



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

“DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

BERTHA ELIZABETH MORA CHABERT

DIRECTORA

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ.

REVISORA

LIC. MA. EUGENIA GUTIERREZ ORDÓÑEZ

SINODALES

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

MARZO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a la Casa del Adulto Mayor el “Mirador” y a cada una de las personas adultas mayores que me brindaron su apoyo para la realización de esta investigación.

A la Mtra. Celia Guadalupe Medina Hernández por ser mi directora de Tesis, por escucharme, guiarme, acompañarme en este trabajo con dedicación para ayudarme a estructurar, organizar, desarrollar y enriquecer mi trabajo.

A la Lic. Ma. De Lourdes Monroy Tello por su invaluable apoyo, asesoría en la metodología y aportaciones en el análisis estadístico de resultados.

A la Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordoñez por su apoyo en la revisión de mi trabajo.

A los Sinodales Mtro. Sotero Moreno Camacho, Mtra. Laura Somarriba Rocha y Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa por sus observaciones que enriquecieron el presente trabajo.

Mi eterno agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la formación y por darme la oportunidad de ayudar a las personas y triunfar en el mundo profesional.

A mi Mtro. Enoch Tamariz Montiel porque siempre me impulsó y brindó sus conocimientos como ejemplo a seguir, pero su amistad es invaluable.

A Dios, gracias por siempre estar ahí, donde te necesito.

Dedicatoria

In memoriam de mi mamá Bertita por estar siempre cerca de mi brindándome todo su apoyo incondicional en las diferentes etapas de mi vida. Y es quien me inspiró en el tema de esta Tesis, pues a partir de vivir con ella su proceso de enfermedad hasta su partida, complementé mi aprendizaje con muchísimos conocimientos sobre los adultos mayores. Por enseñarme a que, en la vida uno puede dar más allá de lo que humanamente es posible, si lo hace por aquello que más ama, muchas gracias por todo lo que me diste y todo tu amor.

A mi papá Guillermo, quien en mi etapa de estudiante confió en mí, y a quien siempre admiré en su interés por la lectura y habilidad aritmética.

A mis hermanos, Alejandro, Guillermo y Beatriz con quienes compartí mi niñez y juventud estudiantil y ahora en nuestra etapa adulta mantenemos nuestra individualidad.

A mi querido hijo David, que ha sido mi motor durante 32 años de vida y a quien con su ejemplo académico y palabras de aliento me impulsaron a realizar mi tesis.

A mis Tíos Rosario y Fernando por su cariño, apoyo a lo largo de toda mi vida.

Índice

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. EL ADULTO MAYOR	10
1.1. Situación sociodemográfica de los adultos mayores.....	14
1.2 Distribución por sexo y lugar de residencia de la población adulta mayor...	15
1.3 Envejecimiento normal.....	17
1.4 Envejecimiento cerebral.....	21
1.5 Envejecimiento psicológico.....	22
1.6 Adaptación a la vejez.....	24
1.7 Capacidad funcional y autonomía de las personas mayores.....	25
1.8 Relaciones familiares.....	26
CAPÍTULO II DETERIORO COGNITIVO.....	32
2.1 La memoria.....	34
Clasificación	35
2.2 Soledad y demencia	41
2.2.1 Formas más comunes.....	43
2.2.2 La importancia del diagnóstico precoz	46
CAPÍTULO III DEPRESIÓN	48
3.1 Depresión en el adulto mayor	48
3.2 Pérdidas.....	51
CAPÍTULO IV MÉTODO	53
4.1 Planteamiento del problema	53
4.2 Preguntas de investigación.....	53
4.3 Objetivo general.....	54
4.4 Objetivos específicos.....	54
4.5 Variables.....	54
4.6 Diseño de investigación	55
4.7 Tipo de estudio	55
4.8 Participantes	55

4.9 Muestreo.....	56
4.10 Instrumentos de investigación	56
Instrumento 1	56
CAPÍTULO V RESULTADOS	64
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN.....	80
Conclusiones.....	86
Alcances y limitaciones	87
REFERENCIAS.....	88

RESUMEN

La vejez es un estado del ciclo de vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son motivo de estudio y atención del conocimiento de la psicología.

Las políticas de salud consideran actualmente que las acciones que llevan a cabo con la población adulta mayor son un éxito, sin embargo en diversos estudios se observa que el reto es mayor, ya que si bien la esperanza de vida de la población adulta cada vez se va incrementando gracias al avance de la ciencia y la tecnología y en especial a las ciencias médicas, existen factores que afectan la calidad de vida de la población adulta mayor y en especial la que pertenece a grupos vulnerables y de escasos recursos económicos.

Así mismo, aspectos que tienen que ver con el ambiente familiar, la participación social, cultural y recreativa favorecen positiva o negativamente para que las personas disfruten de ésta última etapa de la vida con calidad y su funcionamiento cognitivo no se vea drásticamente afectado.

Cada persona envejece de manera diferente, pero ¿qué tanto la depresión contribuye a un mayor y rápido deterioro cognitivo, generando pérdida de la memoria? ¿y si se afecta la memoria, qué tipo de memoria tiene mayor declive?

El presente trabajo da respuesta a estas preguntas a través de una investigación de campo en un sector de la población de personas adultas mayores que viven en ambientes familiares, y buscan compensar sus vínculos sociales teniendo diversas actividades sociales y o comunitarias.

Palabras clave: Adulto mayor, depresión, soledad, deterioro cognitivo y memoria (episódica, memoria semántica, memoria no declarativa).

ABSTRACT

Old age is a State of the lifecycle and ageing process happening throughout the life cycle. Both old age and human aging are reason for study and knowledge of Psychology care.

Health policies currently considered that actions carried out with the older population are a success, however several studies shows that the challenge is greater, longer if well the life expectancy of the adult population ever increasing thank you to the advance of science and technology and especially to medical science, there are factors that affect the quality of life for the older population and which belongs especially to vulnerable groups and low-income.

Likewise, aspects that have to do with the family environment, social, cultural and recreational participation favor positively or negatively so people enjoy this last stage of the life quality and its cognitive functioning is not dramatically affected.

Everyone ages differently, but much depression contributes to greater and faster cognitive decline, generating memory loss? and if it affects memory, what kind of memory does greater decline?

This paper seeks to answer these questions through field research in a sector of the population of older adults who live in family environments, and seek to compensate for their social links having various social activities and or community.

Key words: elderly, depression, loneliness, cognitive impairment and memory (short term, deferred memory and long term memory).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicológicos como la depresión, el deterioro cognitivo y la pérdida de memoria, tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto y en especial de las personas en situación de vulnerabilidad debido a que tienen más dificultad de recibir la atención oportuna ante sus padecimientos.

El presente trabajo de tesis se elabora con la finalidad de investigar la relación que existe entre el deterioro cognitivo de la memoria y la depresión, en un segmento de la población adulta mayor que asiste a una “Casa del Adulto Mayor” en la Ciudad de México, en la delegación Xochimilco.

En el primer capítulo se aborda el tema del adulto mayor, la situación sociodemográfica que caracteriza a este sector de la población en México; se presenta la situación de los adultos mayores, en relación con los diversos factores que caracterizan al envejecimiento normal, el envejecimiento cerebral y psicológico, su adaptación a la vejez, la capacidad funcional y autonomía que los caracteriza y aspectos relacionados con las relaciones familiares.

El capítulo dos se desarrolla el tema del deterioro cognitivo, haciendo énfasis en la memoria su clasificación de los tipos de memoria y sus características, Se explica el tema de soledad como uno de los elementos que favorecen esta pérdida de memoria y conlleva a la demencia.

En el capítulo tres se habla del tema de la depresión en el adulto mayor y las pérdidas emocionales que sufren en esta etapa de la vida, y sus posibles implicaciones en el deterioro cognitivo.

En el capítulo cuatro se describe el método que se utilizó, el cual está conformado por el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos generales y específicos, las variables, el diseño de investigación, el tipo de estudio, los participantes, el muestreo y los instrumentos de investigación utilizados.

En el capítulo cinco se presentan los resultados obtenidos de forma descriptiva y se correlacionan las variables a través de la prueba de Pearson.

En el capítulo seis, se presenta la discusión y conclusiones respecto a lo hallado.

Finalmente se incluyen las referencias consultadas y los anexos que conforman los instrumentos utilizados durante la evaluación.

CAPÍTULO 1. EL ADULTO MAYOR

La lengua castellana tiene muchas maneras para designar diferentes aspectos de las etapas avanzadas de la vida y de las personas que se encuentran en ellas. Dependiendo si las personas tienen un proceso de envejecimiento normal o patológico reciben la siguiente denominación (ver Tab.1).

Tabla 1. Denominaciones en el adulto mayor

Procesos	Etapas	Personas
Normal: Desarrollo o Envejecimiento Crecimiento y Deterioro	Adulthood	Adulto
	Adult age	
	Old age	Viejo
	Senescence	Senescente
Óptimo	Mayor	Personas de edad
Patológico Enfermedad	Senility	Senil
	Senectus	Senecto

Vega y Bueno. (1996). Desarrollo, adulto y envejecimiento.

Próximos al envejecimiento óptimo están las personas excepcionales en su vejez, aquellas que manifiestan una gran sabiduría o han generado productos altamente creativos como el caso de Ramón y Cajal, Dalí, Picaso, etc. Cuando se quiere designar a las personas por su edad cronológica y no por los procesos que manifiestan o los estados en que se encuentran, se pueden utilizar los términos de “mayor” o “personas de edad” (Vega, 1996).

Así mismo, existen tres contextos que llevan asociados sus respectivos roles y estatus con los que se les designan a las personas mayores. Desde el punto de vista familiar, se le designa abuelo al que ocupa una determinada posición en la jerarquía del linaje familiar. Desde una perspectiva social, cuando se desea asignar una posición de prestigio a las personas mayores, se les denomina ancianos y, en consecuencia, a ancianidad a la etapa. Desde el punto de vista laboral, la jubilación marca el final del ciclo de vida ocupacional, pasa a formar parte de los colectivos de

clases pasivas. El término tercera edad, es el que se utiliza más frecuentemente en la legislación para designar a individuos mayores de 65 años a los que afectan determinadas leyes. La Comunidad Europea ha acuñado el término cuarta edad para referirse legalmente a los mayores de 80 años. Sin embargo, las personas mayores no desean ser designadas y etiquetadas con una terminología concreta, sino que prefieren, como cualquier otra edad, que se les llame por su propio nombre (Vega, 1996).

El envejecimiento poblacional ha significado un triunfo para la modernidad, pero al mismo tiempo, en la modernidad se le ha generado el estigma de decadencia. El incremento de la población anciana, por un lado, representa el triunfo de la modernidad, pues en el siglo XX es evidente la mejora de las condiciones de vida para que el ser humano tenga una esperanza de vida mayor. El incremento de la investigación científica y los avances en la medicina —como el descubrimiento de la penicilina y muchos otros factores—, favorecieron la conservación de la salud física en las poblaciones durante más tiempo (Aldana, Fonseca, & García. 2013).

La transición demográfica en donde la población cada vez estará más envejecida es un hecho innegable. Schirmacher (2004) asegura que, según los cálculos, el número de ancianos en el mundo se triplicará con creces, pasando de los 606 millones del año 2000 a los 1.970 millones en el 2050. Las proyecciones demográficas indican que, en México, el número de adultos mayores del país se cuadruplicará, al pasar de 6.7 millones en 2000 a 36.5 millones en el 2050 (Consejo Nacional de Población, 2004).

El avance científico está íntimamente relacionado con el modelo de producción que se desarrolló a partir de la Revolución Industrial, siendo sus premisas principales el progreso y el desarrollo tecnológico e industrial. Es entonces que el ser humano comienza a reorientar su estilo de vida, así como sus ideales de éxito, y el sentido de su existencia. Se orientan a la producción, utilización y transformación de la naturaleza para servir al hombre. El modelo económico del Capitalismo viene a fortalecer estas ideas, pues pone en el centro la organización racional del trabajo, el dinero, el consumismo y la utilidad de los recursos de producción. El ser humano,

por lo tanto, se significa a partir de lo que produce, de lo que aporta en capital a la sociedad. El sentido de vida que las personas empiezan a interiorizar evidentemente tiene que ver con este contexto histórico: ser productivos (Wallerstein, 2006).

En el mundo laboral del siglo XIX, surge la figura de la jubilación, a los ancianos se les comienza a mirar como personas que no cumplen con las características ideales para la producción y se les busca remplazar por trabajadores jóvenes, quienes tienen mayor aportación a la productividad.

Es entonces, cuando por su edad, se comienza a ver a los ancianos como improductivos, perdiendo con ello identidad social y prestigio, por lo que se empieza a significar la ancianidad como sinónimo de marginación social (Fericgla, 2002).

Es una contradicción que en la época moderna se logre el incremento de la esperanza de vida, y de manera simultánea, se empiece a adjudicar al envejecimiento el estigma de declive y decadencia, sinónimo de patología y enfermedad, e incluso de dependencia y carga social. El envejecimiento se empieza a conceptualizar como un problema económico-social.

Los estudios que recogen la imagen social de las personas ancianas empiezan a desarrollarse a mediados del siglo pasado, por profesionales de la medicina y la psiquiatría, con personas seleccionadas generalmente a partir de las consultas médicas, de los hospitales y de los centros psiquiátricos (Lehr, 1980). Por lo tanto, estos casos no representaban a la generalidad de la población de personas mayores, sino que eran exponentes de la vejez patológica. No obstante, de los resultados de estos trabajos, se infirieron conclusiones para el conjunto de la población mayor, lo que ha favorecido un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez.

Éstos obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden con los de enfermedad, deterioro mental, rigidez de pensamiento, dependencia, problemas sociales y económicos (Thornton, 2002). Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental, la pérdida de la motivación y la de los intereses vitales.

Los rasgos negativos continúan teniendo vigencia en todos los grupos de la población e influyen negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada. Aunado a ello, cabría resaltar que el concepto de salud aplicado a los adultos mayores, utilizando los mismos parámetros establecidos por los jóvenes, propicia interpretación errónea que magnifican los problemas de su salud, sin considerar el valor de la funcionalidad física, psicológica y social como clave para conservar la salud en la tercera edad.

Los estereotipos de fragilidad y decadencia se encuentran relacionados con la figura que representan las ancianas y los ancianos ante la sociedad. La muerte social es la muerte que acompaña a la vejez en la cultura occidental moderna y lleva consigo la discriminación y la exclusión por la edad. Al grupo de la tercera edad se le deja arbitrariamente sin ningún papel ni participación social activa pública. Los únicos roles que siguen desempeñando son los de su vida en lo privado, como abuelas/os, padres, madres, esposas/os. Es entonces que su estatus social comienza a desaparecer (Osorio, 2006). Al abandonar el rol de proveedor, la persona anciana también ve reducidas sus percepciones económicas, al mismo tiempo, dado el estereotipo de retiro, las personas de la tercera edad no logran ubicarse fácilmente en algún trabajo, aunque sean todavía capaces de llevarlos a cabo. El recurso económico generalmente se obtiene del autoempleo y de las pensiones por la jubilación.

En ese sentido, es un hecho que a nivel social se generan barreras que limitan las percepciones económicas de las y los ancianos. La jubilación representa, por una parte, la pérdida del rol de trabajador productivo, y por otra, la pérdida de su participación social. Además de que existe una preocupación fundamentalmente económica en el tema de la jubilación; el costo que para el Estado y los trabajadores “económicamente activos” representará mantener las cuotas a la cantidad, que cada día aumenta, de jubilados. El interés es evidentemente económico.

1.1. Situación sociodemográfica de los adultos mayores.

La población mundial es de poco más de 737 mil millones de personas, de las cuales cerca de 760 millones, el 10 %, son adultos mayores de 65 años. De igual forma en el mundo esta esperanza de vida irá creciendo y en algunos países la población adulta mayor será la base de la pirámide poblacional, la cual se irá incrementando gracias a los avances de las ciencias de 75 años de edad actual y hacia finales del siglo XXI será en torno a los 90 años, y en los países más desarrollado alcanzará los 100 años.

El envejecimiento de la población es un proceso mundial y la magnitud y proporción de las personas de 60 y más años ha ido en aumento, especialmente en los países más desarrollados y en los que están en una fase más avanzada de la transición demográfica (es decir, los que tienen bajas tasas de fecundidad y de mortalidad).

