

DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES



Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá

Karem Jackeline Cubillos Rios

Carlos Eduardo Castañeda Rojas

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Cundinamarca

Sede Girardot (Cundinamarca)

Programa Psicología

mayo de 2020

DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores
Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá

Karem Jackeline Cubillos Rios

Carlos Eduardo Castañeda Rojas

Monografía presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesora

Mónica Tatiana Moreno Angel
Psicóloga Mg. Psicología Clínica

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Cundinamarca

Sede Girardot (Cundinamarca)

Programa Psicología

mayo de 2020

Dedicatoria

A Dios, porque de él proviene la ciencia, la inteligencia y todo lo que soy. A mi esposo Alexander quien con su amor y paciencia ha sido mi apoyo y mi fortaleza constante. A mis padres Martha y Miguel por la labor que realizaron en mi vida y por darme una formación llena de principios y valores. A mis abuelos por su amor incondicional. A mi hermana y sobrinas por dar luz a mis días. A mis amigos de formación académica con quienes tuve el privilegio de compartir experiencias y recuerdos inolvidables.

Karem Jackeline Cubillos Rios

A Dios y su madre santísima quien desde mi niñez y específicamente a lo largo de este proceso me colmaron de dones para llegar a ser lo que hoy soy. A mis padres y familiares quien con su apoyo incondicional pusieron su peldaño para que yo pueda alcanzar esta meta. A mi comunidad religiosa “Misioneros de la Anunciación” que me dieron la oportunidad de formarme en esta área y poder ser desde los conocimientos de la psicología un instrumento de evangelización desde el carisma y espíritu de nuestra madre fundadora. A mis amigos, especialmente aquellos que fueron testigos y que compartieron conmigo sufrimientos y alegrías y que en este caminar me enseñaron a valorar el valor de la confianza y amistad.

Carlos Eduardo Castañeda Rojas

Agradecimientos

Le agradecemos principalmente a Dios que en su infinito amor nos permite culminar esta etapa de aprendizaje para ser instrumentos de su bondad en medio del mundo. A nuestros familiares y amigos que estuvieron presentes durante todo el proceso. Al cuerpo docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios y muy especialmente a nuestra asesora de trabajo de grado, la doctora Mónica Tatiana Moreno Ángel, quien con su paciencia y conocimientos nos guio para lograr nuestro objetivo en el desarrollo de la investigación.

Karem Jackeline Cubillos Rios

Carlos Eduardo Castañeda Rojas

Contenido

Lista de tablas	7
Lista de anexos.....	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción	11
CAPÍTULO I	13
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
1.2 Justificación.....	15
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
CAPÍTULO II.....	19
2. Marco Referencial	19
2.1. Marco Teórico	19
2.1.1. Teorías del envejecimiento	19
2.1.1.1. <i>Teorías del envejecimiento biológico</i>	19
2.1.1.2. <i>Teorías psicológicas del envejecimiento</i>	20
2.1.1.3. <i>Teorías sociológicas del envejecimiento</i>	21
2.1.1.3.1. <i>La teoría de la modernización</i>	21
2.1.1.3.2. <i>Teorías funcionalistas o teorías de la socialización</i>	22
2.1.1.3.3. <i>Teorías derivadas del envejecimiento demográfico</i>	22
2.1.1.3.4. <i>Teorías del medio social</i>	22
2.1.1.3.5. <i>Teorías de la construcción social de la vejez</i>	23
2.1.2. Teorías explicativas sobre la depresión	23
2.1.2.1. <i>Perspectiva conductual/cognitiva</i>	23
2.1.3. Modelos de envejecimiento exitoso u óptimo	24
2.1.3.1. <i>Teoría de la retirada frente a la teoría de la actividad</i>	24
2.1.3.2. <i>Teoría de la continuidad</i>	25

Deterioro cognitivo y Depresión en Personas Mayores

2.1.3.3. <i>Optimización selectiva con compensación</i>	25
2.2. Marco conceptual	25
2.3. Estado del arte	28
2.4. Marco legal.....	31
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología.....	35
3.1. Diseño comprobatorio	35
3.2. Variables e indicadores	36
3.3. Procesos y procedimientos	38
3.4. Hipótesis.....	40
CAPÍTULO IV.....	41
4. Resultados.....	41
CAPÍTULO V.....	51
5. Análisis y discusión de resultados	51
CAPÍTULO VI.....	55
6. Conclusiones.....	55
CAPÍTULO VII	57
7. Recomendaciones	57
Referencias.....	58
Anexos	64

Lista de tablas

Tabla 1. Descriptivos.....	42
Tabla 2. Pruebas de normalidad.....	43
Tabla 3. Prueba U de Mann - Whitney para la variable depresión.....	45
Tabla 4. Rangos variable depresión.....	45
Tabla 5. Prueba U de Mann - Whitney para la variable deterioro cognitivo.....	46
Tabla 6. Rangos variable deterioro cognitivo.....	47
Tabla 7. Correlación entre las variables a nivel general.....	48
Tabla 8. Correlación entre variables en personas mayores institucionalizadas.....	49
Tabla 9. Correlación entre variables en personas mayores no institucionalizadas.....	50

Lista de anexos

1. Cuestionario SPMSQ de Pfeiffer.....	64
2. Escala abreviada de depresión geriátrica Yesavage.....	65

Resumen

La presente investigación parte de la necesidad de comparar el estado de depresión y deterioro cognitivo entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Fusagasugá (Cundinamarca). Se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (Escala de depresión geriátrica “Yesavage” y el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer) bajo la metodología de investigación cuantitativa, con un diseño de investigación no experimental/transversal, con alcance correlacional, aplicado a una población total de 124 personas mayores, encontrando elementos que indican que existe una diferencia entre el nivel de depresión y deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, mientras por otra parte no se evidencia correlación en los niveles de deterioro cognitivo y depresión entre ambas poblaciones concluyendo que los niveles tanto de deterioro cognitivo y depresión reflejan mayor grado en la población institucionalizada.

Palabras clave: Depresión, Deterioro cognitivo, Persona mayor, Salud mental, Envejecimiento, Institucionalización.

Abstract

The current investigation starts from the need to compare the state of depression and cognitive deterioration between institutionalized and non-institutionalized elderly adults in the Fusagasugá city (Cundinamarca). Information was collected from the application of two questionnaires (“Yesavage” Geriatric Depression Scale and the Pfeiffer SPMSQ questionnaire) under the quantitative research methodology, with a non-experimental / cross-sectional research design, with correlational scope, applied to a total population of 124 elderly people, finding elements that indicate that there is a difference between the level of depression and cognitive deterioration of institutionalized and non-institutionalized elderly, while on the other hand there is no correlation between the levels of cognitive decline and depression between the two populations concluding that the levels of both cognitive decline and depression reflect a greater degree of these in the institutionalized population

Keywords: Depression, Cognitive decline, Elderly, Mental health, aging, institutionalization.

Introducción

El presente estudio hace especial énfasis en analizar la diferencia entre el nivel de deterioro cognitivo y la depresión que se presenta entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizado, lo anterior se puede definir como una problemática que actualmente afecta no solo la salud pública local sino la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La investigación fue desarrollada con personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, habitantes de la ciudad de Fusagasugá, municipio en el que se ha presentado un aumento significativo de la población adulta mayor (Alcaldía de Fusagasugá, 2018). Debido al interés que suscita el estado de salud mental en la población de personas mayores, en este caso con respecto al nivel de deterioro cognitivo y el nivel de depresión, desde el área de la psicología, se realiza un estudio que permite indagar sobre estas dos variables en dos escenarios diferentes, para posteriormente realizar una comparación en el estado cognitivo y el nivel de depresión de estos dos grupos, con el fin de hallar diferencias significativas.

Por otra parte, se da especial importancia a la profesión de la psicología y la labor que desempeña el profesional en las diferentes etapas del ciclo vital por las que atraviesa el ser humano, siendo la vejez uno de los periodos en los que se presentan cambios de todo tipo, (físico, psicológico y social). Es necesario tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso natural del desarrollo humano que se relaciona con un deterioro general de las funciones fisiológicas, entre las cuales se encuentran las funciones cerebrales y que conlleva a un desgaste conductual, cognitivo y emocional y que tiene una relación directa con los trastornos mentales que son sin duda una de las alteraciones que comúnmente suelen tener prevalencia en los adultos mayores, siendo la depresión, el deterioro y la demencia las más comunes y que a menudo no

encuentran un diagnóstico temprano y adecuado, dando como resultado una disminución notoria de la capacidad funcional de la persona, Madrigal (citado por Bilyk, Ventura y Cervigni, 2015).

