

**NIVELES COGNITIVOS Y DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CENTRO GERONTOLÓGICO ATARDESER DEL MUNICIPIO DE
ENVIGADO**

JULIÁN PELÁEZ ESPINOSA

SILVANA MAZO LÓPEZ

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2017

**NIVELES COGNITIVOS Y DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL CENTRO GERONTOLÓGICO ATARDESER DEL MUNICIPIO DE
ENVIGADO**

Presentado por:

JULIÁN PELÁEZ ESPINOSA

SILVANA MAZO LÓPEZ

Trabajo de grado presentado para optar al título de

PSICÓLOGO

Asesor:

ALEJANDRO LEÓN URIBE

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2017

Hoja de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Envigado, septiembre de 2017.

Dedicatoria

*Dedicamos este trabajo a nuestras familias, por brindarnos su mano protectora, y su voz de
aliento y respaldo.*

A ellos, gracias por darnos la oportunidad de ser Profesionales.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GENERAL	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. MARCO REFERENCIAL	19
4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	19
4.2. MARCO TEÓRICO	26
4.2.1. La vejez.....	27
4.2.2. Los cambios físicos en la vejez.....	29
4.2.3. Desarrollo cognitivo.....	30
4.2.4. Enfoques en torno a la memoria y tipos.....	33
4.2.5. Estado cognitivo.....	37
4.2.6. La depresión.....	38
4.2.7. Factores asociados a la depresión.	39

4.3.	MARCO LEGAL	40
5.	<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	44
5.1.	VARIABLES A ESTUDIAR.....	44
5.2.	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
5.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.	46
5.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.	47
5.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	47
5.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	47
5.7.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	48
5.7.1.	Test del dibujo del reloj.	48
5.7.2.	Escala de Depresión Geriátrica (GDS).	49
5.7.3.	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) (MEC).	49
5.8.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	52
5.9.	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	53
5.10.	ASPECTOS ÉTICOS	53
6.	<i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	55
7.	<i>CONCLUSIONES</i>	63
8.	<i>LIMITACIONES DEL ESTUDIO</i>	65
9.	<i>RECOMENDACIONES</i>	66

REFERENCIAS..... 67

ANEXOS..... 72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Puntos de corte recomendados por Bobes et al. (2002) para el MEC	52
Tabla 2. Estadísticos descriptivos	55
Tabla 3. Estadísticos descriptivos según la edad	55
Tabla 4. Resultados Test del dibujo del reloj.....	56
Tabla 5. Resultados GDS.....	56
Tabla 6. Resultados MEC	57
Tabla 7. Resultados orientación temporal y espacial.....	57
Tabla 8. Resultados memoria inmediata.....	58
Tabla 9. Resultados concentración y cálculo.....	58
Tabla 10. Resultados memoria diferida	59
Tabla 11. Resultados lenguaje y praxis.....	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Escala de Depresión Geriátrica (versión 30 ítems)	72
Anexo B. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)	73
Anexo C. Consentimiento informado	75

RESUMEN

El objeto central de la presente investigación se enfoca en establecer los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer; para ello, se identifica la capacidad constructiva y la ejecución motora de los adultos mayores; de igual modo, se detecta el nivel de atención y se detecta si existe o no índices de depresión y el nivel en que se encuentran; y por último, se evalúa la capacidad de atención, memoria, concentración y lenguaje. Todo ello se lleva a cabo a partir del desarrollo de una investigación social cuantitativa, bajo la perspectiva de tipo descriptivo y empleando como instrumentos de recolección de información el Test del dibujo del reloj, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) (MEC).

Palabras clave: deterioro cognitivo, depresión, adultos mayores, capacidad constructiva, ejecución motora, nivel de atención, memoria, concentración, lenguaje.

ABSTRACT

The central objective of the present investigation is to establish the levels of cognitive deterioration and depression present in the elderly at the Centro Gerontológico AtardeSer; for this, the constructive capacity and the motor execution of the elderly are identified; likewise, the level of attention is detected and it is detected whether or not there are indices of depression and the level in which they are; and finally, the capacity for attention, memory, concentration and language is evaluated. All this is carried out starting from the development of a quantitative social research, from the perspective of descriptive type and using as instruments of data collection the Clock Drawing Test, the Geriatric Depression Scale (GDS) and the International Neuropsychiatric Interview (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) (MEC).

Keywords: cognitive impairment, depression, older adults, constructive capacity, motor performance, level of attention, memory, concentration, language.

INTRODUCCIÓN

Las variables utilizadas para el desarrollo de la presente investigación fueron concepto de vejez, cambios físicos que se dan en la vejez, desarrollo cognitivo, memoria y tipos de memoria, estado cognitivo, depresión y factores asociados a la depresión. La variable de vejez se sustentó en teorías como la biológica, psicológica y social de Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), y desde lo funcional de Papalia y Wendkos (2001) y Álvarez, León y Espinoza (2008); los cambios físicos que se dan en la vejez se sustentaron en las teorías de desarrollo humano de Papalia y Wendkos (2001), Craig y Baucum (2009) y Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009); el desarrollo cognitivo se sustentó en las teorías de Papalia y Wendkos (2001) y Craig y Baucum (2009); el enfoque en torno a la memoria y los tipos de memoria se sustentaron en las teorías de Lapuente y Sánchez (1998), Giraldo, Ruiz, Villada y Zapata (2002) y Manzanero y Álvarez (2015); el estado cognitivo se sustentó en las teorías de Yanguas (2006) y Craig y Baucum (2009); la depresión se sustentó en la teoría de Latorre y Montañés (1997) y en lo que establece el DSM 5; y los factores asociados a la depresión se sustentaron en la teoría de Yanguas (2006).

Todo lo anterior evidencia que para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta una serie de teorías (psicología de la vejez, psicología evolutiva, psicología social, psicología estructural), todas ellas con el fin de establecer los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores, específicamente del Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado.

La utilidad de este estudio para el campo académico y profesional radica en que, sin duda alguna, ayudará a entender no sólo el proceso de envejecimiento, los cambios físicos que se presentan cuando se envejece, el desarrollo cognitivo del adulto mayor, los enfoques en torno a la memoria y los tipos de memoria, el estado cognitivo del adulto mayor, sino también otros aspectos relacionados con la vejez, como la depresión y los estados asociados a ésta, lo cual puede ser de gran utilidad para los diversos campos de acción en los que se desenvuelve el psicológico, en especial el egresado de la Institución Universitaria de Envigado.

Es más, este estudio servirá de fuente de consulta y de apoyo teórico para otras investigaciones que tengan relación con el tema aquí desarrollado, pues el adulto mayor, sin duda, es y seguirá siendo una unidad de análisis bastante importante para la psicología, sobre todo porque esta ciencia se ocupa, entre otros aspectos, de entender y comprender cómo este individuo enfrenta su propio envejecimiento dentro de un contexto social que muchas veces lo limita.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adulta mayor en Colombia, es decir, aquella que tiene 65 años o más, ha ido aumentando en los últimos años. Según datos del DANE, en el país hay un total de 49.329.525 de colombianos a hoy 25 de julio de 2017, de los cuales 3.882.233 tienen más de 65 años (3.5% son hombres y 4.37% son mujeres). De total de dicha población, de acuerdo con el censo del DANE de 2005, el 63.12% se concentra en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima, concentrándose los porcentajes más altos en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

De lo anterior vale decir que el problema no es sólo que ha disminuido la población joven y que ha incrementado la población adulta mayor en Colombia, sino que también se vienen presentando otras problemáticas en torno a la vejez como por ejemplo la disminución de los niveles cognitivos, entendido esto como la pérdida de las funciones cognitivas (memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información), y aumento de la depresión en este grupo etario.

Se sabe que el envejecimiento trae consigo una serie de transformaciones en todas las áreas del funcionamiento, las cuales están explícitamente relacionadas con el día a día. Al verlo de este modo, todo ser humano envejece durante todos los días de su vida y en esa serie de cambios que se producen influyen diversas condiciones, entre ellas los factores sociales, lo político-cultural y lo socio-económico, así como también lo personal y los estilos de vida que se lleven.

La disminución en los niveles cognitivos y la depresión, por ejemplo, están dentro de esa serie de transformaciones que trae consigo el envejecimiento, las cuales ocasionan, en muchas de las

veces, aislamiento y pérdida de autonomía e independencia, pues el rendimiento, tanto físico como social de los adultos mayores, depende en su totalidad de todas sus funciones.

Según Bustos y Sánchez (2011) y Ángel, Bedoya, Correa y Villada (2015), la depresión en la tercera edad puede afectar hasta un 10% de los adultos mayores que viven en centros de institucionalización y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad; por lo tanto, la detección temprana de la depresión y la identificación anticipada y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales es de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas.

Es precisamente por lo anterior, que en el presente estudio se busca indagar por los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado, pero específicamente a los de los grupos 3, 5, 40, 42 y 44, ya que fueron estos los escogidos por el grupo investigador para realizar la aplicación de las pruebas por la facilidad y acceso que se tenía a ellos.

A partir de dichos planteamientos, se pretende en este estudio dar respuesta a la siguiente pregunta problematizadora: ¿cuáles son los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores de los grupos del Centro Gerontológico AtardeSer?

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, además de dejar en claro que en la actualidad hay un aumento escalonado de la población mundial, y en especial de la colombiana, también señala que tal fenómeno compromete seriamente las políticas y los recursos otorgados a los gobiernos para brindar a sus países adecuadas y óptimas maneras de vivir, de seguridad, de prestación de servicios de salud y de inclusión social; es más, igualmente se insiste, además de que es el tema que ocupa la presente investigación, en que en la población colombiana adulta mayor se vienen presentando problemáticas en torno a la vejez como por ejemplo la disminución de los niveles cognitivos y aumento de la depresión.

Es por ello la importancia de realizar este estudio, ya que puede considerarse como un punto de partida, no sólo para el desarrollo de otras investigaciones similares, sino también para desplegar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este caso los profesionales cuidadores que laboran en el Centro Gerontológico AtardeSer.

Teniendo presente que los aspectos psíquicos y emocionales son factores de gran importancia en la salud y bienestar del ser humano, y que además son elementos fundamentales en las valoraciones que hacen los profesionales cuidadores a la hora de brindar atención al adulto mayor en los centros gerontológicos, es que también puede señalarse esta investigación como de suma trascendencia, pues conociendo como se encuentra el adulto mayor entonces se podrá realizar una intervención integral en la institución.

Finalmente, vale destacar que este tipo de investigaciones ayudan a determinar que la depresión y el deterioro cognitivo en un grupo poblacional específico como lo son los adultos

mayores puede tener efectos negativos en sus vidas, como por ejemplo sentimientos de inseguridad, lo que puede incidir en su autopercepción, dificultar su adaptación a los cambios de la cotidianidad, alterar su desarrollo normal y su relación con los demás.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la capacidad constructiva y la ejecución motora de los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.

Detectar si existe o no índices de depresión en los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer y el nivel en que se encuentran.

