra tenían afectadas las áreas de orientación, atención y cálculo, el 100% de la muestra tenían afectada la memoria inmediata y el lenguaje estaba afectado en un 83,7%, la función menos afectada fue la memoria mediata con un 29.9%.

A nivel metodológico la forma de tomar los datos varía según el nivel de instrucción de la población y las variables a considerar. En los estudios “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional” (Varela et al., 2004) y “Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor” (Ávila et al., 2007) se usa el cuestionario de Pfeiffer, ya que este es de utilidad para evaluar población analfabeta y de bajo grado de instrucción. Es un cuestionario breve que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa, considerando normal o sin deterioro cognitivos entre 0 y 2 errores, entre 3 y 4 errores deterioro leve, entre 5 y 7 errores deterioro moderado, y más de 8 errores deterioro severo. (Varela et al., 2004; Ávila et al.,

2007). El minimal y el cuestionario de autoreporte, son otras dos pruebas muy usadas en las investigaciones. El cuestionario de autoreporte es muy usado para evaluar la funcionalidad en relación a actividades de la vida cotidiana como ir de compras, manejar el dinero, tomar sus medicamentos sin ayuda, preparar una comida, bañarse solo, entre otras.

Para la selección de la muestra, las investigaciones tienen como criterios que el adulto mayor no posea alguna dificultad para responder a las pruebas, por ejemplo, que no tuviera deprivación visual o auditiva y que no cursara por episodio de delirio o depresivo, pues estos factores pueden alterar las respuestas y los datos perderían su valor.

A nivel teórico, las investigaciones parten de la idea que el deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y con ello situaciones de alta incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, por eso se hace necesario identificar los pródromos que van a marcar el inicio de un envejecimiento normal, satisfactorio y de un envejecimiento patológico, siendo este último de mayor interés investigativo, lo que hace que tenga mayor producción científica.

Para los estudios sobre envejecimiento y su relación con la cognición, se debe de tener en cuenta la coexistencia de múltiples afectaciones como la aparición de procesos orgánicos degenerativos, síndromes psiquiátricos y neurológicos y la toma de medicamentos, puesto que estas condiciones hacen que los cuadros clínicos que se puedan presentar en el anciano sean más difíciles de tratar, ya que no se logra identificar la enfermedad base que desencadena los demás síntomas. Cabe anotar que dentro del diagnóstico de deterioro cognitivo entran diversos síndromes que se presentan en esta etapa de la vida, como la disminución de los procesos psicológicos básicos y superiores, las demencias y enfermedades orgánicas que afecten directa o indirectamente el funcionamiento mental.

El proceso de envejecimiento siempre se ha asociado con pérdidas y lastimosamente las investigaciones así lo confirman, existe evidencia científica que indica que a medida que se envejece, los procesos mentales como la memoria, la atención y el aprendizaje de nuevas habilidades son menos eficientes (Ventura, 2004). Sin embargo, es posible hablar de un envejecimiento normal, incluso satisfactorio, en donde las funciones cognitivas del adulto

mayor no se alteran de forma significativa e incluso permanecen intactas. Generalmente se aborda al envejecimiento como un proceso que acarrea pérdidas, y se habla poco o nada de las ganancias que se alcanzan en esta etapa de la vida. Lo anterior nos debe llevar a pensar que no podemos limitar la cognición a unos cuantos procesos, pues también se incluye el uso de información previamente almacenada, de hecho, los adultos mayores poseen un vasto conocimiento, sabiduría y experiencia que puede ser de ayuda para la solución de problemas sociales complejos (Ventura, 2004).

Concluyendo un poco las investigaciones relacionadas con el funcionamiento cognitivo, se puede decir que el deterioro cognitivo es una condición frecuente durante la vejez y se encuentra asociado a un sin número de síndromes y problemas geriátricos, lo cual hace que esta condición sea de naturaleza compleja y de difícil manejo. Normalmente el deterioro cognitivo está fuertemente relacionado con la edad y la poca escolaridad, además que existen unos factores de riesgo como el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Por ello se hace necesaria una evaluación interdisciplinaria para direccionar un tratamiento exitoso que detenga o aminorar el desarrollo del deterioro, si es posible, y evitar un proceso demencial.

Los estudios en los cuales se evaluaba la funcionalidad del adulto mayor metodológicamente usan el índice de Barthel y la escala FIM (Funtional Independence Measure) para evaluar las actividades básicas de la vida cotidiana y la escala de Lawton y Brody para evaluar el estado de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los resultados del estado funcional varían en las investigaciones, lo que denota que no hay variables claras que puedan indicar ser factores de riesgo para la pérdida de funcionalidad. Sin embargo, hay una diferencia entre las investigaciones cuando se analiza a la luz de la variable de institucionalización. Estudios realizados con población institucionalizada obtienen resultados en donde la mayoría de la población tiene un grado de dependencia y son más bien pocos los que son independientes en la totalidad de sus funciones diarias de la vida. En una investigación realizada por Carpio, Suarez, Almanza, Gómez y Quintero (2012) “Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores institucionalizados” se encuentra que el 60% de la población requiere de ayuda para sus actividades cotidianas y no se pueden valer por sí solos.

Si se compara el anterior estudio con otros en donde la población no se encuentra institucionalizada los resultados son muy diferentes. Por ejemplo, en una investigación titulada “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor” (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez, 2016) del total de adultos mayores evaluados el 80,2% eran totalmente independientes. Resultados similares encontraron Zabala, Posada y Cantú (2010) en donde el 97,4% eran adultos mayores independientes para realizar sus actividades de la vida diaria.

A nivel afectivo, las investigaciones que se revisaron fueron aquellas que abordan el tema de la depresión en el adulto mayor. Los antecedentes de la depresión en el adulto mayor tienen una mayor producción investigativa, pues hay evidencias de que es una de las problemáticas que más afecta a esta población después de la hipertensión arterial (MINSALUD Y COLCIENCIAS, 2016). La depresión es vista como una problemática de salud pública mayor (Rivera, Benito, Pazzi, 2015), no solo por la incapacidad que causa en la persona, sino por las implicaciones en la familia, cuidadores y sistemas de salud.

El curso del trastorno depresivo varía en intensidad y forma según el ciclo vital por el que se pase, no es lo mismo la depresión en población joven que en personas de la tercera edad, siendo esta última más crítica, pues la depresión va acompañada de deterioro físico y cognitivo que compromete la funcionalidad del anciano, por tanto, se agudiza el cuadro depresivo. La depresión en adultos mayores no es normal del proceso de envejecimiento como se puede llegar a pensar, sino que hay un desconocimiento por parte de los cuidadores al no tener en cuenta que la calidad de vida que pueda llevar un anciano influye en la aparición de un trastorno depresivo. Sumado a lo anterior, los resultados de las investigaciones apuntan a que la pérdida de funcionalidad, el bajo nivel escolar y eventos estresantes van a influir en la aparición de la depresión.

Una de las causas de la depresión se explica por el estrés que experimentan los adultos mayores al enfrentarse con acontecimientos vitales negativos, como la pérdida de seres queridos, la pérdida de su independencia, de su trabajo, la jubilación, la institucionalización en algunos y el enfrentarse a múltiples dificultades físicas y mentales (González, 2001; Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres, Meléndez, 2015). El poca o nulo tratamiento de la depresión en el adulto mayor se puede explicar debido a que es un

padecimiento infradiagnosticado y de poco reconocimiento por los profesionales de la salud, además está altamente relacionada con el deterioro cognitivo y discapacidades físicas, por tanto, muchas de las manifestaciones de síntomas depresivos se asocian a un transcurso normal del proceso de envejecimiento, como ya se había mencionado (Herrera, 2000).

Dentro de los resultados que se presentan en las investigaciones, se identifican las variables que inciden en la aparición de estados depresivos como lo son la dependencia en actividades de la vida diaria, la falta de apoyo social, la soledad (real o percibida), el bajo nivel socioeconómico, el no estar pensionado, la poca escolaridad y problemas de hipertensión (Gómez et al., 2013; Rivera et al., 2015). Sumados a los anteriores, se encuentra que una percepción negativa de la propia salud y la poca esperanza y satisfacción con la vida, son factores que afectan considerablemente el ánimo del adulto mayor (Gómez, et al., 2013; Riviera, et al., 2015).

Los artículos seleccionados comparten problemáticas como la gran prevalencia de la depresión en adultos mayores institucionalizados en comparación de aquellos que aún viven en sus residencias con sus familias. El proceso de institucionalización del anciano tiene como finalidad “resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social en el que se encuentra el adulto mayor.” (Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez y Osorio, 2013, p.82). El contexto de institucionalización si bien puede llegar a ser de gran ayuda para la familia y para el mismo sistema de salud, debido a que en estos lugares se brinda cuidado, alimentación y atención médica, también se debe tener en cuenta las consecuencias negativas para el anciano como el cambio de contexto, alejarse de su familia, amigos y conocidos, la pérdida del rol dentro de su comunidad, el aislamiento y el desarraigo de la vida que conoce. Todas estas consecuencias generan en el adulto pensamientos y sentimientos de inutilidad y de que es una carga para su familia.

Es bien sabido que dentro de las investigaciones se aborda la problemática del correlato negativo que existe entre la depresión y el envejecimiento, dado que en esta etapa de la vida hay cambios a nivel fisiológico, motor y cognitivo que dificulta el desempeño funcional de tareas de la vida cotidiana. El proceso de envejecimiento trae consigo

múltiples cambios degenerativos en la globalidad de los aspectos que conforman a una persona, este deterioro puede ser causal de pérdida de autonomía y control de la propia vida al no poder realizar tareas que antes sí podía. La pérdida de control y de autosuficiencia, puede hacer que el anciano adquiera bajos estados de ánimo al ver que se está convirtiendo en una posible molestia para los demás. La poca funcionalidad, por tanto, la dependencia hacia terceros aumenta la posibilidad de la aparición del trastorno depresivo, en especial si el adulto cursa con otra enfermedad que limite aún más sus capacidades.

Resulta interesante que los autores se interesan en evaluar la correlación de esta con el deterioro cognitivo en especial con los procesos demenciales, llegando a conclusiones muy similares como que la depresión puede llegar a ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y la demencia, sin embargo, esta relación puede ser más compleja ya que no se mueve en una sola dirección, sino que la depresión puede ser un síntoma incipiente de demencia.

A nivel metodológico, las investigaciones de depresión utilizan como muestra poblacional adultos mayores institucionalizados y adultos que aún viven en sus residencias con familiares, esto lo hacen con el fin de determinar si el lugar donde vive el adulto mayor influye en la aparición de trastorno depresivo. Con respecto a esta hipótesis los resultados no son concluyentes, esto se debe a que hay otras variables de mayor peso como factores de personalidad, educación y el mismo estado de salud que son más determinantes a la hora de incidir en la aparición del trastorno depresivo. También se tiene en cuenta que la población no tenga ninguna dificultad física o mental que les impida responder a los cuestionarios.

El test más usado para el diagnóstico de depresión es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) sea la versión completa que incluye 30 ítems o la versión abreviada de 15 ítems, ambas con opciones de respuesta dicotómicas (Si/No), esta prueba se centra en aspectos cognitivos y conductuales de la depresión, y es la más usada para evaluar población anciana (García y Tobías, 2001).

Respecto al marco teórico las investigaciones hacen énfasis en la depresión y su asociación con enfermedades médicas, por tanto, “antes de iniciar el tratamiento de los síntomas depresivos, hay que asegurarse de que no hay patología orgánica asociada, sobre

todo si es potencialmente tratable” (Herrera, 2000, p. 340). En los estudios de la depresión las investigaciones refieren que un tratamiento adecuado produce remisión de síntomas, por tanto, la funcionalidad y los procesos cognitivos que se veía afectada por la depresión vuelve a estados normales, lo que se busca en todo tratamiento para la depresión es reducir y eliminar signos y síntomas, restablecer el funcionamiento global y minimizar el riesgo de recaídas y recurrencias, estableciendo así estados eutímicos (Herrera, 2000).