Para sustentar el objetivo de este estudio se implementó una metodología de investigación cuantitativa, con un diseño de investigación no experimental/transversal, con alcance correlacional en el que se recolecta información para comparar las muestras y establecer una diferencia significativa, adicionalmente determinar la relación entre las variables, depresión y deterioro cognitivo basado en la ejecución y aplicación de dos instrumentos de medida, la escala de depresión geriátrica Yesavage y el cuestionario SPMSQ Pfeiffer.

Lo anterior permite determinarlas diferencias entre ambas poblaciones cuyos resultados despierten el interés y permitan promover futuras investigaciones que giren en torno al adulto mayor ya mejorar su calidad de vida desde el valioso aporte que brinda el profesional en el área de la psicología.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del Problema

La psicología es indispensable en todas las etapas del ciclo vital del ser humano, el campo de acción es amplio entre los cuales encontramos, clínica, organizacional, educativa, jurídica, entre otros, lo que se plantea en este estudio es la importancia de la presencia de la disciplina en la salud mental de las personas mayores puesto que se ha identificado que a nivel mundial ha aumentado de forma significativa la población adulta mayor, demostrando múltiples consecuencias en la sociedad, fenómeno que se ha presentado a raíz de la baja tasa de fecundidad que se refleja notoriamente en algunos países. También se ven reflejados diversos temas que entran en relación con el papel que juega en el medio social y que deterioran de múltiples formas su calidad de vida (Popolo, citado por Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

En Colombia se han venido implementando poco a poco políticas que permitan el reconocimiento y el cumplimiento de garantías que favorezcan dicha población, haciendo especial énfasis en los marginados y buscando responder a las altas demandas específicamente en temas relacionados con la salud mental y las afecciones que en esta etapa del ciclo vital presenta el adulto mayor (Ministerio de salud, 2015).

Dentro de las afecciones que se presentan más comúnmente en personas mayores, se encuentran la depresión y la demencia (Organización Mundial de la Salud, 2018). Es difícil realizar el diagnóstico de la depresión en personas mayores, por la presentación clínica que tiene esta enfermedad en la tercera edad a la que se asocian muchos de los síntomas que hacen parte del proceso normal de envejecimiento puesto que la persona mayor con depresión suele presentar

síntomas somáticos, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros (Chavarría, 2015). El deterioro cognitivo en la vejez está íntimamente relacionado con la aparición de demencia, patología que va en aumento de forma rápida a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Cabe resaltar que actualmente es más frecuente que el cuidado de los adultos mayores este a cargo de personas ajenas a la familia, debido a varios factores como lo son: el cambio de la estructura familiar, la incorporación de la mujer a la vida laboral y el progresivo envejecimiento de la población lo que provoca una situación de dependencia y cuidados especiales. Por lo tanto, la sociedad ha optado por la institucionalización de los mayores en los hogares geriátricos; para el adulto mayor el cambio de entorno y el proceso de adaptación pueden causar una afectación al estado emocional y/o funcional (Gómez, 2014).

Debido a la problemática anteriormente nombrada en la que se puede apreciar que las personas mayores se encuentran propensas a padecer depresión y deterioro en su estado cognitivo, afecciones que se encuentran ligadas a la aparición de demencia en la vejez y teniendo en cuenta que la institucionalización puede ser un agravante de la situación de la persona mayor en la que se puede verse afectada de diversas maneras, es así como surge la necesidad de realizar un estudio comparativo entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas que permita hallar una diferencia con respecto al nivel de depresión y deterioro cognitivo entre estas dos poblaciones (Gutiérrez & Kershenovich, 2018). Con el propósito de generar conocimiento sobre la salud mental de los mayores que se encuentran en diversas circunstancias de vida y ampliar el conocimiento sobre la importancia de la psicogeriatría en la sociedad actual. Por este motivo surge la pregunta que da cabida al estudio comparativo desarrollado: ¿Existe diferencia

entre el deterioro cognitivo y el nivel de depresión entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas?

1.2 Justificación

El presente estudio realiza una comparación entre el nivel de deterioro cognitivo y de depresión existente en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, con el propósito de identificar la relación que nos dé cuenta del estado de salud mental en el que se encuentran estas personas con respecto a las dos variables anteriormente nombradas e identificar si la institucionalización afecta el estado de ánimo y el estado cognitivo en los mayores; es importante resaltar que la investigación está direccionada al análisis de factores psicológicos que se presentan en la vejez los cuales requieren de la atención por parte de los profesionales de la salud, más exactamente de la psicología, de esta manera poder difundir la labor que desempeña el psicólogo en el ámbito, generando un aporte que considere la importancia de su inclusión en esta población (Bozzi & Nahuel, 2018).

Se puede identificar la necesidad de determinar qué trastornos influyen más en la población adulta mayor cuyas condiciones sociales son limitadas debido a su permanencia en centros de bienestar u hogares geriátricos y en adultos mayores independientes y que no pertenecen a alguna institución, para posteriormente realizar el análisis que conlleve a despertar una conciencia y fortalecer el área psicogeriatrica. La psicogeriatrica aborda temas relacionados con la salud mental en la vejez, en los cuales se tiene en cuenta todos los elementos que trae consigo el envejecimiento, dentro de los aspectos psicológicos del envejecimiento normal se evidencian cambios de personalidad, la cual está determinada por los rasgos de la vida adulta y

en la que se produce una relación dinámica entre biografía, enfermedad y personalidad, también se tiende a mayor rigidez y menos flexibilidad; encontramos que la inteligencia está influenciada por el grado de actividad que mantenga el mayor, a mayor actividad intelectual menor riesgo de deterioro; en la memoria participan diferentes estructuras (sistema límbico, el hipocampo, el cerebro basal anterior y los ganglios basales) por lo tanto es una función más vulnerable, se da mayor dificultad en el procesamiento de la nueva información y se produce disminución en las estrategias para memorizar; el lenguaje por su parte se ve afectado por el deterioro de la visión o de la audición; la atención es otra función cognitiva que se ve afectada por la edad y aún más cuando se presentan varios estímulos de forma simultáneamente; el razonamiento abstracto disminuye y por este motivo se da un enlentecimiento de las funciones cognitivas, sin embargo, la respuesta a la solución de problemas cotidianos es excelente (Ugalde, 2010).

Por otra parte, el aumento progresivo de la población adulta mayor trae consigo condiciones propias de esta etapa del ciclo vital y que afectan directamente la salud mental de los adultos mayores. Hoy en día hay 125 millones de personas con 80 años o más, lo que quiere decir que para el 2050, habrá en el mundo 434 millones de personas en esta edad, también hace referencia a las afecciones más comunes de la vejez entre las cuales podemos encontrar la depresión y la demencia, además de la pérdida de audición, las cataratas, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas y diabetes; al envejecer se aumenta la probabilidad de sufrir varias afecciones al mismo tiempo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Fusagasugá, lugar donde se desarrolló el estudio, el grupo de personas mayores de 60 años incrementó, pasando de 14,9% a 18,5% del 2005 a 2020, mientras que los demás grupos de edad disminuyen, lo cual muestra un aumento significativo de la población de personas mayores (Alcaldía de Fusagasugá, 2018). Por otra parte, tenemos que hay en el municipio 57 hogares

geriátricos (Alcaldía de Fusagasugá, s. f). Debido a lo anteriormente nombrado se logra evidenciar que en el municipio se encuentran institucionalizados un gran número de personas mayores, el crecimiento poblacional de adultos mayores genera una concentración de ancianos que se encuentran principalmente en los sectores de la Pampa, Manila y Chinauta (Bernal y Martínez, 2015).

Cabe señalar que el crecimiento de la población de personas mayores y el gran número de hogares geriátricos en el municipio de Fusagasugá hace necesario que se dé importancia a las personas mayores en general y especialmente a las que se encuentran institucionalizadas (Alcaldía de Fusagasugá, s f)

En relación a lo mencionado anteriormente, el funcionamiento afectivo en la vejez muestra como problema emocional más concurrente la depresión llegando a afectar las diferentes dimensiones de la vida en el adulto mayor, Fernández (citado por Caldas y Correa, 2019)

En el curso del desarrollo individual, el proceso de envejecimiento alude a los cambios de personalidad, producto del envejecimiento del organismo dentro de un ambiente determinado. A nivel psíquico, estos cambios son diversos, en las esferas cognoscitiva, afectiva y del carácter, Belsky (citado por Satorres, 2013).

Ligado a lo anterior, es de suma importancia identificar la relación y el efecto que ejerce la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores, puesto que mirado desde un panorama más amplio dichos trastornos vienen acompañados de apatía, tristeza, frustración, entre otras y la presencia de síntomas de deterioro psicomotor; afectando y disminuyendo las funciones fisiológicas y psicológicas, lo cual afecta la calidad de vida de esta población (Forjaz y Rodríguez, 2016).