Evaluar la capacidad de atención, memoria, concentración y lenguaje de adultos mayores de los grupos 3, 5 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Son diversos los antecedentes que sobre el tema aquí desarrollado se han efectuado, sobre todo a nivel internacional. Así por ejemplo, se puede hacer mención de la investigación de Latorre y Montañés (1997), en la que se evaluó la depresión y el deterioro cognitivo a través de dos escalas de depresión (CES-D y ESCALA DE DEPRESIÓN según criterios del DSM III-R), en una muestra de 230 adultos mayores de 60 años de la ciudad de Albacete en España, quienes decidieron participar voluntariamente en el estudio. Los resultados de las pruebas mostraron que la depresión disminuye con la edad hasta los 80 años, momento en el que se invierte la tendencia; de igual forma, se pudo establecer que cuando aparece la depresión, la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres y se presenta en los adultos que viven en residencias y en aquellos que tienen un nivel educativo bajo; también el estudio arrojó que a partir de los 80 años aumenta el diagnóstico conjunto depresión-demencia y la probabilidad de confusión en el mismo, sobre todo en los sujetos con un nivel de estudios bajo.

Otra investigación internacional a resaltar es la de Garay (2007), en la cual se mostró la relación que existe entre depresión en edad adulta y deterioro cognitivo. Básicamente, en el estudio de tipo observacional, longitudinal y retrospectivo, se comparó un grupo de 30 pacientes mujeres, entre los 65 y 85 años, del servicio de consultorios externos de Clínica Tempus de la localidad de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, que fueron diagnosticadas y tratadas por episodio depresivo, versus grupo control de 16 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años que no presentaban antecedentes de depresión. El instrumento que se aplicó para la comparación fue el

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), el cual evalúa seis ámbitos cognitivos: orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje, y habilidades viso-espaciales. Los resultados mostraron que efectivamente existe una relación entre depresión previa y aparición posterior de deterioro cognitivo.

De igual forma, se puede hacer mención del trabajo realizado por Sánchez, López, Calvo, Noriega y López (2009), en el que a través de un estudio descriptivo de corte transversal se investiga la prevalencia del deterioro cognitivo y depresión en 307 adultos mayores de 65 años del Policlínico Docente Ana Betancourt del municipio Playa de La Habana (Cuba). Bajo los criterios del DSM IV, del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) y de la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA) mediante el algoritmo diagnóstico 10/66 se pudo establecer que en esta población específica existe una baja prevalencia del trastorno cognitivo mínimo y depresión mayor y alta prevalencia del síndrome demencial.

Lapiente y Sánchez (1998), realizando una investigación de tipo documental en España, específicamente en la ciudad de Murcia, ofrecen todo un marco neuropsicológico que se relaciona con los cambios tanto a nivel neurobiológico como cognitivo durante el envejecimiento. Los trabajos revisados por estos dos investigadores indican que el envejecimiento normal conlleva una serie de cambios tanto neuroanatómicos como fisiológicos, los cuales pueden afectar tanto al sustrato neural que subyace al funcionamiento cerebral normal, como a los distintos procesos cognitivos. En general, dicen los investigadores a partir de la literatura, que se afecta con la edad la atención y la velocidad de procesamiento de la información y las funciones de la memoria; igualmente las funciones visoespaciales y las visoperceptivas comienzan a declinar, las primeras sobre todo alrededor de los 80 años y las

segundas a partir de los 65 años; las funciones visoconstructivas asimismo sufren un deterioro. A pesar de que estos cambios se producen durante el envejecimiento, no necesariamente aparecen en un mismo sujeto, especialmente por las diferencias individuales de cada persona.

Gontier (2004) igualmente hace una investigación de tipo documental en la Universidad de Carolina del Norte en Wilmington sobre investigaciones que abordan el efecto de la edad en la memoria de trabajo. Básicamente, lo que señala este autor, a partir de la documentación revisada, es que en efecto los seres humanos sufren cambios cognitivos como efecto de la edad. A lo largo de la vida de una persona, la memoria, en especial la de trabajo, tiene un proceso de crecimiento, pero también un proceso de deterioro normal que comienza a darse aproximadamente a los 30 años, aunque es a los 60 años que se comienzan a notar las diferencias, sobre todo en aquellas personas que padecen alguna patología y en aquellos que padecen de alguna patología degenerativa nerviosa o secuela de daño encefálico en la corteza prefrontal. En conclusión, y de acuerdo a este investigador, la edad tiene un efecto negativo en la memoria operativa.

Casanova, Casanova y Casanova (2004) realizan también un estudio de tipo documental en la ciudad de La Habana (Cuba) a través del cual se pudo constatar que la memoria, tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, es la alteración cognoscitiva más habitual, deteriorando la calidad de vida de la persona, su capacidad de aprender nuevas cosas y de recuerdo de información valiosa; por ello, según los investigadores, es importante la detección temprana de los trastornos de la memoria, sobre todo porque puede convertirse en un factor de riesgo para la depresión en los adultos mayores que empiezan a padecer dicho deterioro.

Cabello y Porras (2009), a través de una investigación de descriptiva de tipo mixto, diseñan, aplican y evalúan una intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores y para ello seleccionaron el test NEUROPSI, el cual recoge datos sobre los procesos

cognitivos, particularmente de la memoria. Específicamente evaluaron 37 adultos mayores de un centro comunitario, ubicado al sur de la ciudad de México, entre 60 y 85 años, antes y después de la intervención, la cual estuvo compuesta por contenidos como la atención, la concentración, la fluidez verbal y la memoria sensorial, de corto plazo y de largo plazo, distribuidos en 15 sesiones. Los resultados obtenidos mostraron que la implementación de una intervención psicopedagógica para estimular la memoria puede tener éxito si las técnicas diseñadas atienden las necesidades y diferencias de cada individuo, por ello la importancia de fomentar la prevención del deterioro cognitivo en esta etapa del ciclo vital.

Peres y Pizarro (2010) desarrollan una investigación cualitativa bajo un diseño cuasi experimental con una población de 20 personas (10 hombres y 10 mujeres) entre los 65 y 75 años escogida de manera no probabilística pertenecientes a un asilo de la zona sur de la ciudad de La Paz en Bolivia, a través de la cual se buscó resaltar el ejercicio mental en la tercera edad como herramienta para prevenir la pérdida de la memoria en los adultos mayores, sobre todo porque estos, además de mejorar la memoria, tienen un efecto positivo en su estimulación. Para los familiares, según señalan los investigadores, cuidar a una persona de la tercera edad con algún tipo de problema, especialmente si está relacionado con la pérdida de la memoria, es bastante difícil, sobre todo porque ello influye de alguna manera en el desarrollo normal de sus actividades diarias (laborales, familiares, sociales, etc.), generando estrés, angustia y agotamiento físico. Atendiendo a esta recomendación, las autoras indican que las políticas de salud para este grupo etario deberían dirigirse hacia la gerontología preventiva; ello ayudaría a detectar tempranamente alteraciones funcionales en adultos mayores, las cuales se podrían tratar si son abordados de manera adecuada.

Hernández y Cansino (2011), por su parte, realizan un estudio cuantitativo en el que llevaron a cabo dos experimentos con 42 personas, 21 jóvenes y 21 adultos mayores, en México; en uno de los experimentos los participantes realizaron las tareas verbal y visual y en el otro efectuaron las tareas verbal y espacial, todo ello con el fin de comparar en estos sujetos la memoria de trabajo verbal con la memoria de trabajo visual y espacial. En los resultados que arrojaron dichos experimentos se encontró que los adultos mayores tuvieron un menor desempeño que los adultos jóvenes en la tarea visual y espacial de alta complejidad; sin embargo, ambos grupos poblacionales mostraron la misma eficacia en las tareas de memoria de trabajo verbal independientemente del grado de dificultad, aunque los adultos mayores se mostraron menos eficaces en la tarea verbal de alta complejidad. Estos hallazgos sugieren que las deficiencias en la memoria de trabajo en el envejecimiento no dependen de la clase de información, sino, sobre todo, del grado en que el tipo de información requiere recursos del sistema de memoria para su procesamiento. Ello hace pensar que la memoria de trabajo disminuye en el envejecimiento, pero aún prevalece la imprecisión sobre si esta disminución ocurre de una manera equivalente para todo tipo de información o si es más pronunciada para algún tipo de información en particular.

Valencia, Morante y Soto (2011) realizaron un estudio cuantitativo con 87 adultos mayores entre los 55 y 75 años del programa de detección de problemas de memoria que la Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias filial Arequipa y de otros clubes del adulto mayor de diferentes distritos de Perú en el que evaluaron la velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en estos adultos mayores y las implicaciones para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. Los instrumentos para la evaluación utilizados fueron los subtests clave de números, dígitos inversos y secuencias de números y letras de la prueba Wechsler de inteligencia; estas pruebas fueron usadas para medir la velocidad de procesamiento y la memoria

de trabajo respectivamente. En los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en velocidad de procesamiento entre hombres y mujeres, mientras que en la memoria de trabajo no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos géneros. A partir de allí se logró inferir que los hombres rinden mejor en pruebas de velocidad de procesamiento que las mujeres, lo que permitió predecir que el nivel de deterioro en mujeres, a nivel de la velocidad de procesamiento, es mayor que en los hombres, lo que las lleva a tener un riesgo mayor para el sufrimiento de deterioro cognitivo. Cuando se compararon dos grupos de edad: mayores y menores a 63 años, se observó, según los investigadores, que existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles educativos en las medidas evaluadas, siendo el rendimiento mayor en los sujetos con instrucción superior; de igual forma, se observó que un nivel educativo más alto está relacionado con una mayor reserva cognitiva ligada al uso de redes neuronales alternativas durante la ejecución de las tareas, por ello las personas con bajo nivel educativo son más propensas a desarrollar deterioro cognitivo.

Cortés, Villarreal, Galicia, Martínez y Vargas (2011), mediante una investigación transversal descriptiva, realizaron una evaluación a 324 adultos mayores de 60 años beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Querétaro en México. Específicamente, se evaluaron las variables sociales, demográficas, médicas, funcionales y cognitivas de esta población y como resultado surgió que de los sujetos estudiados, el 37% eran analfabetos, el 61% vivía con una pareja y el 47% se dedicaba a actividades domésticas; el 33% tenían discapacidad visual, el 54% tenían hipoacusia, el 39% tenían incontinencia urinaria, el 26% reportaron caídas en los últimos seis meses, el 34% tenían problemas nutricionales, el 38% dependían funcionalmente, el 49% tenían problemas de sueño, el 25% tenía deterioro cognitivo y 25% tenían depresión. Con todo lo anterior se llega a la conclusión de que el panorama general

de salud de esta población es alentador, ya que más de la mitad no está deteriorada funcionalmente.