Los estudios coinciden en que, si la depresión es correctamente tratada, el adulto mayor evoluciona favorablemente y, por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse (González, 2001). Por tanto, las investigaciones hacen énfasis en la necesidad de realizar evaluaciones completas para ejecutar cualquier intervención con adultos mayores, pues como ya se ha mencionado la depresión en adultos mayores es más difícil de diagnosticar que en personas jóvenes, por el solapamiento con patologías orgánicas y las características propias del envejecimiento. La depresión es una enfermedad que tiene un impacto especialmente preocupante en la vejez por el incremento de factores precipitantes de enfermedades en esta etapa de la vida (Rivera, et al., 2015).

Concluyendo, se resalta el énfasis que hacen las investigaciones en la evaluación integral del adulto mayor, pues en ella se incluye la evaluación clínica, funcional, mental y social, pues es a partir de esa evaluación integral se puede generar una planeación de los cuidados del adulto mayor y así propender a una mejor calidad de vida. Se hace hincapié en la realización de un diagnóstico diferencial entre el curso normal del envejecimiento, la sintomatología de la depresión, el deterioro cognitivo anómalo e incluso de los procesos demenciales, pues de esta manera se puede generar intervenciones oportunas, pues no es lo mismo un deterioro cognitivo producto del envejecimiento natural, a uno producto de la depresión.

Con lo anterior se pretende señalar que, así como el nivel de funcionalidad, producto del deterioro cognitivo, influye en la aparición de la depresión, esta lógica también va en la otra dirección, es decir, la depresión puede comportarse como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo. “En este sentido pensamos que la comprensión de la naturaleza, severidad y causas exactas del deterioro cognitivo es importante para el

diagnóstico y tratamiento de la depresión.” (Latorre y Montañés, 1997, p. 245). Finalmente, lo que busca la presente investigación es poder identificar y caracterizar tanto la depresión, la funcionalidad y el deterioro cognitivo presentes en el adulto mayor, y así aportar al conocimiento teórico que hay en la psicología a la hora de intervenir población adulta.

## **Marco teórico**

El envejecimiento es un proceso normal, universal e inevitable, en el cual se presentan cambios a nivel funcional, cognitivo y afectivo. La intensidad o velocidad de dichos cambios varían de persona a persona y no se manifiestan de la misma manera ni a la misma edad, incluso es posible llegar a edades muy avanzadas sin mayores cambios. Lastimosamente el envejecimiento se ha asociado con cambios negativos en donde solo hay pérdidas y discapacidades. Si bien desde el ciclo vital, a medida que envejecemos, se presentan cambios, estos no siempre son patológicos, sino que hay cambios normales que no comprometen la cognición ni la funcionalidad del adulto mayor.

Los cambios durante el envejecimiento son de naturaleza multifactorial, por eso se habla del envejecimiento como un fenómeno complejo en donde interfieren múltiples situaciones que pueden influir de manera negativa o positiva en el declive de la salud. No se es viejo desde un momento determinado, la vejez no viene establecida por un corte transversal de carácter universal, sino que es consecuencia de un proceso mantenido en el tiempo con una enorme variabilidad individual. Resulta de gran importancia a la hora de realizar cualquier trabajo con población mayor de 60 años, tener en consideración estas variables individuales y como cada una se ancla a un marco teórico que explica el envejecimiento sea desde un enfoque biológico, social, económico o psicológico.

A continuación, se presenta una revisión conceptual que será la base teórica de la presente investigación. En primer momento se abordará la conceptualización del envejecimiento y la vejez y cómo ambos son un proceso dinámico e irreversible que comprende un grupo heterogéneo, luego se establecerá la diferencia entre envejecimiento normal, satisfactorio y patológico y se ahondará en las características psicológicas con énfasis en la funcionalidad, aspecto cognitivo y aspecto afectivo.

### **Envejecimiento y vejez**

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (CELADE y CEPAL, 2011). El envejecimiento es un proceso que inicia desde que nacemos, que implica

cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida. Por otro lado, la vejez es una etapa que va de los 60 años hasta la muerte y al igual que en las etapas anteriores (infancia, adolescencia y edad adulta) se producen una serie de cambios físicos, psicológicos, incluso sociales. La calidad de estos cambios van a depender, en gran medida, de los hábitos de vida saludable que lleve cada persona durante su proceso de envejecimiento. El concepto de vejez es una construcción socio cultural, ya que cada sociedad establece los límites a partir de los cuales una persona se considera anciana, en su mayoría este límite lo establece la edad fisiológica en relación con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía.

La edad de la vejez se puede conceptualizar en tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológica y social (CELADE y CEPAL, 2011). La edad cronológica es esencialmente biológica, hace referencia a la edad en años y es tal vez la definición más usada. La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico, se relaciona con la pérdida de capacidades funcionales, la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades, así como la declinación de la autonomía vital. Esta definición ha sido la más criticada porque de manera implícita sostiene un modelo deficitario en donde el envejecimiento es algo negativo donde sólo hay pérdidas (Montes, 2010). Por último, la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. (CELADE y CEPAL, 2011).

El envejecimiento y la vejez son procesos dinámicos e irreversibles que se pueden abordar desde dos dimensiones, una social que estudia la inversión de la pirámide poblacional por procesos epidemiológicos y demográficos y el otro es el envejecimiento individual, que se sustenta en los enfoques teóricos sociales, biológicos y psicológicos (CELADE y CEPAL, 2011; Montes, 2010). Para efectos de este estudio me centraré en el envejecimiento individual bajo un enfoque psicológico.

El envejecimiento, desde el enfoque psicológico, se define como un “proceso personal de adaptación a los cambios que ocurren tanto en el propio organismo como en el entorno social” (CELADE y CEPAL, p. 8, 2011) convirtiéndose en un proceso individual y particular, según la historia de cada sujeto y las diferencias individuales que lo acompañan. Desde esta perspectiva psicológica la unidad de análisis es el individuo y como este afronta

el paso del tiempo y las situaciones personales, físicas, afectivas, económicas y sociales que se presentan durante el ciclo vital. Los eventos estresantes como los cambios físicos, la jubilación, la pérdida de un rol funcional en la sociedad, la muerte de personas queridas, requieren de estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor adaptarse a los cambios.

En este punto conviene hablar del envejecimiento individual y resaltar dos características del envejecimiento humano la variabilidad y las causas de esa variabilidad (Ribera, s.f.). No todas las personas envejecen a la misma velocidad y los cambios que se presentan también varían en forma e intensidad, por ejemplo, el cambio externo es una prueba de ello; cambios en la piel, en el pelo, en la masa muscular o en las articulaciones, en la forma de moverse o de actuar.

Entre las causas de la variabilidad del envejecimiento está el envejecimiento fisiológico que hace referencia a los cambios inevitables por el uso y desgaste de los órganos, esta variable fisiológica está muy vinculada a la carga genética del sujeto, además también se encuentran los efectos negativos que en forma de secuelas van dejando en los organismos las enfermedades o mutilaciones, accidentales o cirugías, que se han ido acumulando durante la vida (Ribera, s.f.). Otra variable que condiciona el envejecimiento individual es el estilo de vida, que incluye las variables ambientales, como la contaminación del lugar donde se viva y los factores de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco, vida sedentaria, una mala alimentación, una baja escolaridad, dichas variables van a ejercer un influjo muy grande en cómo se envejece (Ribera, s.f.).

Es por lo anterior que en el enfoque psicológico del envejecimiento se remite a la teoría del ciclo vital, considerándolo como un marco conceptual que explica la tensión entre el crecimiento y la declinación (Montes, 2010). Paul Baltes (Citado por Montes, 2010) mencionaba que había en el ciclo de vida tres aspectos a tomar en consideración cuando se aborda el envejecimiento psicológico: “la selectividad, la optimización y la compensación de las oportunidades que se presentan en la vida y la forma como hacemos uso de ellas para compensar las deficiencias con que nacemos y vivimos” (Montes, 2010, p. 161).

Dentro de este enfoque, se desarrollan unidades de análisis que abordan las nociones de envejecimiento normal, envejecimiento patológico y envejecimiento satisfactorio. Estas tres trayectorias vitales del envejecimiento, postuladas a finales de los 80 por Rowe y Kahn (1987, 1997), se usan para expresar la variabilidad y heterogeneidad derivadas de las diferencias en condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y personales del individuo (Calero y Navarro, 2012).

### **Envejecimiento normal**

El envejecimiento normal implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Es el envejecimiento saludable que se desarrolla sin patologías inhabilitantes, aunque presentarse altos riesgos de padecer enfermedades (Montes, 2010). Sin embargo, en ocasiones resulta difícil diferenciarlo del envejecimiento patológico, pues desde un punto de vista físico, lo que para unos constituye enfermedad, para otros es sólo molestia y no es impedimento para desempeñar sus actividades.

El envejecimiento normal no implica un empobrecimiento de las capacidades psicológicas ni mucho menos una etapa de pérdidas, la vejez cuando es normal no incapacita al individuo ni empobrece su existencia, sólo es una nueva y diferente etapa de la vida en la cual el sujeto busca una constante adaptación. Si bien durante el paso de los años se experimenta un deterioro vitalicio en el funcionamiento orgánico y de algunas funciones psicológicas, este no debe confundirse con un envejecimiento patológico. Peña, (2012) plantean que lo que ocurre en el envejecimiento normal es un proceso de doble vertiente, en donde las pérdidas se equilibran con las ganancias, por un lado, hay una curva descendente por el inevitable menoscabo psicobiológico y, por otro lado, una curva ascendente por la madurez plena y la experiencia adquirida durante su vida que le permite una mayor serenidad reflexiva y una percepción más profunda de la realidad.

Para lograr un envejecimiento normal, es necesario tener un enfoque preventivo, para ello se deben considerar aspectos como el estilo de vida saludable, evitar hábitos patógenos como el consumo de alcohol y tabaco, ejercicio físico y una adecuada nutrición.

Si las personas mayores continúan realizando actividades creativas y mantiene sus actividades laborales, experimentarían un envejecimiento psíquico más lento (Peña, 2012).

### **Envejecimiento satisfactorio**

La noción de envejecimiento satisfactorio la introdujo John Rowe en 1987. Es el envejecimiento que tendría como resultado el mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas, afectivas y sociales, teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades.

Esta propuesta de envejecimiento satisfactorio, evidencia que cuando se habla de vejez, no sólo se hace en términos de patológico y no patológico, sino que dentro del grupo de “no patológico” se debe diferenciar entre personas con un envejecimiento normal (sin patología, pero con riesgo de sufrirlas) y personas con un envejecimiento satisfactorio (alto nivel de funcionamiento y bajo riesgo de patología).

Rowe y Kahn (1997) citados por Calero y Navarro (2012), plantean que el envejecimiento satisfactorio implica tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto nivel de capacidad cognitiva y funcional, y una implicación activa con la vida. Un envejecimiento óptimo se deriva de una adecuada nutrición un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos (CELADE Y CEPAL, 2011).

El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud física y psicológica mediante un estilo de vida activo y rico a nivel mental, físico y social, fomentan su autonomía mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima manteniendo hábitos de vida saludables, de forma que eviten, en la medida de lo posible, la dependencia y el aislamiento social. La puesta en práctica de estos aspectos influiría, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando, por tanto, un envejecimiento satisfactorio.