Para ello este estudio quiere aportar no solo al quehacer psicológico, sino que también pueda servir de base a futuras investigaciones y estudios en comunidades de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados o en cualquier entidad cuyo campo de acción esté relacionado con la salud mental del adulto mayor, beneficiando a los profesionales para una mejor orientación, en aras a restablecer sus derechos y optar por beneficiar su calidad de vida (Durán et al, 2013).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comparar el nivel de deterioro cognitivo y el nivel de depresión en las personas mayores institucionalizadas y personas mayores no institucionalizadas.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la presencia de deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, por medio de la aplicación del Cuestionario SPMSQ Pfeiffer.
- Describir el nivel de depresión en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas por medio de la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica Yesavage.
- Indicar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de deterioro cognitivo en las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

CAPÍTULO II

2. Marco Referencial

2.1.Marco Teórico

En este capítulo se toman en cuenta las teorías que tienen relación con el estudio, como lo son las teorías del envejecimiento desde diferentes perspectivas, las teorías explicativas sobre la depresión y los modelos de envejecimiento exitoso, se exponen a continuación con el propósito de dar sustento a la investigación.

2.1.1. Teorías del envejecimiento

El envejecimiento es multidimensional y debe verse desde diferentes perspectivas que son las encargadas de desencadenar dicho proceso, existen diferentes teorías que pretenden explicar este suceso que hace parte de la vida del ser humano, tomando como base los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano (Papalia, Duskin y Martorell, 2012).

2.1.1.1. Teorías del envejecimiento biológico

Para dar explicación al envejecimiento humano han surgido diferentes teorías biológicas, dentro de las que encontramos dos grandes grupos los cuales son: la teoría de programación genética y las teorías de tasa variable (Papalia et al., 2012).

Las teorías de programación genética afirman que el cuerpo humano envejece según un plan de desarrollo normal que se encuentra en los genes, mientras que las teorías de tasa variable

que explican el envejecimiento biológico como resultados de proceso variables de una persona a otra y que están influenciados por el ambiente interno y externo (Papalia et al., 2012).

2.1.1.2. Teorías psicológicas del envejecimiento

Así como se presenta un deterioro en la parte física, la etapa de la vejez se acompaña de cambios a nivel psicológico. En el ámbito de la psicología también se ha investigado sobre los cambios y la manera como a nivel psicológico los individuos enfrentan esta etapa de la vida, Erikson formuló la teoría epigenética en la que describe las fases del desarrollo de la personalidad teniendo en cuenta las variables psicosociales, en el estadio de los 60 años hasta la muerte, que corresponde a la tercera edad, se pasa por una fase denominada por Erikson “integridad del yo frente a la desesperación” en ese momento el individuo deja de ser productivo, o disminuye su capacidad de productividad, la forma de vivir se altera, se enfrenta al duelo de la muerte de personas cercanas, afronta cambios que causa la vejez, pero también aumenta la sabiduría, se intenta alcanzar el sentido de integridad, aceptar las imperfecciones y si esto no se logra se produce desesperación (Gonzales, 2010).

El mayor logro de la adultez tardía es el sentido de integridad del yo, este logro se basa en la reflexión sobre la propia vida, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar su muerte. Según los resultados de las siete etapas previas se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia y plenitud en lugar de ceder a la desesperanza por su incapacidad para cambiar el pasado. La virtud que puede desarrollarse durante esta etapa es la sabiduría, que según Erikson significa aceptar la vida que uno ha vivido sin remordimientos, aceptar la imperfección de sí mismo. Erikson sostiene que la desesperanza es inevitable. Las personas necesitan llorar, no solo por sus desdichas y oportunidades perdidas, sino también por su

vulnerabilidad y fugacidad de la condición humana. Pero se creía que cuando las funciones del cuerpo se debilitan, las personas deben mantener una participación vital en la sociedad (Papalia et al., 2012).

Dentro de los cambios psicológicos se incluyen la capacidad cognitiva, sensorial y perceptiva, también la creatividad y el comportamiento. La función superior que se deteriora con el paso de los años son los tres tipos de memoria, siendo la más afectada la memoria reciente o inmediata, Mishara y Riedel (citado por González, 2010)

2.1.1.3. Teorías sociológicas del envejecimiento

Para comprender el envejecimiento teniendo en cuenta factores sociales y culturales se han elaborado las teorías sociológicas del envejecimiento.

2.1.1.3.1. La teoría de la modernización

La teoría de la modernización se ubica dentro del modelo de Gonalons–Nicolet y destaca la situación actual del viejo, caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los mayores en el ámbito laboral pues las nuevas exigencias generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos, al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación, Ortiz (citado por González, 2010).

2.1.1.3.2. Teorías funcionalistas o teorías de la socialización

Las teorías funcionalistas o teorías de la socialización estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad. Defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima mermando la calidad de vida. Esta teoría postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas físicas y psicológicas que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. La persona, a lo largo del proceso de socialización, ha interiorizado diferentes roles sociales que van a regir su conducta en función de normas socialmente admitidas, independientemente de los eventos que vayan surgiendo, Ortiz (citado por González, 2010).

2.1.1.3.3. Teorías derivadas del envejecimiento demográfico

Las teorías derivadas del envejecimiento demográfico estudian la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población, y las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad disminuidas, hacen de las sociedades occidentales, sociedades ancianas. Esta se discutirá en aspectos demográficos del envejecimiento (González, 2010).

2.1.1.3.4. Teorías del medio social

Teoría del medio social sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho, el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen (González, 2010).

2.1.1.3.5. Teorías de la construcción social de la vejez

La teoría de la construcción social de la vejez, tacha imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento que no es productivo y que depende de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendido en las teorías anteriores (González, 2010).

2.1.2. Teorías explicativas sobre la depresión

Las diversas teorías existentes dan explicaciones diferentes sobre las causas de los síntomas relacionados con la depresión clínica, dentro de estas teorías se encuentra la perspectiva psicoanalítica, la perspectiva conductual/cognitiva, la perspectiva humanista y la biológica (Compas y Gotlib, 2003).

2.1.2.1. Perspectiva conductual/cognitiva

En el estudio actual se utilizará como teoría explicativa de la depresión la perspectiva conductual/cognitiva, la perspectiva conductual sobre envejecimiento también tiene en cuenta el concepto de pérdida, pero hace énfasis en la pérdida tangible de reforzamiento en el ambiente de la persona lo que lleva a una reducción de las conductas emitidas por el individuo, esto se manifiesta en síntomas de alejamiento social y actividad disminuida; el alejamiento social hace que se disminuya aún más el reforzamiento lo que empeora la situación y hace que su conducta se inhiba más. Desde un enfoque más cognitivo se tiene en cuenta la forma de pensar del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro que los hace vulnerables a la depresión, el estilo de pensamiento disfuncional no es suficiente para causar depresión, sino que debe ir acompañado de un acontecimiento vital estresante, luego de que un estresor ha activado un estilo cognitivo

disfuncional comienzan a atender selectivamente y a interpretar la información de su mundo de forma negativa, se culpan de acontecimientos negativos y no tienen en cuenta los aspectos positivos de su ambiente; plantea que las formas negativas de pensamiento influyen de forma directa en las emociones y conductas del individuo que lo llevan a presentar síntomas de depresión (Compas y Gotlib, 2003).

2.1.3. Modelos de envejecimiento exitoso u óptimo

Para el proceso de investigación se tomó una muestra de personas mayores asistentes a un grupo de actividad física de Fusagasugá, por lo tanto se toma como referencia las teorías sobre el envejecimiento exitoso que hacen énfasis en cómo se llega a la etapa de la vejez sin dejar de llevar un estilo de vida que promueva la conservación de sus capacidades como persona, teniendo en cuenta también la población de mayores institucionalizados quienes cuentan con un equipo interdisciplinar que brinda actividades diarias para promover el envejecimiento activo y saludable. Cada vez son más las personas mayores activas y saludables y es por este motivo que el concepto de envejecimiento ha cambiado, la idea de que el envejecimiento es el resultado de procesos intrínsecos inevitables de pérdida y deterioro ha sido reemplazado por el envejecimiento exitoso u óptimo (Papalia et al., 2012).

2.1.3.1. Teoría de la retirada frente a la teoría de la actividad

La teoría de la retirada frente a la teoría de la actividad, afirma que el envejecimiento exitoso está caracterizado por la reducción de la participación social y el aumento de la preocupación por sí mismo, propuesta por Cumming y Henry (citado por Papalia et al., 2012). Mientras que la teoría de la actividad afirma que para envejecer con éxito la persona debe

mantenerse lo más activa posible vinculada con roles y conexiones sociales, propuesta por Neugarten y otros (citado por Papalia et al., 2012).