Montes, Gutiérrez, Silva, García y Del Río (2012) desarrollaron un estudio cuantitativo del perfil cognoscitivo de 536 adultos mayores de 60 años, con y sin deterioro cognoscitivo, del Departamento de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” de la Ciudad de México, quienes presentaban queja subjetiva o referencia del cuidador de fallas de memoria. Específicamente a los adultos mayores se les aplicó la prueba Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI), que comprende ocho dominios cognoscitivos (orientación, atención y concentración, memoria verbal y visual, lenguaje, lectura, escritura y funciones ejecutivas, la cual arrojó que el grupo que presentó mayor prevalencia fue el grupo de Deterioro Cognitivo Leve, con el 46% (n=247) de la población, seguido del 29% (n=152) con envejecimiento normal. Los tres tipos de demencia integran el 25%, siendo la de mayor incidencia la Enfermedad de Alzheimer con un porcentaje del 12% (n= 66), seguido del grupo demencia mixta con el 6% (n=32) y la demencia vascular con 7% (n= 39). En los dominios cognoscitivos se observaron diferencias entre los cinco grupos de pacientes, dependiendo de las funciones cognoscitivas y las subescalas del NEUROPSI; en la función de Memoria Verbal los grupo de Envejecimiento Normal y Deterioro Cognitivo Leve obtuvieron puntajes mayores de los grupos con demencia; el grupo de Demencia Vascular mostró menor puntaje en la memoria de trabajo; en la función de memoria verbal la subescala de aprendizaje de palabras el grupo Envejecimiento Normal obtuvo valores mayores que los grupos con alteraciones cognoscitivas grupo Deterioro Cognitivo Leve y la denominación y repetición no mostraron diferencias entre los grupos. La comparación entre los cinco grupos, según los investigadores, permitió alcanzar el objetivo de conocer y describir el perfil neuropsicológico de adultos mayores con y sin

alteraciones cognoscitivas de un centro hospitalario en la ciudad de México. El mayor porcentaje de la población adulta mayor con queja subjetiva de memoria es el diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve.

Finalmente, Sánchez, Arévalo, Vallecilla, Quijano y Arabia (2014) describieron, mediante un estudio de tipo descriptivo y analítico, la memoria audio-verbal en un grupo de 10 adultos mayores entre los 60 a 80 años con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en comparación a un grupo control. Para la evaluación utilizaron la escala del Neuropsi atención y memoria. Los resultados del estudio indican cambios estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$) en las medias de la memoria audio-verbal, el porcentaje de la curva de aprendizaje, recobro espontáneo, por claves y en el reconocimiento, mostrando que los adultos mayores con DCL presentan dificultades en la fase de registro de información, afectando a su vez los procesos de almacenamiento y evocación, con incremento de intrusiones.

Como puede verse, todos los antecedentes investigativos muestran que efectivamente el deterioro cognitivo y la depresión son patologías que pueden estar asociadas al envejecimiento normal; sin embargo, queda claro que los efectos del paso del tiempo no son iguales para todos los individuos. De igual forma, se pudo determinar que no todas las funciones cognitivas disminuyen de la misma forma.

4.2. MARCO TEÓRICO

En el siguiente marco teórico se tienen en cuenta los conceptos y variables que tienen que ver específicamente con el objeto de estudio de la presente investigación; de este modo, se hace referencia al concepto de vejez y a los cambios físicos que se dan en esta etapa de la vida, al

desarrollo cognitivo, a los enfoques en torno a la memoria y los tipos de memoria, al estado cognitivo, a la depresión, al episodio depresivo mayor y a los factores asociados a la depresión.

4.2.1. La vejez.

La palabra vejez, de acuerdo con Ramos et al. (2009), viene de la voz latina “*vetus*” que se deriva de la raíz griega “*etos*” que significa “años”, “añejo”.

A través del tiempo distintas disciplinas científicas han tratado de dar una definición unívoca de la vejez, pero ésta no puede ser vista sin considerar tres perspectivas fundamentales para el ciclo vital y más aún en la vejez: la biológica, la psicológica y la social.

La biológica hace referencia a varios puntos de vista del estado de la vejez, las cuales van desde el avance cronológico de la edad, que a partir de esto se empiezan a darse en el adulto unos cambios en niveles de funcionabilidad motora y, dependiendo del nivel en que se encuentre la persona para realizar actividades, es categorizado como una persona vieja o incapaz.

La psicológica incluye, al menos, dos dimensiones sobresalientes de estudio: la de los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que estos presentan, dimensión que bien podría llamarse psico-biológica, y la que refiere al estudio de la personalidad y sus cambios, que bien podría denominarse psicológica estructural.

Y la social hace alusión al nivel de inclusión social y de participación ciudadana que es presentada por los adultos mayores; también influye el estado socio-económico para determinar los modos de vida así como el crecimiento poblacional de la zona y el estado de la zona misma.

A partir de estas dimensiones pueden encontrarse diversas aproximaciones sobre el concepto de vejez.

En todo caso, y de acuerdo con Papalia y Wendkos (2001), la vejez es un proceso complejo en el cual influye la herencia, la alimentación, la salud y, además, factores ambientales, aunque no se sabe con certeza por qué el cuerpo funciona con menos eficiencia a medida que se es viejo. Ninguna de las teorías de la vejez biológica se acepta como un hecho, aunque la mayoría de ellas acoge uno de los dos enfoques principales: el envejecimiento programado o el envejecimiento como “desgaste”.

Desde una perspectiva funcional, la vejez puede ser tomada como sinónimo de incapaz o limitado y ello puede señalarse como algo equivocado, pues la vejez no representa precisamente incapacidad y, por lo tanto, el viejo no es funcionalmente limitado; los obstáculos a la funcionalidad de los ancianos son, por lo general, producto de las deformaciones y mitos sobre la vejez y no producto de deficiencias reales.

Según Álvarez, León y Espinoza (2008), en esta edad aparecen canas, alopecia, sequedad en la piel, arrugas, se da una disminución en la fuerza muscular y en la velocidad de reacción, se acumula el tejido adiposo en ciertos lugares del cuerpo, aparece la andropausia, se reduce la hormona masculina (testosterona), se reduce la cantidad de esperma y su velocidad y disminuye la periodicidad de las relaciones sexuales, aunque todo ello no implica una pérdida de las funciones, sino, por el contrario, un cambio en los hábitos de vida.

En general, la vejez o senectud es el periodo de la vida en que la persona pasa a ser anciana; este periodo, según autores como Jenkins (2005), Huenchuan (2011) y Alvarado y Salazar (2014), inicia a los 65 años, que es justamente cuando el individuo se obliga a retirarse laboralmente y puede recibir su pensión, aunque hay muchas personas que siguen enérgicas y con capacidad cognitiva hasta edades más avanzadas. Esto significa que existen aún muchos mitos y prejuicios sobre el envejecimiento; por lo general se confunde la senilidad con el proceso

de envejecimiento, creyéndose que la vejez es una etapa que comienza a los 65 años, la edad del retiro laboral, en donde hay un descenso de la vitalidad y de los procesos cognitivos; así lo señala Amico (2009), quien sostiene que “el hablar de vejez suele remitir a una larga enumeración de todo lo que se pierde o declina con la edad. Pérdida de energía, de funciones sensoriales, sumadas a la pérdida del rol social en la estructura productiva” (p. 23).

Otro mito o prejuicio sobre la vejez es que se cree que es la edad en donde justamente aparecen las enfermedades crónicas, como por ejemplo, artritis, problemas de hipertensión, reumatismo, enfermedades del corazón, deterioro de la movilidad de las extremidades inferiores, caderas, espalda y espina dorsal son los más comunes. Si bien es cierto que con la edad suelen producirse unos cambios biológicos y funcionales por el desgaste normal del organismo, también es cierto que la sociedad “se ha cargado de signos negativos la ancianidad, asociándola a la enfermedad, la incapacidad y la improductividad” (Amico, 2009, p. 3).

Desde una óptica evolutiva y del desarrollo, la vejez resulta ser el periodo más equilibrado y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa de valoración de periodos anteriores.

4.2.2. Los cambios físicos en la vejez.

Según Papalia y Wendkos (2001), generalmente los cambios físicos que se presentan en esta etapa de la vida son muy evidentes, pues es fácil percatarse del proceso de envejecimiento de una persona.

Ya en esta etapa, de acuerdo con Craig y Baucum (2009), el modo de vida que se haya tenido influye demasiado con el tipo de envejecimiento que se pueda dar. Por ejemplo, muchos adultos ya jubilados que tuvieron una educación y presentan un grado mayor de cognición, aun poseen

una energía suficiente, por lo que deciden buscar acciones que los lleven a enriquecerse de nuevo a ellos mismos.

“En la senectud, las arrugas se deben en parte a la pérdida de tejido adiposo subcutáneo y, en parte, a la reducción de la elasticidad de la piel. Esta puede presentar una apariencia de papel suave y arrugado o de pergamino fino” (Craig y Baucum, 2009, p. 554).

En ambos géneros, señalan Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009), el cabello comienza a tomar un color blanco y ya no tan grueso como lo fue antes, además de crecer en zonas que normalmente no crecían; en hombres, en las orejas, y en mujeres en la barbilla, claro está, que esto no es un aspecto general. La estatura tiende a disminuir por el atrofiamiento de los discos vertebrales; es por esto que empiezan a tomar esa posición encorvada. En las mujeres se muestra en la parte trasera del cuello el cual puede tomar forma de “joroba”.

En esta etapa se puede ver la relación de los cambios físicos con los cambios emocionales, los cuales están implícitos en términos de autonomía e independencia, por lo que el cuerpo a estas edades avanzadas empieza a perder una capacidad fundamental que es la de la reserva orgánica, implicada en el respaldo para aquellos momentos estresantes de la vida. No por esto, señalan Papalia et al. (2009), se debe de dejar de lado el esfuerzo y la actividad física como hábito cotidiano, pues ello genera resistencia y va progresivamente generando beneficios no sólo físicos, sino psicológicos y neurológicos.

4.2.3. Desarrollo cognitivo.

Normalmente se conoce que el envejecimiento acarrea consigo una cantidad de cambios que se reflejan en las actividades diarias que ameriten un procesamiento cognitivo, viéndose éste un poco más deteriorado de su estado normal; en este sentido, a mayor edad se puede presentar

deterioro, pero éste ocurre sólo en algunas áreas de funcionamiento cognitivo. Uno de los problemas en la vejez, de acuerdo con Craig y Baucum (2009), es el declive de la inteligencia y dentro de ésta cabe resaltar dos tipos: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada.

Siguiendo con lo que establecen Craig y Baucum (2009), la inteligencia fluida consta de las capacidades que aplicamos al nuevo aprendizaje: la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción de nuevas relaciones entre los objetos y los hechos. La designación inteligencia fluida es una metáfora en el sentido de que estos procesos básicos fluyen siendo la inteligencia fluida la capacidad de adquirir nuevos modos de aprendizaje, para este proceso están implicados varias funciones como lo son: la memorización, la percepción de nuevas relaciones entre objetos y hechos, es decir, entre la experiencia previa del sujeto y la realidad misma y también está incluido el razonamiento inductivo.