El envejecimiento satisfactorio postula que es posible tener baja probabilidad de enfermedades y discapacidades donde hay un alto funcionamiento cognitivo, funcional y un alto compromiso con la vida (Montes, 2010). Según la teoría de la actividad cuanto más activa se mantenga la población de edad avanzada, podrá envejecer de manera más satisfactoria (CELADE Y CEPAL, 2011). El envejecimiento activo es definido por la OMS como “el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida como objetivo de ampliar la esperanza de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (Rodríguez 2011).

Un estudio realizado en Medellín con 276 ancianos demostró que la calidad de vida se deterioraba cuando condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria (Estrada et al., 2013). Gómez et al. (2013), en un estudio sobre depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años, encontraron que hay una mayor prevalencia de depresión y percepción negativa de la vida cuando las personas no realizan ninguna actividad lúdica. Lo que busca esta perspectiva teórica de un adulto mayor activo, es que entre más activas sean las personas a nivel físico y en participación social, mayor satisfacción obtendrá en su vida, además, que la actividad constituye un importante indicador de salud.

La teoría de la actividad resulta ser un argumento para fomentar la implementación de programas de envejecimiento que promuevan la actividad, pues esta teoría no solo se enfoca en fomentar la salud física, sino que también hace referencia a la participación en actividades sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas (Rodríguez, 2011). Existe una visión generalizada en que la actividad en las personas mayores, no solamente ayudan a un buen envejecimiento, sino que también ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad (Merchán y Cifuentes, s.f.). Por otro lado, también hay detractores de la teoría de la actividad, pues consideran que es una teoría para los denominados “viejos jóvenes” y no toma en cuenta a los sujetos más envejecidos o a los económicamente más débiles (Oddone, 2013).

Una postura contraria a la teoría de la actividad es la teoría de la desvinculación, que plantea que el envejecimiento es un proceso de separación mutua, es decir, es una separación del adulto mayor con la sociedad, que va acompañado de una disminución

gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales. A su vez, la sociedad estimula ese alejamiento, presionando para que el adulto mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad para dar paso a las generaciones más jóvenes (CELADE Y CEPAL 2011; Merchán y Cifuentes, s.f.). Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento (CELADE Y CEPAL 2011).

### **Envejecimiento patológico**

El envejecimiento patológico se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades o malos hábitos de vida y que no forman parte del envejecimiento normal y en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles. La vejez no es una enfermedad por sí misma, pero la probabilidad de enfermarse durante esta etapa de la vida es mayor que en otras etapas.

Existe evidencia de que las cifras de la población de adultos mayores a nivel mundial y en nuestro país están aumentando a un ritmo acelerado, debido, en parte, a la mejora de la atención médica global; a su vez, la subpoblación que más crece es la de personas mayores de 80 años, es decir aquellas en las que el riesgo de presentar demencia está acentuado: se presume, entonces, que con ello, la prevalencia del Trastorno Neurocognitivo Mayor se incrementará (Nowrangi, Rao y Lyketsos, 2011). El deterioro de la cognición y las concomitantes alteraciones funcionales y conductuales hacen que pacientes de este tipo sean cada vez más dependientes de los cuidadores en un proceso cuyo impacto en la familia y en su entorno social y laboral es intensamente negativo (Cano, 2015).

Generalmente los síntomas y molestias que padecen los adultos mayores son aceptados como parte del proceso natural del envejecimiento, de ahí la falta de atención oportuna para generar un adecuado tratamiento o acciones de carácter preventivo. El grupo de mayores de 65 años es el que más utiliza los servicios de salud y consumen más fármacos, siendo frecuente el policonsumo de estos, sumado esta la comorbilidad de enfermedades crónicas y agudas y la coexistencia de trastornos psicológicos, neurológicos y psiquiátricos que agudizan el cuadro clínico del adulto mayor.

Entre los trastornos más frecuentes en el envejecimiento patológico, se encuentran los procesos demenciales derivados de un deterioro cognitivo severo y los trastornos del estado de ánimo, siendo el más común la depresión.

### **Deterioro cognitivo y demencia**

Existen algunos estereotipos relacionados habitualmente con la edad que sugieren que las personas mayores son más lentas en la realización de muchas tareas y poseen peor memoria que cuando eran jóvenes, por otro lado, hay opiniones que sugieren que con la edad se gana en conocimiento y sabiduría (Martos, 2005; Ventura, 2004).

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones mentales, tales como la memoria, la atención y el aprendizaje. Durante el envejecimiento suele haber un declive normal de los sistemas neuroanatómicos y neurofisiológicos y con estos, devienen alteraciones en el funcionamiento cognitivo. La cognición se puede definir como aquel “conjunto de funciones mentales que se utilizan para poder procesar la información y el conocimiento” (Cabras, p. 22, 2012), siendo fundamentales la memoria y la inteligencia, puesto que ambas participan en el aprendizaje, la resolución de problemas y la toma de decisiones (Cabras, 2012).

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían de individuo a individuo y dependen, en alguna medida, de factores ambientales, fisiológicos, incluso hereditarios. El estudio de las funciones mentales en el envejecimiento ha despertado el interés de los investigadores, en especial, el poder identificar cuáles son los pródromos que marcan una diferencia entre el inicio de un deterioro cognitivo leve de un proceso demencial. Sin embargo, como ya se ha mencionado, el envejecimiento es un proceso heterogéneo, por tanto, el paso del tiempo y el declive de las funciones cognitivas no se presentan de la misma forma ni en la misma medida.

La manifestación más común que pueden dar cuenta del inicio de un deterioro cognitivo leve es la presencia de olvidos (Cabras, 2012). El adulto mayor experimenta cambios cognitivos sutiles, sin que se afecte la conciencia y el funcionamiento de las actividades normales de la cotidianidad. Lo anterior es una marcada diferencia con un

síndrome demencial, en donde hay una interferencia significativa del déficit cognitivo sobre el funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana y estados confesionales (Peña, 2012), en síntesis, el deterioro cognitivo leve es una alteración de memoria sin que exista una demencia (Rosselli y Ardila 2012). Rosselli y Ardila (2012) afirma que hay una delgada línea entre los individuos que se encuentran en el límite inferior de la curva del funcionamiento cognitivo normal y aquellos que se encuentran en el inicio de una demencia.

Petersen (2001), citado por Cabras (2012). durante la conferencia de Chicago en 1999, recomendó clasificar deterioro cognitivo leve, esto por la heterogeneidad en cómo se manifiesta el deterioro. El esquema clasificatorio sugiere cuatro formas del deterioro cognitivo: deterioro cognitivo leve amnésico, amnésico de dominio múltiple, no amnésico de dominio único y no amnésico de dominio múltiple. A continuación, se muestra una tabla tomada de Cabras (2012) donde se muestra los subtipos de deterioro cognitivo leve, donde también se muestra el posible síndrome demencial en los que puede evolucionar los diferentes subtipos.

**Tabla 1: Subtipos de deterioro cognitivo leve (Cabras, 2012, p. 134)**

		<b>Degenerativa</b>	<b>Vascular</b>	<b>Psiquiátrica</b>
<b>Deterioro cognitivo leve amnésico</b>	Dominio único	Enfermedad de Alzheimer		Depresión
	Dominio múltiple	Enfermedad de Alzheimer	Demencia Vascular	Depresión
<b>Deterioro cognitivo leve no amnésico</b>	Dominio único	Demencia Frontotemporal		
	Dominio múltiple	Demencia Frontotemporal	Demencia Vascular	

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica, progresivo e irreversible, en donde hay déficit de múltiples funciones corticales superiores que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución (CIE 10, 1994; DSM IV, 1994). La demencia da lugar a un déficit cognitivo, motor y social que implican, a su vez, cambios en la personalidad del sujeto y repercuten en la actividad cotidiana, generando desadaptación social (Ramos, Fernández y Pérez, 2009)

Existe una dicotomía respecto al deterioro cognitivo leve como un predictor del inicio de un síndrome demencial, mientras para unos autores marca el inicio de una demencia, para otros, no todos los casos de deterioro cognitivo leve terminarán en una demencia. Smith y Rush (2006) (citados por Rosselli y Ardila, 2012) estiman que solamente un 12 % de los individuos con deterioro cognitivo leve terminan en un proceso demencial.

Respecto a la clasificación de la demencia, se han postulado diferentes formas de agruparlas, los criterios de clasificación más empleados son el etiológico, neuroanatómico y clínico (Ramos et al., 2009).

La clasificación etiológica resulta ser compleja, dado que la demencia es un síndrome que puede estar causado por diversas enfermedades, sin embargo, entre las principales causas de la demencia están las enfermedades degenerativas del cerebro producto de una pérdida significativa de neuronas sin alteración vascular o inflamatoria. (Ramos et al., 2009). Otros factores que se han identificado como causantes de demencia son las enfermedades endocrinas o neurológicas (Ramos et al., 2009).

Desde la clasificación neuroanatómica se diferencian dos patrones básicos de alteración neuropsicológica que se correlacionan en parte con las estructuras anatómicas cerebrales más afectadas, el primero es la demencia cortical y el segundo la demencia subcortical, no obstante, existe una clasificación mixta en donde hay compromiso de áreas corticales y subcorticales. Los pacientes con demencia subcortical manifiestan una lentificación muy marcada del procesamiento de la información, se altera la motivación y la atención. Los pacientes con demencia cortical presentan amnesia, afasia, apraxia y agnosia,

producto de las alteraciones en las áreas corticales asociadas a cada función cognitiva (Ramos et al., 2009) (tabla 2).

Por último, en la clasificación clínica se distinguen cuatro niveles según el grado de intensidad del síndrome demencial. Los niveles son la demencia mínima, leve, moderada y severa. A continuación, se hace una caracterización de cada nivel a partir de Ramos et al. (2009). En la demencia mínima el sujeto presenta dificultades para adquirir nueva información, hay cortos periodos amnésicos y un ligero déficit de orientación. La demencia leve se caracteriza por un déficit en la orientación espacial y temporal, dificultades evidentes en la resolución de problemas, y además ligeras alteraciones lingüísticas e incapacidad para realizar tareas de la vida diaria y de cuidado de sí mismo. En la demencia moderada se observa ya una importante incapacidad para retener y recordar nueva información, disminución de los índices de orientación, incapacitación para resolver problemas, lenguaje incoherente, e incapacidad evidente para rendir en su vida diaria. Por último, en la demencia severa hay una marcada pérdida de memoria, el enfermo es incapaz de reconocer a los parientes cercanos y en ocasiones los olvidos o lagunas mentales son sustituidos con cuadros confabulatorios, la orientación, el cuidado de sí mismo y el control de esfínteres están intensamente afectados, el lenguaje es notoriamente incoherente, hay pobreza emocional y apatía.

**Tabla 2: clasificación neuroanatómica de las demencias (Cabras, 2012, p. 143)**

<b>Corticales</b>	<b>Subcorticales</b>	<b>Mixtas</b>
Enfermedad de Alzheimer Demencia frontotemporal	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington Parálisis supranuclear progresiva Hidrocefalia a presión normal Demencia vascular Enfermedad de Binswanger Estado lacunar	Demencia vascular Demencia multiinfarto Demencia con cuerpos de Lewy Degeneración corticobasal Demencias tóxicas, metabólicas, infecciosas y postraumáticas

## Depresión

El cuadro clínico que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal, sin embargo, Vázquez y sanz (Buendía, Fernández, Ramos, Riquelme, 2009), establecen que toda persona con algún cuadro depresivo presenta un conjunto de signos y síntomas los cuales se pueden agrupar en cinco núcleos: anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales. La depresión como entidad clínica no debe de explicarse por contingencias ambientales, por consumos de alguna sustancia, ni por enfermedades orgánicas. Entre las alteraciones del estado de ánimo deprimido más frecuentes están la tristeza, el abatimiento, la sensación de vacío e incluso la irritabilidad, hay una pérdida de la capacidad para sentir interés y disfrutar de las cosas, por tanto, hay una disminución del nivel de actividad. En la clasificación CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento de la OMS (1994) se identifican otras manifestaciones que son comunes en un episodio depresivo que son la disminución de la atención y concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos suicidas, trastornos en el sueño y en el apetito. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

La depresión en las fases tardías de la vida resulta ser muy común, no asociado al proceso normal del envejecimiento, que causa deterioro del funcionamiento orgánico y psicoemocional (Alarcón, 2004). El diagnóstico de depresión en personas mayores de 65 años rara vez es aceptado, dado que, la sintomatología que presenta se asocia con otras enfermedades, incluso, en ocasiones son tomados como estados normales del proceso del envejeciente. Otra dificultad para el diagnóstico de depresión en el adulto mayores se debe a que normalmente ellos no están preparados para expresar sus síntomas, por tanto, todo lo describen en términos somáticos, verbalizan sus síntomas como dificultades para dormir, falta de energía y dolores localizados, lo cual conlleva a que el clínico relacione los síntomas con enfermedades físicas y no con un trastorno depresivo (Buendía et al., 2009).