En la actualidad, una de cada diez personas en el mundo tiene 60 y más años y para el año 2050 se prevé que esta proporción se duplicará. Adicionalmente, la propia población mayor está envejeciendo: los mayores de 80 y más años constituyen el 11% de la población de 60 y más años. Otra característica de este envejecimiento es que la mayoría de las personas mayores son mujeres (65%), situación especialmente notoria entre quienes tienen 80 y más (Cepal, 2000).

En el plano internacional, la transición demográfica no ha seguido trayectorias homogéneas, y ello ha provocado que el proceso de envejecimiento tome diferentes niveles en las diversas regiones del mundo. En Europa, por ejemplo, el porcentaje de población de 60 años y más es de 23.9%,

En el caso de México los datos de la Encuesta Intercensal aplicada en 2015, señalan que en nuestro país residen 119.5 millones de personas: 48.6% son hombres y 51.4% mujeres. Y de ellas 13 millones son adultas mayores. La transición demográfica, caracterizada por la reducción de la fecundidad y la mortalidad, han provocado cambios importantes en la estructura por edad de la población.

Estos cambios han dado lugar a un proceso de envejecimiento y la generación de un bono demográfico que es importante optimizar. Éste proceso de envejecimiento se caracteriza por un incremento paulatino en la proporción de adultos mayores y una disminución en la participación relativa de la población de niños y jóvenes.

En forma paralela, los grupos de edad que conforman la base piramidal han disminuido, el porcentaje de la población menor de 15 años pasó de 38.3 a 27.4% en el mismo periodo; mientras que el de 15 a 29 años disminuyó de 29.4 a 25.7 por ciento. Se debe señalar, que la población de 30 a 59 años aumentó de 25.5 a 36.4%, y en el corto o mediano plazo, se integrará gradualmente al contingente de adultos mayores que residen en el país (INEGI, 2016).

Con el aumento de esta población se incrementa la demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos que faciliten el tránsito de estas personas. Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, señalan que del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación. En los primeros, los tipos de discapacidades más reportados son: caminar, subir y bajar usando sus piernas (64.7%); ver [aunque use lentes] (54.5%) y escuchar [aunque use aparato auditivo] (25.9 %). Mientras que en la población con limitación caminar, subir y bajar usando sus piernas (55.4%) son las actividades con limitaciones más declaradas, la edad promedio actual es de 75 años de edad, la cual se irá incrementando hacia finales del siglo XXI, gracias al avance de las ciencias médicas (INEGI, 2016).

El proceso de envejecimiento es desigual en el país. Los estados con más población de adultos mayores son la Ciudad de México, el Estado de México y Veracruz. Los que tienen población más joven son Baja California Sur, Colima y Campeche.

1.2 Distribución por sexo y lugar de residencia de la población adulta mayor

Poco más de una cuarta parte (26.2%) de la población adulta mayor vive en localidades rurales, cifra que se incrementa conforme aumenta la edad. La proporción de mujeres adultas mayores rurales es menor que la proporción de

hombres en todos los grupos de edad; dicha proporción llega a representar el 32.4% entre los hombres del grupo de 80 años y más, frente a 25.8% de las mujeres.

En zonas rurales la población está más envejecida. La población adulta mayor representa 10.1% del total de la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres), y 8.6% de la población urbana (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres), según datos censales de 2010. Esto debe ser un llamado de atención ante la mayor demanda de servicios de salud y otros que deban dirigirse a la población adulta mayor, sobre todo en estas localidades donde en general los servicios son más precarios o escasos

Como ocurre en casi todos los países del mundo, excepto en algunos del África (Botswana, Lesotho, Zimbabwe, Swazilandia y Qatar), las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres. En 2014 la esperanza de vida de las mujeres ascendió a 77.5 años y la de los hombres a 72.1 años, cifras que se incrementarán a 81.6 y 79.4 años en 2050, respectivamente. Las proyecciones de población prevén que prevalecerá el mayor número de mujeres que de hombres adultos mayores y que en 2050 ellas representarán un 56.1% de la población de 60 años y más (INMUJERES, 2015).

Los censos de 2000 ya mostraban que el envejecimiento se hacía más evidente, en un análisis a escala de hogares (CHILE, 2000). Esta tendencia ha continuado y los resultados de estos seis países muestran un aumento del porcentaje de hogares en los que reside al menos una persona mayor, ya sea como jefe o miembro secundario. En todos los países el porcentaje supera el 25% de los hogares, e incluso en algunos de ellos sobrepasa el 30%. La proporción es aún mayor en las áreas rurales de Brasil, Ecuador, México, Panamá y Uruguay, también se encontraron menores tasas de analfabetismo y mayor promedio de años de estudio. En todos los países analizados, la tasa de analfabetismo en la vejez ha disminuido respecto de los datos de los censos de 2000, aunque en Brasil, Ecuador y México se ubicó alrededor del 25%. En Costa Rica y el Uruguay los descensos han sido bastante evidentes, esto como resultado de la enseñanza básica obligatoria.

Estas disminuciones confirman que las cohortes que se han incorporado a la población de 60 años y más en la última década tienen un promedio de años de estudio superior al de las más envejecidas. Con todo, las brechas de acceso a la educación persisten tanto entre las áreas rurales y las urbanas como entre hombres y mujeres mayores (Boletín10)

Las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo.

1.3 Envejecimiento normal

Todos los individuos nos encontramos inmersos en un proceso evolutivo que inicia en la fecundación y culmina en la muerte. Ese proceso irá llevando al ser humano a tener cambios en su ciclo de vida conforme pasa el tiempo, específicamente en los campos biológico, psicológico, y social alcanzando el envejecimiento fisiológico el cual se considera normal. Así mismo el envejecimiento es un proceso fisiológico irreversible, es decir, lo ya avanzado está sin posibilidad de retroceso.

La longevidad del ser humano depende primordialmente de la calidad con la que se llevó a cabo dicho proceso (Salgado, A. 2002). Cuando existen enfermedades biológicas de diversa índole y se convierten en crónicas y o degenerativas con pérdidas funcionales o hasta discapacitantes en la etapa adulta, como la diabetes de tipo 2, bronconeumopatías, osteoporosis, el envejecimiento puede adelantarse y convertirse en patológico.

De manera sintética Isach e Izquierdo (2002), definen la fisiología del envejecimiento como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que el paso del tiempo origina sobre los seres vivos. Es un proceso biológico, que comienza una vez alcanzada la madurez, universal, progresivo e irreversible, caracterizado por un descenso gradual de la función que termina con la muerte.

El estudio del desarrollo adulto, y, sobre todo, el del envejecimiento es una tarea multidisciplinar del enfoque de la psicología evolutiva del ciclo vital. El envejecimiento como proceso natural se inicia cuando se alcanza el máximo desarrollo biológico alrededor de los 20 años de edad cronológica y progresa con mayor efecto en la adultez mayor (López, 2011)

Al referirse al envejecimiento, se habla de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente (Aguera, Martín, Cevilla, 2002)

Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene de la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social. En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (Gobierno del Distrito Federal, 2014). Este criterio es utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud.

Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras

afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo, además de la disminución de algunas capacidades sensoriales (agudeza visual, y auditiva) y pérdida de las capacidades físicas, como la fuerza, elasticidad cutánea, la función aeróbica, el equilibrio y la marcha (Carbonel, 2009; López, 2011).

Como se ha comentado anteriormente, el envejecimiento es un proceso dinámico, no es estático, de manera que el ritmo al que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad, mostrando una gran variabilidad tanto interindividual como intraindividual (Salgado, 2002).

La heterogeneidad también implica que si, en una persona mayor, se producen cambios en una determinada función, conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica (como por ejemplo la movilidad) esto no significa que se tengan que producir, necesariamente, cambios en otras (como, por ejemplo, la capacidad cognitiva), demostrándose que los diferentes sistemas del cuerpo de una persona también envejecen a un ritmo distinto. Más aún, incluso para un mismo tipo de función o sistema, el envejecimiento puede mantener patrones diferenciales para subfunciones diferentes (por ejemplo, memoria e inteligencia).

Pueden ser físicos, psicológicos y sociales. A pesar de la gran variabilidad interindividual existente durante el envejecimiento (de manera que a medida que las personas envejecen aumentan las diferencias entre ellas en el funcionamiento psicológico, fisiológico o social), se pueden extraer algunas características comunes al grupo de edad de las personas mayores, siempre y cuando se tenga en cuenta que estos cambios no tienen por qué aparecer en el mismo momento ni con la misma intensidad en todas las personas mayores.

Aunado al incremento de los adultos mayores, estos pueden sufrir problemas físicos y mentales que se precisa reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que

se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Existen distintos factores que influyen en el envejecimiento fisiológico. Los factores extrínsecos hacen referencia a la alimentación, sedentarismo, inactividad física y enfermedades; mientras que los factores intrínsecos son alteraciones del ácido desoxirribonucleico o epigenéticas que conducen a la expresión en la estructura genética, al acortamiento de los telómeros de las células somáticas, al estrés oxidativo y a las lesiones mitocondriales; así como a la glicolización de las proteínas, lo que constituye el envejecimiento acelerado de los tejidos (Jaeger, 2011).

1.4 Envejecimiento cerebral

Ramírez (2016), explica que los factores que afectan el envejecimiento se presentan en relación con algunos cambios cerebrales estructurales, principalmente se observa un aumento del volumen ventricular; una reducción de la corteza paracentral, del polo frontal, reducción de la corteza orbitofrontal medial y lateral, reducción de la circunvolución frontal superior medial y los lóbulos temporales anterior e inferior, así como atrofia en áreas subcorticales como la amígdala y el hipocampo y pérdida de neuronas del tálamo, locus coeruleus y los ganglios basales (Fjell y Walhovd, 2010, Jaeger, 2011).

Una de las primeras regiones cerebrales que presenta deterioro durante el envejecimiento normal son los lóbulos frontales, principalmente la corteza prefrontal (Buckner, 2004). Esta región se encuentra interconectada con áreas de asociación sensorial y motora, cuya función principal es la formación de secuencias de comportamiento coherentes hacia la consecución de objetivos (Funahashi, et al. 1989, Fuster, 1988).

Otros cambios, están asociados a la reducción en el flujo sanguíneo cerebral (Jaeger, 2011), el incremento de lesiones vasculares y adelgazamiento cortical, la deposición beta amiloide y la disminución de la materia blanca, la cual es importante para las funciones cognitivas superiores que influye en la calidad de las conexiones estructurales y el procesamiento neuronal dentro de esas regiones (Bennet, y Rypma, 2013).

Así mismo, se presentan cambios químicos como disminución global de los neurotransmisores (catecolaminas, dopamina, tirosina, serotonina, noradrenalina) y la disminución del número y la capacidad de los receptores. En general se presenta reducción en el número de las espinas sinápticas, contracciones de los cuerpos celulares y hay presencia de desmielinización (Jaeger, 2011; Persson y Nilson, 2002).

1.5 Envejecimiento psicológico

El envejecimiento psicológico es la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas. Es decir, la forma en que percibimos la realidad y la entendemos, así como también, la manera en que sentimos y valoramos esta relación con los demás y el entorno y la forma en que nos comportamos.

La personalidad, las funciones cognitivas, la capacidad de aprendizaje y la creatividad, la comunicación con la interacción social con los semejantes y la psicoafectividad son algunos de los componentes del ciclo vital que se verán afectados por los cambios, en parte adaptativos, por deterioro o por pérdidas que tienen los seres humanos durante el proceso del envejecimiento (Mishara, Riedel, 1984 & Yanguas, Leturia, Uriarte, 1998). Así como también por los cambios neurobiológicos que el propio organismo presenta. Y si bien, cada organismo envejece de manera diferente en donde su experiencia personal, el contexto sociocultural, económico, educativo, nutricional contribuirán a crear el ambiente que envuelva y condicione sus características de calidad de vida en su vejez.

Estudios diversos, que se han realizado han demostrado que las quejas de los adultos mayores referentes a sus problemas de memoria como parte del envejecimiento psicológico, están más asociados a sus estrategias de aprendizaje, motivación, atención y a las estrategias de velocidad de procesamiento de la información, que a tener un problema real de memoria. Y cuando se observan problemas reales de memoria, éstos están asociados a otras patologías tales como demencia, depresión o índices del estado de ánimo (Reisberg, Ferris, Foresten, Sin Aiko, De León, Buttinger, en Fernández-Ballesteros 2000).

El ciclo vital de los seres humanos supone una serie de cambios, en parte adaptativos, cambios biológicos, de capacidades motrices, de la función cerebral, etc. los cuales están presentes en la etapa adulta mayor.

Estudios que se han realizado muestran que los adultos mayores siguen sintiéndose bien, siguen percibiendo la vida como agradable y continúan siendo capaces de

hacer frente de forma adecuada a las exigencias del medio. Sin embargo, también se encuentran problemas referidos al sentimiento de tristeza y depresión, especialmente en las mujeres.

Se pueden establecer como situaciones especialmente críticas para el bienestar de las personas la percepción de que uno está envejeciendo, esto es, los cambios negativos en la autoimagen y la autoestima, la sensación de desplazamiento social, las posibles pérdidas y soledad, el sentimiento de inutilidad y el afrontamiento de acercamiento de la muerte. (Yanguas, Leturia, Uriarte, 1998)

Debido a que la esperanza de vida de las personas mayores es cada vez más larga, la mayoría de los pensionistas, jubilados o adultos mayores manifiestan un creciente deseo de prolongar más la senectud activa. Por lo que las situaciones psicosociales pueden cambiar en un individuo añoso desde que se jubila, o vive el nido vacío en su familia, hasta que alcanza la condición de muy viejo, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de la crisis que le pueda afectar (Jiménez, 2002).

Jiménez menciona que, los adultos mayores suelen reunirse en grupos para convivir en su dilatado tiempo libre o de ocio, por tener intereses comunes y una subcultura compartida; por ello, concurren voluntariamente a clubes o centros sociales diurnos y se incorporan a diversos quehaceres, más o menos activos o pasivos, participan en actividades físicas y muchos otros prefieren la vida familiar o la soledad con pocas relaciones sociales.

Gonzalo (2002) hace referencia a estudios con personas adultas mayores, donde han comprobado que, aquellos que viven en un ambiente empobrecido, porque viven solitarios, no tienen interés por los acontecimientos cotidianos, no les gusta leer ni escribir, para llenar sus días pasan largas horas en cama, el deterioro intelectual es mayor que el de los que mantienen un interés vivo por todo.

1.6 Adaptación a la vejez

Según Yanguas (1998) la actividad, los recuerdos positivos, la libertad sobre estilos de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, la aceptación de uno mismo, la participación continuada en actividades gratificantes, la aceptación por parte del grupo social, la salud y economía suficientes, la falta de preocupaciones y el contacto con otras personas de otras edades son factores que favorecen el bienestar y la satisfacción en la vejez.

Las personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación al largo de toda la vida, mediante tres procesos que actúan entre sí: la selección la optimización y la compensación. Por selección se entiende el proceso de especialización que se da en diferentes áreas de funcionamiento de un individuo y que le permiten desarrollarse a lo largo de la vida a través de la restricción y adaptación.

La optimización refleja la idea de que los individuos se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. En los adultos mayores cuando el deterioro de algunas habilidades cognitivas ha comenzado, existe un gran nivel de plasticidad en el individuo para mejorar capacidades, incluyendo las cognitivas.

La compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. La compensación implica utilizar elementos de la conducta (ayudas externas de memoria), de la cognición (reglas mnemotécnicas) o tecnológicas (ayudas protésicas). La compensación es un proceso natural que se efectúa por todas las personas en el transcurso de su vida y que en la vejez se encuentra especialmente desarrollado debido a la acumulación de experiencias y conocimientos.