La inteligencia cristalizada, según Craig y Baucum (2009), es el conocimiento que se va adquiriendo a lo largo de la vida a través de la educación formal como también de las experiencias propias del sujeto, es decir es el conocimiento y la información que se va obteniendo mayormente por la cultura y se potencia por medio de la socialización cotidiana con la misma y el entorno en que se habita, es de ahí de donde viene la importancia de un ambiente ameno y próspero para el aprendizaje. Esta inteligencia es más fuerte entre los 50 y 60 años. En personas que no han padecido de ningún tipo de daño cerebral es muy probable que el nivel de inteligencia pueda potenciarse. Esta inteligencia sirve como compensatorio de aquella inteligencia fluida que ha sufrido algún deterioro. La relación que se da entre las dos es que generación de nuevas relaciones y la elaboración de juicios y análisis complejos.

En este sentido se muestra la diversidad de cambios que se presentan en el ciclo vital de cada persona, por lo que algunas muestran un deterioro en la capacidad verbal y en el razonamiento

abstracto, pero en general los déficits en la vejez son muy escasos, y es donde los buenos hábitos empiezan a cobrar el uso o no de ellos.

En la vejez, siguiendo con lo establecen Papalia y Wendkos (2001), “se observan disminuciones graduales del volumen y peso del cerebro, sobre todo en la corteza frontal, la cual controla las funciones ejecutivas” (p. 561). Esto se ve claramente en la disminución para guardar o inhibir pensamiento que son no deseados o irrelevantes al momento en que se encuentra la persona haciendo cualquier actividad, de ahí que los adultos, a una edad avanzada, no tienen la posibilidad de continuar un tema o seguir un hilo guiador de la conversación y, en ocasiones, resultan hablando de aspectos que tienen relación al tema en cuestión; pero esto no es un limitante para los adultos mayores, pues los deterioros del funcionamiento no son evitables, aunque si prevenibles.

El estado cognitivo, según Papalia y Wendkos (2001), está relacionado con la capacidad que se tuvo cognitivamente en edades tempranas, con la calidad de vida socioeconómica y también con un grado educativo o escolar. En este ciclo si no se tiene una cotidianidad de hábitos saludables lo más probables es que se llegue a un deterioro aun mayor y puede generar en la persona una demencia.

Por lo general, señalan Craig y Baucum (2009), el adulto en esta etapa de la vida presentan una lentitud más avanzada en la capacidad de reacción, como también en todo tipo de procesos que impliquen lo perceptual. Así, conforme a esto, toda actividad empieza a resultar más compleja y exigente, pero se ha visto que con una adecuada estimulación cognitiva y ejercicios que potencien estas habilidades los adultos mayores logran compensar esa pérdida en la rapidez cognitiva.

En un estudio, los capturistas mayores realizaron su trabajo con la misma agilidad que los jóvenes, pese a la mayor lentitud del procesamiento visual y del tiempo de reacción y a la reducción de la destreza. ¿Por qué? Cuando los investigadores redujeron el número de palabras que los capturistas podían leer con anticipación, se redujo de modo considerable la velocidad de los ancianos y los jóvenes se vieron mucho menos afectados. Al parecer, los primeros habían aprendido a ver con anticipación y por tanto tecleaban con rapidez. Con un entrenamiento muy limitado, los ancianos logran compensar la pérdida de rapidez en ese tipo de tareas y muchas veces recuperan gran parte de la rapidez perdida (Craig y Baucum, 2009, p. 564).

En todo caso, es muy normal que en la vejez se le atribuya todo el deterioro al cambio biológico y cronológico por el cual todos los seres humanos pasan, pero lo realmente cierto es que la mayoría de los procesos mentales permanecen casi que iguales. Muchos de los problemas de memoria que sufren algunos ancianos no constituyen una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino que se deben a otros factores, como por ejemplo depresión, inactividad física o efectos secundarios de los medicamentos prescritos.

4.2.4. Enfoques en torno a la memoria y tipos.

De acuerdo con Giraldo, Ruiz, Villada y Zapata (2002), se denomina memoria a “la capacidad de conservar hechos durante períodos de tiempo más o menos prolongados, y de reproducirlos en un momento determinado, voluntaria o involuntariamente” (p. 107); según estas autoras, existen tres etapas en el almacenamiento de una experiencia: la primera etapa es el registro sensorial, que almacena una copia exacta del estímulo externo; la segunda corresponde a la copia visual que contiene el registro sensorial se denomina icono y se almacena en la memoria icónica; y la

tercera, la memoria ecóica, que contiene una réplica exacta de una experiencia auditiva en el registro sensorial se almacena el eco.

Manzanero y Álvarez (2015) realizan una clasificación de los diferentes tipos de memoria, dentro de los que se destaca, en primer lugar, la memoria inmediata, la cual corresponde al momento del presente y tiene una duración de diez segundos. En segundo lugar, la memoria a corto plazo, la cual hace referencia a la memoria retentiva a corto plazo, que puede abarcar minutos, horas o incluso días; este tipo de memoria procura la capacidad de almacenamiento temporal, siendo el individuo consciente de la información que contiene; la información permanece almacenada a corto plazo entre 15 y 20 segundos aproximadamente: durante este tiempo las experiencias son interpretadas, por su significado y luego organizadas de una forma lógica. Esta interpretación y organización produce una experiencia con más significado, lo cual aumenta a su vez la probabilidad de que sea recordada más tarde; los recuerdos guardados en la memoria a corto plazo son fácilmente alterables y pueden ser reemplazados por información nueva. Y, en tercer lugar, la memoria a largo plazo, la cual se constituye en una extensión de la información de la memoria a corto plazo; básicamente se trata de intervalos en los cuales se puede recuperar la memoria que abarca de varios días a una semana.

Por su parte, destacan Manzanero y Álvarez (2015), que también se encuentra la memoria episódica, la cual contiene información sobre acontecimientos relacionados temporalmente; de esta hace parte la memoria semántica, la cual contiene conocimientos sobre las palabras u otros símbolos, sobre las reglas, fórmulas y algoritmos necesarios para la formación de conceptos o de resolución de problemas. Los sistemas de memoria episódica y semántica son también funcionalmente diferentes; así la memoria episódica es difícil de almacenar pero fácil de recuperar.

También es posible identificar las denominadas memorias procedimentales, las cuales contienen información sobre la ejecución de tareas específicas y las memorias declarativas contienen conocimientos sobre el ambiente. Una memoria procedimental constituye una reacción automática e inconsciente ante el ambiente, pero al contrario una memoria declarativa es un pensamiento o una imagen consciente.

De acuerdo con Giraldo et al. (2002), dentro del modelo de procesamiento de la información se han propuesto dos tipos de explicaciones en torno a la memoria: una basada en las estructuras de la memoria (Atkinson y Shiffrin, 1968) y la otra referida a los procesos de control (Craik y Lockhart, 1972).

Respecto al modelo estructural, éste explica el funcionamiento de la memoria considerando la existencia de tres formas de almacenamiento de información: un registro sensorial que retiene la información tal como procede de los sentidos para decidir si será procesada o no (ésta conserva la información entre uno y tres segundos). Otra forma de almacenamiento es la memoria a corto plazo, la cual, como se mencionó, es la encargada de recibir la información procedente del registro sensorial.

Posee una capacidad limitada (en torno a siete elementos), si la información no es procesada se pierde aproximadamente en veinte segundos. Se han formulado diversos modelos de la memoria a corto plazo, pasando sé de ser modelos pasivos como el de Atkinson y Shiffrin a modelos activos como la memoria de trabajo la memoria a corto plazo tan solo implica el almacenamiento y reproducción de la información contenida en el sistema a corto plazo (Giraldo et al., 2002, p. 109).

Y por último, la memoria a largo plazo, la cual tiene una capacidad ilimitada y la información se convierte en permanente de modo que este almacén contiene todo lo que conoce un individuo.

El modelo de niveles de procesamiento de Craik y Lockhart (1972), citados por Giraldo et al. (2002), examina los procesos de codificación realizados sobre la información; en este modelo, los estímulos son procesados en un nivel superficial o profundo dependiendo de la naturaleza de los mismos y del tiempo disponible para el procesamiento. La retención dependerá entonces de la profundidad de los análisis realizados de modo que el procesamiento profundo genera un recuerdo mejor que el superficial. Se trata, por tanto, de un proceso cognitivo implicado en la vida cotidiana, en el cual se observa su función cuando se nombran los objetos conocidos, se hacen anticipaciones a los hechos o se recuerda una desde una lista de teléfonos hasta un hecho ocurrido con anterioridad.

En todo caso, la memoria no es copiar la experiencia, consiste en la capacidad de recuperar a la información en el momento que se necesite. Los estudios evolutivos de la memoria plantean que ésta evoluciona ligada a otros procesos cognitivos, al conocimiento y la experiencia del sujeto y a cómo éste interprete y transforme la información recibida.

En la vejez, la queja más usual en relación con el funcionamiento cognitivo, según Lapuente y Sánchez (1998), es la que tiene que ver con la memoria en la vida cotidiana. Por lo general, y a pesar de que existe una amplia variabilidad entre los individuos, las quejas hacen referencia a eventos como el olvido de nombres de objetos conocidos, dificultad para hallar la palabra que se desea emplear, no reconocimiento de personas que recientemente se saludaron en la calle, marcación de números telefónicos y no saber a quién se está llamando, abrir la nevera para sacar algo y no saber qué se quería alcanzar, entre otros. A este cúmulo de quejas se le ha llamado “afectación de la memoria asociada a la edad”.

4.2.5. Estado cognitivo.

Para Yanguas (2006) las funciones cognitivas son las encargadas de proporcionarle a los seres humanos la capacidad de recibir información a través de percepciones dadas por la realidad. Estas percepciones son procesadas, memorizadas y más adelante utilizadas en un momento determinado. Globalmente todas estas funciones componen el nivel cognitivo del ser humano, el cual es fundamental en la instauración de conceptos claves para éste como lo es la autonomía, siendo ésta la capacidad de adaptarse a un medio social determinado y además de tener lazos interactivos con sus integrantes. Es así como empieza a relacionarse la capacidad intelectual de una persona con los deterioros cognitivos.

El deterioro cognitivo, siguiendo con lo que establece Yanguas (2006), se presenta como un proceso por el cual se da una disminución de las capacidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, abstracción, orientación, etc.), las cuales generan alteraciones no solo de la conducta de quien la padece sino también en el ambiente laboral, social, familiar y personal. Por esta razón es de vital importancia tener una claridad sobre el nivel cognitivo de las personas con las cuales se hace determinados trabajos psicosociales como también la relación que se da entre un adecuado nivel cognitivo y una buena calidad de vida.

En el campo de la orientación, según Yanguas (2006), que se refiere a la capacidad por la cual una persona puede tener consciencia sobre sí misma a partir de lo que lo rodea, además de implicar varios procesos como la percepción, la memoria y la atención, también se presentan cambios que pueden repercutir en trastornos si no se hace una adecuada estimulación a través de actividades y programas preventivos.