2.1.3.2. Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad hace énfasis en la necesidad de las personas de mantener una conexión entre el pasado y el presente, con este enfoque envejecer con éxito no es cuestión solo de mantenerse activo, sino de representar la continuación de un estilo de vida que promueva la conservación del autoconcepto a lo largo del tiempo, Atchley (citado por Papalia et al 2012).

2.1.3.3. Optimización selectiva con compensación

Esta teoría indica que para lograr el envejecimiento exitoso es necesario la optimización selectiva con compensación. La selección de menos pero más significativas actividades o metas en las que concentra sus esfuerzo, la optimización hace referencia al aprovechamiento de los recursos disponibles para alcanzar sus meta, por su parte la compensación de las pérdidas movilizando recursos de formas alternativas para alcanzar sus metas; por lo tanto la optimización selectiva con compensación es la acción de mejorar el funcionamiento cognoscitivo mediante el uso de capacidades que se encuentren más fortalecidas para compensar las debilitadas, Baltes (citado por Papalia et al., 2012).

2.2. Marco conceptual

Para realizar el estudio es indispensable tener en cuenta conceptos básicos sobre la población y la problemática que se aborda, teniendo en cuenta esto se puede afirmar que el envejecimiento es un suceso normal de la vida. El envejecimiento es un proceso

multidimensional de los seres humanos, caracterizado por ser heterogéneo, intrínseco, e irreversible; este proceso inicia desde el momento de la concepción y finaliza con la muerte. Durante el transcurso del proceso de envejecimiento el individuo pasa por cambios biológicos y psicológicos mientras que están inmersos en la sociedad, economía, cultura y ecología de la comunidad, durante este periodo de tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Se considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socioeconómicas que tienen unos y otros países. En Colombia, la edad del inicio de la etapa de adulto mayor es de 60 años, esto está determinado por la Organización mundial de la salud debido a las condiciones socioeconómicas de un país en desarrollo, por lo que podemos observar que las condiciones de vida en Colombia son más difíciles a comparación de las de un país desarrollado, por lo tanto, esto permite que se acelere el envejecimiento en la población en general (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Uno de los grupos que se toman para hacer la comparación es el de personas mayores institucionalizadas, el concepto de institucionalización se refiere a los acontecimientos de la experiencia individual y colectiva asociados con la entrada del individuo, bajo la jurisdicción de una institución, como las cárceles, reformatorios, hospitales, hogares para ancianos, clínicas, ejércitos o fuerzas armadas, centros diurnos, entre otros. Para las personas mayores la institucionalización sucede en hospitales, hogares geriátricos, centros diurnos y otras instituciones similares. En estas organizaciones ofrecen cuidados a largo plazo y otros prestan servicios de guardería, también son llamados centros día (Hidalgo, 2001).

Dentro de las variables a analizar se encuentra la depresión en la vejez, en la que se debe diferenciar entre los sentimientos de tristeza ocasionales que se relacionan con alguna circunstancia y lo que se llama depresión clínica, en la que los síntomas persisten en el tiempo. En la depresión el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimos tristes y pesimistas, se presenta una pérdida de interés por todas las actividades, disminución de energía, entre otros signos, que por lo general van acompañados de síntomas somáticos como la fatiga, el insomnio, alteraciones del apetito, entre otros, por otra parte también se presentan síntomas cognitivos como pérdida de memoria, dificultad para concentrarse, pobreza y lentitud de pensamiento y lenguaje; en las personas mayores es más frecuente encontrar síntomas de apatía más que síntomas emocionales y los síntomas somáticos son mayores. Hay formas clínicas más frecuentes de la depresión en los ancianos, de las cuales sobresalen, la depresión mayor que tiene una duración mayor a dos semanas, puede estar acompañada o no de melancolía, con o sin síntomas psicóticos, puede presentarse déficit de memoria que evolucione a demencia, y se presentan síntomas somáticos; la distimia, tiene síntomas menos intensos que la depresión mayor, pero es crónica, dura al menos dos años y puede desencadenarse por acontecimientos vitales estresantes; la depresión menor, tiene una intensidad menor en los síntomas, pero es más recurrente con una duración de al menos dos semanas, el estrés no es un desencadenante; y el trastorno adaptativo depresivo, los síntomas depresivos están relacionados con factores psicosociales estresantes, como lo pueden ser la jubilación, el duelo, el cambio de residencia, etc., la duración no debe ser mayor a seis meses o cuando desaparezca el factor estresante (Triadó y Villar, 2014).

La otra variable a analizar es el deterioro cognitivo, que hace referencia principalmente a los cambios cognitivos organizados por etapas y se describen las alteraciones de la personalidad

asociadas con cambios cognitivos, además se describen y explican los cambios mentales del aspecto neurocognitivo, neuroanatómico y neuroquímico, y se analizan los aspectos que cambian en el curso de una enfermedad neurodegenerativa. La primera etapa del perfil tiene que ver con los cambios mnésicos en la memoria de corto plazo; la pérdida de memoria a corto plazo se puede evidenciar más en las conversaciones en las cuales no se puede enfocar, también se puede perder la noción del tiempo de forma paulatina (horas, días, semanas); las tres principales alteraciones cognitivas que puede presentar el adulto mayor son: deterioro supuesto por el incremento de la edad, deterioro cognitivo por depresión y deterioro cognitivo leve responsable de la primera fase del trastorno neurocognitivo; en la primera etapa los cambios dependen de factores externos como el entorno, la familia, el estado de ánimo o el lugar de residencia del mayor; en la segunda etapa el cuadro clínico del trastorno neurocognitivo empeora a nivel de la memoria, atención y orientación y se asocia con nuevos síntomas cognitivos, se dan afectaciones sensoriales que afectan las actividades de la vida diaria, además de la aparición del insomnio, se afecta la psicomotricidad fina; en la última etapa el paciente sufre cambios de personalidad y mentales asociados al trastorno neurocognitivo como en la enfermedad neurodegenerativa, los cambios se dan en la personalidad, en el aspecto mental (Da Silva, 2018).

2.3. Estado del arte

Los adultos mayores son una población que en la actualidad se estudia, analizando principalmente las estrategias para una atención integral que permita mejorar la calidad de vida y promover un envejecimiento exitoso.

Cifuentes (citado por Gonzales, 2018) hizo referencia a este tipo de investigaciones partiendo de la importancia de diferenciar al adulto mayor institucionalizado y el que no lo está,

inicia con la siguiente definición: “Instituciones totales, establecimientos de larga estadía: todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado”.

Cerquera (2008) realizó una investigación con el objetivo de identificar la relación existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga cuyos resultados permiten concluir que existe una correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión, aspecto que contrasta con información previa que señala que la institucionalización en sí misma genera depresión.

Por otra parte, Rodríguez, Cruz y Pérez, (2014) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en adulto mayor con la depresión. El deterioro cognitivocorrelaciona positivamente con el nivel de depresión, es decir, a mayor deterioro cognitivo, mayores niveles de depresión, ansiedad y dependencia en los adultos mayores.

En un estudio realizado sobre el estado de salud del adulto mayor de Antioquia se encontró que en la población de adultos mayores antioqueños: Uno de cada cuatro adultos mayores presentaron riesgo de depresión, uno de cada tres tenía riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico, Cardona (citado por Gonzales, 2018).

Con base a un estudio realizado por Silva y Vivar (2015) se determinaron los factores asociados en el adulto mayor institucionalizados concluyendo que aquellos factores que están

directamente relacionados a una mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos fueron: discapacidades físicas, quebrantos en el estado de salud y presentar mayor dependencia para la realización de las actividades cotidianas, falta de vínculos de amistad, deficiencia en las redes de apoyo emocional tanto familiar como del personal a su cuidado, ruptura de redes sociales favoreciendo la aparición de síntomas depresivos.

Como afirma Salazar et al (2015) en su análisis sobre la prevalencia y los factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en la ciudad de Bogotá concluyó que es indispensable promover una cultura de protección del adulto mayor con una mayor conciencia del autocuidado de la salud, en miras a beneficiar una calidad de vida en esta población donde se puedan enfrentar dichas problemáticas que afectan la integridad.

Ayllón, Guadarrama y Márquez (2012) plantea en su estudio comparativo realizado en adultos mayores asistentes y no asistentes a centros gerontológicos de la ciudad de México, resaltó que la depresión ha aumentado en cuanto al número de personas que alcanza este rango de edad. Por otra parte, añade que la vejez es una etapa de riesgo, puesto que en ella se presentan disminución en algunas de las capacidades y pérdida de la esperanza de vida. Este estudio comparó la depresión en ambas poblaciones cuyo resultado no obtuvo diferencias en cuanto a la depresión, aunque los asistentes presentaron una media mayor, señalando que el hecho de asistir o no asistir a dichas instituciones no es determinante para evitar la presencia de la depresión.