1.7 Capacidad funcional y autonomía de las personas mayores

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. Por, su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida diaria cotidiana Dorantes-Mendoza, Ávila-Funes, Mejía-Arango & Gutiérrez-Robledo (2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió que la dependencia es “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. Esto implica que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente en incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Los aspectos básicos para que la persona mayor siga siendo independiente y pueda mantener un nivel de vida similar al que había tenido son:

- Orientación temporal, espacial y personal
- Capacidad para cocinar y alimentarse de forma autosuficiente
- Capacidad para bañarse y asearse sin ayuda
- Capacidad para vestirse sin necesidad de ayuda
- Ser capaz de mantener limpia la casa
- Tener control de esfínteres
- Capacidad de desplazamiento en la casa, de acostarse y levantarse
- Capacidad de subir y bajar escaleras
- No correr riesgos de accidentes, especialmente de incendios
- Capacidad para salir a la calle y hacer las compras
- Disponer de dinero y saber administrarlo
- Capacidad de saber seguir instrucciones, prescripciones médicas
- Mantener relaciones sociales que le puedan ayudar en caso de necesidad, por ejemplo, vecinos, o grupos de autoayuda

1.8 Relaciones familiares

Las relaciones familiares juegan un papel primordial en el sentimiento de bienestar psicológico. En los adultos mayores se da un proceso de reestructuración familiar motivado por la salida de los hijos del hogar, la incorporación de nuevos miembros, la pérdida y la jubilación (Yanguas et al, 1998).

Uno de los fuertes problemas es que, a pesar de contar con familia, los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, que se suman a la depresión y la ansiedad (OMS, 2016) por la falta de atención y cuidados de la familia.

En el mundo en desarrollo, al igual que en los países de altos ingresos, millones de personas mayores ven denegados sus derechos. Experimentan aislamiento, pobreza, discriminación, hasta violencia y maltrato, y tiene un acceso limitado a los servicios sociales y de salud, a la información y la protección legal.

Sectores sociales y políticos tanto a nivel europeo, como en América Latina han tomado en cuenta la falta de hecho y derecho que afligen a los adultos mayores en situación de pobreza, para hacer valer sus Derechos Humanos.

Si bien, en el mundo se carece aún de un instrumento legal vinculante para estandarizar y proteger los derechos de este sector de la población, la Asamblea General de la ONU creó un Grupo de Trabajo Especial, bajo la presidencia de Argentina, con el propósito de darles a los adultos mayores una Convención Internacional con la que se proteja los derechos humanos (OMS, 2016).

La discriminación por razones de edad, la negligencia, el abuso y la violencia contra los adultos mayores representan algunas de las más graves violaciones a los

Derechos Humanos, y hace notar la ONU, que la situación se agrava por el fenómeno de la “invisibilidad” de la población con más de 60, 70 u 80 años, personas que se van quedando fuera de la dinámica económica y social, especialmente cuando viven en instituciones geriátricas.

En su primer periodo de sesiones, el Grupo de Trabajo sobre los Derechos de los Adultos Mayores de la ONU, comenzó con un análisis del marco vigente de las deficiencias existentes a nivel internacional, con la participación de los 192 países miembros, expertos de Naciones Unidas sobre derecho internacional, desarrollo y seguridad social, y de organizaciones sociales de todo el mundo.

En su primer paso, para devolver a todos los adultos mayores sin excepción el lugar que por derecho les corresponde, en el centro de nuestra vida social y comunitaria, bien en el centro, bien visibles y con sus derechos protegidos.

El maltrato de las personas mayores es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto. (OMS, 2016).

Se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que sólo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades.

En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas.

Aunque los datos rigurosos son escasos, un estudio ha aportado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios:

- Maltrato físico: 0,2-4,9%
- Abuso sexual: 0,04-0,82%
- Maltrato psicológico: 0,7-6,3% (basado en criterios liminares sustantivos)
- Abuso económico: 1,0-9,2%;
- Desatención: 0,2-5,5%.

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos. Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos de América se apunta la posibilidad de que las tasas sean elevadas:

- Un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente;
- Un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada;
- Un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes.

Más escasos todavía son los datos sobre el maltrato de las personas mayores en establecimientos institucionales de los países en desarrollo.

En tales establecimientos se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) e impedirles que tomen sus propias decisiones en los asuntos de la vida cotidiana, negarles premeditadamente una buena asistencia (por ejemplo, al permitir que se les formen úlceras de decúbito), ofrecerles una medicación excesiva o insuficiente y retener la medicación que necesitan, y desatenderlos o someterlos a malos tratos emocionales.

El maltrato de las personas mayores puede conllevar lesiones físicas –desde rasguños y moretones menores a fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades– y secuelas psicológicas graves, a veces de larga duración, en particular depresión y ansiedad. Para las personas mayores las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves porque sus huesos pueden ser más frágiles y la convalecencia más larga. Incluso lesiones

relativamente menores pueden provocar daños graves y permanentes, o la muerte. Un estudio de seguimiento durante 13 años reveló que los ancianos víctimas de maltrato tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que aquellos que no refieren maltrato (OMS, 2016).

En el ámbito mundial, se estima que el número de casos de maltrato de personas mayores aumente como efecto del rápido envejecimiento de la población en muchos países y de la posibilidad de que sus necesidades no puedan atenderse plenamente por falta de recursos. Se calcula que para el año 2050, la población mundial de mayores de 60 años se habrá duplicado con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones.

Los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que una persona mayor sufra malos tratos se sitúan en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

Entre los riesgos del ámbito individual se incluyen la mala salud física y mental de la víctima y los trastornos mentales y abuso del alcohol y las sustancias psicotrópicas en el caso del agresor. Entre otros factores individuales que pueden incrementar el riesgo de malos tratos se incluyen el sexo de la víctima y el hecho de compartir vivienda. Si bien los varones de edad corren el mismo riesgo de sufrir malos tratos que las mujeres, en algunas culturas en las que las mujeres tienen una condición social inferior, las mujeres de edad tienen mayor riesgo de negligencia y abuso económico (como apoderarse de sus propiedades) cuando enviudan. Las mujeres pueden también correr un mayor riesgo de sufrir formas más persistentes y graves de maltrato y lesiones.

Compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Está por determinar aún, si son los cónyuges o los hijos adultos de las personas mayores, quienes más probabilidades tienen de perpetrar los malos tratos. Cuando el agresor depende de la persona mayor (a menudo económicamente) también es mayor el riesgo de malos tratos. En algunos casos,

si hay antecedentes de relaciones familiares disfuncionales la situación puede empeorar debido al estrés cuando aumenta la dependencia de la persona mayor.

Finalmente, con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y la reducción del tiempo que tienen disponible, atender a los parientes mayores puede pasar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de maltrato.

El aislamiento social de los cuidadores y de las personas mayores, y la consiguiente falta de apoyo social, es un importante factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores por parte de sus cuidadores. Muchas personas mayores están aisladas por la pérdida de capacidades físicas o mentales, o por la pérdida de amigos y familiares.

Entre los factores socioculturales que pueden afectar al riesgo de maltrato de las personas mayores se incluyen los siguientes:

- La representación de las personas mayores como frágiles, débiles y dependientes;
- El debilitamiento de los vínculos entre las generaciones de una misma familia;
- Los sistemas sucesorios y de derechos de tierras, que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias;
- La migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se han ocupado de cuidar a las personas mayores;
- La falta de fondos para pagar los cuidados.

En los establecimientos institucionales, es más probable que se produzca maltrato si:

- Los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores no son adecuados;
- El personal está mal formado y remunerado, y soporta una carga de trabajo excesiva;
- El entorno físico es deficiente;

- Las normas favorecen más los intereses del centro institucional que los de los residentes. (OMS;2016)

Uno de los cambios importantes en la concepción sobre salud y el adulto mayor ha llevado a entender los factores que favorecen una mejor calidad de vida en esta etapa. La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el adulto mayor.

Calidad de vida para el adulto mayor involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. El adulto mayor debe sentirse parte de un grupo familiar, social y del proyecto de su país. Debe satisfacer sus necesidades de salud, vivienda, alimentación, vestido, culturales y de esparcimiento. Y en la medida que tenga acceso a todos los servicios que el estado ofrece podrá disfrutar con dignidad de su vejez e inquietudes y ver retribuido su esfuerzo laboral de tantos años.

El contexto de vida familiar puede actuar como apoyo a los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. De lo contrario, el adulto mayor puede llegar a experimentar estados de depresión que lo lleven a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la ejecución de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional y poco a poco a un deterioro cognitivo, pérdida de memoria y demencia(OMS,2016).

CAPÍTULO II DETERIORO COGNITIVO

La función cognitiva, es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño. En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Una de las características más notables de los organismos que poseen sistema nervioso es la capacidad de aprender, es decir adquirir una determinada información y almacenarla para utilizarla cuando sea requerida o necesaria. El aprendizaje requiere que la información sea captada por los órganos de los sentidos, sea procesada y almacenada en el cerebro. La utilización puede ser mental, cuando se recuerdan acontecimientos, datos o conceptos, o instrumental, cuando se realiza una tarea manual (Squire, 1987).

En todos los humanos, el Sistema Nervioso se encarga de regular el funcionamiento de nuestro organismo y la comunicación con el mundo exterior. El sistema nervioso central se encarga de organizar las experiencias pasadas como “memorias”, lo que permite una mejor adaptación a las experiencias venideras (Sandi, Venero, Cordero, 2001).

Los individuos somos el fruto de nuestras experiencias pasadas. Lo que conocemos, lo que experimentamos, va configurando nuestras características individuales. Squire, definió el aprendizaje como el proceso por el cual se adquiere nueva información, y la memoria, como la persistencia del aprendizaje en un estado al que se pueda acceder posteriormente.

De acuerdo con Baddeley, & Ballesteros, (1999) la memoria es un proceso psicológico que sirve para almacenar información codificada. Dicha información puede ser recuperada, unas veces de forma voluntaria y consciente y otras de manera involuntaria a través de nuestros sentidos.

Existen diferentes etapas en el proceso de la memoria: una fase de almacenamiento o de conservación de la información; y una fase de evocación o de recuperación de la huella de memoria (Ostrosky – Solís, F, Chayo - Dicho, R; Gómez, E; Flores, J. 2005).

Cuando existe pérdida de memoria, es decir incapacidad para recordar el nombre de alguien conocido recientemente o el contenido de una corta lista del supermercado, y esta situación se vuelve más común a medida que envejecemos, desde el punto de vista médico se considera un envejecimiento patológico ya que es indicativo de que afecta el deterioro del cerebro.

El umbral que los médicos utilizan para realizar su determinación es que la pérdida de la memoria haya progresado de tal manera que el desempeño funcional de actividades de diarias, actividades laborales independientes son imposibles de realizar. Por ejemplo, no puede llevar sus finanzas, o no puede realizar sus actividades de la vida diaria por sí misma (bañarse, vestirse, preparar sus alimentos).

Este grado de deterioro cognitivo se denomina demencia. La demencia tiene muchas causas potenciales, la más común es probablemente la Enfermedad Alzheimer. No obstante, muchas personas adultas mayores pueden quejarse de problemas de memoria, pero ser aún capaces de cumplir independientemente todas sus tareas ordinarias. Usualmente su habilidad para funcionar está basada en la compensación para superar dificultades, como utilizar agendas, notas en los calendarios, realizar listas de tareas, etc. En algunos casos, estas dificultades en la memoria son signos de que el empeoramiento de la pérdida de la misma, en un tiempo posterior es posible. Los estudios e investigaciones en las ciencias médicas han llamado a e identificado a este problema como “Deterioro Cognitivo Leve” (DCL) o “Deterioro Cognitivo No Demencia” (DCND) o “Deterioro Cognitivo Mínimo” (DCM) (INECO)

Algunos reportes de investigación realizados en México muestran prevalencia de deterioro cognitivo muy variable, que va desde el 7% al 56%. La mayor prevalencia

de deterioro cognitivo se encuentra en sujetos con nivel socioeconómico bajo, sin escolaridad, sexo femenino, que presentan diabetes mellitus, deterioro visual y polifarmacia (De León et al 2009).

Ballesteros, (1999) Mishara, (1986) & Yanguas, (1998) señalan que, entre otros aspectos relacionados con el deterioro cognitivo, se observan los cambios del procesamiento de información en el Sistema Nervioso Central, ya que éste se ve enlentecido y una deficiencia cognitiva, mostrando mayor dificultad o lentitud para dar respuesta, sobre todo cuando requiere de prestar atención a información variada, aprendizajes nuevos, retención o memoria de la información.

Un alto porcentaje de personas mayores, manifiestan tener dificultad en el recuerdo de nombres, números de teléfono, actividades que tienen que hacer, actividades de la vida cotidiana

En el lenguaje, existe una disminución en la fluidez verbal, el discurso de los ancianos es más elaborado sintácticamente y temáticamente, pero se encuentra más dificultad para procesar estructuras sintácticas complejas y para la síntesis. Existen frecuentes errores semánticos, tendencia a rodeos, cambiar de tema sin darse cuenta, recuerdan lo que han dicho, pero les cuesta trabajo recordar “quien dijo qué” y a “quién”, o repetir una secuencia de ideas.

Respecto al pensamiento abstracto, los adultos mayores muestran limitaciones en la elaboración de conceptos, en la categorización, en el razonamiento lógico y en la solución de problemas. La atención no se afecta mucho, si sólo se concentra en un asunto, pero disminuye marcadamente para atender dos o más asuntos.

2.1 La memoria

Fases de la memoria

En sus estudios Romero (2011) menciona que la memoria es un proceso que permite registrar, codificar, consolidar y almacenar la información de modo que, cuando se necesite, se pueda acceder a ella y evocarla resultando, esencial para el aprendizaje. Las observaciones clínicas y experimentales indican que la memoria

no es un proceso unitario. Por lo que se han descrito diferentes fases en el almacenamiento de la información que se caracterizan por sus cursos temporales de formación y desaparición y, además, por su labilidad frente a influencias internas o externas. Se parte de la idea de que la formación de la memoria sigue una progresión desde una forma breve e inestable, que tiene lugar inmediatamente después del aprendizaje, hasta una forma duradera y estable.

Clasificación

La memoria ha sido clasificada de diferentes formas. Dependiendo de sus procesos o contenidos de estudio. Por el tiempo o momento inmediato o forma estable o duradera en que surge o después del aprendizaje, se le puede denominar memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo o memoria intermedia (Carrillo- Mora, 2010 & Squire 1987).

- Memoria sensorial es la primera etapa en el proceso de la memoria, representa el reconocimiento momentáneo, en milisegundos, de lo que perciben los sentidos. Percibimos el mundo que nos rodea por medio del tacto, la visión, el olfato, la audición y el gusto y constantemente recibimos estímulos visuales y auditivos. No solemos, registrar toda esa información, pero cuando le prestamos atención esa impresión sensorial pasa a una segunda etapa de la memoria conocida como la memoria de corto plazo (Ostrosky- Solís, et al 2005).
- Memoria a corto plazo, hace referencia a un sistema que retiene temporalmente la información recientemente adquirida. La información estará disponible durante unos segundos o minutos tras el aprendizaje. Uno de los ejemplos es la retención momentánea, que realizamos en la vida diaria, de algunas secuencias de números que puedan representar un teléfono o alguna clave para entrar a algún edificio o activar algún aparato. Cuando su utilidad es únicamente inmediata, es decir, no tenemos previsto volver a necesitar su conocimiento en un futuro, lo normal es que la secuencia de ese número se mantenga en nuestra memoria transitoriamente

hasta el momento en que es utilizada y después se olvide. Sandi, Venero & Cordero (2001)

En ocasiones, a este tipo de memoria hace referencia la memoria de trabajo, el almacenamiento temporal de información que se necesita en un procesamiento se mantiene accesible mientras está siendo objeto de procesamiento. Este tipo de memoria se emplea durante el aprendizaje de destrezas complejas que requieren la representación simultánea de distintos tipos de información para su procesamiento cognitivo y es esencial para llevar a cabo cualquier tipo de actividad relacionada con el pensamiento, la planificación y el lenguaje (Dudai, 2002 & Ostrosky-Solís et al., 2005).

La memoria de trabajo está conformada por un componente ejecutivo central y dos subsistemas: el circuito fonológico (encargado entre otras cosas del reforzamiento verbal implicado en el aprendizaje del lenguaje) y el esquema visoespacial que está encargado del almacenamiento transitorio de la información espacial del ambiente externo (Carrillo-Mora, 2010).