Una disfunción en alguna función encargada de la percepción o de la memoria puede producir un deterioro específico en la orientación, como también las personas que presenten una dificultad

leve de atención o retención de información lo más probable es que puedan presentar un deterioro más global sobre la orientación. Los problemas en la orientación se encuentran entre los trastornos cerebrales más comunes y entre estos priman el deterioro de la orientación temporal y espacial, que se presentan comúnmente cuando la retención de información o la misma atención se encuentra afectada en el adulto. En este sentido, la desorientación espacial y temporal se presenta, por lo general, “en trastornos que implican afectación cortical difusa (tipo Alzheimer, síndromas cerebrales agudos o lesiones cerebrales bilaterales), lesiones en el sistema límbico (síndrome de Korsakoff) o daño en el sistema activador reticular (perturbaciones de la conciencia)” (Yanguas, 2006, p. 94).

Para Craig y Baucum (2009) los cambios cognitivos se presentan normalmente por falta de la realización de actividades que ameriten el uso global del intelecto o la cognición. En este sentido, las pérdidas normalmente pueden ser compensadas a través de la dedicación de más tiempo en las actividades y en la vida diaria. Avanzada la edad, la memoria a corto plazo es una de las que poco cambia, la función de ésta es la de almacenar las cosas que se encuentran presentes en la mente.

4.2.6. La depresión.

En la actualidad no se ha presentado una concordancia respecto al concepto de “depresión”, por lo que diversos autores e investigadores, señalan Latorre y Montañés (1997), difieren del mismo significado de la depresión. Esta dificultad en la unanimidad del concepto hace que se haga más complicado el análisis de este problema a nivel social, como también se presta para un inadecuado uso, tanto de su diagnóstico como de su padecimiento.

En todo caso, el término “depresión”, generalmente es utilizado en el contexto social, pero el uso del mismo ha sido manipulado por diversas cuestiones, tanto culturales como científicas. Entonces cuando se habla de depresión lo primero en asociar a este concepto es un estado de ánimo decaído o triste, un sentimiento de abatimiento, pero al verse casi que determinado socialmente a este significado, dice Yanguas (2006), es por eso que se ha ido aumentando en la población mundial una cantidad de falsos positivos en relación al sentimiento depresivo.

Siguiendo una línea más desde el ámbito de las patologías, el DSM-5 menciona entre los trastornos depresivos el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado (depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración (4–13 días) y episodio depresivo con síntomas insuficientes) y otro trastorno depresivo no especificado.

4.2.7. Factores asociados a la depresión.

En este tipo de afecciones anímicas entran en juego diversos factores que pueden ser potenciadores de una aparición de síntomas depresivos en las personas. Entre estos factores, señala Yanguas (2006), se encuentran los físicos, los socio-demográficos y los cambios asociados cotidianamente al envejecimiento biológico.

Con respecto a los factores físicos, estos están relacionados a padecimientos o enfermedades físicas y aunque haya relaciones entre las discapacidades físicas y los estados depresivos en personas mayores, se ha evidenciado que la realización de actividades que mejoren el deterioro ya establecido físicamente, posibilitan el aumento del autoconcepto en el adulto mayor.

Los factores socio-demográficos, por su parte, hacen referencia a los niveles escolares y al nivel económico, lo cual no posibilita la ayuda del Estado o la dificulta al alejar a la población de solucionar demandas de tipo familiares y dejando de lado el aspecto personal y psicológico propio de la persona.

Por último, los cambios asociados cotidianamente al envejecimiento biológico tienen en cuenta la diversidad de factores externos los cuales posibilitan o dificultan el estado anímico de los adultos mayores.

4.3. MARCO LEGAL

Si bien la protección a la tercera edad es un derecho, de los considerados sociales por la Constitución de 1991, a lo largo de la historia legislativa colombiana éste derecho no gozó de mucha protección. De acuerdo con Carvajal, Castaño y Noguera (2011):

Sólo hacia 1827 surgen por tanto las primeras disposiciones legales para la protección de la vejez con los montepíos militares implantados en Colombia en la época de la independencia para la protección y amparo de la tercera edad y sus familias durante las guerras y campañas libertadoras. Luego, en 1886, con la ley 50 se fijaron las primeras reglas sobre concesión de pensiones. Estas disposiciones son el principio del régimen de previsión social que se complementa con otras normas (p. 35).

En 1975 se expidió la Ley 29 a través de la cual se facultó al Gobierno Nacional para establecer la protección de la ancianidad, y crear el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, para que dictara las disposiciones necesarias tendientes a favorecer a los mayores de 60 años que carezcan de recursos económicos que les permitan subsistir dignamente. Por medio de esta ley se quiso diseñar un servicio asistencial que buscara proteger a las personas de

la tercera edad, mediante un programa que estuviera orientado a brindar albergue y servicios de salud, terapia ocupacional y recreación a dicha población.

De igual forma, destacan Carvajal et al. (2011) que:

Una de las más antiguas referencias que se tienen, de un primer intento del Gobierno Nacional para producir una Política Nacional para la Tercera Edad se remonta a 1973 cuando se convocó por parte del Ministerio de Salud, entre otros, a un Seminario Nacional sobre el Anciano (p. 36).

En 1976 la Presidencia de la Republica dictó el Decreto 2011, el cual buscó organizar la protección nacional a la ancianidad mediante la creación del Fondo Nacional de Protección al Anciano para financiar la protección del mayor de sesenta años; la norma, por primera vez toca el tema de los ancianos indigentes en los siguientes términos:

Se considera anciano indigente para los efectos de este Decreto, la persona que carece de recursos económicos y financieros, que no recibe ingresos de ninguna índole, ni está protegida por instituciones de seguridad social y cuyos parientes no están en capacidad de velar por su adecuada subsistencia conforme a las disposiciones vigentes (art. 10).

Para el año 1982 el Departamento Nacional de Planeación:

elabora un Plan para la Tercera Edad reconociendo la problemática pero sin formular programas o crear instrumentos y sólo en 1986 el DNP desarrolla el Plan del 82 y busca la creación de organismos autofinanciados, aunque sin proponer mecanismos de coordinación. Finalmente, por efecto de la descentralización municipal con la ley 12 de 1986 y el Decreto Ley 77 de 1987 se le asignaron a los municipios y al Distrito Capital las funciones de construir, dotar y mantener los centros de bienestar del anciano (ancianatos). Complementariamente el Decreto 81 del mismo año señala nuevas funciones al Instituto

Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- tales como prestar asesoría y apoyo financiero a los municipios para el sostenimiento de los ancianatos y el desarrollo de programas de complementación alimentaría para ancianos y menesterosos (Jaramillo, 1999, p. 21).

Ya con la Constitución de 1991, modifica la noción de asistencia pública que estaba consignada en la Constitución de 1886 por el concepto de Seguridad Social, y se refiere al mismo en el Título II que versa sobre los Derechos, las Garantías y los Deberes, y en su capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, se encarga de regular las nuevas normas de integración y desarrollo de los derechos y deberes de cada uno de sus miembros. En el artículo 46 establece la “protección y asistencia de las personas en la tercera edad, y la promoción de la integración a la vida activa y comunitaria, garantizándosele los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.

Posteriormente, y en base a la Carta Política de 1991, se dictó la Ley 368 de 1997, la cual crea la Red de Solidaridad Social, la cual contempla dentro de sus funciones:

Adelantar y coordinar programas que tengan por finalidad promover los derechos constitucionales y contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas y grupos vulnerables por razones tales como violencia, condiciones económicas, discapacidades físicas y mentales, o en virtud de la edad y el sexo, como la niñez, la juventud, la tercera edad, la mujer y la familia (art. 3, núm. 2).

En 2009 se establece la Ley 1279, mediante 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 de vida; dicha ley tiene como propósito:

la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida (art. 1).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. VARIABLES A ESTUDIAR.

Variable	Teoría desde la cual se estudió	Objetivo específico desarrollado
Vejez	Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) (biología, psicología y social). Papalia y Wendkos (2001) y Álvarez, León y Espinoza (2008) (funcional).	Identificar la capacidad constructiva y la ejecución motora de los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.
Cambios físicos que se dan en la vejez	Papalia y Wendkos (2001), Craig y Baucum (2009) y Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009) (desarrollo humano).	Identificar la capacidad constructiva y la ejecución motora de los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.
Desarrollo cognitivo	Papalia y Wendkos (2001) y Craig y Baucum (2009).	Evaluar la capacidad de atención, memoria, concentración y lenguaje de adultos mayores de los grupos 3, 5 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.

Variable	Teoría desde la cual se estudió	Objetivo específico desarrollado
Memoria y tipos de memoria	Lapiente y Sánchez (1998), Giraldo, Ruiz, Villada y Zapata (2002) y Manzanero y Álvarez (2015).	Evaluar la capacidad de atención, memoria, concentración y lenguaje de adultos mayores de los grupos 3, 5 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.
Estado cognitivo	Yanguas (2006) y Craig y Baucum (2009).	Evaluar la capacidad de atención, memoria, concentración y lenguaje de adultos mayores de los grupos 3, 5 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer.
Depresión	Latorre y Montañés (1997) y DSM 5.	Detectar si existe o no índices de depresión en los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer y el nivel en que se encuentran.
Factores asociados a la depresión	Yanguas (2006).	Detectar si existe o no índices de depresión en los adultos mayores de los grupos 3, 5, 40 y 42 del Centro Gerontológico AtardeSer y el nivel en que se encuentran.

5.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación está fundamentada bajo el marco de una investigación social cuantitativa, la cual se encuentra directamente bajo el paradigma descriptivo, que busca dar a luz o explicar

determinados fenómenos estudiados (Briones, 2002). Se caracteriza por ser un conjunto de procesos, estructurado por diferentes fases de desarrollo y una herramienta para verificar datos sobre aspectos a describir.

Tiene un orden riguroso y no se salta ni se cambia el orden que se tiene definido para la realización. El orden establecido para llevar la investigación a cabo fueron los que señalan Hernández, Fernández y Baptista (2010) y es la aplicación de unas herramientas las cuales arrojaron un resultado a través de una revisión minuciosa de cada una de ellas para darle un proceso analítico al mismo.

5.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación se realizó bajo la perspectiva de tipo descriptivo, la cual busca medir las diferentes variables (en este caso la depresión y el nivel cognitivo en el adulto mayor), de cierto fenómeno para darle un proceso descriptivo al resultado de la investigación. Este tipo de investigación se enfatizó en decir qué es el fenómeno a estudiar y cuál es su manifestación. También unas variables de manera individual, aunque también se pueden integrar, teniendo en cuenta, de acuerdo con Hernández et al. (2010), que su objetivo no es relacionar las variables entre sí.