Es cierto que los trastornos depresivos de los ancianos pueden ser consecuencia de una enfermedad física, pero también puede ser al revés, la existencia de depresión y otras enfermedades físicas y mentales, genera un solapamiento de síntomas que enmascara

frecuentemente la depresión, haciendo que sea indistinguible con otras enfermedades como delirium o demencia. Sin embargo, es muy común la coexistencia de la depresión y la demencia, siendo difícil establecer cuál es el trastorno de base que causa la incapacidad física y cognitivas.

En ocasiones, la depresión puede aparecer como preludeo de una demencia; en otras, los síntomas depresivos forman parte del propio curso de la demencia y se considera que forma parte de la propia enfermedad más que una reacción a la misma (Fernández, 2017). La depresión en los ancianos se suele presentar con síntomas similares a los de un proceso demencial, actualmente se está hablando de una entidad para referirse al deterioro cognitivo asociado a la depresión denominada pseudodemencia depresiva.

### **Pseudodemencia depresiva**

Se entiende a la pseudodemencia depresiva como un trastorno depresivo mayor en el cual el deterioro cognitivo representa el principal motivo de consulta, pudiendo este ser interpretado erróneamente como un cuadro demencial. Inclusive en los casos en que remite la pseudodemencia depresiva, persisten ciertos déficits cognitivos y hay un aumento en el riesgo de desarrollar una demencia. El concepto de «pseudodemencia» ha supuesto, en muchos casos, un punto intermedio para ubicar los casos clínicos que se encuentran limítrofes entre la depresión, que cursa con deterioro cognitivo, y la demencia. Sin embargo, el DSM-IV-TR o la CIE-10 no aportan criterios diagnósticos para la pseudodemencia, por lo que no es una entidad diagnóstica en sí misma; y no se puede diagnosticar un trastorno depresivo mayor si los síntomas son debidos a un trastorno mental orgánico (Buendía et al., 2009).

Generalmente, la pseudodemencia puede definirse como un estado clínico reversible, en el que el trastorno psicopatológico, especialmente la depresión, cursa con una sintomatología clínica similar a la demencia (Buendía, et al., 2009). El diagnóstico de la pseudodemencia depresiva es eminentemente clínico por lo cual es fundamental realizar una minuciosa evaluación del paciente y contar con el relato de un informante confiable. Entre los síntomas que compartes la depresión y la demencia están la dificultad para pensar y concentrarse, problemas de memoria, pérdida de interés y voluntad, apatía, estado de

ánimo tristes y enlentecimiento psicomotor (Fernández, 2017). Si bien ambas entidades comparten sintomatologías, cada una posee marcadores propios, los cuales es necesario tener claros para realizar un diagnóstico diferencial. A continuación, se presenta la tabla 3 con las principales diferencias de la depresión y el deterioro cognitivo.

**Tabla 3: Diagnóstico diferencial entre demencia y depresión (Belloch, Sandín, Ramos, 2009, p.603)**

	<b>DEPRESIÓN</b>	<b>DEMENCIA</b>
<b>Comienzo del trastorno</b>	Usualmente específica	Determinada sólo dentro de unos límites amplios
<b>Duración</b>	Corta	Usualmente larga duración
<b>Curso clínico</b>	Desarrollo rápido de los síntomas	Desarrollo lento de los síntomas
<b>Historia</b>	Es común la existencia de problemas	No es común problemas anteriores
<b>Quejas</b>	Quejas frecuentes y detalladas de pérdidas cognitivas. Se recalca la incapacidad y los fracasos se sobrevaloran	Poco frecuentes
<b>Esfuerzos</b>	Mínimo esfuerzo incluso en tareas simples	Normalmente, existe esfuerzo por ejecutar tareas
<b>Afecto</b>	A menudo cambios generales con una fuerte sensación de malestar	Habitual ausencia de preocupación con fuerte afecto lábil y superficial
<b>Habilidades sociales</b>	Notable pérdida, usualmente en el principio	A menudo se conservan intactas en estados iniciales
<b>Disfunciones nocturnas</b>	No es común	A menudo acentuadas
<b>Atención y concentración</b>	A menudo intacta	Usualmente defectuosa
<b>Pérdida de memoria</b>	Ocurre igual para hechos recientes y remotos. Lagunas de memoria frecuentes	Pérdida más severa para acontecimientos recientes que para remotos. Son infrecuentes lagunas en otros períodos
<b>Ejecución</b>	Muy variable	Consistentemente baja

## La funcionalidad en la vejez

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno" (Segovia y Torres, 2011). Aunque el deterioro funcional no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, existe una alta probabilidad de padecerlo por diferentes enfermedades o la misma fragilidad relacionada con la edad (Martos, 2005). El aumento de la esperanza de vida puede ser visto como un logro, sin embargo, "la longevidad acompañada de una dependencia creciente ha generado un debate sobre la calidad de vida con la que se "disfrutan" o se "sufren" esos años ganados a la muerte (Martos, 2005, p. 113).

"Cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa" (Segovia y Torres, 2011).

Desde cualquier área de la salud es fundamental toda intervención integral que abarque los aspectos psíquicos, físicos y sociales, pues son estas variables la clave para la calidad de vida en la vejez (Cyrus, 2009). En esta medida el objetivo no debe de ser aumentar la expectativa de vida, "sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana" (Cyrus, 2009. párr. 6). De lo anterior, parte la importancia de detectar las personas que se encuentran en riesgo de perder su capacidad funcional.

El proceso normal de envejecimiento, "produce una disminución de hasta un 25% a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema" (Cyrus, 2009. párr. 8) aumentando el riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas. El deterioro biológico de los órganos, sumado a predisposiciones genéticas, estilos de vida inadecuados, condiciones socioeconómicas precarias y ambientes nocivos, producen que el

estado de salud funcional de la persona mayor pase de la independencia hacia la dependencia (Cyrus, 2009; Martos, 2005).

La medición permanente de la funcionalidad resulta ser muy importante, dado que, las primeras manifestaciones de enfermedades en adultos mayores se producen a través de alteraciones funcionales, siendo esta el primer signo de alerta (Cyrus, 2009). La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades de la vida diaria avanzadas (participar en grupos, trabajar), pero, si la pérdida de funcionalidad no es tratada y se prolonga en el tiempo, puede llegar a afectar la autonomía en actividades básicas de la cotidianidad como levantarse, bañarse, vestirse y comer (Cyrus, 2009).

Hazzard y Cols (2007) (citados por Segovia y Torres, 2011) señalan que el estado funcional se evalúa en tres niveles. El primero son las actividades básicas de la vida cotidiana y son aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo. El segundo nivel son las actividades instrumentales de la vida diaria que se refiere a las capacidades de mantener un hogar independiente, realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tomar la medicación y manejar las finanzas. Por último están las actividades avanzadas de la vida diarias que buscan evaluar la capacidad del adulto mayor para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional.

Actualmente la evaluación del anciano debe de ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico, dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado.

## Metodología

**Diseño de investigación:** cuantitativa

**Nivel de la investigación:** descriptivo

### Técnicas de recolección de información

- Mini Mental State Examination (MMSE)

El mini mental desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975, tiene como objetivo detectar un posible deterioro de funciones cognitivas, se usa en población anciana o en cualquier persona que se sospeche un posible deterioro cognitivo. Las áreas de exploración del MMSE son orientación temporal y espacial, fijación, atención, cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y construcción visual (Folstein, 2001). Se puntúa en función de aciertos en las subpruebas, de tal forma que puntuaciones bajas indican un déficit en el funcionamiento cognitivo.

Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65.

- Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal.
- Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal

El mayor puntaje que se puede tener en la prueba es de 30, siendo 23 el punto de corte para indicar que hay un adecuado funcionamiento. Para efectos de este estudio se usará los siguientes puntos de corte, a fin de realizar una clasificación (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2002).

Función cognitiva Normal: 30-27

Déficit cognitivo leve: 26-21

Déficit cognitivo moderado: 20-11

Déficit cognitivo severo: 10-0

- T.M.T (A-B)

El Trial Making Teste (test del trazo) creado por Reitan en 1958 es una prueba

efectiva para discriminar sujetos con daño cerebral. Consta de dos partes: la Parte A consiste en una hoja en la cual se encuentran distribuidos al azar los números del 1 a 25. El sujeto debe unir los números con una línea recta en orden consecutiva creciente lo más rápido posible, esta parte mide habilidades motoras, visoespaciales de búsqueda visual y atención sostenida. La parte B consiste en una hoja con los números del 1 al 13 y letras de la A a la L, distribuidos al azar y el sujeto debe unir los estímulos alternando números y letras, respetando el orden numérico ascendente y alfabético, esta parte mide lo mismo que la anterior pero adicionalmente evalúa flexibilidad mental y atención dividida.

Esta prueba tiene en cuenta el tiempo que emplea cada persona en realizarla, sin embargo, también se puede considerar unidades de análisis los tipos de errores que cometa el sujeto. Los tipos de errores son: omisión de números (parte A), en la parte B están los errores de tipo *perseverativo*: el sujeto no logra alternar entre un número y una letra y *no perseverativo*: el sujeto mantiene la alternancia, pero equivoca el orden (ejemplo: 1-A-2-B-4-D)

La puntuación en el tiempo para adultos mayores de 60 años (Fernández, Marino y Alderete, 2002)

Parte A: hasta 12 años de escolaridad  $\geq 104$  segundos, más de 12 años  $\geq 59$  segundos

Parte B: hasta 12 años de escolaridad  $\geq 220$  segundos, más de 12 años  $\geq 133$  segundos

- Test de yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente diseñada para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Para este estudio se utiliza la escala abreviada, desarrollaron en 1986 por los mismos autores. Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.

La puntuación máxima es de 15 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la

presencia de depresión. Los puntos de corte son (OPS/OMS, 2002).

- No depresión 0-5 puntos (normal)
- Probable depresión 6-10 puntos (moderado)
- Depresión establecida 11-15 puntos (severo)

- Escala de quejas subjetivas de memoria

La escala de quejas subjetivas de memoria (QSM), es un cuestionario que se aplica como prueba de tamizaje y recopila la mayoría de las quejas de memoria en la vida cotidiana por las cuales consultan los pacientes. La mayor puntuación que puede obtener una persona es de 45 y la menor. Obtener una puntuación hasta de 19/45, se considera normal en esta escala (Lara, 2011). Las quejas subjetivas que los adultos mayores refieren sobre su memoria parece que guardan más relación con factores psicológicos que con deterioros reales, al estar más relacionadas con estados de depresión, percepciones subjetivas negativas sobre la vejez, aspectos de personalidad y pobre red social (Mias, Luque, Bastida y Correché, 2015). Por otro lado, las quejas subjetivas de memoria son frecuentes en personas con deterioro cognitivo leve, las cuales tienen riesgo de desarrollar síndromes demenciales, particularmente Alzheimer, por tanto las quejas de memoria pueden ser un factor predictivo que alerte sobre posibles cambios cognitivos (Mias, et al., 2015).