- Memoria intermedia, tiene lugar durante un número variable de horas después del aprendizaje. Algunas informaciones sólo se mantienen durante este período y no llegan a establecerse nunca en una memoria a largo plazo. Es el caso, por ejemplo, el recuerdo de los detalles del vuelo (compañía aérea, código de vuelo, hora prevista de llegada, etc.) de un familiar que debemos recoger en el aeropuerto. Muchas personas aprenden dichos datos antes de salir de casa, los mantienen en su memoria y, una vez utilizados, lo normal es que los olviden.
- Memoria a largo plazo, es aquella que se retiene durante períodos de tiempo prolongados, cuya extensión puede ser variable, pudiendo mantenerse desde meses, años o toda la vida. Su característica esencial es su persistencia. Un ejemplo, es la persistencia de algunos aprendizajes de habilidades como montar en bicicleta, o de algunos hechos autobiográficos, como el nombre de los abuelos, o el recuerdo del momento en que nos

regalaron el juguete preferido. Para que se forme este tipo de memoria, debe pasar por las dos fases previas, la memoria a corto plazo y a continuación en la memoria intermedia y finalmente en una memoria a largo plazo.

Para Tulving (1972, en Etchepareborda, 2005), la memoria diferida o memoria a largo plazo almacena el conocimiento verbal y visual, cada uno independiente, aunque se encuentre de manera interconectada, corresponde a todo lo que sabemos o lo que hemos aprendido.

Una parte de esta memoria contiene diferentes tipos de asociaciones básicas entre estímulos y reacciones aprendidas. Los vínculos entre los estímulos condicionados y las reacciones condicionadas, y entre las claves y comportamientos operantes se almacenan en la parte de la memoria a largo plazo. Las estructuras asociativas de la memoria a largo plazo son redes proporcionales o conjuntos interconectados que contienen modos y unidades (bits) de información.

- Ni la memoria de corto plazo ni la memoria de largo plazo son unitarias y ambas se pueden dividir de acuerdo con la modalidad visual, auditiva, táctil, olfativa, gustativa. Además, la memoria de largo plazo se puede dividir en semántica, episódica y de procedimiento.

Uno de los principales conceptos para entender la formación de la memoria a largo plazo es el de consolidación. La consolidación tiene lugar durante el periodo que se inicia tras producirse el aprendizaje y finaliza cuando la memoria se establece definitivamente en un almacén persistente. Durante este tiempo es posible interrumpir la memoria mediante la aplicación de diversos tratamientos que son capaces de generar amnesia. Ejemplo de ello, son los choques electroconvulsivos, la hipotermia, la hipoxia, el alcohol, y un amplio número de fármacos capaces de alterar distintos elementos de la cadena bioquímica subyacente a la formación de la memoria de largo plazo.

Dentro de los sistemas de memoria a corto plazo se encuentra la memoria de trabajo, ésta es considerada como un sistema encargado de almacenar y

administrar transitoriamente toda la información que se encuentra en uso para la realización de una tarea específica. Está conformada por un componente ejecutivo central y dos subsistemas: el circuito fonológico (encargado entre otras cosas del reforzamiento verbal implicado en el aprendizaje del lenguaje) y el esquema visoespacial que está encargado del almacenamiento transitorio de la información espacial del ambiente externo (Carrillo-Mora).

¿Cómo trabaja la memoria?

En función de la clase de información que se almacena Squire (1987), realizó una distinción entre la memoria declarativa encargada de almacenar datos y sucesos; y la memoria no declarativa, relacionada con el desarrollo de habilidades y otros procesos.

La memoria declarativa Sandi, et al. (2001), también denominada memoria explícita, codifica información, acerca de acontecimientos biográficos y sobre el conocimiento de hechos. Puede adquirirse con una sola experiencia, e inducirse su recuerdo intencionalmente o mediante el contacto con algún estímulo evocador. Se distinguen dos subdivisiones: la memoria episódica y la memoria semántica Tulving (1983, en Ballesteros 1999).

- La memoria episódica es la que almacena acontecimientos, o episodios, experimentados a lo largo de la vida del sujeto, es decir, sus detalles autobiográficos, que se organizan de acuerdo con su ocurrencia temporal. Incluye el recuerdo del detalle: ¿qué vimos en la televisión la noche anterior?
- La memoria semántica es la que guarda información sobre el conocimiento del mundo, por ejemplo, que París es la capital de Francia, como hechos, por ejemplo, que la aspirina es útil para aliviar el dolor de cabeza, conceptos o el vocabulario. Del contenido de esta memoria se tiene un conocimiento explícito, independientemente del momento que se adquiere dicho conocimiento.

La memoria no declarativa. También denominada memoria implícita, está caracterizada por su automatismo. Es decir, ni para su adquisición, ni para su recuerdo, se requiere la realización de un acto intencional. Por ello, no depende para su expresión de la consciencia o de un procesamiento cognitivo. Generalmente, su establecimiento no es inmediato, sino progresivo, mediante la repetición de sus elementos. La forma de comprobar que se ha producido es a través de la actuación y normalmente se traduce en un aumento en el rendimiento. Algunos ejemplos de este tipo de memoria se encuentran las habilidades perceptivas, y motoras, el aprendizaje de ciertos procedimientos o reglas, como las de la gramática.

Este tipo de memoria contiene diversas subcategorías heterogéneas en su contenido y función, como son: la memoria procedimental, el priming, el aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico y operante) y el aprendizaje no asociativo (habituaación, deshabituaación y sensibilización) mediado por vías reflejas. La memoria procedimental se refiere al almacenamiento y recuperación de información sobre habilidades motoras, es decir, el aprendizaje de saber cómo hacer distintas tareas. El priming es un tipo de memoria implícita que comparte algunas características con la memoria procedimental pero también con la semántica. En ésta participan áreas neocorticales de asociación visual (Carrillo-Mora, 2010).

Memoria prospectiva. Este tipo de memoria es definida como el recuerdo de algo que se tiene que hacer en un momento determinado en el futuro. Este tipo de memoria tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la memoria funcional de todos los días. Implica la funcionalidad de lo cotidiano en diferentes ámbitos como el laboral, escolar, familiar, social y personal. Ejemplo: "tengo que tomar mi medicamento a las 12:00 en punto". La memoria prospectiva permite programar, planificar, organizar y acceder al material almacenado. También, conduce a monitorear y manipular asociaciones en tiempo y espacio y a llevarlas a cabo (Ostrosky - Solís, et al. 2005).

Gonzalo (2002), menciona que los cambios de memoria en las personas mayores se van presentando de manera diferente. La primera dificultad que se observa es

para recordar los nombres, pero específicamente todo aquello que no va ligado a la emotividad o afectividad. Pero si se pueden recordar ciertas características que identifican a las personas y aunque el nombre no esté presente se asocian las características que lo identifican. Y aquello que es de interés para las personas mayores, muestran mejor memoria de las cosas.

En relación con las distintas fases de la memoria, la que más se afecta con la edad es la evocación. Los datos y hechos que se quieren recordar sin conseguirlo permanecen en la memoria y se recuerdan en otros momentos. Esta dificultad puede estar precedida por el temor a la equivocación.

La memoria que más se afecta es la de los datos o hechos recientes, en cambio los recuerdos de la infancia y otros vividos con más antigüedad están más presentes debido a fueron realizados con más frecuencia y llevan consigo una carga emotiva.

Ballesteros (2000), menciona que, la memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia; es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan conservadas. Los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos senso perceptuales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia.

Dentro de los cambios cognitivos que se asocian con la vejez, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje. Estos cambios pueden estar asociados con la presencia de depresión en los adultos mayores (Durán-Badillo, 2013).

2.2 Soledad y demencia

La demencia, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, la “demencia” (del latín *dementia*) tiene dos acepciones: 1) locura, trastorno de la razón y 2) deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta. En su aplicación médica y psicológica, la demencia se define como deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales, acompañada de trastornos de conducta. No obstante, más que demencia, se debe hablar del síndrome demencial, ya que su etiología es variable y a la vez puede coexistir más de una patología, como ocurre en la demencia mixta degenerativa-vascular (Rodríguez, et al., en Chiquete, 2015).

En su estudio Rodríguez, cita que la demencia es una condición clínica común en la población de adultos mayores. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, en 2010 ya había 35.6 millones de personas con demencia en todo el mundo y en México 800,000; cifra que se estima alcanzará tres millones para 2050 debido a que la población está envejeciendo gradualmente. Ello indica que si los adultos mayores de 65 años desarrollan demencias serán más dependientes de sus cuidadores a causa del deterioro de sus capacidades funcionales. Igualmente, estarán en mayor riesgo de ser hospitalizados, lo cual no sólo repercutirá en su economía, sino también en su calidad de vida.

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no sólo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

La OMS (2017) hace referencia a que la demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

Etapas tempranas: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- Tendencia al olvido;
- Pérdida de la noción del tiempo;
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapas intermedias: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapas tardías: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- Dificultades para caminar;
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

2.2.1 Formas más comunes

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

Tanto como la OMS, & Chiquete (2015) mencionan que aún no hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Los tratamientos son numerosos, aún se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Lo que sí, es que existen, en cambio, numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son:

- Diagnosticarla precozmente para posibilitar un tratamiento precoz y óptimo;
- Optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar;
- Identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes;

- Detectar y tratar los síntomas conductuales y psicológicos problemáticos; como el consumo de productos adictivos, alcohol, cigarro, sustancias psicotrópicas;
- Proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores,
- Evitar la inactividad física, la obesidad, las dietas desequilibradas, la diabetes y la hipertensión,
- Otros factores de riesgo modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.

En los países desarrollados cada vez hay más personas mayores y, en consecuencia, más deterioro progresivo e irreversible lo que propiciará el aumento en el costo económico en la atención a las demencias al año 2040, según publicación de un estudio realizado en EE. UU; por The New England Journal Of Medicine (Chiquete, 2015).

En el análisis que hace Yanguas (1998), uno de los principales problemas desde la perspectiva psicológica, por los que pasan los adultos mayores es el aislamiento y la soledad, aunque para los adultos mayores, esto no es visto como un problema grave.

Por otro lado, Gonzalo (2002) explica que la soledad que suelen experimentar los ancianos cuando los hijos se independizan y los familiares y amigos van muriendo tiene un doble efecto como pérdidas: por un lado, es el dolor que se siente por la desaparición de las personas con las que existía un estrecho parentesco o amistad, y por otro, el temor a la soledad, en esta época de la vida en la que más se necesita el cariño y la ayuda. La manera de vivir la soledad puede ser distinta entre las personas, que creen y practican su fe y entre lo no creen y practican lo que creen.

Los que están convencidos de que Dios es un padre misericordioso, que está pendiente, con su providencia, hasta de los sucesos más significativos de nuestra

vida, se sienten protegidos en todo momento, por Dios. Aunque falten los apoyos humanos, nunca se sienten solos y desamparados.

Para los adultos que no tiene una filiación divina, la pérdida de la familia, de los amigos y su perspectiva de que irá en aumento, los lleva a sentirse solos, desamparados, y la ansiedad será su compañera inseparable, llegando a caer en un estado depresivo.

Para analizar cómo influye la soledad en la demencia, un grupo de investigadores del Centro Médico de la Universidad de Ámsterdam (Holanda), (2013) hicieron un seguimiento durante tres años a 2 mil personas mayores sin síntomas en el inicio del sondeo. Éste formaba parte de un proyecto más amplio conocido como Estudio de la Tercera Edad en Ámsterdam (AMSTEL), con el que los científicos querían evaluar los factores de riesgo para la depresión y la demencia en las personas mayores.

En el AMSTEL, los investigadores analizaron los signos de soledad y su relación con el deterioro cognitivo. Para ello diferenciaban a quienes se sentían solos de los que no tenían esta sensación, aunque vivieran solos, no estuvieran en pareja o no tuvieran apoyo social.

Al cabo de los tres años que duró el estudio, el 13,4% de las personas que se sentían aisladas tenían demencia. En cambio, solo el 5,7% de las que afirmaban estar solas, pero sin sentir soledad, desarrollaron la enfermedad. Por lo que concluyeron de acuerdo con este estudio, que la soledad aumenta de forma clara el riesgo de sufrir esta pérdida progresiva de las funciones cognitivas.

Pero la investigación arrojó otras conclusiones interesantes: el 10% de las personas que vivían solas sufría demencia al final del estudio; y solo el 5% de quienes vivían acompañadas.

Los autores del estudio señalan que "todavía no se conoce bien el papel de los sentimientos de soledad y del aislamiento social en su desarrollo". En su opinión, la soledad podría afectar de manera negativa a las capacidades cognitivas, ya

que las personas que se sienten solas las utilizarían mucho menos que las que tienen más relaciones sociales. Aunque también podría ser que la soledad es una reacción psicológica cuando empiezan los primeros signos de pérdida de la función cerebral.

2.2.2 La importancia del diagnóstico precoz

A la vista de la relación entre soledad y demencia, los autores del AMSTEL consideran que es necesario "un mejor conocimiento del sentimiento de soledad en esta enfermedad para identificar a las personas que tienen más riesgo de padecerla". Es fundamental realizar un diagnóstico precoz, ya que no hay ningún tratamiento que pueda curar la enfermedad.

Además, según el Informe Anual sobre el Alzheimer 2011 realizado por Alzheimers Diseñase International (ADI), sólo el 25% de los 35 millones de afectados por algún tipo de deterioro cognitivo ha sido diagnosticado y realiza un tratamiento.

Otro aspecto que se ve afectado es la aptitud psicomotriz. En ellas destacan enlentecimiento, atenuación de reflejos, trastornos del equilibrio, trastornos del conocimiento del propio cuerpo, trastornos en la ejecución de actos voluntarios, disminución en la capacidad de conocimiento perceptivo y de identificación. Trastornos de la escritura: disminución del pulso, dimensiones, continuidad, grafías, dirección más descendente (Ballesteros (1999), Durán Badillo (2013), Fernández - Ballesteros (2000).

Así como también, cambios en las articulaciones y huesos, que pueden provocar osteoporosis y osteoartritis, inseguridad en la marcha generando caídas frecuentes y fracturas.

Lo cual puede complicarse y afectar su recuperación al caer en un estado depresivo, pues las dificultades de movilidad deterioran el estado del ánimo generando mayor sufrimiento al verse imposibilitado a realizar sus actividades cotidianas y confinado en muchas ocasiones a una silla de ruedas o estar encamado por largos periodos

de tiempo. Por lo que es importante, ayudar a los adultos mayores, a identificar un estado depresivo, afín de que se les brinde la ayuda psicológica oportuna y no sea el motivo de empeorar su calidad de vida.

Con frecuencia la depresión conlleva deterioro cognitivo, condiciones que deben identificarse para la detección oportuna y preventiva de daños en la salud del adulto mayor (OMS, 2010).

CAPÍTULO III DEPRESIÓN

La depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (DSM IV).

La depresión mayor la persona presenta 5 o más síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia (marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días), que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas e funcionamiento.

Los síntomas que se pueden presentar son alteraciones de sueño, cambios de peso o apetito, pérdida de energía, aumento o descenso de la actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento psicomotriz casi todos los días), pérdida de concentración (disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día), sentimiento de culpa o inutilidad, ideación suicida (pensamientos recurrentes de muerte o suicidio) (DSM IV).

3.1 Depresión en el adulto mayor

La depresión es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad. Las consecuencias de la depresión no atendida son progresivas y de variable intensidad, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio.

Por lo anterior, se afirma que la depresión es un problema psicológico de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor, lo que ha motivado su estudio como lo muestran algunos resultados de investigaciones realizadas en México que reportan la prevalencia de depresión en los adultos mayores, que oscila entre el 29% y el 66%, y se ha encontrado que la depresión es más común en mujeres, de mayor edad, con deterioro cognitivo, comorbilidad, discapacidad, bajo

nivel socio-económico y múltiples hospitalizaciones (Fernández- Ballesteros (2000).

Las distimias son estados de ánimo anormales frecuentes en la edad adulta y en la senectud. En ocasiones las personas consideran que es algo propio de la vejez y no recurren por ello al médico. En la asistencia primaria, se tienen reporte de que menos del 18% de los pacientes asisten a consulta médica, lo que representa un 4% de la población global, aunque se cree que las cifras se puedan duplicar, por las personas que, aunque padecen distimia no asisten a consulta. Es frecuente que el motivo de la visita médica no sea la alteración del estado de ánimo, sino los síntomas somáticos, tales como pérdida de apetito, insomnio, disminución del impulso sexual, pérdida de peso, etc. Gonzalo (2002).