La investigación fue realizada con un modo de corte transversal, pues se centró en medir los niveles de dos variables a investigar: depresión y nivel cognitivo, para luego describir en qué nivel se presentaban en los adultos mayores del Centro Gerontológico Atarde-Ser del municipio de Envigado. Estos datos se recolectaron de manera específica en un tiempo determinado.

5.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: La población corresponde a 55 grupos de adultos mayores, que son aproximadamente 250 personas, de 50 años en adelante que asisten al Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado.

Muestra: Se aplicaron los instrumentos a una muestra de 113 adultos mayores, de los grupos 3, 5, 40 y 42, es decir, al 45.2% de la población total del Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado, entre los 60 y 70 años. Específicamente se trabajó con esta muestra, ya que muchos no aceptaron participar en la prueba y otros no tenían continuidad en la asistencia al Centro Gerontológico, sobre todo por citas médicas o por los estados del clima; en otras palabras, se realizó un muestreo por conveniencia, motivado esencialmente por la facilidad de acceso a las personas.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron para la aplicación de las pruebas aquellos adultos mayores que supieran leer y escribir, así como también aquellos que tuviesen la capacidad visual y motora para la realización de tales pruebas y los que dieron su consentimiento para la aplicación de los test.

5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron de la aplicación de pruebas a aquellos adultos mayores que no sabían leer, los que no supieran escribir, los que no dieron su consentimiento para la aplicación de los test, los que sólo participaron en una prueba, fuera la Escala de Yesavage y colaboradores para la depresión o el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), ya que ambas estaban programadas para realizarse en dos sesiones.

5.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

5.7.1. Test del dibujo del reloj.

El test del dibujo del reloj fue introducido a comienzos del siglo XX para evaluar las apraxias constructivas y agnosias viso-espaciales. Esta prueba ha sido considerada como una prueba rápida y sencilla de aplicar, con la efectividad necesaria para descubrir una demencia. Ayuda a diferenciar entre personas con deterioro cognitivo y personas con posible Demencia Tipo Alzheimer (DTA) (Martínez, Solé, Salamero, de Azpiazu, Tomás y Marín, 1998).

Con respecto a este test, se le entregó a cada una de las personas una hoja en blanco y un lápiz y luego se les pidió que dibujaran la esfera de un reloj y todos los números que éste contiene; por último, se les pidió que ubicaran las agujas del reloj a las 11:10. A partir del dibujo realizado se obtuvo una puntuación total indicativa del funcionamiento cognitivo, y para obtener dicha puntuación se sumaron los siguientes criterios:

Si la persona situaba el número 12 correctamente (arriba) se le daba 3 puntos.

Si ponía los 12 números, se le daba 2 puntos.

Si dibujaba las 2 manecillas, se le daba 2 puntos.

Si situaba las manillas correctamente en la hora que se le pidió (11:10), se le daba 2 puntos.

La puntuación total debía oscilar entre 0 y 9, teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte recomendados por Bobes, Paz, Bascarán, Sáiz y Bousoño (2002):

0-6: deterioro cognitivo.

7-9: funcionamiento cognitivo normal.

5.7.2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Es la única escala, construida por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer en 1983, específicamente diseñada para adultos mayores que puede detectar la presencia de depresión en ellos; consta de 30 ítems y su versión abreviada tiene 15 ítems. Está formulado con preguntas cerradas (si/no).

Para la aplicación de esta escala, a cada adulto mayor se le entregó la prueba, la cual debía leer y responder según su criterio, y su evaluación proporcionaba una única puntuación que se obtuvo sumando la puntuación en cada uno de los ítems. Cada ítem puntuaba 1 ó 0, por lo que la puntuación total en la GDS osciló entre 0 y 30, 0 y 15 ó 0 y 5.

5.7.3. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) (MEC).

La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, creada por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, realiza un cribado de déficit cognitivo a través de 13 ítems. Específicamente, el MEC es un instrumento diseñado para la detección de casos de deterioro cognitivo. En total el paciente ha de contestar o realizar 30 cuestiones que exploran las siguientes áreas cognitivas: orientación temporal y espacial, memoria inmediata, concentración y cálculo, memoria diferida y lenguaje y praxis. Es un instrumento hetero-aplicado, sencillo y rápido de administrar (5-10 minutos).

Con respecto a este test, éste se aplicó de la siguiente forma:

Acerca de la evaluación del área de memoria de fijación, el entrevistador escogió las palabras que el adulto mayor debía repetir.

En la evaluación del área de concentración y cálculo se le dieron dos opciones al adulto mayor: restar de 7 en 7 a partir de 100 o deletrear la palabra «mundo» al revés.

En la evaluación del área de lenguaje y construcción el adulto mayor debía repetir la frase “ni sí, ni no, ni pero”.

En la evaluación del área de orientación cada respuesta correcta dada por el adulto mayor obtenía 1 punto y el máximo de puntos era de 10.

En la evaluación del área de memoria de fijación, el adulto mayor debía decir despacio y claramente cada una de las palabras dadas. Podía repetirlas tantos intentos como fuera necesario hasta que se las aprendiera (ya que era imprescindible para que luego las pudiera. Se hizo hincapié en que debía intentar recordarlas porque más tarde se le iban a volver a preguntar. Cada palabra repetida correctamente en el primer intento valía 1 punto y el máximo de puntos era de 3.

En la evaluación del área de concentración-cálculo se debía restar de 30 1 y se le podía ayudar al adulto mayor un poco si presentaba dificultades de comprensión. Ahora, se le daba un punto por cada sustracción independiente correcta y el máximo de puntos era de 5. Únicamente puntuaba la repetición a la inversa, no la directa que se debía repetir hasta que se aprendiera los 3 dígitos. Cada dígito colocado en el orden inverso adecuado daba 1 punto y el máximo de puntos era de 3.

En la evaluación del área de memoria diferida, por cada palabra que el adulto mayor recordara, con un tiempo suficiente, se le daba un punto y el máximo de puntos era de 3.

En la evaluación del área de lenguaje y praxis el adulto mayor debía repetir la frase dada; si la repetía correctamente en el primer intento se le daba 1 punto; si se equivocaba en una sola letra se le daba 0 puntos.

En la evaluación del área de semejanzas se daba un punto por cada respuesta correcta. La única respuesta correcta para rojo y verde era colores; para perro y gato eran válidas: animales, mamíferos, bichos, animales de 4 patas, etc. El máximo de puntos eran 2.

En la evaluación del área de órdenes verbales si el adulto mayor cogía el papel con la mano derecha le daba un punto; si lo doblaba como máximo 2 veces le daba 1 punto; si lo ponía o donde se le había indicado (en condiciones normales es encima de la mesa) le daba 1 punto; el máximo de puntos era de 3.

Para la evaluación de los trastornos mentales orgánicos el procedimiento fue el siguiente:

- Leer la frase. Lo aconsejable era tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Se debía indicar al adulto mayor que se pusiera gafas si así lo requería y que lo que se le iba a pedir era que leyera e hiciera lo que se le ponía en la cartulina (como mucho debía decirsele 2 veces, pero siempre antes de que empezara a leer; si ya había leído la frase entonces no debía decirsele lo que tenía que hacer). Si cerraba los ojos sin necesidad de que se le insistiera que debía hacer lo que leía (daba igual que lo leyera en voz alta o baja) se le daba 1 punto.

- Escribir una frase. Se debía advertir al adulto mayor que no valía su nombre. Se le podía poner un ejemplo, pero insistiéndole que la frase que escribiría debía ser distinta. Si escribía una frase completa (sujeto, verbo y objeto) se le daba 1 punto.

- Copiar el dibujo. Al igual que con la lectura, lo recomendable era tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte. Los pentágonos dibujados debían tener 5 lados y 5 ángulos, y estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto y formando un cuadrángulo. El dibujo correcto valía 1 punto. La puntuación total oscilaba entre 0 y 35 puntos.

Es de tener en cuenta que los puntos de corte considerados fueron los siguientes:

Tabla 1

Puntos de corte recomendados por Bobes et al. (2002) para el MEC

	Ancianos*	Adultos*
Probable déficit cognitivo	0-23	0-27
Probable normal	24-35	28-35

* Para el caso de la presente investigación, los adultos son aquellas personas que tienen entre 60 y 74 años y los ancianos quienes tienen más de 75 años.

5.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La forma como se recolectó la información estuvo dividida en dos fases: la primera parte estuvo destinada al sondeo preliminar de los adultos mayores que podían participar en el estudio; la segunda correspondió a la recolección de datos por medio de las tres pruebas (Test del dibujo del reloj, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), a través de las cuales se buscó identificar los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer del municipio de Envigado.

En total fueron cinco los grupos que participaron en este estudio, teniendo en cuenta un rango de edad determinado, entre los 60 y los 70 años, con una edad promedio de 64.8 años, con los cuales fue fácil la aplicación de las tres pruebas (Test del dibujo del reloj, Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el MEC), usando un tiempo promedio de una hora semanal para cada uno.

5.9. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez recolectados los datos a través de las tres pruebas, se procedió a clasificar la información teniendo en cuenta tanto los datos estadísticos descriptivos del EDG, la Figura del Reloj, el MEC, la orientación espaciotemporal, la memoria inmediata, la concentración y cálculo, la memoria diferida y el lenguaje y praxis, como los datos estadísticos descriptivos según la edad (60 a 65 años y 66 a 70 años).

Los resultados del test del dibujo del reloj se clasificaron por género (hombre y mujer) y por puntos (0 a 6 = aquellos hombres o mujeres que posiblemente tienen deterioro cognitivo y 7 a 9 = aquellos hombres o mujeres que tienen un funcionamiento cognitivo normal) y además de tuvieron en cuenta la media, la moda y la mediana de dichos resultados.

Los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica también se clasificaron por género (hombre y mujer) y por puntos (0 a 10 puntos = aquellos hombres o mujeres que no presentan depresión (normal) y 11 a 30 puntos = aquellos hombres o mujeres que posiblemente padecen una depresión) y además de tuvieron en cuenta la media, la moda y la mediana de dichos resultados.

Y los resultados del MEC igualmente se clasificaron por género (hombre y mujer) y por puntos (0 a 27 = aquellos hombres o mujeres que probablemente tienen un déficit cognitivo y 28 a 35 = aquellos hombres o mujeres que tienen un funcionamiento cognitivo normal) y además de tuvieron en cuenta la media, la moda y la mediana de dichos resultados.

5.10. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se encuentra soportada en una serie de referentes éticos, tomados del Código ético del Psicólogo; dichos referentes se basan en los siguientes principios:

responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, publicidad, confidencialidad, bienestar de los participantes, relaciones profesionales y evaluación de técnicas.