En base a su investigación Pérez, Oviedo y Britton (2018) indican que la depresión es un trastorno mental que tiene complicaciones a todas las edades, sin embargo, en la edad adulta y en comorbilidad con el deterioro cognitivo leve, es causante de mayor discapacidad y del desarrollo de demencias, añade que es evidente la concurrencia de la depresión y el deterioro cognitivo leve

en la vejez, condiciones estrechamente asociadas a la edad avanzada relacionadas con causas biológicas y/o factores psicosociales.

Durán, et al (2013) con el propósito de identificarla asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, encontró que en el grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva y añade que la asociación entre ambas variables fue escasa.

2.4. Marco legal

Con respecto a la normatividad legal que acoge los derechos de los adultos mayores en nuestro país, podemos resaltar lo siguiente:

Los derechos humanos de las personas adultas mayores se encuentran protegidos por el bloque de constitucionalidad vigente y reconocido por el Estado colombiano. De manera específica, mediante instrumentos como: 1) Declaración Universal de Derechos Humanos (suscrita por Colombia); 2) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobada por la Ley 74 de 1968); 3) la Convención Americana de Derechos Humanos (aprobado por la Ley 16 de 1972) y 4) el Protocolo de San Salvador (aprobado por la Ley 319 de 1996) (Ministerio de Salud, 2015)

La Constitución Política de Colombia en su artículo 46 hace referencia a lo siguiente: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (Const., 1991, art. 46).

Resolución 7020 del primero de septiembre de 1992: mediante el cual el Ministerio de Salud fundamentado en el artículo 46 de la Constitución Política, que a la letra dice así “el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y proveerán su integración a la vida activa y comunitaria” (Const., 1991, art. 46).

La ley 29 de 1975: mediante la cual se faculta al gobierno nacional para establecer la protección a la ancianidad y se crea el fondo nacional de la ancianidad desprotegida. El objeto de esta ley es la prestación por parte del estado de los servicios básicos para el anciano institucionalizado, tales como albergue, vestido, alimentación, atención médica, hospitalaria, odontológica y quirúrgica (Ley 29, 1975).

Ley 1251 del 27 de noviembre de 2008, la cual tiene como fin Proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, en el artículo 17 hace mención a garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental para los adultos mayores en instituciones públicas y privadas (Ley 1251, 2008).

Ley 1850 del 19 de julio de 2017, mediante la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se establecen fuertes medidas de protección al adultomayor y se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, entre otras cuestiones. (Ley 1850, 2017)

El artículo 6° menciona que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, ya sea en ambientes

familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores (Const., 1991, art. 6).

La política Colombiana de Envejecimiento humano y vejez 2014-2024 fue diseñada con el objetivo de Promover, desarrollar y garantizar los derechos humanos, sociales, económicos y culturales de las personas adultas mayores y contribuir en la construcción de condiciones que garanticen la superación de desigualdades sociales en la vejez, en términos de seguridad de ingresos, servicios de salud adecuados, servicios sociales, educación y género, entre otros. (Ministerio de salud, 2015)

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género. Teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024 (El Ministerio de Salud, 2015, p. 25).

El Ministerio de Salud (2015), en la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 – 2024, da especial importancia a los factores psicológicos, emocionales, cognitivos y comportamentales, con respecto al envejecimiento activo en el que se deben desarrollar fortalezas humanas como la autoestima, la resiliencia, el optimismo, la vitalidad, el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida o la felicidad, especialmente en la vejez.

La ley 1276 de 2009 hace referencia a los criterios de atención integral a las personas adultas mayores en los centros día o de vida en la que el 70% de los recursos va para la

financiación de tales centros y el 30% restante, a la dotación y funcionamiento de los centros de Bienestar del Anciano; la canasta de servicios para las personas adultas mayores que deben brindar los centros día o vida son: alimentación, orientación psicosocial, atención primaria de salud, capacitación en actividades productivas, deporte, cultura y recreación, encuentros intergeneracionales, promoción del trabajo asociativo, promoción de redes para el apoyo de los adultos mayores, actividades educativas y uso de internet y auxilio exequial (Ley 1276, 2009).

CAPÍTULO III

3. Metodología

La metodología elegida para la investigación sobre la comparación de la depresión y el deterioro cognitivo entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas fue la metodología cuantitativa en la que se realiza un proceso secuencial y probatorio, utilizando medios cuantificables como lo son los instrumentos estandarizados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se aplicaron la escala Pfeiffer para el tamizaje de deterioro cognitivo en personas mayores y el cuestionario Yesavage para la detección de depresión en personas mayores.

3.1. Diseño comprobatorio

El estudio comparativo sobre el nivel de depresión y de deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se realiza bajo la metodología de investigación cuantitativa, con alcance descriptivo- correlacional, en el que se hace una descripción de la comparación entre el deterioro cognitivo y la depresión de los dos grupos elegidos (personas mayores institucionalizadas y personas mayores no institucionalizadas), y se correlacionan las dos variables (depresión y deterioro cognitivo). Con un diseño de investigación no experimental/transversal en el que se recolectaron datos en un solo momento (Hernández et al., 2014). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 25.

La población corresponde a personas mayores no institucionalizadas pertenecientes a un programa de actividad física de Fusagasugá en el cual están inscritos 1300 personas, de las cuales un 60% aproximadamente son personas mayores que oscilan entre las edades de 60 a 90

años y personas mayores institucionalizadas en un hogar geriátrico de la ciudad de Fusagasugá en la que habitan 107 mayores, pertenecientes a la modalidad moderada lo que significa que son mayores que aún conservan su funcionalidad o independencia para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria.

Para la elección de la muestra de la investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se eligen a los participantes por el fácil acceso y la disponibilidad de los individuos para hacer parte del estudio (Borda, Tuesca y Navarro, 2009). La muestra estuvo conformada por 124 personas mayores, 62 de ellos pertenecientes al programa de actividad física de Fusagasugá de los cuales 51 pertenecen al sexo femenino con 82% y 11 al sexo masculino con 18%; y 62 personas mayores que se encuentran institucionalizadas en hogar geriátrico de la ciudad de Fusagasugá, de los cuales son de sexo femenino 23 con 37% y de sexo masculino 39 con 63%, las edades fluctuaron entre los 60 a los 100 años; la muestra fue escogida con la finalidad de demostrar una diferencia entre el estado cognitivo y emocional de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas ya que las circunstancias en las que se encuentran son diferentes, el resultado demuestra las consecuencias que tiene la institucionalización con respecto a la salud mental en cuanto al deterioro cognitivo y el nivel de depresión presente en dicha población.

3.2. Variables e indicadores

Las variables que se tomaron para la investigación fueron, el deterioro cognitivo y la depresión en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado

de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (Organización Mundial de la Salud, 2020)

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer y que incluye la alteración en uno o más dominios de la cognición superior (Arriola et al., s. f.)

Para la recolección de los datos se utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, instrumento diseñado para usarse en población anciana y tiene como finalidad detectar posible presencia de depresión y el Cuestionario SPMSQ Pfeiffer que sirve para el tamizaje de deterioro cognitivo y para determinar su grado en personas mayores.

La escala de Depresión Geriátrica Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982, con el propósito de evaluar el estado afectivo en ancianos; su versión original estaba compuesta por 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de los que se seleccionaron los que se correlacionan más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, en 1986 los mismos autores desarrollaron la versión abreviada de 15 ítems, es un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no que puede ser autoadministrado o heteroadministrado, el contenido del cuestionario se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en las personas mayores. Para la interpretación de la prueba se debe tener en cuenta que cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando uno los ítems que coincidan con el estado depresivo, las que

coinciden con las dadas por la prueba son las de los síntomas indicativos para el trastorno y las negativas para indicativos de normalidad, el total corresponde a la suma de los ítems con un rango de 0 - 15, en el cual encontramos que de 0-5 puntos es normal, de 6-9 puntos depresión leve y más de 10 puntos depresión establecida. Dentro de las propiedades psicométricas se puede encontrar que la versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems en la que los índices psicométricos son buenos, con una elevada consistencia interna, con una sensibilidad entre el 80 y 90% y una especificidad del 70 y el 80%, (Brink et al 1982).

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, es uno de los cuestionarios de cribado más recomendados y utilizados para la evaluación de la función cognitiva en personas mayores, este test evalúa memoria corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado es una prueba de fácil aplicación y se puede utilizar en personas de bajo nivel de escolarización, con una sensibilidad de 91% y especificidad de 90%, las cuales son cifras elevadas, y puede ser un instrumento para el apoyo diagnóstico y seguimiento de medidas terapéuticas y evolución de la enfermedad, (Martínez et al., 2001) La interpretación de los resultados se realiza de la siguiente manera, de 0 - 2 errores, normal; de 3 - 4 errores, deterioro cognitivo leve; de 5 - 7 errores, deterioro cognitivo moderado; y de 8 - 10 errores, deterioro cognitivo grave.