En la alteración del estado de ánimo, se pueden presentar síntomas depresivos, de ansiedad, trastornos bipolares con alteraciones cualitativas o cuantitativas en torno al continuo tristeza-alegría Gonzalo (2002) &Yanguas (1998).

La sintomatología habitual de la depresión se caracteriza por disminución de la actividad, pérdida de la autoestima, retraimiento social, pesimismo, trastorno del sueño, llanto e ideación suicida. En los adultos mayores esto se puede deber a la soledad, al vacío, la apatía, la ansiedad, a la tendencia al retraimiento y al desinterés general por el entorno. La depresión se complica con trastornos somáticos como algias, cefaleas, trastornos gastrointestinales, hipertensión arterial, trastorno vascular cerebral, cardiopatía, y la diabetes, entre otros, Duran - Badillo, Fernández-Ballesteros, (2002) Gonzalo (2002) &Yanguas (1998).

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Además de los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea

deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional. La función cognitiva es otro problema de salud psíquica que, aunado a la depresión, afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores.

En la ansiedad los síntomas más frecuentes son, en la esfera somática: sensación de profundo malestar, sudoración, temblor, vértigo, expectación ansiosa, e irritabilidad general, preocupación o temor por algo no definido que le puede ocurrir en el futuro, temor a situaciones negativas, a perder la salud, a padecer demencia senil, a la invalidez, a las dificultades económicas inherentes a la jubilación, a la soledad, etc. (Gonzalo, 2002, & Fernández, 2000).

Los trastornos bipolares son mucho menos frecuentes que los depresivos y siempre existen antecedentes. Cuando aparecen por primera vez en la vejez, se deben a delirio secundario, a enfermedad o a tratamiento farmacológico. El cuadro de alegría, euforia, rápidamente puede convertirse en irritabilidad, hiperactividad, verborrea, impulsividad, fuga de ideas, incapacidad de mantener la atención, disminución de la necesidad de sueño e ideas de grandiosidad. La hiperactividad puede estar disminuida, pueden mezclarse síntomas maníacos y depresivos, puede aparecer confusión, es importante diferenciar la manía de la depresión ansiosa o agitada (Yanguas, 1998).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las

enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes de tipo 2. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo, no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal.

3.2 Pérdidas

En esta etapa aumenta considerablemente la posibilidad de ocurrencia de pérdidas vitales significativas y de la viudez, que es la crisis más perjudicial del ciclo vital, el abandono o desapego de los hijos. Se dan pérdidas reales (Yanguas, et al 1998) como la viudez, la pérdida física de amigos, la pérdida física del empleo o el inicio de la jubilación, la pérdida del rol profesional tras la salida del empleo, todo ello es un conjunto de pérdidas de afectos, conductas y cogniciones lo que puede generar un estado emocional ambiguo e inseguro y llevar a duelos en muchos de los casos no resueltos lo que genera situaciones devastadoras, dolorosas que puede impactar directamente en la capacidad de adaptación de la persona, y agazaparse tras las características de la depresión, como un duelo continuo, como un patrón distímico (Rivera-Ledesma, Montero-López, 2009), de independencia, soledad y angustia y depresión.

Estas pérdidas hacen más susceptibles a los adultos mayores de padecer alteraciones en su salud mental, teniendo que volver a organizar su vida y hacer ajustes ante estos cambios, lo cual en muchas ocasiones representa una situación crítica para ellos, como parte de un proceso de duelo que en muchas ocasiones no se trabaja y queda como un proceso no resuelto en esta etapa de su vida.

Durante esta etapa se evidencia en algunos padres ancianos, sentimientos de tristeza y sentido de pérdida vinculado con el crecimiento de sus hijos y la salida de éstos de su hogar, mientras que otros expresan un nuevo sentido de libertad y buscan invertir su tiempo para hacer actividades que antes no habían podido hacer.

Las personas que dejan de trabajar por su jubilación empiezan a sentirse vacías, inútiles, y sin propósitos de vida, la jubilación empobrece la mayoría de los adultos mayores, si la persona está desprovista de un sistema de pensión. Aun contando con las pensiones, su ingreso no será el mismo.

Los adultos mayores que sufren pérdidas familiares y sociales expresan el duelo a través de manifestar tristeza, melancólica, algunos se mantienen silenciosos, con la mirada fija, sin ánimo, pierden el apetito, se aíslan en su casa, duermen en exceso, dejan de realizar actividades ocupacionales o de esparcimiento, lo cual puede ser expresión de soledad, depresión lo cual disminuye su calidad de vida en esta etapa, presentando una serie de problemas personales, actitudinales y familiares como alteraciones en las relaciones con su entorno, en el sueño y descanso, en el concepto de sí mismo; también pueden llegar a acelerar el proceso degenerativo cognitivo (Fernández-Ballesteros 2000).

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

La población de los adultos mayores es un tema que si bien ha sido estudiado, desde hace dos décadas en que se empezó a notar el cambio en la estructura de la pirámide poblacional, aún no se han abordado en todos los ámbitos de atención a la salud tanto psicológica como médica los problemas que conlleva una etapa de la vida a disfrutar con calidad.

La familia y la sociedad tienen un papel fundamental en las personas mayores para contribuir con ellas a cuidar y preservar su funcionamiento cognitivo, ya que es frecuente considerar o creer que por llegar a la edad de 65 o más es normal que las personas sufran de deterioro cognitivo y depresión. Cuando estos dos últimos factores no precisamente son ocasionados por llegar a un declive de esta etapa de la vida, sino más bien por factores asociados a variables externas como son el abandono familiar, la soledad, la depresión, además de consecuencias de enfermedades biológicas y físicas y se deja de prestar la debida atención tanto médica y sobre todo psicológica.

Es por ello importante estudiar si efectivamente la depresión afecta negativamente en el deterioro cognitivo de las personas mayores.

4.2 Preguntas de investigación

¿Los adultos mayores presentan depresión?

¿Los adultos mayores presentan deterioro cognitivo?

¿Los adultos mayores muestran afectación en la memoria?

¿Si sí se afecta la memoria, que tipo de memoria tiene mayor pérdida?

¿Existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo?

4.3 Objetivo general

Determinar la posible relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores.

4.4 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de depresión que presentan los adultos mayores.
- Identificar si existe deterioro cognitivo en adultos mayores y de qué tipo.
- Identificar si hay pérdida de memoria en personas adultas mayores que presentan depresión.
- Identificar el tipo de memoria que se ve afectado con mayor prevalencia.
- Identificar la relación de la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

4.5 Variables

Variable independiente: Depresión

- Definición conceptual: es un estado de ánimo bajo, en el que existe una sensación de vacío y abatimiento, que no siempre está relacionada con una pérdida (aunque puede estarlo) y en la que a veces no se identifica la razón de esa emoción que está enraizada en el interior de quien la padece.
- Definición operacional: puntaje obtenido en la escala de Depresión Geriátrica Yesavage.

Variable dependiente: Deterioro cognitivo

- Definición conceptual: según la OMS, la pérdida de la memoria en la vejez (trastorno cognitivo leve) comprende una serie de trastornos en la capacidad cognoscitiva, es decir trastornos de memoria y una capacidad de retentiva muy limitada. Además, a los afectados les resulta muy complicado concentrarse por un largo periodo en una misma tarea. Las pruebas de memoria suelen determinar pérdida del rendimiento, aunque llega el momento que ésta ya no avanza más. El término cognitivo proviene del

vocablo latino cognoscere, que significa reconocer o conocer. Así los trastornos cognoscitivos incluyen trastornos en la zona del reconocimiento, más precisamente en la zona de la memoria a corto plazo, la concepción y la atención.

- Definición operacional: Adultos mayores de 65 años que presentan fallas continuas en la memoria a corto plazo, dificultad de aprender tareas nuevas observadas en el resultado de la prueba Mini Mental

4.6 Diseño de investigación

No experimental, ya que no se manipularon las variables, únicamente se midieron en su ambiente natural, teniendo como objetivo evaluar la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o dos variables en un grupo de personas para poder describirlas.

4.7 Tipo de estudio

El trabajo corresponde a un estudio descriptivo, transversal, ex post facto y de asociación ya que busca especificar las características de un grupo de personas y de comunidades de adultos mayores a través de la aplicación de dos instrumentos sobre las variables mencionadas sin hacer ningún tipo de manipulación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)

4.8 Participantes: se trabajó con 30 personas mayores de 65 años de ambos sexos que asistían a un centro de día para la tercera edad, con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores
- Personas mayores de 65 años
- Que asistan a Centros de Día
- Que vivan en sus domicilios

Criterios de exclusión:

- Personas con diagnósticos de algún tipo de demencia
- Personas con enfermedades psiquiátricas declaradas
- Personas con enfermedades neurodegenerativas cognitivas (Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Huntington).

4.9 Muestreo

La técnica que se empleó en este estudio fue una muestra no probabilística, intencional por cuotas en donde los adultos mayores que se seleccionaron debían contar con las características establecidas para el estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

4.10 Instrumentos de investigación

Instrumento 1

Mini-Mental State Examination. Mini Examen Cognoscitivo (lobo MEC)

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini – Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de evaluación de demencias, útil en el seguimiento de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales. Diseñado por Folstein y Mc Hung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza para detectar evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas, para cuantificar el grado de demencia y delirio en pacientes psiquiátricos, neurológicos y geriátricos para evaluar la respuesta a tratamientos farmacológicos, como parte de baterías más extensas, como instrumento de estudios epidemiológicos y para la detección de la demencia y su incidencia. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. Ardila & Ostrosky (2012).

La versión de 35 puntos fue la primera y es la más utilizada actualmente en México en el Instituto Nacional de Neurología, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre otros. Estudios realizados en comparación con la prueba ampliada 3MS para evaluar la confiabilidad de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach obtuvo 0.8007 (muy bueno), y para el 3MS, de 0.8820 (muy bueno tendiendo a excelente) Ramírez (2011).

Es una sencilla escala estructurada, no requiere más de 5 a 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Material requerido: Cuestionario, hoja de papel y lápiz.

Espacio físico recomendado. Se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación

La aplicación se realizó de forma individual con cada una de las personas bajo las siguientes indicaciones, sin hacer correcciones en las respuestas erróneas.

1. Se le explicó a la persona la importancia y relevancia del cuestionario.
2. Se especificó el número de preguntas que contenía el cuestionario y el tiempo aproximado de su aplicación.
3. Se aplicó el cuestionario sin la presencia de alguna otra persona.

4. Se consideró la escolaridad y situación física de la persona, ya que en caso necesario se le habló con un tono de voz más elevado para que escuchara bien cada una de las preguntas.
5. Se le dio el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
6. Cuando fue necesario y si el ítem lo permitía, se volvió a preguntar, aclarando lo que no era comprendido por la persona, a fin de asegurar su respuesta veraz.
7. Se solicitó que el instrumento se respondiera en su totalidad sin interrupciones.
8. Se anotó el puntaje total, de acuerdo con los puntajes correctos de cada pregunta.

Las puntuaciones de referencia son las siguientes:

El puntaje total es de 30 puntos.

27 ó más: normal

24 ó menos: sospecha patológica

12-24: deterioro cognitivo

9-12: demencia

Instrumento 2. Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE

Con el objetivo de conocer si las personas adultas mayores atraviesan por algún nivel de depresión, se aplicará la Escala de depresión geriátrica de Yesavage "Geriatric Depression Scale GDS, elaborada por Jerome Yesavage". Ésta escala se construyó para evaluar la depresión en personas adultas mayores.

Según los autores del instrumento, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas

adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación entre otros, según los criterios del DSM_IV_TR (Yesavege, Brin, Rose, Lum, Huang, eta al., 1982).

Descripción del instrumento.

El instrumento está formado por 30 reactivos de auto reporte que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas. Por ejemplo.

¿Siente que su vida está vacía? Si _____ No____; mientras que 10 son considerados ítems inversos. Por ejemplo: ¿En el fondo está satisfecho con su vida? Si_____ No_____.

Es una escala dicotómica en donde el entrevistado responde si o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto 30, en donde altas puntuaciones sugieren riesgos de presentar depresión.

Existen evidencias desde que apareció en 1982 que el instrumento funciona adecuadamente para la detección de la depresión, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 -0.95), y distintos tipos de validez.

La escala ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para mexicoamericanos. Así mismo, se ha aplicado a personas de diferentes edades, con características distintas en cuanto a niveles socioeconómicos y educativos, incluyendo analfabetos o personas con niveles educativos superiores. De tal forma que se ha convertido en, probablemente en el instrumento de tamiz más utilizado en centros geriátricos, hospitales y clínicas para la atención de adultos mayores Aguilar-Navarro, G, Fuentes–Cantú, A, Ávila-Funes, J, García-mayo, E. (2006).

Procedimiento de aplicación: El procedimiento de aplicación puede ser auto aplicación o se le pueden leer las preguntas a la persona entrevistada.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado. Se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Se le explicó a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario
2. Se especificó el número de preguntas que contenía el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Se aseguró que la persona pudiera responder sin ayuda, de lo contrario se le aplicó.
4. Se aplicó el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Se consideró la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, en caso necesario, se hizo la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, cuidando de no cambiar el sentido y objetivo de la pregunta.
6. Se le dio el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
7. En caso de que se notó alguna duda en la respuesta, se le preguntó nuevamente, aclarando los términos no comprendidos, para asegurar que la respuesta fuera veraz.
8. Cuando la persona lloró, se le trató de calmar y dio tiempo para recuperarse y se continuó con la aplicación.
9. El instrumento se solicitó fuera respondido en su totalidad.
10. Se anotó el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los "1" acorde con la clave.

Escala de evaluación

0 – 5 Normal

6 a 9 depresión leve

10 o más puntos indica probable depresión establecida

Procedimiento

Para llevar a cabo la aplicación de los dos instrumentos de evaluación se solicitó autorización a la Subdirección de Servicios Sociales y Culturales de la Delegación Xochimilco para asistir al Centro Comunitario para el Adulto Mayor el Mirador, ubicado en la colonia Ampliación Tepepan.

Una vez obtenido el visto bueno se acudió al centro comunitario y se le explicó a la coordinadora que estaba realizando una investigación relacionada con los adultos mayores para conocer su situación de deterioro cognitivo y depresión por la que pudieran estar pasando en esta etapa de la vida y poder proponer algunas actividades que favorezcan su estimulación cognitiva y afectiva.

En dos sesiones se les comentó a las personas reunidas en grupo que se acudía de la Facultad de Psicología de la UNAM ya que se estaba realizando una investigación en adultos mayores, para conocer cómo se encontraba su estado cognitivo y su relación con su estado emocional, a fin de determinar si atravesaban por alguna situación de depresión.

Se explicó que en muchas ocasiones la familia da por hecho que es normal que el familiar adulto mayor tenga pérdida de memoria tan solo por ser adulto mayor, pero que no siempre es normal, y que existen situaciones que deben ser atendidas por un especialista a su debido tiempo a fin de evitar que el deterioro avance con mayor rapidez, y además existen ejercicios y actividades que pueden hacerse con la finalidad de prevenir riesgos graves y accidentes en las personas.

También se les habló de la importancia de conocer algunos de sus derechos del adulto mayor, y con ello se le motivó a acceder a contestar las dos pruebas que se les aplicaría. Se proporcionó un salón aparte de donde ellos se reunían para realizar sus actividades. El tiempo que trabajé con cada persona fue aproximadamente de

15 a 20 minutos, primero aplique un formato Sociodemográfico, después el Mini Mental y por último el Test Yesavage al finalizar la aplicación de las pruebas les proporcioné una hoja de mandala y unos colores a fin de que la iluminaran en el tiempo que ellos quisieran ya fuera durante su permanencia en el Centro de Comunitario o se la podían llevar a su domicilio, algunos lo hicieron ahí mismo y otros se la llevaron y al día siguiente me la llevaban a mostrar como la habían iluminado. Cada día apliqué a 5 personas, al finalizar la aplicación agradecí a las personas y se les comentó que más adelante regresaría a proporcionarles los resultados y sugerencias de ejercicios.