De igual manera, se hizo uso de consentimiento informado (ver Anexo C), el cual se trata de un documento a través del cual se informó al adulto mayor del Centro Gerontológico AtardeSer sobre el propósito de la investigación y, en donde además se establecen los lineamientos éticos que se tuvieron en cuenta para dicho ejercicio.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En general, los resultados de los tres instrumentos de recolección de información utilizados en esta investigación: el Test del dibujo del reloj, la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) y el MEC, muestran que la edad promedio de los adultos mayores que participaron en las tres pruebas fue de 64.8 años. El 92% son mujeres (104 adultas mayores) y el 8% hombres (9 adultos mayores).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos

Variab les	M %	Mdn %	DE %
Edad	64,8	65	2,85
EDG	6,5	5	5,9
Figura del Reloj	8,47	9	1,57
MEC	30,04	31	3,39
Orientación espaciotemporal	9,48	10	0,73
Memoria inmediata	3	3	0
Concentración y cálculo	5,9	6	2,32
Memoria diferida	2,1	2	0,9
Lenguaje y Praxis	9,72	10	1,13

Tabla 3

Estadísticos descriptivos según la edad

Variab les	60 a 65 años		66 a 70 años	
	M	DE	M	DE
EDG	5,44	5,6	7,8	6,05
Figura del Reloj	8,52	1,57	8,41	1,57
MEC	30,1	3,33	29,96	3,49

Orientación espaciotemporal	9,53	0,69	9,41	0,77
Memoria inmediata	3	0	3	0
Concentración y cálculo	5,84	2,31	5,98	2,35
Memoria diferida	2,19	0,67	1,98	1,12
Lenguaje y Praxis	9,66	1,17	9,78	1,08

Tabla 4

Resultados Test del dibujo del reloj

Test del dibujo del reloj					
	0-6 puntos*	7-9 puntos**	Media	Moda	Mediana
H	2	7			
M	5	99	8.47	9	56.5

Notas: *Deterioro cognitivo, **Funcionamiento cognitivo normal.

Como puede deducirse de todos los anteriores datos, en la calificación de la prueba del reloj se observa que el 94% (106 adultos mayores) obtiene una puntuación entre 7-9, lo que indica que su funcionamiento cognitivo es normal, mientras que en el 6% (7 adultos mayores) obtiene una puntuación entre 0-6, lo que muestra un posible deterioro cognitivo.

Tabla 5

Resultados GDS

GDS					
	0-10 puntos*	11-30 puntos	Media	Moda	Mediana
H	8	1			
M	83	21	6.5	2	56.5

Nota: *normal, **posible depresión.

El 81% (91 adultos mayores) no presentan rasgos depresivos, mientras que el 19% (22 adultos mayores) sí presenta una posible de depresión.

Tabla 6

Resultados MEC

MEC					
	0-27 puntos*	28-35 puntos**	Media	Moda	Mediana
H	3	6	30	31	56.5
M	23	81			

Nota: * probable déficit cognitivo, ** normal.

Teniendo en cuenta los puntos de corte recomendados por Bobes et al. (2002) para el MEC, el 100% de los adultos mayores a quienes se les aplicó las diferentes pruebas son adultos y no ancianos, de los cuales el 23% (26 adultos mayores) presentan probable déficit cognitivo, mientras que el 77% presenta un funcionamiento cognitivo normal (87 adultos mayores). Este dato se obtuvo de la evaluación que se realizó a las cinco áreas cognitivas específicas: orientación temporal y espacial, memoria inmediata, concentración y cálculo, memoria diferida y lenguaje y praxis (ver los resultados consignados en las siguientes tablas).

Tabla 7

Resultados orientación temporal y espacial

Orientación temporal y espacial*							
	7	8	9	10	Media	Moda	Mediana
H	0	1	1	7	9.47	10	56.5
M	3	6	35	60			

*Los números equivalen a los puntos obtenidos por cada uno de los adultos mayores en esta área cognitiva.

En el área de orientación temporal y espacial el 59% (67 adultos mayores) obtuvo un puntaje de 10, el 32% (36 adultos mayores) logró un puntaje de 9, el 6% (7 adultos mayores) alcanzó un puntaje 8 y el 3% (3 adultos mayores) consiguió un puntaje de 7.

Tabla 8

Resultados memoria inmediata

Memoria inmediata*						
	1	2	3	Media	Moda	Mediana
H	0	0	9			
M	0	0	104	3	3	56.5

*Los números equivalen a los puntos obtenidos por cada uno de los adultos mayores en esta área cognitiva.

En el área de memoria inmediata el 100% de los adultos mayores obtuvieron un puntaje de 3.

Tabla 9

Resultados concentración y cálculo

Concentración y cálculo*												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Media	Moda	Mediana
H	2	0	0	1	2	1	2	0	3			
M	0	6	2	10	9	7	18	4	46	5.9	8	56.5

* Los números equivalen a los puntos obtenidos por cada uno de los adultos mayores en esta área cognitiva.

En el área de concentración y cálculo, el 43% (49 adultos mayores) obtuvo 8 puntos, el 18% (20 adultos mayores) sacó 6 puntos, un 10% (8 adultos mayores) alcanzó 5 puntos, un 9.7% (11 adultos mayores) logró 3 puntos, el 9.7% (11 adultos mayores) consiguió 4 puntos, el 5% (6

adultos mayores) obtuvo 1 punto, un 2% (2 adultos mayores) sacó 2 puntos y otro 2% (2 adultos mayores) obtuvo 0 puntos.

Tabla 10

Resultados memoria diferida

Memoria diferida*										
	0	1	2	3	4	5	6	Media	Moda	Mediana
H	0	4	0	5	0	0	0	2.1	2	56.5
M	5	16	50	32	0	0	1			

*Los números equivalen a los puntos obtenidos por cada uno de los adultos mayores en esta área cognitiva.

En el área de memoria diferida, el 44% (50 adultos mayores) obtuvo 2 puntos, el 33% (37 adultos mayores) logró 3 puntos, el 18% (20 adultos mayores) alcanzó 1 punto, el 4% (5 adultos mayores) sacó 0 puntos y el 1% (1 adulto) obtuvo 6 puntos.

Tabla 11

Resultados lenguaje y praxis

Lenguaje y praxis*									
	6	7	8	9	10	11	Media	Moda	Mediana
H	0	0	1	1	4	3	9.7	10	56.5
M	1	6	7	21	44	25			

*Los números equivalen a los puntos obtenidos por cada uno de los adultos mayores en esta área cognitiva.

Y en el área de lenguaje y praxis, el 43% (48 adultos mayores) obtuvo 10 puntos, el 25% (28 adultos mayores) sacó 11 puntos, el 11% (22 adultos mayores) logró 9 puntos, el 7% (8 adultos mayores) alcanzó 8 puntos, el 5% (6 adultos mayores) consiguió 7 puntos y el 1% (1 adulto mayor) obtuvo 6 puntos.

Puede deducirse de los anteriores datos que la mayoría de los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer poseen un funcionamiento cognitivo normal, aunque un pequeño porcentaje muestra un posible deterioro cognitivo.

En general, se puede decir que los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con lo establecido por Craig y Baucum (2009), y es que el envejecimiento trae consigo un sinnúmero de cambios que se reflejan en las actividades diarias que ameritan un procesamiento cognitivo, notándose éste un poco más deteriorado de su estado normal; en esta medida, se refleja en la gran mayoría de los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer que a mayor edad se puede presentar deterioro cognitivo, aunque éste sólo sucede en un área del funcionamiento cognitivo específica para el caso de los adultos del Centro Gerontológico y es en la memoria diferida.

A partir de lo dicho es válido señalar que cada adulto mayor del Centro Gerontológico AtardeSer que participó en este estudio muestra una diversidad de cambios en su ciclo vital: algunos muestran cierto deterioro en la orientación temporal y espacial, otros en la memoria inmediata, otros en la concentración y cálculo, otros en la memoria diferida y otros en el lenguaje y praxis, por lo que no puede hacerse generalizaciones, pues se pudo notar que, aunque los déficit de estas personas son escasos, se evidencian afectaciones en el léxico (vocabulario pasivo, problemas para encontrar palabras, incapacidad para encontrar nombres, aumento en los tiempos de reacción) y en la sintaxis (dificultades de comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas), así como en la organización del discurso (dificultades en el recuerdo de la

información, dificultades para comprender la información estructurada de forma compleja en textos orales o escritos, dificultad para elaborar historias coherentes y con gran contenido informativo); es más, las actividades desarrolladas en el Centro Gerontológico resultan para la mayoría de los adultos mayores complejas y exigentes, aunque ello no significa que con una adecuada estimulación cognitiva y con ejercicios que potencien tales habilidades, como por ejemplo de orientación temporo-espacial, de percepción y gnosias, de praxias, de memoria, de lenguaje y de función ejecutiva, estos adultos no logren compensar dicha pérdida en la rapidez cognitiva.

En todo caso, el declive cognitivo es un fenómeno común y creciente en la vejez, según Park, O'Connell y Thomson (2003), y tal declive o disminución cognitiva puede estar asociada, entre otros factores, a un mayor riesgo de fragilidad y a la mala calidad de vida o bienestar (Lee, Kim, Sook ,Chae, Ryu, Ahn y Park, 2015); esto último es bien interesante en la medida en el municipio de Envigado es considerado como uno de los mejores en Colombia en ofrecer calidad de vida a sus habitantes, según el Informe de Calidad de vida en el Sur del Valle de Aburrá, 2012-2015, lo cual podría ser un factor que incide positivamente en el desarrollo cognitivo del adulto mayor del municipio.

En cuanto a la depresión, se pudo establecer que, en general, los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer no presentan estados de ánimo decaídos o tristes o sentimientos de abatimiento; tampoco quejas subjetivas de mala memoria y concentración, que también son síntomas de depresión tal y como lo señalan Fiske, Loebach y Gatz (2009), aunque sí se pudo determinar que un pequeño porcentaje de los adultos presentan rasgos depresivos.

Estos resultados concuerdan con investigaciones en las que se ha llegado a la misma conclusión como la de Cortés et al. (2011), en donde se ha establecido que la edad por sí misma

es un factor de riesgo para padecer depresión y deterioro cognitivo, aunque no son padecimientos exclusivos de la vejez; de igual forma, son coherentes con lo que muchos investigadores del tema indican, como Lapuente y Sánchez (1998) por ejemplo, y es que efectivamente hay unos cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal, aunque las consecuencias del paso del tiempo no son iguales para todas las personas; al respecto de ello Garay (2007) también ha señalado que la depresión en la edad adulta mayor es un hecho frecuente, lo cual puede estar asociado a deterioro cognitivo, aunque también puede presentarse sin tal asociación.

Cuando se asocia al deterioro cognitivo, ésta aminora la concentración y la atención, de tal forma que reduce el nivel general de funcionamiento cognoscitivo, aunque sin duda existen otros factores que producen deterioro cognitivo, tal y como lo establecen Craig y Baucum (2009): la condición física del individuo, a las deficiencias nutricionales, al consumo de alcohol, a los medicamentos y a la inactividad del funcionamiento mental.