- Índice Barthel

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. El puntaje total de la prueba es de 100. Las puntuaciones se agruparán en 4 categorías (Barrero, García, y Ojeda. 2005).

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

## **Población**

El Hogar Vizcaya actualmente cuenta con 46 residentes, de los cuales, mediante muestreo intencional se seleccionaron 30 individuos que cumplían con las condiciones para ser evaluados en esta investigación. El criterio para la selección de la muestra es que fueran residentes permanentes del Hogar Vizcaya, que accedieron voluntariamente a la aplicación de los cuestionarios y que no tuvieran ninguna dificultad física o cognitiva que interfirieran con la comprensión y ejecución adecuada de los instrumentos de evaluación. Del total de los residentes sólo dos no quisieron participar, 12 no cumplían con las condiciones de selección, es decir tenían alguna discapacidad física o mental (en su mayoría demencia) y dos se encontraban hospitalizados.

## Resultados

A nivel socio demográfico el promedio de edad de los 30 sujetos evaluados es de 85,7 años, donde el 13% comprenden las edades entre 70 a 79 años, el 53% se encuentra entre las edades de 80 a 89 años y el 33% en más de 90 años. El promedio de escolaridad es de 10,7 años estudiados, siendo el nivel de primaria el de mayor prevalencia con un 43,3%, seguido de bachillerato con 33,3% y por último se encuentra estudios medios y superiores con 16,7% y 6,7% respectivamente. El sexo femenino predominó en la muestra con un 93% al igual que el estado civil viudos con un 60%. El 30% de la muestra lleva más de 10 años institucionalizadas en la fundación hogar Vizcaya, el 16,7% entre 6 y 10 años, el 40% entre 1 y 5 años y el 13,3 llevan menos de un año. En la tabla 4 se presentan todos los resultados sociodemográficos.

**Tabla 4: información sociodemográfica**

<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
70-79	4	13%
80-89	16	53%
Más de 90	10	33%
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	13	43%
Secundaria	10	33%
Estudios medios	5	16,7%
Estudios superiores	2	6,7%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	7%
Femenino	28	93%
<b>Estado civil</b>		
Solteros	9	30%
Casado	2	6,7%
Viudos	18	60%
Separados	1	3,3%
<b>Tiempo institucionalización</b>		
Menos de un año	4	13,3%
1-5 años	12	40%
6-10 años	5	16,7%
Más de 10 años	9	30%

A nivel de enfermedades la Hipertensión (83,3%), el hipotiroidismo (46,7%) y la osteoporosis (40%) fueron las tres enfermedades con mayor prevalencia, seguidas de la diabetes mellitus (23,3%), Epoc (16,7%) e insuficiencia cardiaca (13,3%) (Ver tablas 5).

**Tabla 5: diagnóstico de enfermedades**

Enfermedades	Número	Porcentaje
Hipertensión	25	83,3%
Hipotiroidismo	14	46,7%
Osteoporosis	12	40%
Diabetes Mellitus	7	23,3%
EPOC	5	16,7%
ICC (insuficiencia cardiaca)	4	13,3%

### Características cognitivas

Según los resultados cognitivos se encuentra que el 16,7% presenta deterioro cognitivo moderado, el 26,7% deterioro cognitivo leve y 56,7% no presentan alteraciones en sus funciones cognitivas. De estos resultados se resalta que no se encontró una correlación entre la edad y el grado de deterioro cognitivo ( $p = 0,00496$ ). Sin embargo, del porcentaje total entre deterioro cognitivo leve y moderado (43,4%) el 35% está conformado por adultos mayores de 80 años (Ver tabla 5). Respecto al nivel de escolaridad tampoco se evidencia que exista una relación entre el tiempo de años estudiados y el funcionamiento cognitivo ( $p = 0,10292$ ).

**Tabla 5: resultados MMSE agrupados por edades**

Grupo por edades	total	Sin deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo Leve		Deterioro cognitivo moderado	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
70-79	4	2	6%	1	3%	1	3%
80-89	16	10	33%	4	13%	2	6%
Más de 90	10	5	16%	3	10%	2	6%

Respecto a los resultados obtenidos en la prueba del T.M.T (A-B) se establece que el tiempo promedio de la parte A fue de 164 segundos y de la parte B de 378 segundos. En personas con hasta 12 años de escolaridad el promedio de tiempo para ejecutar el T.M.T.

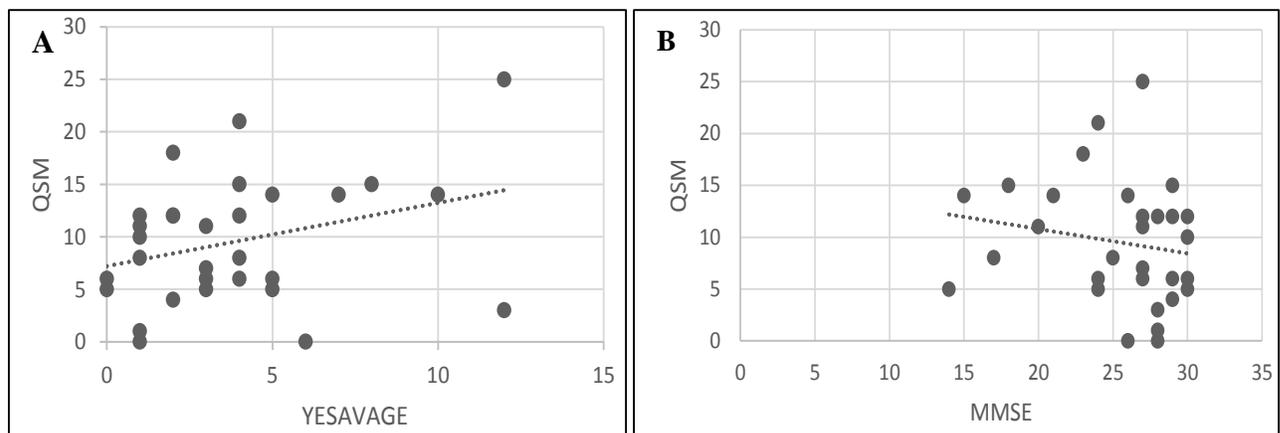
parte A fue de 164 segundos y la parte B fue de 368 segundos. Para personas con más de 12 años de escolaridad el promedio para la parte A fue de 168 segundos y la parte B de 367 segundos.

Estos resultados están muy por encima del promedio de tiempo estipulado en el que se puede ejecutar el T.MT, es decir, los residentes tardaron mucho más tiempo del esperado en ejecutar la evaluación. Se debe de considerar que las personas evaluadas ya eran muy mayores (edad promedio 85,7).

### Características afectivas

A nivel afectivo, en el test de quejas subjetivas de memoria (QSM) los sujetos no manifiestan tener problemas con su memoria, solo el 6,7% manifiesta quejas significativas, siendo las quejas más frecuentes olvidar donde deja las cosas, dificultades para recordar números de teléfonos y necesidad de anotar todo. A nivel teórico, las quejas subjetivas de memoria que refieren los adultos mayores están más vinculadas con factores psicológicos relacionados con estados de depresión (Mias, Luque, Bastida y Correché, 2015; Fernández, 2016). Sin embargo, los resultados del estudio evidencian que hay una tendencia directa poco significativa entre los resultados del test de Yesavage y la escala de QSM ( $p=0,32505$ ). También se analizó si los resultados del cuestionario de QSM sería un predictor de deterioro cognitivo, encontrándose que hay una baja correlación negativa entre las quejas subjetivas con el deterioro objetivo de la memoria ( $p= -0,17869$ ) (Ver gráfica 1).

**Gráfica 1: correlaciones (A: QSM-Yesavage; B: QSM-MMSE)**



Los resultados del test de Yesavage revelan que el 10% de la muestra presentan depresión severa, 10% depresión leve y el 80% no tiene depresión. Con estos datos se realiza una correlación con el tiempo que llevan los residentes institucionalizados, encontrándose una leve correlación directa entre la depresión y personas que llevan más de 5 años en la institución ( $p= 0,35757$ ).

**Tabla 6: resultados test de yesavage**

Test de Yesavage	Número	Porcentaje
Normal	24	80%
Moderada	3	10%
Severa	3	10%

### Características funcionales

Respecto a las características funcionales la mayoría de la población (56,7%) requiere de alguna ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida cotidiana, donde el 3% presentan dependencia severa, el 33% tienen dependencia moderada, el 20% dependencia escasa y el 43% son autónomos en todas sus actividades básicas de la vida diaria (Ver tabla 7).

**Tabla 7: resultado índice de Barthel**

Índice de Barthel	Número	Porcentaje
Independiente	13	43%
Dependencia escasa	6	20%
Dependencia moderada	10	33%
Dependencia severa	1	3%

## Discusión

La prevalencia del deterioro cognitivo en el presente estudio es muy similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, en donde un poco más de la mitad de la población estudiada no presentan deterioro cognitivo. En una investigación realizada por Varela et al. (2004) con una muestra poblacional de 312 adultos mayores hospitalizados en Perú, se encontró que el 54% de la población no presentaba deterioro cognitivo, el 36% presentaba deterioro cognitivo leve-moderado y el 10% deterioro severo. Resultados similares se hallaron en el estudio de Sánchez, López, Calvo, Noriega y López (2009) con una muestra de 307 adultos mayores, en donde solo el 11,9% padecían deterioro cognitivo leve y severo, y el resto de la población 88,1% no presentaban deterioro alguno en sus funciones cognitivas. Estos resultados son congruentes con los del presente estudio, en donde el 56% de los residentes del Hogar Vizcaya que fueron evaluados no tenían deterioro cognitivo, el 26,7% presentaban deterioro cognitivo leve y sólo el 16,7% deterioro cognitivo moderado.

Sin embargo, las variables que puedan explicar el mantenimiento o deterioro cognitivo no son las mismas, pues como vemos en este estudio la edad y la escolaridad no influyen o por lo menos no están relacionadas con el estado cognitivo. A diferencia de estudios como el de Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez (2013) en donde el nivel de instrucción representa un factor protector, por lo cual las personas con bajo nivel de escolaridad presentan mayores niveles de deterioro cognitivo. De igual forma sucede con la investigación de Varela et al. (2004) en donde los resultados arrojaban que a mayor edad mayor deterioro cognitivo.

Es cierto que, a mayor educación, mejor ejecución en el cálculo, escritura, o funciones cognoscitivas distintas a la memoria. No obstante, el grupo participante de esta investigación, a pesar de la edad y el bajo nivel escolar predominante, demostró habilidades para recordar y asociar. Probablemente el entorno donde se desarrollaron pudo contribuir en el mantenimiento cognitivo, como también sus diferentes actividades y ocupaciones que probablemente los haya puesto en contacto con una realidad de participación constante.

A nivel afectivo los resultados de este estudio muestran que la mayoría de la población no presenta depresión (80%) y el 20% se ubican en estados depresivos leve y severo. Estudios como los de Sánchez et al. (2009) y Pablete, Matus, Díaz, Vidal y Ayala (2015) reportan resultados similares en donde la prevalencia de depresión es más bien baja respecto al porcentaje de personas que no presentan depresión.

En una investigación realizada en Colombia por Cerquera (2007) se estudia la relación entre el tiempo de institucionalización y la presencia de depresión en una muestra de 67 adultos mayores, encontrándose que las personas que llevan poco tiempo de institucionalización manifiestan tener depresión, por estar viviendo un cambio radical en el estilo de vida que llevaban. Estos resultados contradicen los que se hallaron en este estudio, en donde a mayor tiempo de institucionalización mayor probabilidad de presentar depresión.