Se entrevistó a 30 adultos mayores que asisten a un Centro Comunitario para el Adulto Mayor del Mirador en la colonia Ampliación Tepepan de la Delegación Xochimilco de la Ciudad de México, para describir el estado de deterioro cognitivo y depresión por la que atraviesan ya sean que vivan solos o en familia pero que experimentan sentimiento de soledad, se les aplicaron dos instrumentos, lo cual permitió conocer las posibles diferencias entre ellos y se realizó un análisis con respecto a las puntuaciones normalizadas.

Los adultos mayores asisten dentro de un horario de 9 a 14 horas, el tiempo y días de asistencia es libre y variable, las actividades que realizan pueden ser compartir el desayuno, bordar, tejer, platicar, leer algún libro, realizar alguna manualidad, o escuchar alguna plática de alguna persona que llega a impartir; los martes asisten un grupo de enfermeras y toman sus signos vitales, checan su nivel de azúcar y presión, también los martes de 12 a 14 horas cantan y bailan con el acompañamiento de un Sr. que interpreta piezas en un teclado, en ocasiones tienen paseos que les programa la delegación o por invitación de algún grupo social.

A todas las personas se les aplicaron los dos instrumentos de forma individual en un salón amplio bien iluminado, ventilado, que tenía una mesa y sillas e independiente de las demás actividades, todos mostraron buena actitud y disponibilidad, a excepción de una persona que se anuló su aplicación ya que mostró negativa a dar respuestas en el test de Mini Mental y en el test Yesavage a partir de la pregunta cinco comenzó con mucho llanto y no quiso continuar, por los

que se suspendió, al preguntar que le sucedía comentó que había fallecido su esposo hacia menos de 6 meses y que aún no lo superaba, por lo que la muestra quedó conformada por 29 personas adultas mayores.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de datos utilizando el programa IBM SPSS® para Windows V.21.0, el cual se dividió en tres fases:

1. Análisis descriptivo de la muestra, por medio del análisis de frecuencias.
2. Perfiles descriptivos de las variables depresión, pérdida de memoria y deterioro cognitivo, por medio del análisis de frecuencias.
3. Análisis de correlación entre las variables depresión y deterioro cognitivo, por medio de la prueba de correlación de Pearson.

CAPÍTULO V RESULTADOS

La primera parte consistió en la aplicación de una serie de preguntas que permitieron contextualizar al grupo de personas entrevistadas obteniendo la información que se describe y presenta en las siguientes figuras:

Con respecto a la edad, la muestra se distribuyó en un rango de 66 a 89 años, con un promedio de $\bar{X}=75.2$ y una desviación estándar de $s=6.5$, los cuales se observan a continuación.

Figura # 1 Edad

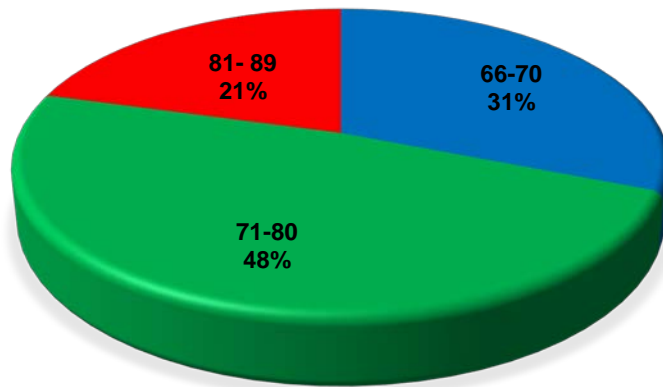


Figura # 1 Distribución de la muestra por grupos de edad.

En relación con el sexo, se observó que la mayor proporción correspondió a las mujeres (72%) tal y como puede observarse en la figura No.2.

Figura # 2 Sexo



Figura # 2 Distribución de la muestra por sexo.

Se identificó que el lugar de nacimiento de las personas correspondió a 11 entidades del país, destacando que la gran mayoría es originaria de la Ciudad de México(48%).

Figura # 3 Lugar de origen

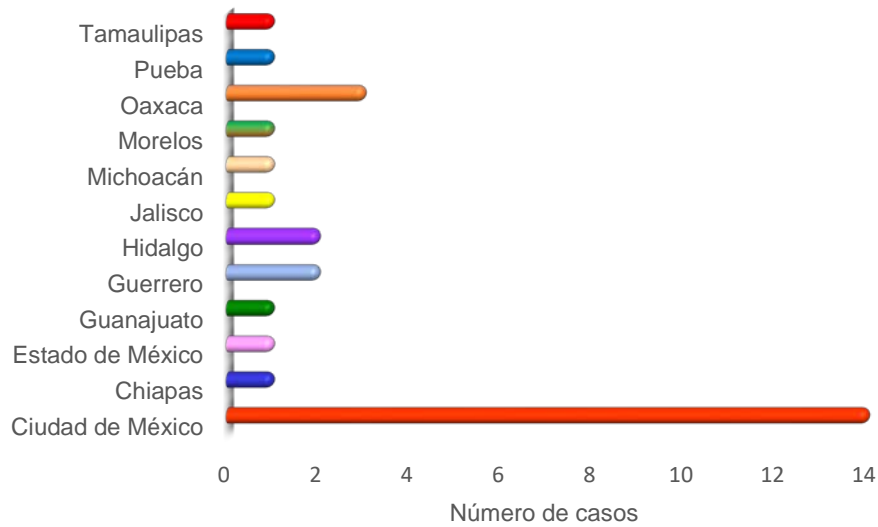


Figura # 3 Ciudades de origen de los participantes.

El estado civil que predominó en los adultos mayores fue viudos (41.4%).Fig. No.4

Figura # 4 Estado civil

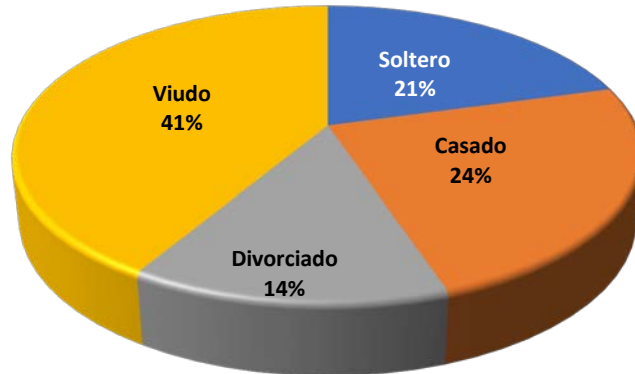


Figura # 4 Estado civil de los adultos mayores

La religión católica es la que mayormente profesan los adultos mayores encuestados (86.2 %).

Figura # 5 Religión

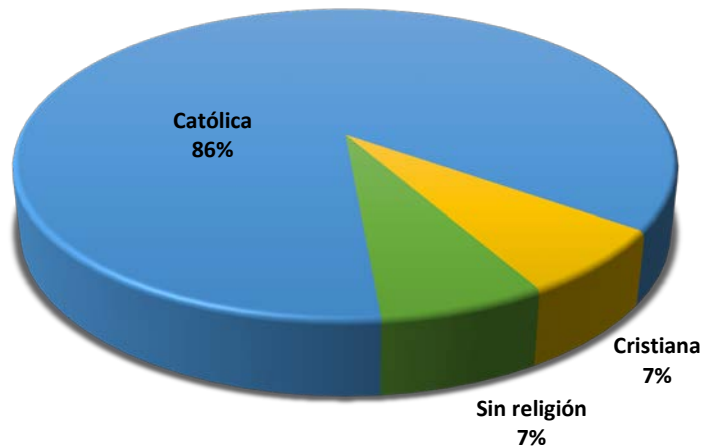


Figura # 5 Religión que profesan los adultos mayores

En cuanto a nivel educativo la población encuestada se caracterizó por haber cursado el nivel primario (41.4%).

Figura # 6 Nivel educativo

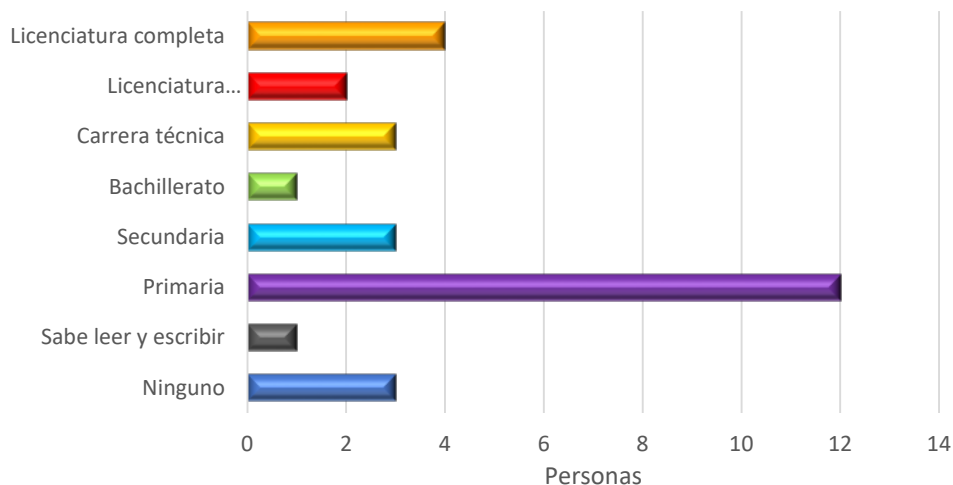


Figura # 6 Nivel de estudios que tienen los adultos mayores

Los adultos fueron personas económicamente activas, sin embargo, lo que más predominó debido a que la mayor población entrevistada fueron mujeres, fue ser ama de casa desde etapas muy jóvenes de edad (56.4%).

Figura # 7 Ocupación anterior en la etapa adulta

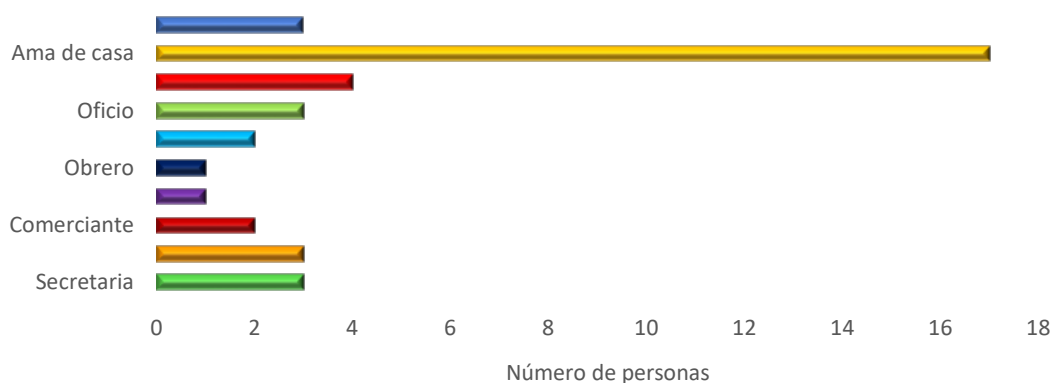


Figura # 7 Ocupación anterior que tenían los adultos mayores

Respecto a la actividad actual que predomina sigue siendo ser compartir la responsabilidad de ama de casa (69%).

Figura # 8 Ocupación actual en la etapa adulta

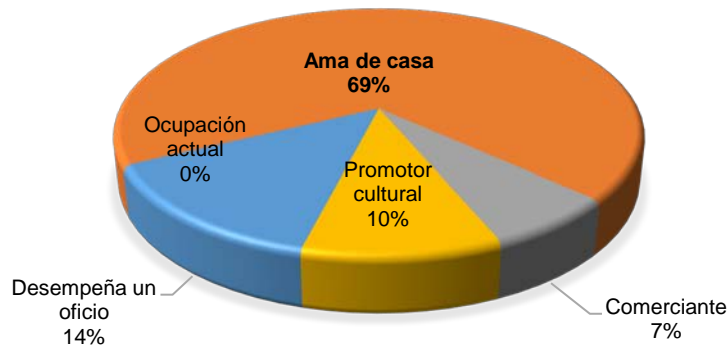


Figura # 8 Ocupación actual de las personas entrevistadas

Se indagó si viven solos o acompañados las personas adultas mayores encuestadas, mencionaron vivir con un familiar (66.%).

Figura # 9 Viven solos o acompañados los adultos mayores

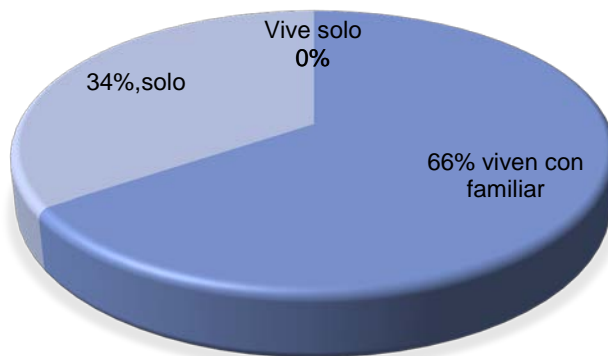


Figura # 9 Viven solos o acompañados

Las personas que viven acompañados viven al menos con uno de sus hijos (50%).

Figura # 10 Con quién viven

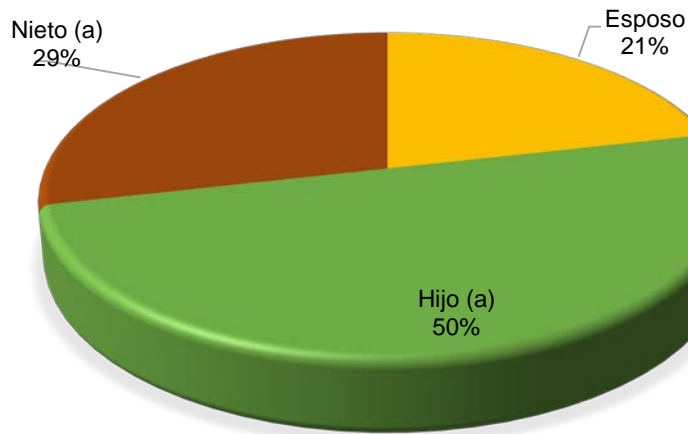


Figura # 10 Familiar con el que viven

Respecto a sus fuentes de ingresos éstas son variables, pero predomina el apoyo del gobierno Federal de SEDESOL de 60 y más, así como el de la despensa para los Adultos Mayores de Ciudad de México (35.7%).

Figura # 11 Ingresos económicos

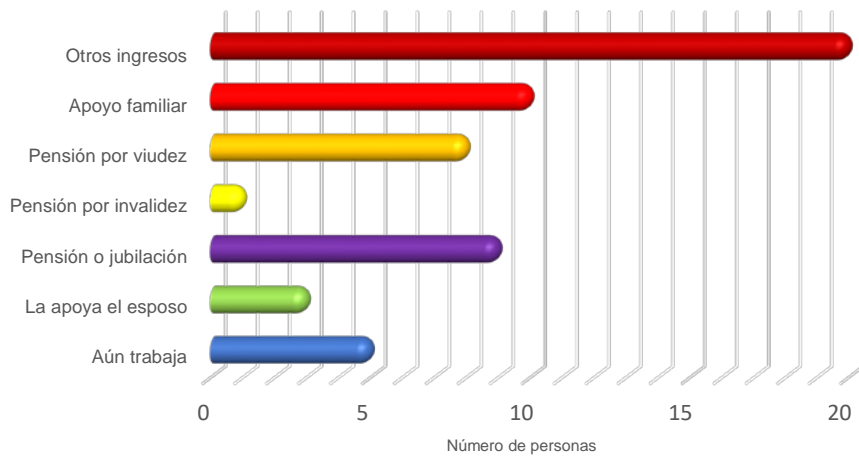


Figura # 11 Fuente de ingresos de las personas adultas mayores

En relación a su estado de salud predomina la diversidad de trastornos visuales, auditivos, secuelas de cáncer, enfermedades de la tiroides y problemas renales (30.4%).