3.3. Procesos y procedimientos

Se realizó el estudio comparativo sobre el nivel de deterioro cognitivo y de depresión entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas con la metodología de investigación cuantitativa, con un diseño de investigación no experimental/transversal, mediante la descripción y la comparación de las variables a estudiar y el análisis correlacional entre las

mismas. Para el desarrollo de la investigación se utilizaron como instrumentos el Cuestionario SPMSQ Pfeiffer para el tamizaje de deterioro cognitivo y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage que se usa en población anciana y tiene como finalidad detectar posible presencia de depresión. Se llevó a cabo el siguiente proceso:

1. Se presenta propuesta sobre estudio comparativo de dos grupos de personas mayores, institucionalizadas y no institucionalizadas, con respecto al estado de salud mental en cuanto al deterioro cognitivo y el nivel de depresión de los mayores en el municipio de Fusagasugá.
2. Se eligió como población no institucionalizada dos grupos de Adultos mayores pertenecientes a un programa de actividad física de Fusagasugá; y para el grupo de personas mayores institucionalizadas se recolectó información de mayores pertenecientes a un hogar geriátrico ubicado en Fusagasugá, los sujetos son personas mayores que conservan un alto grado de funcionalidad física y cognitiva y no requieren ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana.
3. Se realiza la recolección de los datos por medio de la aplicación de la escala Pfeiffer y el cuestionario de Yesavage, en un solo momento en los dos grupos de personas mayores, institucionalizadas y no institucionalizadas.
4. Posteriormente se hace la tabulación de los datos obtenidos y se procede a hacer el análisis por medio de la utilización del programa SPSS.
5. Se obtienen y se analizan los resultados, bajo la luz de diferentes investigaciones realizadas anteriormente.

6. Por último, se presenta el análisis completo del estudio comparativo, dando respuesta a la pregunta de investigación, a las hipótesis planteadas y a los objetivos que se propusieron al inicio de la investigación.

3.4. Hipótesis

A continuación, se presentan las hipótesis que sirven como guía para el estudio e indican lo que se pretende comprobar y se diseñan como posibles respuestas a la pregunta de investigación (Hernández et al., 2014).

- Ho: No existe diferencia significativa en el nivel de depresión y el nivel de deterioro cognitivo entre el grupo de personas mayores institucionalizadas y personas mayores no institucionalizados.
- H1: Existe una diferencia significativa en el del nivel de depresión y el nivel de deterioro cognitivo entre el grupo de personas mayores institucionalizadas y personas mayores no institucionalizados.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio sobre la comparación del nivel de depresión y deterioro cognitivo entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. El total de participantes para el estudio fue de 124 personas mayores, a cada una de ellas se le aplicó el Cuestionario SPMSQ Pfeiffer para el tamizaje de deterioro cognitivo y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage para detectar posible presencia de depresión. El 50% de la muestra con 62 individuos fue de personas mayores institucionalizadas y el otro 50% con 62 sujetos correspondió a personas mayores no institucionalizadas.

Descriptivos

La tabla 1 nos indica el comportamiento general de los datos, por lo que es posible determinar que el promedio del nivel de depresión en el total de las personas mayores es de 1.4, los datos poseen una desviación de 0.69, lo cual permite estimar un intervalo de confianza del 95% respecto a la media entre 1.27 y 1.52. Se encuentran por debajo de la categoría 2, por lo que se puede afirmar que la mayor cantidad de individuos se encuentran dentro de un nivel de depresión normal. Por su parte encontramos que el deterioro cognitivo presenta una media de 1,67, en el que el límite superior es de 1,86 y el inferior 1,51, con una desviación de 0,79, el intervalo en el que se mueven los datos quiere decir que la mayor proporción de participantes presentan un estado cognitivo normal.

Tabla 1
Descriptivos

		Estadístico	Desv. Error
Nivel de depresión	Media	1,40	,063
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,27
		Límite superior	1,52
	Media recortada al 5%	1,33	
	Mediana	1,00	
	Varianza	,485	
	Desv. Desviación	,696	
Deterioro cognitivo	Media	1,67	,079
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,51
		Límite superior	1,83
	Media recortada al 5%	1,58	
	Mediana	1,00	
	Varianza	,776	
	Desv. Desviación	,881	

Pruebas de Normalidad

La prueba de Kolmogórov-Smirnov es una prueba de bondad de ajuste que permite comprobar si las variables (Nivel de depresión y Deterioro cognitivo) se distribuyen normalmente. Si el P-Valor de la prueba da mayor a 0.05 se puede aceptar la hipótesis de que los datos vienen de una distribución normal. En este caso, tanto el nivel de depresión y el de deterioro cognitivo presentaron valores de significancia menores a 0.05, indica que los datos vienen de una distribución que no es normal.

- Ho: Las variables depresión y deterioro cognitivo tienen una distribución normal.
- H1: Las variables depresión y deterioro cognitivo no tienen una distribución normal.

Según la tabla 2 la prueba de Kolmogórov-Smirnov da una significancia de ,000, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se avala la alterna.

Tabla 2
Pruebas de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de depresión	,441	124	,000
Deterioro cognitivo	,325	124	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Comparación de variables

Teniendo en cuenta que los datos no tienen una distribución normal, se estipula la necesidad de aplicar pruebas no paramétricas para comparar datos de dos variables independientes.

Se hizo la comparación de las dos variables independientes (depresión y deterioro cognitivo) en dos grupos (institucionalizados y no institucionalizados) utilizando la prueba U de Mann-Whitney.

- Ho: El nivel de depresión es igual entre las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.
- H1: Existe diferencia entre el nivel de depresión entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

De acuerdo con la información contenida en la tabla 3, para la variable de depresión, se halló que el valor de significancia es de 0,002, el cual es menor a 0,05 lo que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna concluyendo que si existe diferencia entre el nivel de depresión de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, esto es confirmado por el valor de los rangos promedio, en lo que las personas institucionalizadas tienen un promedio de 70,16, mientras que las personas mayores no institucionalizadas tienen un rango promedio de 54,84, lo que nos indica que hay mayor grado de depresión en las personas mayores institucionalizadas (Ver tabla 4).

Tabla 3

Prueba U de Mann-Whitney para la variable depresión

	Nivel de depresión
U de Mann-Whitney	1447,000
Sig. asintótica(bilateral)	,002

Tabla 4

Rangos variable depresión

	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de depresión	Institucionalizado	62	70,16	4350,00
	No institucionalizado	62	54,84	3400,00
	Total	124		

Con respecto a la variable de deterioro cognitivo se aplica también la prueba U de Mann-Whitney para comparar rangos entre el grupo de personas mayores institucionalizadas y personas mayores no institucionalizadas.

- Ho: El nivel de deterioro cognitivo es igual entre las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

- H1: Existe diferencia entre el nivel de deterioro cognitivo entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

La tabla 5 muestra una significancia de 0,050, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alterna confirmando que existe diferencia en el nivel de deterioro cognitivo entre las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Para corroborar el hallazgo se toma el rango promedio obtenido, en el que las personas mayores institucionalizadas obtuvieron 68,19 y las personas mayores no institucionalizadas 56,81 por lo tanto se encuentra que el nivel de deterioro cognitivo es más elevado en los mayores institucionalizados que en los no institucionalizados (Ver Tabla 6).

Tabla 5

Prueba U de Mann-Whitney para la variable deterioro cognitivo

	Deterioro cognitivo
U de Mann-Whitney	1569,500
Sig. asintótica(bilateral)	,050

a. Variable de agrupación: Grupo

Tabla 6

Rangos variable deterioro cognitivo

	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Deterioro cognitivo	Institucionalizado	62	68,19	4227,50
	No institucionalizado	62	56,81	3522,50
	Total	124		

Correlaciones

En las correlaciones se debe tener en cuenta que el valor del coeficiente de correlación puede variar de -1 a $+1$. Mientras mayor sea el valor absoluto del coeficiente, más fuerte será la relación entre las variables.

- Ho: No existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores.
- H1: existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores.

Este caso, el valor del coeficiente de correlación es de 0,121, de acuerdo a la interpretación del valor de "Rho" el resultado se encuentra entre 0,00 a 0,19 lo que indica que la correlación es muy baja, por este motivo se acepta la hipótesis nula en la que se afirma que no existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en las personas mayores participantes en el estudio (Ver tabla 7).

Tabla 7
Correlación entre las variables a nivel general

			Nivel de depresión	Deteriorocognitivo
Rho de Spearman	Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	1,000	,121
		Sig. (bilateral)	.	,181
		N	124	124
	Deterioro cognitivo	Coeficiente de correlación	,121	1,000
		Sig. (bilateral)	,181	.
		N	124	124

La correlación de personas mayores institucionalizadas entre nivel de deterioro cognitivo y depresión es de 0,052, de acuerdo a la interpretación del valor de “Rho” el resultado se encuentra entre 0,01 a 0,19 lo que indica que la correlación negativa muy baja.