Sin embargo, con estos resultados no se puede concluir que la institucionalización incide en el estado emocional del adulto mayor, ya que se deben de tener en cuenta otras variables, como el tipo de institución, las condiciones de dicha institución, si el adulto mayor fue llevado de forma voluntaria o no y las características individuales de los residentes como sus condiciones anteriores de vida, la personalidad y su capacidad de adaptabilidad.

Fernández (s.f.) afirma que la vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas entre ellas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y lo que es peor, un conjunto de pluripatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia y desde luego, mayor proximidad a la muerte y todo ello junto a otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Estas son situaciones que atraviesa toda persona que llegue a la vejez y dependiendo de la forma como la persona afronte el momento de su vida puede producir o no reacciones afectivas negativas como la presencia de malestar, sentimientos de soledad, ansiedad o depresión.

Respecto a los resultados de la funcionalidad del presente estudio evidencia que la mayoría de la población requiere de alguna ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (56,7%). Al comparar con otros estudios similares, donde la población también

se encontraba institucionalizada se evidencia resultados similares. En una investigación realizada por Carpio et al. (2012) con una muestra de 10 adultos institucionalizados en un hogar geriátrico al norte de Barranquilla se encuentra que el 60% de los residentes evaluados tiene un nivel de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Muñoz, Rojas y Marzuca (2015) realizan un estudio en Chile con una muestra de 55 adultos mayores, en el cual la prevalencia de dependencia severa fue de un 45% porcentaje bastante significativo que representa un nivel muy alto de dependencia del adulto mayor.

En investigaciones donde la población no se encuentra institucionalizada los resultados son muy diferentes a nivel funcional. Las investigaciones de Pinillo y Prieto (2012); Zavala, Posada y Cantú (2010) y Loredó et al. (2016), donde se trabajó con adultos mayores no institucionalizados se encontró mayor prevalencia de personas con independencia total, siendo mayor en el estudio de Zavala et al. (2010) con un 97,4% de adultos mayores con independencia total, seguido del estudio de Loredó et al. (2016) con 80,2% y Pinillos y Prieto (2012) con 60,8%.

La institucionalización guarda una percepción negativa y al parecer los estudios reafirman esa percepción, al evidenciar que las personas institucionalizadas presentan mayor deterioro en su área funcional. Sin embargo, se debe de considerar que tal vez no sea el estar reclusos el verdadero causante del deterioro funcional, más bien son las condiciones de dicha institucionalización. Los estudios en donde se aborda población reclusa son un llamado a la mejora e implementación de estrategias que promuevan un envejecimiento saludable y satisfactorio. Las instituciones tienen un potencial muy valioso al poder ser una alternativa a las nuevas formas y dinámicas familiares en donde no es posible que las personas logren envejecer en sus hogares.

## Conclusiones

De las personas evaluadas en el Hogar Vizcaya de la ciudad de Medellín hay mayor prevalencia del sexo femenino con un 93% de la población total, el nivel de escolaridad con mayor predominio fue el de primaria con un 43%, la mayoría de los residentes llevan entre 1 a 5 años institucionalizados (60%), el estado civil que más predominó fue el de viudo (40%) y las enfermedades más comunes fueron la hipertensión (83,3%) y el hipotiroidismo (46,7%).

Respecto a los resultados del estado cognitivo se encuentra que la mayoría de la población no presenta deterioro alguno (56,7%) y que estos resultados no se relacionan con variables como la escolaridad y la edad. Para la atención sostenida y selectiva en el TMT (A) hubo un promedio de tiempo de 164.2 segundos y en el TMT (B) hubo un promedio de tiempo 367.5 segundos, presentándose mayores dificultades en este último por evaluar atención alternante y atención a múltiples detalles. Con relación a los resultados afectivos, el 80% de la población no presenta depresión y no se encontró relación entre el estado emocional, el deterioro cognitivo y el estado funcional. En la variable de funcionalidad el 43% de los residentes evaluados son totalmente independientes.

A pesar de que los resultados sean algo alentadores, no significa que el envejecimiento acelerado de la población deje de preocuparnos. Sigue siendo un reto y una prioridad la detección precoz de la depresión y la identificación temprana de un diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales, ya que a partir de ahí se deben desarrollar las intervenciones preventivas y asistenciales que pretendan prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad (Sanchez, et al., 2009).

Respecto a la posible relación que pueda existir entre la depresión y el deterioro cognitivo, a pesar de los estudios que han tratado de establecer que la depresión es un factor de riesgo para desarrollar demencia, la relación entre estas dos variables es aún compleja, puesto que la depresión en adultos mayores puede provocar alteraciones cognitivas que pueden ser similares a cuadros demenciales y a su vez sujetos con demencia pueden padecer síndromes depresivos.

### **Recomendaciones**

Resulta importante realizar estudios con población institucionalizada de diferentes estratos socioeconómicos con el fin de evidenciar las diferencias más significativas, pudiendo evaluar variables protectoras y de riesgo.

Hacer estudios en donde se evalúe el tipo de institución (si cuenta o no con un programa gerontológico que cuente con actividades de estimulación cognitiva y funcional) y como esta incide en el envejecimiento de sus residentes

Formular programas de rehabilitación y mantenimiento cognitivo a nivel institucional, teniendo en cuenta las habilidades y destrezas cognitivas presentes en el adulto mayor.

Estandarizar protocolos de evaluación, en el contexto colombiano, para adultos mayores teniendo en cuenta déficit sensoriales, edad, educación y estado de salud actual.

### **Consideraciones éticas**

Todo ejercicio que realice un psicólogo debe de estar bajo la normatividad del código deontológico y bioético. La ley 1090 del 2006 es quien regula el ejercicio del psicólogo en Colombia en cualquier ámbito en el cual realice su praxis profesional. En el artículo 3 sección A de dicha ley “se considera ejercicio de la profesión del psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en el diseño, ejecución y dirección de investigación científica”.

En la presente investigación se deben tener en cuenta el uso del material psicotécnico, ya que de ellos tomaremos los datos cuantitativos para el posterior análisis, por tanto las pruebas que se usen deben estar debidamente estandarizadas y validadas y son de uso exclusivo de los profesionales en psicología como lo dictamina el artículo 45 de la ley 1090 de 2006, por tanto el uso que se le dé los instrumentos debe de estar bajo la supervisión y acompañamiento de un profesional en psicología, es este caso del docente que asesora la investigación.

Se debe considerar que todo psicólogo que se dedique a llevar una investigación debe basarse en principios éticos de respeto y dignidad, igualmente debe de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes (Ley N° 1090, 2006). Es necesario tener cuidado con el manejo que se le dará a la información, pues, aunque sea una práctica investigativa es obligación el uso del consentimiento informado.

A continuación, se hace anexo del consentimiento informado.

## Consentimiento informado

### **Dirigido a los residentes de la Fundación Hogar Vizcaya.**

**Título de la investigación:** “Caracterización cognitiva, afectiva y funcional en un grupo de adultos mayores de 60 años institucionalizados en la Fundación Hogar Vizcaya de la ciudad de Medellín”.

### **Investigadores:**

Leidy Viviana Echavarría Estrada – Psicóloga en formación de la Universidad de Antioquia.

Luz María Hoyos López – Docente, Mg. en Neuropsicología.

Mediante el presente documento, usted ha sido invitado a participar en un estudio que consiste en realizar una caracterización cognitiva, afectiva y funcional de los residentes del Hogar Vizcaya ubicado en el sector poblado. Para ello se aplicarán 5 pruebas: Escala de Depresión de Yesavage, Escala de Trastornos de la Memoria, Índice de Barthel, Mini Mental state examination y T.M.T (A-B). Los resultados de dichas pruebas tendrán como objetivo aportar información que ayude a una mayor comprensión sobre el estado funcional, cognitivo y afectivo de sus residentes.

Este documento tiene como objeto solicitar su autorización escrita para realizarla la aplicación de las pruebas. Se resalta que este estudio no trae ningún riesgo a su integridad como residente del Hogar Vizcaya, se trata de una actividad complementaria y voluntaria que ofrece la institución. También se informa que no es posible ofrecer beneficios inmediatos, sin embargo, los resultados de esta investigación pueden contribuir con el mejoramiento en la calidad de vida de los residentes al proveer información actualizada acerca de su estado mental, físico y emocional.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por la Universidad de Antioquia. He sido informado (a) del mismo previamente.

---

Firma

---

Fecha

## Referencias

Alarcón, R., Camacho, O. y Arango, J. (2004). Trastornos depresivos en el adulto mayor y el anciano. Pereira, Colombia: Graficas Lucero.

Ávila, M., Vázquez, E. y Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(4), 1–11. Recuperado a de <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/409>

Barrero, C., García, S. y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4 (1-2), 81-85. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf)

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología. Volumen 2. Madrid: McGRAW-HILL.

Buendía, J., Fernández, B., Ramos, F. y Riquelme, A. (2009). Trastornos asociados a la vejez. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F., Manual de psicopatología Volumen 2 (593-618). Madrid: McGRAW-HILL.

Cabras, E. (2012). Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165\\_cabras\\_emilia.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165_cabras_emilia.pdf?sequence=1)

Calero, M. y Navarro, E. (2012). Envejecimiento óptimo: marcadores. psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años. *Información psicológica*. (104), 13-28. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/26/18>

CELADE y CEPAL (2011). Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. En CELADE y CEPAL, Los derechos de las personas mayores (pp. 1–16). Santiago de Chile: Impreso en Naciones Unidas

Cerquera (2007). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Revista Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281 Recuperado de [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/19-v7n1\\_cerqueracordoba.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/19-v7n1_cerqueracordoba.pdf)

Cyrus, E. (2009). Funcionalidad, fragilidad del adulto mayor. Recuperado de <http://geriatriatfusp.blogspot.com.co/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>

Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Revista Enfermería Universitaria*, 10 (2), 36-42. Recuperado de <file:///D:/Downloads/42099-107757-1-PB.pdf>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L., Ordóñez, J. y Osorio, J. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 81-94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64728729009.pdf>

Eugenia, V. y Ruiz, I. (s.f.). Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Políticas/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>

Fernández, A., Marino, J. y Alderete, A. (2002). Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista neurológica Argentina*, 27, 83-88. Recuperado de [http://www.academia.edu/7692113/Valores\\_Normativos\\_en\\_el\\_Trail\\_Making\\_Test\\_en\\_Argentina\\_Test\\_del\\_Trazo\\_](http://www.academia.edu/7692113/Valores_Normativos_en_el_Trail_Making_Test_en_Argentina_Test_del_Trazo_)

Fernández, F. (2016). Consideraciones para pensar al adulto mayor con Deterioro Cognitivo Leve. (Trabajo de grado, Universidad de la república Uruguay). Recuperado de

[http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_fiorella\\_divincenzo\\_.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fiorella_divincenzo_.pdf)

Fernández, L. (2017). ¿Demencia, depresión o ambas? Recuperado de <http://www.hablemosdeneurociencia.com/depresion-demencia-ambas/>

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. y Fanjiang, G. (2002). MMSE. Examen cognoscitivo Mini-Mental. Madrid, España: TEA ediciones.