Figura # 12 Enfermedades que padecen

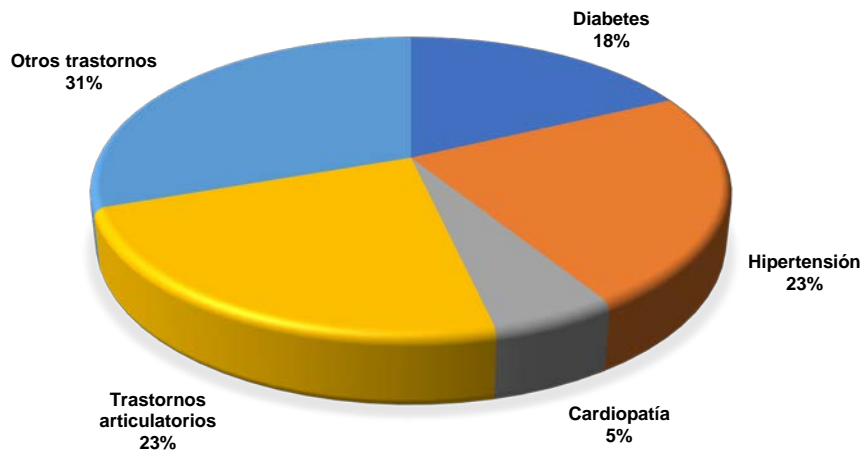


Figura # 12 Enfermedades que padecen actualmente las personas entrevistadas

Sin embargo, a pesar de tener algunos problemas de salud, no considera tengan una situación de polifarmacia (79.3%).

Figura # 13 Situación de polifarmacia

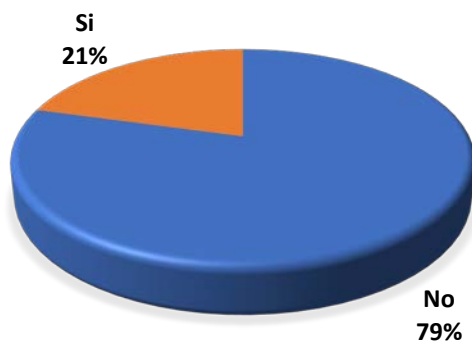


Figura # 13 Tiene situación de polifarmacia

Por otro lado, las personas califican su estado de salud como regular (41.4%).

Figura # 14 Estado de salud



Figura # 14 Estado de salud

Sin embargo, al preguntarle cómo consideran su salud comparados con otras personas de su misma edad, la evalúan como mejor (48.3%).

Figura # 15 Estado de salud en comparación con otras personas

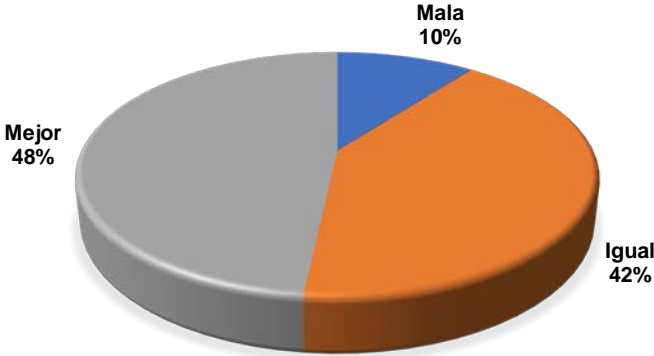


Figura # 15 Estado de salud comparativa

Una vez que se concluyó el análisis descriptivo sociodemográfico de la población estudiada, se procedió a realizar el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del test Mini Mental, como se mencionó en la introducción, esta investigación comenzó con la premisa fundamental de conocer si existe deterioro cognitivo o pérdida de memoria en adultos mayores y si esta pérdida se da con mayor frecuencia en las personas que experimentan algún grado de depresión.

En primer término, se presentan los resultados del instrumento del Mini Mental para evaluar el deterioro cognitivo y pérdida de memoria y posteriormente los resultados del Test Yesavage con el que se midió el grado de depresión.

El examen Mini Mental cuenta con 10 reactivos que se organizan en 7 categorías de acuerdo con el factor que evalúan. A continuación, se muestra la tabla No. 2 que describe las 7 categorías y los reactivos que las integra, así como el tipo de memoria que evalúa cada una de éstas y el puntaje máximo posible a obtener en ellas.

Tabla # 2 Áreas y reactivos del test Mini Mental.

Número de reactivo	Categoría	Tipo de memoria	Puntaje máximo total de la categoría*
1,2	Orientación espacial	Memoria declarativa o a largo plazo	10 (5,5)
3,4	Atención, concentración y memoria.		8 (3,5)
5	Memoria diferida	Memoria diferida	3
6	Lenguaje	Memoria de trabajo o acorto plazo	3
7	Comprensión verbal		3
8,9	Comprensión escrita		2 (1,1)
10	Capacidad espacial y seguimiento de instrucciones		1
Total, deterioro cognitivo			30

Clasificación tomada del manual del Mini Mental

* En las categorías que incluyen más de un reactivo, se anota entre paréntesis el puntaje de cada uno de éstos.

Para determinar el nivel de deterioro, se sumaron los reactivos 1 al 10 y los resultados se clasificaron de la siguiente manera:

- * 27 o más, la situación cognitiva puede considerarse normal
- * 24 a 26 puntos se considera sospecha patológica
- * 12 a 23 puntos deterioro cognitivo y,
- * Menos de 12 puntos demencia.

Es importante identificar que, en relación con la medición del deterioro, los puntajes más bajos indican un mayor deterioro, por lo tanto, el puntaje máximo posible a obtener en la escala es de 32, el cual indica un nivel normal.

Una vez obtenido el total de deterioro se realizó un análisis de frecuencias con el que se obtuvo una media de $\bar{X}=22.06$ y una desviación estándar de $s=4.43$, observando que existe deterioro cognitivo en 62.1% de los adultos mayores que participaron en el estudio (de acuerdo con la clasificación anteriormente presentada).

Figura # 16 Salud cognitiva

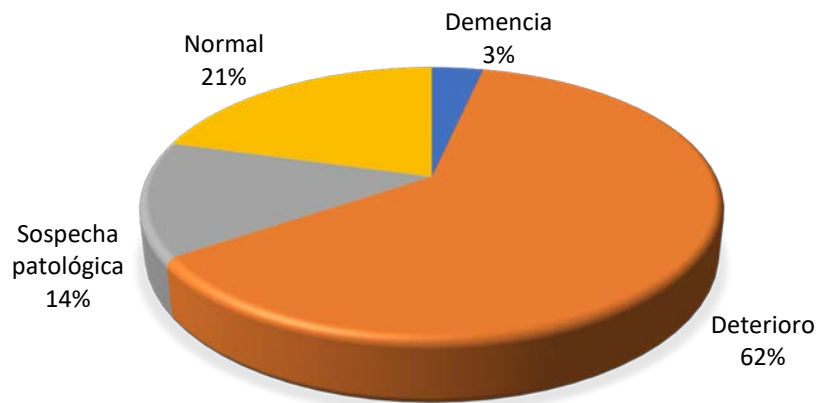


Figura # 16 Estado cognitivo

Una vez que se realizó el análisis correspondiente al instrumento Mini Mental que permitió identificar el nivel de deterioro en la muestra participante, se procedió a realizar un análisis de acuerdo con las categorías señaladas anteriormente, para lo cual se realizó una suma de los reactivos que integraron cada categoría, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla # 3 Puntajes promedio por categoría del test Mini Mental.

Categoría	\bar{X}	s	Puntaje máximo para normalidad
Orientación espacial	8.5	2.48	10
Atención, concentración y memoria.	4.2	2.69	8
Memoria diferida	1.8	1.12	3
Lenguaje	2.8	0.39	3
Comprensión verbal	2.5	0.73	3
Comprensión escrita	1.62	0.65	2
Capacidad espacial y seguimiento de instrucciones	0.29	0.47	1

Tal y como puede observarse la categoría que obtiene la media más baja con respecto al puntaje esperado es **memoria diferida y la capacidad espacial**.

Posteriormente, para conocer si existía alteración en la memoria, se procedió a organizar los puntajes del Mini Mental en los funciones de memoria, ya que si bien miden deterioro cognitivo, también los reactivos piden una función cognitiva que evalúa un proceso de la función asociado a la memoria los cuales se determinaron de acuerdo con la literatura (Galtier, Nieto, Barroso, & Norelis, (2009)Palacios y Morales, 2011) y se clasificaron en tres tipos de memoria: declarativa o a largo plazo, diferida (como lo establece el propio Mini Mental) y de trabajo.

La memoria declarativa o a largo plazo es aquella que prevalece en el sujeto a lo largo de varios años o durante la mayor parte su vida y que permite evocar eventos del pasado, mediante procesos neurobiológicos o de recuperación de la información, básica en el aprendizaje y el pensamiento. Los reactivos 1,2, 3 y 4 están asociados a esta actividad neurológica.

La memoria diferida, es denominada también como memoria a largo plazo, pero en éste instrumento el reactivo 5 se identifica específicamente para evaluar éste tipo de memoria, y tiene relación con el almacenamiento del conocimiento de la forma verbal y visual, aunque independientemente se encuentren interconectados.

La memoria de trabajo, o a corto plazo es la que guarda y procesa durante breve tiempo la información que viene de los registros sensoriales y actúa sobre ellos y también sobre otros. La memoria de trabajo está formada por tres componentes:

- Bucle articulatorio: encargado de mantener activa y manipular la información presentada por medio del lenguaje.
- Agenda visoespacial: encargada de elaborar y manipular información visual y espacial.
- Ejecutivo central. Se considera elemento nuclear gobierna los sistemas de memoria.

Los reactivos 6,7,8,9,10 implican tareas en donde se piden ejecutar actividades de memoria relacionados con estas funciones de memoria.

Para realizar dicha clasificación, se llevó a cabo en primer término una sumatoria de los reactivos que integran cada tipo de memoria (ver tabla 2), para posteriormente recodificarlos y establecer puntos de corte, a los que se les identificó como niveles en la memoria.

Con la finalidad de ubicar alteraciones en el estado de cognitivo de la memoria se consideraron los cuatro niveles utilizados en el instrumento, desde el más grave como es la demencia hasta la situación normal, y se clasificaron dependiendo del puntaje máximo para cada nivel.

Con respecto a la memoria a largo plazo la clasificación se realizó, como se muestra en la tabla No. 4:

Tabla # 4. Memoria a largo plazo o declarativa:

0 a 4 puntos	Deterioro de la memoria
5 a 9 puntos	Trastorno de la memoria
10 a 14 puntos	Dificultad en la memoria
15 a 18 puntos	Memoria conservada

En cuanto a la memoria a largo plazo o declarativa el análisis de frecuencias mostró que el 58.6% de la población participante presentó dificultad de memoria, de manera particular se observó que ninguna persona presenta deterioro en lo

que a esta clasificación respecta, el resto se distribuyó tal y como se observa en la figura 17.

Figura # 17 Memoria Declarativa

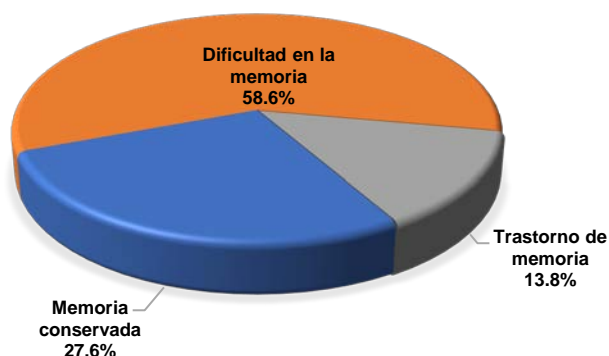


Figura # 17 Situación de la memoria a largo plazo o declarativa

Con respecto a la memoria diferida únicamente se consideró el reactivo 5 tal y como lo determina el instrumento, y se clasificó de la siguiente manera, ver tabla 5:

Tabla # 5. Memoria diferida:

0 puntos	Deterioro de la memoria
1 punto	Trastorno de la memoria
2 puntos	Dificultad en la memoria
3 puntos	Memoria conservada

En cuanto a la memoria diferida el análisis de frecuencias indica que la población estudiada presentó deterioro de la memoria (34.5%), el resto de la población se distribuyó como se presenta en la figura 18.

Figura # 18 Memoria Diferida

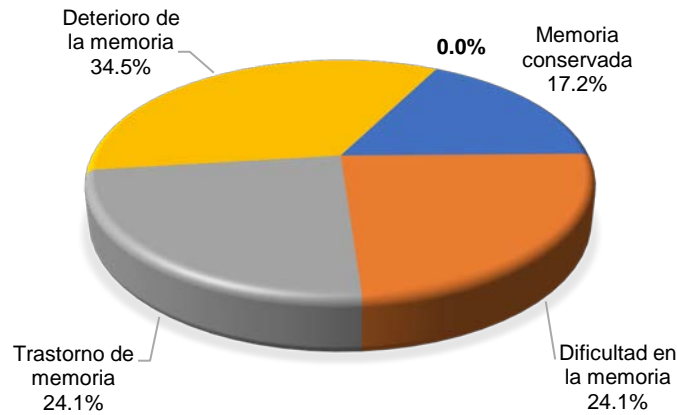


Figura # 18 Situación de la memoria diferida

Con respecto a la memoria de trabajo la clasificación se realizó de la siguiente manera:

Tabla# 6. Memoria de trabajo:

0 puntos	Deterioro de la memoria
1 a 3 puntos	Trastorno de la memoria
4 a 7 puntos	Dificultad en la memoria
8 a 9 puntos	Memoria conservada

Respecto a la memoria de trabajo el análisis de frecuencias mostró que el 55% de la población participante conservada su capacidad de memoria, de manera particular se observó que ninguna persona presenta deterioro en lo que a esta clasificación respecta, el resto se distribuyó tal y como se observa en la figura No. 19

Figura # 19 Memoria de Trabajo

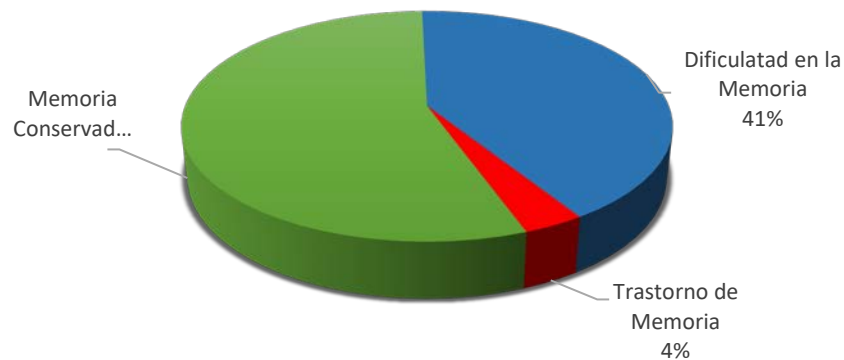


Figura # 19 Clasificación de la memoria de trabajo

Una vez finalizado el análisis estadístico del Test Mini Mental, se procedió a realizar el análisis del Test de Depresión YESAVAGE para conocer el posible estado de depresión que pudiera presentar la población estudiada.

El test cuenta con 30 reactivos, los resultados obtenidos al evaluar la depresión se clasificaron en tres niveles, Normal cuando el puntaje obtenido en el instrumento fue de 0 a 5 puntos, Depresión Leve de 6 a 9 puntos y 10 o más puntos probable Depresión Establecida. Al llevar a cabo el análisis se observó que el 72.4 % de la población encuestada presenta algún nivel de depresión, distribuida de la siguiente manera (ver figura No.20):

Figura # 20 Nivel de depresión

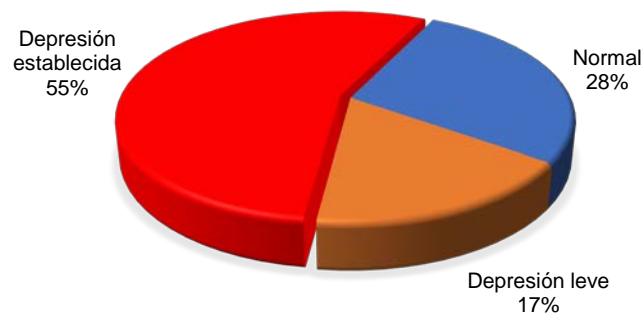


Figura # 20 Depresión de los adultos participantes

Después de realizar el análisis descriptivo de las frecuencias del deterioro cognitivo, y de las categorías del test de Mini Mental, de los tipos de memoria declarativa, diferida y de trabajo, así como de depresión, se procedió a realizar la correlación entredichas variables, a través del coeficiente de correlación de Pearson por lo que las variables fueron medidas y sumadas.