- Ho: No existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas.
- H1: Existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas.

De acuerdo con los datos encontrados en la tabla 8 es posible afirmar que existe una correlación muy baja entre la depresión y el nivel de deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas. Aceptando la hipótesis nula.

Tabla 8
Correlación entre variables en personas mayores institucionalizadas

			Nivel de depresión	Nivel de deterioro cognitivo
Rho de Spearman	Nivel de depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,052
		Sig. (bilateral)	.	,691
		N	62	62
	Nivel de deterioro cognitivo	Coefficiente de correlación	,052	1,000
		Sig. (bilateral)	,691	.
		N	62	62

La tabla 9 proporciona información sobre la correlación entre la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores no institucionalizadas.

- Ho: No existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores no institucionalizadas.
- H1: Existe correlación entre las variables de depresión y deterioro cognitivo en personas mayores no institucionalizadas.

Se halló que el coeficiente de correlación es de 0,102, lo que significa que la correlación entre las variables es muy baja, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la nula en la que se indica que no hay correlación entre la depresión y el deterioro cognitivo de personas mayores no institucionalizadas.

Tabla 9
Correlación entre variables en personas mayores no institucionalizadas

			Nivel de depresión	Nivel de deterioro cognitivo
Rho de Spearman	Nivel de depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,102
		Sig. (bilateral)	.	,429
		N	62	62
	Nivel de deterioro cognitivo	Coefficiente de correlación	,102	1,000
		Sig. (bilateral)	,429	.
		N	62	62

CAPÍTULO V

5. Análisis y discusión de resultados

El tema de la depresión y el deterioro cognitivo ha sido motivo de estudio y análisis por mucho tiempo, sin embargo, cuando se relaciona con la vejez se evidencian carencias en cuanto a documentación y material que sirva como punto de referencia para futuras investigaciones.

La distribución de los datos obtenidos para el estudio proviene de una distribución que no es normal, como lo indica la prueba de normalidad aplicada, prueba de Kolmogórov-Smirnov en la que el valor obtenido fue de ,000. Lo que permitió dar continuidad con el análisis de los datos y aplicar una prueba no paramétrica para comparar los datos del nivel de depresión y de deterioro cognitivo, la investigación tuvo como objetivo analizar la diferencia entre el nivel de deterioro cognitivo y en nivel de depresión en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en base a esto se obtuvieron resultados donde se puede evidenciar que existe una diferencia entre el nivel de deterioro cognitivo y el nivel de depresión en los dos grupos, encontrándose que es más elevado el nivel de depresión y de deterioro cognitivo de las personas mayores institucionalizadas que en el grupo de mayores no institucionalizados, con base en los resultados arrojados por la prueba U de Mann - Whitney en la que la significancia para la variable depresión fue de 0,02, aceptando la hipótesis alterna que indica que existe una diferencia entre el nivel de depresión en ambos grupo, siendo mayor en las personas mayores institucionalizadas, según el promedio de rango que fue de 70,16 para institucionalizados y de 54,84 para no institucionalizados, concluyendo que hay una mayor afectación en el estado de ánimo de los mayores institucionalizados. Por otra parte se encuentra la variable de deterioro cognitivo en la cual también confirma la existencia de una diferencia del nivel de deterioro

cognitivo entre los dos grupo con una significancia en la prueba U de Mann - Whitney de 0,050, y con un promedio de rango en los mayores institucionalizados de 68,19 y en el grupo de no institucionalizados de 56,81, con lo que es posible afirmar que es más elevado el nivel de deterioro cognitivo en las personas mayores que se encuentran en una institución.

A pesar de los hallazgos anteriormente relacionados, según los datos obtenidos y los descriptivos generales de las pruebas planteadas se ratifica que la media de depresión y de deterioro cognitivo se encuentran dentro de rangos normales de acuerdo con los índices planteados por la escala Pfeiffer y el cuestionario Yesavage.

Con respecto a la correlación planteada de las variables se halló que no hay una correlación significativa entre el deterioro cognitivo y la depresión en el total de los participantes del estudio, tampoco se encontró correlación entre las variables al ser estudiadas de forma individual, es decir, que en el grupo de personas mayores no institucionalizadas no hay correlación entre las variables, y en el grupo de mayores institucionalizados tampoco se presentó correlación entre las variables, confirmando así que no se da una relación entre el nivel de depresión y el nivel de deterioro cognitivo en las personas mayores.

Los resultados ayudan a describir la diferencia encontrada en referencia a los niveles de estado tanto de la depresión como del deterioro cognitivo lo que permite evidenciar que ambas variables en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se encuentran en el rango normal.

Dando respuesta a la pregunta de investigación inicialmente planteada sobre si existe una diferencia en el deterioro cognitivo y el nivel de depresión entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, se tienen en cuenta los resultados obtenidos en el

estudio, en el que sí se halló la existencia de una diferencia significativa entre el nivel de depresión y de deterioro cognitivo de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, aceptando así la hipótesis alterna que afirma que existe diferencia entre los dos grupos con respecto al nivel de depresión y de deterioro cognitivo. Para rectificar en cuál de los grupos es mayor el nivel de depresión y de deterioro cognitivo se alude a los rangos promedio en los cuales se evidencia que en las dos variables se encuentran más elevadas en el grupo de mayores institucionalizados (depresión 70,16 y deterioro cognitivo 68,19) mientras que en los mayores no institucionalizados el promedio de los rangos es menor. (depresión 54,84 y deterioro cognitivo 56,81).

Lo que permite concluir que si hay una diferencia en el nivel de depresión y de deterioro cognitivo entre los dos grupos (personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas).

A partir de la teoría explicativa sobre la depresión es posible apoyar en lo dicho por Compas y Gotlib (2003) en cuanto a la perspectiva conductual sobre envejecimiento donde se tiene en cuenta el concepto de pérdida, pero se hace énfasis en la pérdida tangible de reforzamiento en el ambiente de la persona lo que lleva a una reducción de las conductas emitidas por el individuo, esto se manifiesta en síntomas de alejamiento social y actividad disminuida; el alejamiento social hace que se disminuya aún más el reforzamiento lo que empeora la situación y hace que su conducta se inhiba más, evidenciado en los adultos mayores institucionalizados. Desde un enfoque más cognitivo se tiene en cuenta la forma de pensar del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro que los hace vulnerables a la depresión.

Partiendo de la primera relación entre la depresión y deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se encuentra que si existe una diferencia

significativa, lo cual difiere con lo expuesto por Ayllón, Guadarrama y Márquez (2012) quienes hacían referencia en su estudio comparativo realizado en adultos mayores asistentes y no asistentes a centros gerontológicos de la ciudad de México que al compararla depresión entre ambas poblaciones los resultados obtuvieron diferencias pero no significativas.

Ligado a lo anterior, referido a la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo a nivel general se encuentra que no existe correlación entre ambas variables, lo cual difiere con lo hallado por Rodríguez, Cruz y Pérez (2014) quienes en su investigación plantean que el deterioro cognitivo correlaciona positivamente con el nivel de depresiones decir que a mayor deterioro cognitivo mayor nivel de depresión.

Por otra parte, con respecto a los adultos mayores institucionalizados se halla la existencia en cuanto a la relación baja entre ambas variables, por lo que coincide con lo que menciona Cerquera (2008) donde investigó en adultos mayores del asilo san Antonio de la ciudad de Bucaramanga que existe correlación negativa entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

Fue posible encontrar otra investigación que tenía como finalidad identificar la asociación entre depresión y función cognitiva, en la cual los resultados fueron similares con lo hallado en el presente estudio, puesto que se encontró que la asociación entre ambas variables fue escasa (Durán et al, 2013).

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones

La calidad y las condiciones de vida de los adultos mayores ejercen gran influencia en el aumento de trastornos mentales como la depresión y deterioro cognitivo presentes de manera notoria en personas que viven esta etapa del ciclo vital.