En general, el panorama general de salud de la población adulta mayor del Centro Gerontológico AtardeSer es alentador, en la medida en que la mayor parte de esta población no está deteriorada funcionalmente, no presentan rasgos de depresión y además tienen aún autonomía para desarrollar las actividades de la vida diaria, con ello disminuyéndose el riesgo de morbilidad, de suicidio, de disminución del funcionamiento físico, cognitivo y social y autodesatención, todo lo cual se puede asociar con la disminución de la mortalidad, tal y como lo establecen investigaciones como las de Blazer (2003).

7. CONCLUSIONES

A partir de la aplicación de las tres pruebas, y de las investigaciones y de la teoría, es posible afirmar que la rapidez con la que se procesa la información, la capacidad para atender a la información importante sin distraerse con estímulos poco importantes y la capacidad para recordar información son procesos que se deterioran con la edad.

La función cognitiva, sin duda alguna, se va deteriorando conforme pasan los años, es decir, con la edad; sin embargo, es de tener en cuenta, tal y como lo explican Lapuente y Sánchez (1998), que no necesariamente todos los cambios neurobiológicos que se producen durante el envejecimiento (en la atención, en la velocidad de procesamiento de la información, en las funciones de la memoria, en las funciones visoespaciales y las visoperceptivas y en las funciones visoconstructivas), aparecen necesariamente en un mismo sujeto, principalmente por las diferencias individuales de cada persona.

Las dificultades en la memoria (deterioro cognitivo) los episodios de depresión son muy comunes en los adultos mayores y es un proceso normal que se puede asociar, entre otros factores, a la edad; sin embargo, en algunos individuos se presenta un grado de déficit cognoscitivo y de depresión un tanto más severos, en especial si ya se presentan ciertas enfermedades.

Se puede afirmar que a pesar de que el envejecimiento es inherente al ser humano, la experiencia de esta etapa y la forma en que los adultos mayores representan sus propios procesos de envejecimiento están influenciados por la interacción de aspectos psicosociales, históricos,

políticos, económicos, geográficos y culturales, así como al contexto de la vida cotidiana, creencias y rasgos personales, es decir, particulares a cada individuo.

Se cree que hay una relación directa entre la concepción de la sociedad de la vejez y el envejecimiento de la sociedad. Hasta hace poco, estos aspectos no eran considerados relevantes en nuestro contexto; sin embargo, con el crecimiento del número de personas mayores y el aumento de la esperanza de vida de las personas también ha aumentado el interés por entender el proceso de envejecimiento y las relaciones que lo permean para asegurar la calidad de vida de los individuos envejecidos.

Hasta hace algunos años las investigaciones sobre el envejecimiento, en gran medida, se inclinaban por estudiar el decline cognitivo, el agotamiento físico y la depreciación en esta etapa de la vida; sin embargo, a medida que ha aumentado la esperanza de vida, nuevos estudios han comenzado a señalar la posibilidad de una relación entre las disminuciones observadas en la vejez y los estilos de vida, los hábitos y los comportamientos adoptados a lo largo de la vida del sujeto. En este contexto, la identificación de las características de un proceso exitoso de envejecimiento, buscando una buena salud física y mental, han llegado a ser objeto de investigación en diversos campos del conocimiento.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los limitantes en cuanto a la aplicación de las tres pruebas es que los adultos mayores del Centro Gerontológico Atarde-Ser del municipio de Envigado mostraban miedo frente a estas, en especial con respecto a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), puesto que tenían la creencia de que esta prueba dictaminaba radicalmente si presentaban depresión, cuestión que fue explicada y debatida, dándoles a entender que dicha prueba sólo es una herramienta que arroja una aproximación sobre el índice de depresión.

Otro limitante fue la ausencia de muchos adultos mayores el día de la aplicación de las pruebas, puesto que la asistencia al Centro Gerontológico no es muy constante por múltiples factores, entre ellos, el clima, las condiciones de salud y el analfabetismo.

9. RECOMENDACIONES

Aunque los riesgos para la salud aumentan con la edad, no se sabe a ciencia cierta si la depresión es una consecuencia inevitable de la vejez, ni tampoco se sabe con certeza cuánto afectará la edad el desarrollo cognitivo del sujeto, por lo que la recomendación principal que se puede hacer a partir de todo indagado, hallado y analizado, es que es necesario realizar investigaciones a futuro con adultos mayores que aporten aún más al tema propuesto en esta investigación; es más, bien podrían desarrollarse investigaciones que defendieran la idea de que hay que dejar de lado los supuestos de que el envejecimiento es estresante en sí mismo, es decir, que es una etapa en la que se produce inevitablemente trastornos depresivos y que además es en sí misma difícil para el desarrollo cognitivo debido a la inevitable disminución de la salud y el vigor del individuo.

A pesar de los numerosos estudios, todavía hay mucho por identificar del proceso de envejecimiento. Estudios futuros pueden permitir el reconocimiento de otras experiencias y concepciones que, a su vez, pueden servir de herramienta en la planificación de las acciones de cuidado que se orienten hacia la promoción y mantenimiento de la calidad de vida en la población adulta mayor.

REFERENCIAS

- Alvarado G., A., & Salazar M., Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Álvarez R., León, M., & Espinoza, M. (2008). *Adultez intermedia*. Recuperado de <http://discipulosdeerikson.blogspot.com/2008/05/adultez-intermedia.html>
- Amico, L. (2009). Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen*, 55, 1-30.
- Ángel R., V., Bedoya E., L., Correa L., E., & Villada V., J. (2015). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la Red de Asistencia Social al Adulto Mayor*. Medellín. 2015. Medellín: Universidad CES.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(3), 249-265.
- Bobes G., J., Paz G., M., Basarán F., M., Sáiz M., P., & Bousoño G., M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: ARFO.

- Bustos A., L., & Sánchez L., J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar*. Bogotá: Universidad de La Sabana.
- Cabello C., M., & Porras S., S. (2009). *Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Carvajal C., V., Castaño R., B., & Noguera L., G. (2011). Fomento de la actitud resiliente en los adultos mayores en situación del abandono familiar. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "PSICOESPACIOS"*, 6(5) 27-46.
- Casanova S., P., Casanova C., P. y Casanova C., C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de medicina general integral*, 20(5-6), 1-6.
- Cortés N., A., Villarreal R., E., Galicia R., L., Martínez G., L., & Vargas D., E. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 725-731.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- Fiske, A., Loebach W., J., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Garay, M. (2007). *Relación entre depresión y deterioro cognitivo*. Argentina: Universidad de La Plata.

- Giraldo A., J., Ruiz Z., A., Villada L., C., & Zapata T., G. (2002). *Propuesta pedagógica para potenciar el desarrollo cognitivo en niños y niñas desde edades tempranas*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gontier B., J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Revista de Psicología*, 13(2), 111-124.
- Hernández, R., C., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández R., E., & Cansino, S. (2011). Envejecimiento y Memoria de Trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información. *Revista de Neurología*, (52), 147-151.
- Huenchuan, S. (2011). *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1: Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lapiente, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14(1), 27-43.
- Latorre P., J., & Montañés R., 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.
- Lee, Y., Kim, J., Sook H., E., Chae, S., Ryu, M., Ahn, K., & Park, E. J. (2015). Changes in physical activity and cognitive decline in older adults living in the community. *Age (Dordrecht, Netherlands)*, 37(2), 20-32.

- Manzanero, A., & Álvarez, M. (2015). *La memoria humana. Aportaciones desde la neurociencia cognitiva*. Madrid: Pirámide.
- Martínez A., A., Solé, P., Salamero, M., de Azpiazu, P., Tomás, S, & Marín, R. (1998). El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. *Revista de Neurología*, 27(155), 55-59.
- Montes R., J., Gutiérrez G., L., Silva P., J., García R., G., & Del Río P., Y. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 121-126.
- Papalia E., D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Papalia, D., & Wendkos O., S. (2001). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Park, H. L., O'Connell, J. E., & Thomson, R. G. (2003). A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1121-1134.
- Peres A., X., & Pizarro G., S. (2010). Memoria a corto plazo en personas de la tercera edad. *Ajayu*, 8(1), 125-150.
- Ramos E., J., Meza, C., M., Maldonado H., I., Ortega M., M., & Hernández P. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47-56.
- Sánchez, A., Arévalo, K., Vallecilla, M., Quijano, M., & Arabia B., J. (2014). La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *CES Psicología*, 7(1), 35-47.

- Sánchez G., Y., López M., A., Calvo R., M., Noriega F., L., & López V., J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), 1-8.
- Valencia V., J., Morante O., P., & Soto A., F. (2011). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. *Revista de Psicología*, 1(1), 13-25.
- Yanguas L., J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

ANEXOS

Anexo A. Escala de Depresión Geriátrica (versión 30 ítems)

	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?		
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?		
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?		
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?		
8. ¿Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar?		
9. ¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?		
10. ¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido?		
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?		
12. ¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir?		
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?		
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?		
16. ¿Se siente usted a menudo triste?		
17. ¿Se siente usted inútil?		
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?		
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?		
20. ¿ES difícil para usted empezar proyectos nuevos?		
21. ¿Se siente lleno de energía?		
22. ¿Se siente usted sin esperanza?		
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?		
24. ¿Se preocupa por cosas sin importancia?		
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?		
26. ¿Es difícil para usted concentrarse?		
27. ¿Disfruta al levantarse por las mañanas?		
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30. ¿Está su mente tan clara como antes?		

Anexo B. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Concepto	Puntuación
Orientación Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ clima _____ año _____	Paciente Máximo
Dígame el lugar _____ piso _____ ciudad _____ departamento _____ país _____	(5)
Memoria de fijación Repita estas 3 palabras: peso – caballo – manzana (repetirlas hasta que las aprenda)	(5)
Concentración y cálculo Si tiene 30 mil pesos y me va dando de 3 en 3: ¿Cuánto le van quedando? _____ - _____ - _____ - _____ - _____	(3)
Repita estos números: 5 – 9- 2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____	
Memoria ¿Recuerda las 3 palabras que he dicho antes? _____ - _____ - _____	(5)
Lenguaje y construcción Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj	(3)
Repita esta frase: “En un trigal habían cinco perros”	(3)
Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____	
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa.	(2)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	
Escriba una frase _____	(1)
Copie el dibujo. _____	(2)
Puntuación total	(3)

	(1)
	(1)
	(1)
	(35)

Anexo C. Consentimiento informado

Yo, _____,
identificado(a) con C.C. # _____, manifiesto que recibí explicación clara y completa del objeto de las pruebas que se me aplicarán y el propósito de su realización, que no es otro que el de realizar una investigación social cuantitativa con el fin de establecer los niveles de deterioro cognitivo y de depresión presentes en los adultos mayores del Centro Gerontológico AtardeSer; igualmente declaro que recibí información sobre cómo se deben efectuar cada una de las pruebas y la forma en que se utilizarán los resultados.

De esta manera, doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por parte de JULIÁN PELÁEZ ESPINOSA y SILVANA MAZO LÓPEZ, estudiantes de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado y, por su puesto, de la propia institución y de la Facultad de Ciencias Sociales.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Firma del investigador	Firma del participante