García, M. y Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención primaria*, 27 (7), 484-488. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788397>

Gómez, C., Rodríguez, M., Díaz, N., Cano, C. y Tamayo, N. (2013). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Revista colombiana de psiquiatría*, 43 (S1), 65-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v42s1/v42s1a09.pdf>

González, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (4), 310- 320. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_4\\_01/mgi02401.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi02401.pdf)

Herrera, J. (2000). La depresión en el anciano. *Atención primaria*, 26 (5), 339-346. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2892950&orden=262878&info=link>

Lara, M. (2011). Calidad de vida en el envejecimiento normal y patológico: una perspectiva terapéutica. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5461/3754/9789587610420.parte1.pdf>

Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A. Palomé, G. y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 13 (3), 159-165. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

Latorre, J. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3), 243-264. Recuperado de <http://www.aepp.net/arc/Vol.%202.%20N3,%20pp.%20243-264,%201997.pdf>

Martos, A. (2005). Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional en personas mayores. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada-España. Recuperado de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15522039.pdf>

Merchán, E. y Cifuentes, R. (s.f). Teorías psicosociales del envejecimiento. Recuperado de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Mejía, S., Jaimes, A., Villa, A., Ruiz, L. y Gutiérrez, G. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 4(1), 475–481. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>

Mias, C., Luque, L., Bastida, M. y Corroché, M. (2015). Quejas subjetivas de memoria, olvidos de riesgo y dimensiones psicopatológicas: aspectos diferenciales entre el declive y deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15 (2), 53-70. Recuperado de [https://revistannn.files.wordpress.com/2015/11/8-mias-et-al\\_quejas-de-memoria-psicopatologicc81a-y-deterioro-leve.pdf](https://revistannn.files.wordpress.com/2015/11/8-mias-et-al_quejas-de-memoria-psicopatologicc81a-y-deterioro-leve.pdf)

Montes, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, (62), 159-181. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11117/235>

Oddone, M. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes envejecimiento en red*, (4), 1-9. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>

OMS (1994). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). España: editorial panamericana.

OPS/OMS (2002). Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. En OPS/OMS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores (48-56). Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>

Peña, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. GPU, 8 (2), 192-194. Recuperado de [http://revistagpu.cl/2012/GPU\\_junio\\_2012\\_PDF/REV\\_Envejecimiento.pdf](http://revistagpu.cl/2012/GPU_junio_2012_PDF/REV_Envejecimiento.pdf)

Ramos, F., Fernández, B. y Pérez, M. (2009). Las demencias. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F., Manual de psicopatología Volumen 2 (619-644). Madrid: McGRAW-HILL.

Ribera, J. (s.f). Envejecimiento. Madrid. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>

Rivera, J., Benito, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. América Latina Hoy, 71, 103-118. Doi: 10.14201/alh201571103118

Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf)

Rosselli, M., Ardila, A (2012). Deterioro cognitivo leve: definición y clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 12 (1), 151-162.

Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres, E. Y Meléndez, J. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 165-172. Doi:10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170.

Sánchez, López, Calvo, Noriega y López (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8 (4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008)

Segovia, M. y Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Revista GEROKOMOS*, 22 (4), 162-166. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. y Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17 (2), 37-42. Recuperado de [http://medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_17\\_2\\_2004/a02.pdf](http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf)

Ventura, R. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 5 (2), 17-25. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/2%20DETERIORO%20COGNITIVO.pdf>

Zavala, Posada y Cantú (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de villahermosa, México. *Revista Archivos en Medicina Familiar*, 12 (4), 116-126. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf104c.pdf>

## Anexos

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nombre: \_\_\_\_\_ Ocupación anterior: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_

#### Orientación temporal

A. ¿En qué año estamos?	0	1	
B. ¿En qué mes estamos?	0	1	
C. ¿Qué día de la semana es hoy?	0	1	<b>TOTAL:</b>
D. ¿Qué fecha es hoy?	0	1	
E. ¿Estamos por la mañana, por la tarde o por la noche?	0	1	

#### Orientación espacial

F. ¿En qué barrio estamos?	0	1	
G. ¿Cómo se llama esta ciudad?	0	1	
H. ¿En qué país vivimos?	0	1	<b>TOTAL:</b>
I. ¿Cómo se llama este departamento?	0	1	
J. ¿Qué sitio es este?	0	1	

#### Memoria de fijación

Nombre tres objetos (MESA, SILLA, LAPIZ). Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de tres. Puntaje de dos o uno si este es el número de palabras que repite correctamente. Intentar por ensayos adicionales y rápidamente, tener las tres repeticiones para la prueba de evocación más tarde

Nombre tres objetos (MESA, SILLA, LAPIZ). Si el paciente repite estos nombres en el primer ensayo, en orden y completos, el puntaje es de tres. Puntaje de dos o uno si este es el número de palabras que repite correctamente. Intentar por ensayos adicionales y rápidamente, tener las tres repeticiones para la prueba de evocación más tarde	0
	1
	2
	3

#### Atención y cálculo

**A.** Serie de 7 (100-7) ("Reste sucesivamente a partir de 100"). Suspense la prueba luego de cinco respuestas. Dé un punto por cada respuesta correcta. 93-86-79-72-65.

Serie de 7 (100-7) ("Reste sucesivamente a partir de 100"). Suspense la prueba luego de cinco respuestas. Dé un punto por cada respuesta correcta. 93-86-79-72-65.	0
	1
	2
	3
	4
	5

**B.** Pregunte al paciente si tiene \$18 y debe pagar \$3 por una naranja, cuánto le queda, restar \$3 por cinco veces consecutivas. Puntaje de uno por cada cálculo correcto. 15-12-9-6-3.

Pregunte al paciente si tiene \$18 y debe pagar \$3 por una naranja, cuánto le queda, restar \$3 por cinco veces consecutivas. Puntaje de uno por cada cálculo correcto. 15-12-9-6-3.	3
	4
	5

#### Memoria de evocación

Pregunte por los tres objetos repetidos en la prueba de memoria de fijación. Puntaje de uno por cada objeto evocado en orden correcto.      0   1   2   3

#### Lenguaje

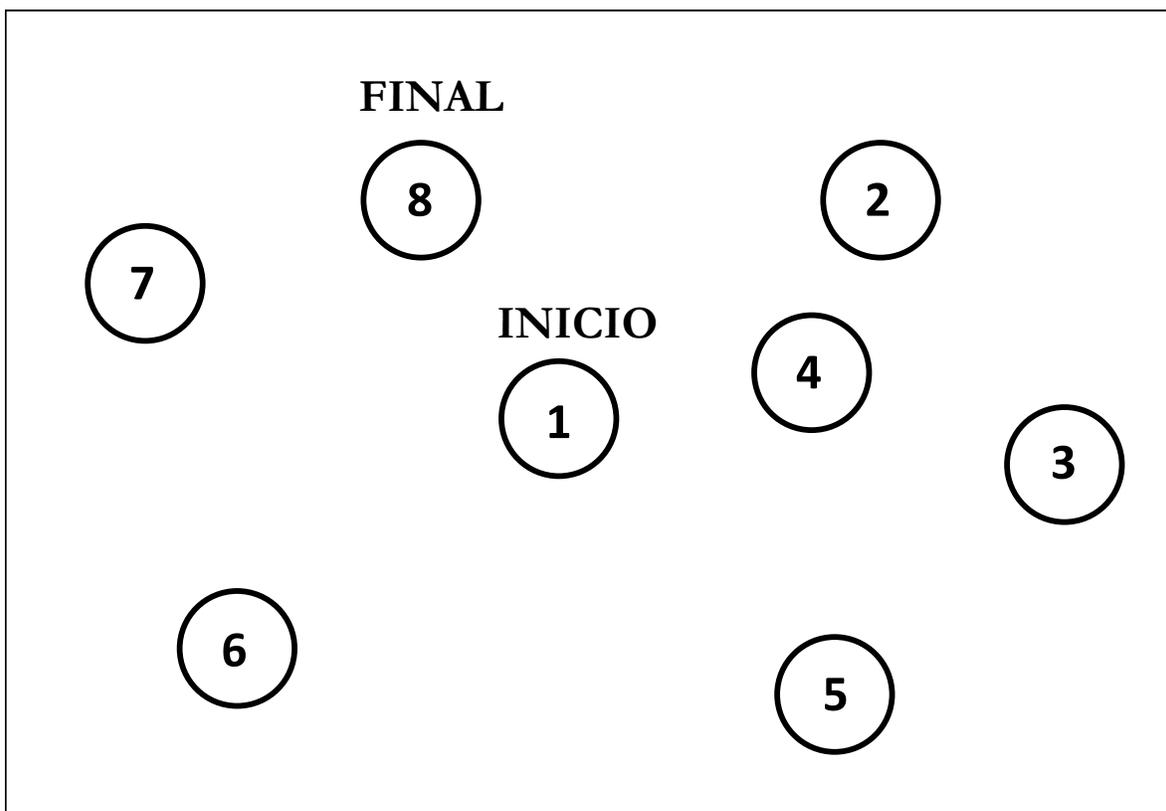
A. Puntaje de uno por cada objeto nominado (reloj, papel)	0	1	2
B. Puntaje de uno si repite bien la frase "El hombre camina por la calle"	0	1	
C. Ejecute al siguiente orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y COLÓQUELO EN EL SUELO"	1	2	3
D. Muestre al paciente una frase escrita que diga "CIERRE LOS OJOS" y dígame que obedezca la orden. Si no es capaz realícelo por orden verbal.	0	1	
E. Pida al paciente que escriba una frase lógica o que la diga verbalmente si no sabe escribir. Puntaje de uno si la frase es lógica o tiene sentido, un sujeto y un verbo	0	1	
F. Copie el dibujo de la muestra lo más parecido.	0	1	

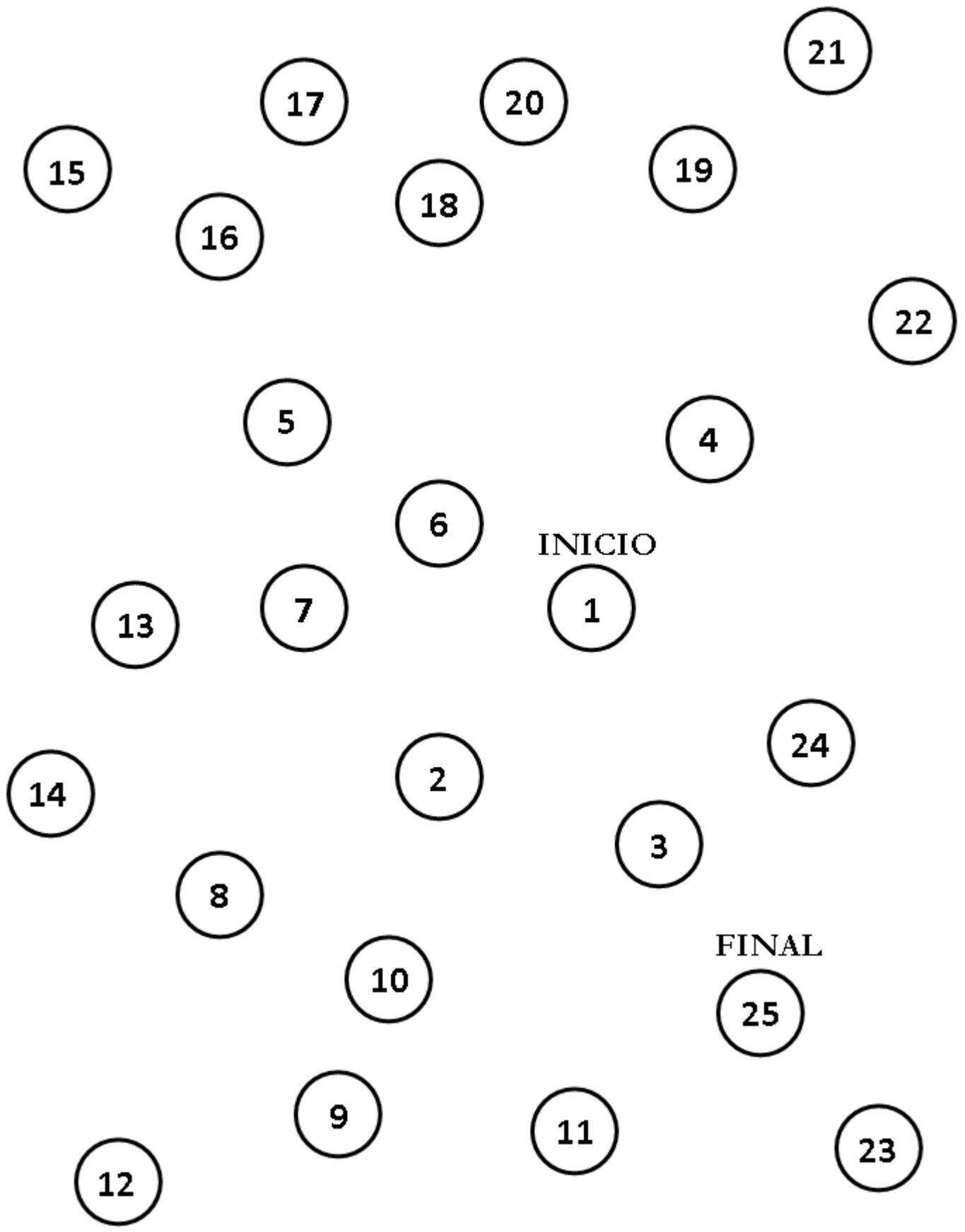
**TOTAL      /30**

T.M.T.