Posterior análisis y discusión de los resultados obtenidos en esta investigación y en base a los objetivos propuestos, es viable pautar algunas conclusiones partiendo de la relación y las diferencias entre el deterioro cognitivo y la depresión de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Fusagasugá (Cundinamarca), tal como se plantean a continuación:

- Lo que concierne a los datos obtenidos y analizados respecto a la población, se refleja que la mayor cantidad de adultos mayores se encuentran dentro de un nivel de depresión y deterioro cognitivo en escala normal.
- Al analizar las medianas que reflejan los índices en cuanto a la relación del deterioro cognitivo de ambas poblaciones se evidencia una relación no significativa, lo que traduce que no existe una diferencia notoria.
- Respecto a las medias y las medianas en cuanto a los índices de depresión de los adultos mayores institucionalizados y no, se ve reflejada una diferencia, siendo más alto el nivel de depresión en la población institucionalizada.
- Las diferencias encontradas en cuanto al nivel de deterioro cognitivo y el nivel de depresión entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas reflejan que no existe una correlación entre ambas poblaciones, puesto que la correlación entre la

depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados es muy baja, al igual que la correlación de ambas variables en los adultos mayores no institucionalizados.

CAPÍTULO VII

7. Recomendaciones

Después de llevar a cabo la presente investigación se evidencia la necesidad de ejecutar nuevas investigaciones y estudios que permitan ampliar el horizonte investigativo desde el enfoque psicológico con miras a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, específicamente de aquellos institucionalizados o que pertenecen a alguna entidad geriátrica cuya condición hace que se limite de muchas maneras sus funciones abriendo la puerta a trastornos del estado de ánimo, alteraciones de la regulación emocional, cognitiva, conductual y somática como los mencionados anteriormente.

Así mismo se ve la importancia de implementar nuevos instrumentos que permitan fortalecer dicho estudio, tales instrumentos sirvan para detectar e identificar posibles daños neurológicos en los adultos mayores, así como nuevas herramientas para la medición viable y confiada de la depresión y el deterioro cognitivo.

Por otro lado, en vista a las falencias que presentan algunos centros gerontológicos e instituciones que albergan al adulto mayor, es recomendable que se amplíe el papel que desempeña el profesional en salud mental pues son múltiples los desafíos que plantea con el correr del tiempo a la población mayor y a los que se ven enfrentados un sin número de personas desprotegidas, solas o abandonadas, cuya situación hace que se deteriore de manera rápida su bienestar integral, donde se ven de una u otra forma vulnerados sus derechos sin acceder a un adecuado tratamiento para la problemática que les aqueja. Para ello se recomienda diseñar e implementar programas orientados a la estimulación y rehabilitación cognitiva, así como al desarrollo social, la motivación de la autoestima, autoconcepto y la adaptabilidad

Referencias

- Alcaldía de Fusagasugá (2018) Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Recuperado de: <http://www.fusagasugacundinamarca.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Documents/ASIS%20FUSAGASUGA%202018.pdf>
- Alcaldía de Fusagasugá (sin fecha) Directorio Hogares Geriátricos y Similares. Recuperado de: http://www.fusagasugacundinamarca.gov.co/NuestraAlcaldia/SaladePrensa/Documents/DIRECTORIO_HOGARES_GERI%20%81TRICOS.pdf
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017) Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor. En J. López (Coordinador). Sociedad Española de gerontología y geriatría. Madrid, España. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Ayllón, A., Guadarrama, R., & Márquez, O. (2012). Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4 (1) 58-66. Recuperado de: <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/155/68>
- Bernal, J., & Martínez, L. (2015) Análisis Espacial y Caracterización de los Ancianos en el Municipio de Fusagasugá -Cundinamarca (Tesis de pregrado). Universidad de Cundinamarca, Fusagasugá, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/1474/An%C3%A1lisis%20espacial%20y%20caracterizaci%C3%B3n%20de%20los%20ancianos%20en%20el%20municipio%20de%20Fusagasug%C3%A1-Cundinamarca.docx.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Bilyk, E., Ventura, A., & Cervigni, M. (2015). Caracterización de la producción científica iberoamericana sobre intervenciones en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*,

7(2), 383 - 396. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333141094005.pdf>

- Borda, M., Tuesca, R., & Navarro, E. (2009). *Métodos Cuantitativos Herramientas para la investigación en salud*. Ediciones Uninorte. Barranquilla, Colombia.
- Bozzi, F., & Nahuel, E. (2018). El rol del psicólogo en las residencias para adultos mayores. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Congreso llevado a cabo en la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-122/281.pdf>
- Brink, L. Jerome, A., Yesavage, D., Owen, M., Philip, H., Heersema, D., Adey, B., Terrence, L., & Rose, PhD (1982) Screening Tests for Geriatric Depression, *Clinical Gerontologist*, 1:1, 37-43, DOI: 10.1300/J018v01n01_06
- Caldas, S., & Correa, M. (2019). *Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica (Tesis de pregrado)*. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cerquera, A. (2008) Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a20.pdf>
- Chavarría, J. (2015) Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista médica de Costa Rica y Centro América*, (615) 427 – 429. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003) *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Congreso de Colombia (5 de enero de 2009). A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. [Ley 1276 de 2009]. DO: 47.223. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1276_2009.html

Congreso de Colombia. (14 de octubre de 1975) Por el cual se faculta al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad y se crea el Fondo Nacional de la Ancianidad desprotegida. [Ley 29 de 1975] DO: 34.420. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/amauta/archivos/Ley_29_1975.pdf

Congreso de Colombia. (19 de julio de 2017). Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. [Ley 1850 de 2017] DO: 50299. Recuperado de: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/promocion-social/ley-1850-de-2017-medidas-de-proteccion-al>

Congreso de Colombia. (27 de noviembre de 2008). Normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. [Ley 1251 DE 2008] DO: 47.186. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/acerca/Normatividad/Ley1251_2008.pdf

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) Artículo 46 [Capítulo 2]

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) Artículo 6 [Capítulo 1]

Da Silva, C. (2018). Neuropsicología del envejecimiento. Primera edición. Recuperado de: [//ebookcentral.proquest.com](http://ebookcentral.proquest.com)

Durán, T., Aguilar, M., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>

Forjaz, M., & Rodríguez, C. (2016). Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4708>

- Gómez, M. (2014). El proceso de institucionalización en la tercera edad (Tesis de pregrado). Universidad Internacional de La Rioja, Córdoba, España. Recuperado de:
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, J. (2010) Teorías del envejecimiento. Tribuna del investigador, 11 (1-2). Recuperado de: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
- González, M. (2018). Caracterización de un grupo de adultos mayores no institucionalizados: percepción de calidad de vida, estado mental y del ánimo (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de:
https://www.academia.edu/35980832/CARACTERIZACION_DE_UN_GRUPO_DE_ADULTOS_MAYORES_NO_INSTITUCIONALIZADOS.pdf
- Gutiérrez, L., & Kershenovich, D. (2018). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México recuperado de:
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación sexta edición*. México: McGRAW-HILL.
- Hidalgo, G, J. (2001) El envejecimiento: aspectos sociales. Costa Rica. Recuperado de:
<https://books.google.com.co/books?id=y5Not4XsWvkC&lpg=PA141&dq=institucionalizacion%20de%20ancianos&hl=es&pg=PA3#v=onepage&q=institucionalizacion%20de%20ancianos&f=false>
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, C., Aguado, C., Albert, C., & Luque, R. (2001) Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*, 117 (4), 129-134.
- Ministerio de salud (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 - 2024. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social(2017)Envejecimiento y Vejez. Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (5de febrero de 2018) Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la salud(2019) Demencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2020) Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Papalia, D., Duskin, R., y Martorell, G. (2012) *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, A., Oviedo, D., & Britton, G. (2018)Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *Investigación y pensamiento crítico*, 6(2), 05-12. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/334681437_Deterioro_cognitivo_leve_y_depresion_en_el_adulto_mayor
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
- Rodríguez, M., Cruz, F., & Pérez, M. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2):36-40. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/original6.pdf>
- Salazar, M., Reyes, F., Plata, J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., ... Ríos, J. (2015).Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Satorres, E. (2013).Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71008265.pdf>

Silva, M., & Vivar, V. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado (Tesis de maestría). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/46160338.pdf>

Triadó, C., & Villar, F. (2014) Psicología de la vejez. Madrid: Difusora Larousse – Alianza editorial. Recuperado de:

http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-

[2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-)

[8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%3Aof](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

[i%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

[Da+de+la+vejez&rft.au=Triad%C3%B3+Carme&rft.date=2014-01-](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

[01&rft.pub=Difusora+Larousse+-](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

[+Alianza+Editorial&rft.isbn=9788420648194&rft.externalDocID=EBC3228195](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

[¶mdict=es-ES](http://bn7wh5mk3f.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info%3Asid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Abook&rft.genre=book&rft.title=Psicolog%C3%A)

Ugalde, O. (2010) Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Recuperado de:

http://www.centropsicologicomca.es/articulos/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf

Anexos

1. Cuestionario SPMSQ de Pfeiffer

SPMSQ de Pfeiffer	
Pregunta a realizar	Errores
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total (máximo: 10 puntos)	

2. Escala abreviada de depresión geriátrica Yesavage

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

Puntuación

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: **Normal.**

6-9: **Depresión leve.**

>10: **Depresión establecida.**