PARTE A  
(Adultos)

EJEMPLO

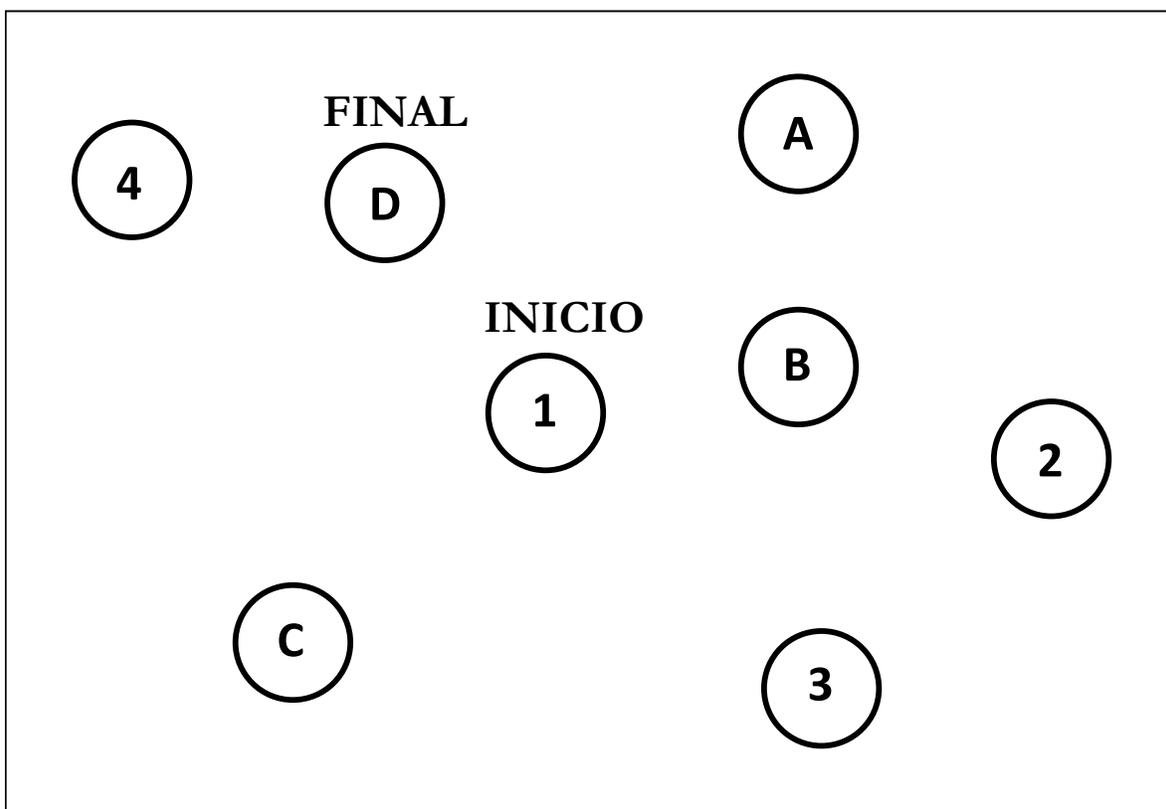




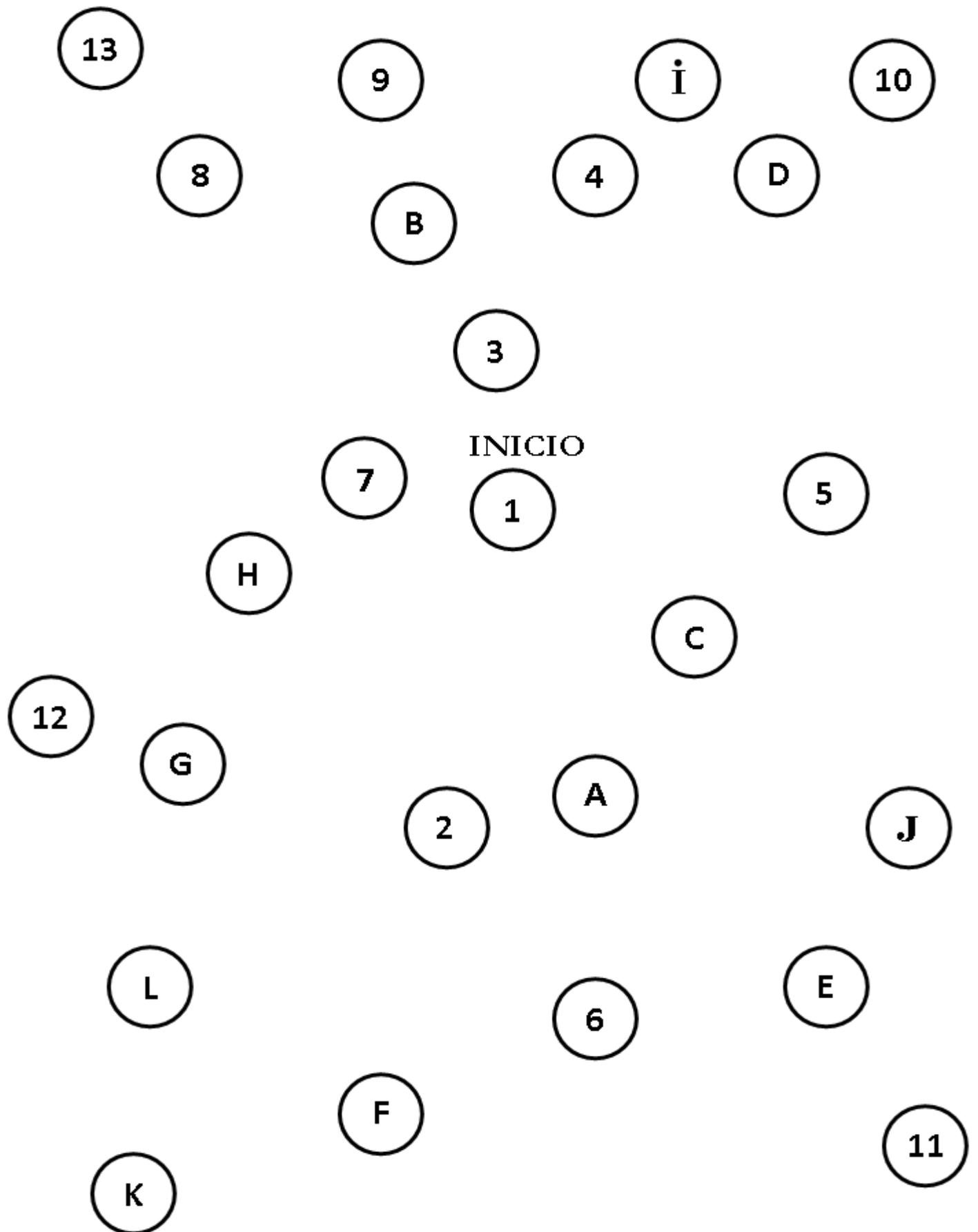
T.M.T.

PARTE B  
(Adultos)

EJEMPLO



FINAL



### ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Instrucción: Pregunte de manera directa al paciente y solicite sus respuestas en términos de SI o NO. Otorgue un punto por cada respuesta marcada según subrayado.

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida? *	SI	<b>NO</b>
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	<b>SI</b>	NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	<b>SI</b>	NO
4. ¿Se siente usted aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	NO
5. ¿La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo? *	SI	<b>NO</b>
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le puede pasar?	<b>SI</b>	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? *	SI	<b>NO</b>
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	<b>SI</b>	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	NO
10. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo? *	SI	<b>NO</b>
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está actualmente?	<b>SI</b>	NO
13. ¿Se siente lleno de energía? *	SI	<b>NO</b>
14. ¿Se siente sin esperanzas ante su condición actual?	<b>SI</b>	NO
15. ¿Cree usted que otras personas están, en general, mejor que usted?	<b>SI</b>	NO

NORMAL 0-5    MODERADA 6-10    SEVERA 11-15

### ESCALA DE TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Instrucción: Realizar la escala al paciente si es posible o a un familiar. Puntuación: Marcar de acuerdo al criterio siguiente:

0. Nunca      1. Rara vez      2. A veces      3. Casi siempre

	QF				QP			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. ¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	0	1	2	3	0	1	2	3
2. ¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de televisión o libro?	0	1	2	3	0	1	2	3
3. ¿Le ha sucedido por ejemplo que entre a una pieza y olvide lo que venía a buscar?	0	1	2	3	0	1	2	3
4. ¿Olvida hacer cosas importantes que haya previsto o debía hacer? Ejm, pagar una factura, cumplir una cita o invitación, etc.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. ¿Tiene dificultad para recordar los números de teléfonos conocidos?	0	1	2	3	0	1	2	3
6. ¿Olvida con frecuencia el nombre y apellido de personas conocidas?	0	1	2	3	0	1	2	3
7. ¿Se ha perdido en lugares familiares?	0	1	2	3	0	1	2	3
8. ¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	0	1	2	3	0	1	2	3
9. ¿Le ha sucedido que olvide apagar cosas como estufa, cerrar la llave, etc.?	0	1	2	3	0	1	2	3
10. ¿Repite varias veces lo mismo porque olvida haberlo dicho?	0	1	2	3	0	1	2	3
11. ¿Tiene dificultad para encontrar nombre de personas o lugares?	0	1	2	3	0	1	2	3
12. ¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	0	1	2	3	0	1	2	3
13. ¿Necesita anotar todo?	0	1	2	3	0	1	2	3
14. ¿Se le pierden las cosas?	0	1	2	3	0	1	2	3
15. ¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	0	1	2	3	0	1	2	3

TOTAL DE QUEJAS FAMILIARES \_\_\_\_\_ TOTAL DE QUEJAS PACIENTE \_\_\_\_\_

## INDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntaje
<b>Comer</b>	1. Incapaz 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	0 5 10
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	1. Incapaz, no se mantiene sentado 2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado 3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 4. Independiente	0 5 10 15
<b>Arreglarse</b>	1. Necesita ayuda con el aseo personal 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5
<b>Uso del retrete</b>	1. Dependiente 2. Necesita alguna ayuda, pero puede limpiarse solo 3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	0 5 10
<b>Bañarse o Ducharse</b>	1. Dependiente 2. Independiente para bañarse o ducharse	0 5
<b>Desplazarse</b>	1. Inmóvil, usa silla de ruedas, debe ser empujado por otro 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 10 15
<b>Subir y bajar escaleras</b>	1. Incapaz, necesita alzamiento (ascensor) 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 3. Independiente para subir y bajar	0 5 10
<b>Vestirse y desvestirse</b>	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10
<b>Control de heces</b>	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Continente	0 5 10
<b>Control de orina</b>	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10