Los resultados obtenidos indican que existe una correlación negativa, esto es, entre mayor depresión presentan los adultos mayores, mayor dificultad se observa en la memoria declarativa con una significancia de 0 y en tanto menor es su depresión mejor es el estado de salud de la memoria diferida, aunque el nivel de significancia en este tipo de memoria, parece indicar que no existe correlación, las otras correlaciones se muestran en la siguiente tabla No.7:

Tabla # 7 Puntajes obtenidos en la correlación de Pearson

Variables	r	∞	N
Depresión – Deterioro Mini Mental	-.581**	.001	29
Depresión - Memoria declarativa	-.633**	.000	29
Depresión – Memoria diferida	.016	.936	29
Depresión – Memoria de trabajo	-.362	.053	29

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

El objetivo general del estudio fue conocer en una muestra de personas adultas mayores ¿Qué tanto la depresión contribuye a un mayor y rápido deterioro cognitivo, generando pérdida de la memoria? Y ¿sí afecta la memoria, qué tipo de memoria tiene mayor declive?

El deterioro cognitivo leve se manifiesta con la dificultad de recordar nombres de personas que conocieron recientemente, problemas para seguir una conservación, tendencia a no poder encontrar objetos o resolver problemas simples. Sin embargo, la persona es capaz de desarrollar todas sus actividades usuales en forma exitosa, sin mayor asistencia de otros. En esta investigación se observó que los adultos mayores que participaron mostraron dificultad en la concentración de actividades para realizar operaciones aritméticas de resta, la mayoría pudo repetir inmediatamente las palabras, pero una vez pasadas unos minutos éstas eran olvidadas. Su lenguaje en la comprensión verbal aún parece conservado, sin embargo en la comprensión escrita se manifestaron algunas dificultades, algunas personas escribían un mensaje de acuerdo a lo solicitado en el ítem, y cuando se les preguntaba qué decía, leían algo diferente a lo escrito, al parecer su respuesta era autónoma. En cuanto a la capacidad espacial de realizar el dibujo solicitado, se observó gran dificultad para realizarlo, la percepción se ve alterada en coordinación con la función mano ojo. En esta tarea, la mayoría identificó que ya no podía hacer igual al modelo el trazo que se le solicitaba.

Algunas condiciones mentales, como la depresión, pueden también afectar la atención, y llevar a dificultades de la memoria. La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción suelen imitar a los síntomas de deterioro cognitivo.

El presente estudio tuvo por objetivo conocer si existe una posible relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en los adultos mayores. Se utilizaron dos

instrumentos el Mini Mental de Folstein y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

A través de ir desglosando las preguntas de investigación, primeramente, se encontró que el 72.54% de la población de adultos mayores se encuentra desde ligeramente deprimida hasta mantener una condición bien establecida en su depresión, condición emocional que pudiera estar afectando el estado cognitivo de las personas, ya que únicamente el 21% de los adultos mayores presentan un estado de salud cognitiva conservada, los demás presentan, alguna alteración en la función cognitiva desde moderada hasta deterioro cognitivo.

Esto se confirma en estudios que se han realizado Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora, (2005), Durán – Badillo, Martínez, Gutiérrez, y Vázquez (2013), en donde se investigó la depresión y la función cognitiva de adultos mayores encontrando la prevalencia de la depresión en porcentaje de 26% a 66% en la población femenina adulta mayor y en otros estudios en menor grado la correlación fue negativa con relación al deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo leve se manifiesta con la dificultad de recordar nombres de personas que conocieron recientemente, problemas para seguir una conversación, tendencia a no poder encontrar objetos o resolver problemas simples. Sin embargo, la persona es capaz de desarrollar todas sus actividades usuales en forma exitosa, sin mayor asistencia de otros. En esta investigación se observó que los adultos mayores que participaron mostraron dificultad en la concentración de actividades para realizar operaciones aritméticas de resta, la mayoría pudo repetir inmediatamente las palabras, pero una vez pasadas unos minutos éstas eran olvidadas. Su lenguaje en la comprensión verbal aún parece conservado, sin embargo en la comprensión escrita se manifestaron dificultades, algunas personas escribían un mensaje de acuerdo a lo solicitado en el ítem, y cuando se les preguntaba qué decía, leían algo diferente a lo escrito, al parecer su respuesta era autónoma. En cuanto a la capacidad espacial de realizar el dibujo solicitado, se observó gran dificultad para realizarlo, la percepción se ve alterada en

coordinación con la función mano ojo. En esta tarea, la mayoría identificó que ya no podía hacer igual al modelo el trazo que se le solicitaba.

Algunas condiciones mentales, como la depresión, pueden también afectar la atención, y llevar a dificultades de la memoria. La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción suelen imitar a los síntomas de deterioro cognitivo.

El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de pérdidas, si bien sólo el 56.4 % de las personas desempeñaron cierta actividad laboral hasta antes de los 60 años, es la etapa de vida que se asocia a las pérdidas, como el cese de la actividad productiva, actualmente aún en esta etapa el 31% de la población encuestada continúa laborando, y existen otros factores como son la muerte del cónyuge o la separación, solamente el 24.1% tiene aún pareja, aunque de ellos solo el 21.4% comparten su vida juntos. Otro aspecto es la separación de los hijos, el 50% si vive al menos con uno de los hijos, sin embargo, en las entrevistas al contestar esta pregunta causaba en muchos casos expresión de tristeza al referir la ausencia o desapego de los hijos. Así como el cambio involuntario de residencia y en general, la ausencia de bienestar. Por lo que estas situaciones coinciden con los estudios anteriormente citados, que pueden predisponer a la depresión, sin embargo, no es adecuado como parte del envejecimiento normal.

En cuanto al deterioro cognitivo la prevalencia encontrada muestra que únicamente el 21% de la población se encuentra en una situación aún conservada de salud cognitiva, y en resto de la población ya presenta algún tipo de trastorno cognitivo desde el más bajo como sospecha 14%, deterioro cognitivo 62% y probable demencia 3%; siendo estos aún en grado funcional, o no se descarta el hecho de ser las personas de más bajo nivel de escolaridad y el 41.4% de la población sólo cuenta con estudios de nivel primaria. Estos datos son similares a lo reportado por Cárdenas, Zacarías, Salinas, (2006), Durán – Badillo, et al. (2013) en donde se encontró que a mayor edad mayor deterioro cognitivo, y a mayor

escolaridad menor deterioro cognitivo, así mismo personas que sólo tenían educación primaria presentaban mayor deterioro cognitivo. En la población adulta mayor que participó en este estudio solo 27.1% concluyó una licenciatura o realizó estudios parciales de licenciatura, los cuales podrían estar asociados a ese 21% que no presenta deterioro cognitivo. En este estudio, no se correlacionaron los datos con el nivel de estudios de los participantes, lo cual es una interrogante que podría plantearse para subsiguientes investigaciones.

Al analizar los reactivos del Mini Mental para conocer si existen alteraciones en la memoria, se encontró que únicamente el 27.6% de la población conserva sin alteración su memoria a largo plazo o declarativa, que el 58.6% presenta dificultad en recordar y el 13.8% ya es evidente trastornos en este tipo de falla en la memoria. Investigaciones y estudios neuropsicológicos, han demostrado que la atención y la memoria son potentes procesos cognitivos que facilitan la correcta adaptación al medio en el que vivimos determinando en gran medida nuestra calidad de vida. Ambos procesos están íntimamente relacionados, no son unitarios y esa heterogeneidad dificulta a veces la interpretación de resultados obtenidos. Con la edad se producen cambios en ambos procesos, aunque estos cambios no siempre harán referencia a pérdidas. El sistema de memoria declarativa es la que sufre más cambios con la edad (Ballesteros, 2012).

Los problemas de memoria asociados con la edad parecen tener origen en una disminución de la eficiencia en los procesos de almacenamiento y recuperación de la información. Según Josh y Marley (2006), el recuerdo de eventos pasados se basa en la evocación de información guardada en la memoria a largo plazo, la cual puede estar acompañada por detalles contextuales específicos (recolección) o por la sensación de que una situación determinada es nueva o vieja (familiaridad) Palacios y Morales (2011).

Los procesos mentales comprometidos con mayor frecuencia en los adultos mayores son la capacidad de manipulación de información (memoria de trabajo), la ubicación de la información en el tiempo y el espacio (memoria episódica), la

conceptualización (memoria implícita) y el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo).

En cuanto a la memoria diferida solamente el 17.2% de la población presenta la memoria conservada y el resto de los adultos mayores manifiestan desde dificultades, hasta deterioro en este tipo de función de la memoria. Estas fallas de memoria suponen que pueden deberse en los adultos mayores a un almacén temporal de la información del registro sensorial auditivo, y ante la interferencia de otros estímulos y recepción de diferente información puede afectarse el recuerdo, lo cual, efectivamente afectó al 82.8 % de los adultos mayores en su memoria. Palacios, Morales, (2011) explican que las dificultades para el mantenimiento de la memoria diferida podrían estar asociadas al carácter no apropiado, relativamente impredecible de los acontecimientos objeto de recordar y a la imposibilidad subsecuente de utilizar esquemas y rutinas aprendidas previamente para la codificación y recuperación de la información que maneja (novedades), en contraste, con las estructuras responsables de la utilización de la inteligencia cristalizada (eventos consolidados).

Con relación a la memoria de trabajo, el 55.2% de la población mostró conservada esta función, a pesar de que el 41% de los adultos mayores presentó dificultad en la memoria, este componente de la memoria no presenta un declive significativo del mismo con el paso de los años. El test Mini Mental evalúa funciones asociadas al lenguaje y su comprensión, y el descenso de la capacidad de utilizar la información almacenada en la memoria semántica es escasa e inexistente. En este tipo de memoria, según Baddeley (1994), la memoria de trabajo es usada para referirse a un espacio dinámico en el que información específica y limitada es mantenida disponible para ser usada durante un particular periodo de tiempo. Memoria de trabajo se ha definido como un sistema que combina el almacenamiento y procesamiento de información. Y la última conceptualización define a memoria de trabajo como un sistema que se divide en tres componentes: lazo fonológico, esquema visoespacial y ejecutivo central.

La depresión obtenida en los resultados 72%, es una condición de salud mental que coincide con diversos estudios (Bello et al., De la Fuente, 2013), en donde las personas adultas mayores, en su condición psicológica son poco atendidas por la familia mediante apoyo psicológico y médico lo que demanda un diagnóstico oportuno y tratamiento a fin de evitar mayores consecuencias en el estado de salud mental.

Quizá podría decirse que el porcentaje de sujetos que presenta depresión está asociada a las pérdidas que conlleva los cambios en el ciclo de vida, y a pesar de que el 65.5% vive con algún familiar, al entrevistarlos referían en muchos de los casos que tenían poca convivencia y se sentían abandonados o incluso un estorbo para su familiar, en otros la ausencia de los hijos o falta de la pareja les generaba la tristeza, lo cual son sentimientos que se suman a su condición de depresión.

Conclusiones

En este estudio el grupo de adultos mayores podría estar mostrando a través de los instrumentos que fueron aplicados Mini Mental y Test de Yesavege que existe deterioro en la función cognitiva y depresión en la salud emocional.

El deterioro cognitivo no limita la funcionalidad cotidiana de las personas, aunque existen ya problemas de memoria que se ven afectados principalmente en lo que corresponde a la memoria diferida. Este tipo de memoria se ve afectado por estímulos externos que pueden interferir al guardar la información, y posteriormente, solicitarle a la persona que evoque lo preguntado, ya que no se les da ninguna clave para encontrar la respuesta.

La segunda dificultad se observó en la memoria declarativa, los adultos mayores tuvieron dificultad para contestar con precisión la tarea solicitada. Si bien, este tipo, de memoria, logra conservarse mayor tiempo, va declinando poco a poco con el paso de los años, hay factores que fallaron probablemente por la especificidad de la información solicitada.

Por último, la memoria de trabajo se observó que aún la mayoría de los adultos mayores del estudio la presentan conservada, las tareas que aquí se les piden son utilizadas con frecuencia como son el lenguaje, su comprensión verbal, y escrita, se observa que inicia un declive en la escritura y el trazo del dibujo, puntajes que fueron los que afectaron los resultados, ya que, si bien escribían, al leer decían algo distinto a lo que habían escrito. Quizá esta función se va perdiendo por falta de práctica, aunado a ello que el mayor porcentaje solo cursó nivel educativo de primaria, además las mismas personas hacían referencia a que ya no estaban acostumbrados a escribir.

Considero que he podido dar respuesta a las preguntas planteadas al inicio de esta investigación, aunque sólo ha sido sólo una aproximación, ya que el concepto de memoria es muy amplio, y a lo largo del trabajo, si bien encontré resultados que dieron respuesta a mis preguntas, el tema es muy complejo por lo que requiere mayor control de otras variables para ser consideradas en futuras investigaciones.

Además de tener una muestra más amplia para poder tener dos grupos comparativos, y poder aplicar al menos dos instrumentos diferentes que evalúen tanto memoria como depresión.

Alcances y limitaciones

Esta investigación permitió tener una aproximación sobre la situación cognitiva en que se encuentra un grupo de adultos mayores que asiste a la Casa del Adulto Mayor el Mirador en la delegación Xochimilco de la Ciudad de México.

Se identificó que presentan deterioro cognitivo y éste está asociado a la depresión. Con alteraciones en la memoria que van desde dificultad hasta deterioro tanto en la memoria diferida como en la declarativa o a largo plazo.

Sin embargo, juzgar solo la aplicación de estos dos instrumentos que se utilizaron sería erróneo, ya que existen posibles fallas, que deben ser subsanadas con otros instrumentos que se correlacionen y además investigarse otros tipos de estudios que descarten varias funciones intelectuales y patologías u otras enfermedades que pudiesen estar afectando el nivel cognitivo y el estado anímico de las personas.

Por otro lado, también es importante proponer acciones que fomenten la estimulación cognitiva y el estado anímico de las personas a fin de favorecer una mayor activación cognitiva y mejorar su estado anímico y con ello favorecer una mejor calidad de vida de las personas adultas mayores.

REFERENCIAS

- Aguera, L., Martín, M., Sevilla, J. (2002). *Psiquiatría geriátrica*. Editorial Masón México.
- Aguilar-Navarro, G, Fuentes–Cantú, A, Ávila-Funes, J, García-Mayo, E. (2006). Validez y Confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 49, no.4 julio-agosto, 2007.
- Aldana, G., Carlos Fonseca, C., y García, L. (2013). El Significado de la Vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. México. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 14 Número 4
- Ardila, A., Ostrosky, F. (2012). *Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico*. Universidad nacional Autónoma de México. México, pp 200-203
- Ballesteros, Soledad (1999). *Psicothema*, Vol. 11, nº 4, pp. 705-723. España, Madrid. Universidad a Distancia.
- Baddeley, A. (1999). *Memoria Humana. Teoría y Práctica*. Madrid. McGraw Hill.
- Bennet, I. y Rypma, B. (2013). Advances in functional neuroanatomy: a review of combined DTI and MRI studies in healthy younger and older. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. (37), 1201 - 1210
- Beck, A. Steer, R. (1987). *Beck Depression Inventory. Manual*. United States of America. The Psychological Corporation
- Boletín 10 (2012) *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* Madrid: desarrollo social, derechos humanos y envejecimiento: Envejecimiento y ronda de censos de 2010. Costa Rica. Datos e información El envejecimiento demográfico en los censos de la década de 2010, pag8
- Brink TL, et al. *Clínica Gerontológica*. (1962) en *Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la Comunidad*. México. UNAM, FES Zaragoza 2015.
- Carbonel, A., Aparicio, V., y Delgado, M. (2009). Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones en las recomendaciones del ejercicio físico en personas mayores. *Rev. Internacional de Ciencias del Deporte*. No. 17 pp. 1-18 España.

- Cárdenas, L., Zacarías, J., Salinas, R. (2006). Capacidad cognitiva de los pacientes de un servicio geriátrico ambulatorio en Monterrey, México. *Rev. Medicina Universitaria*. Vol. 8 , N°32 Pp. 84-87
- Carrillo-Mora, P. (2010). Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Segunda parte: Sistemas de memoria de largo plazo: Memoria episódica, sistemas de memoria no declarativa y memoria de trabajo. *México. Salud Mental*. vol.33 no.2 mar./abr. 2010
- Chiquete, E. (2015) Guías prácticas del manejo de las demencias. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 16(Supemento1) México. Academia Mexicana de Neurología A.C.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. España. Ediciones Pirámide.
- Fjell, A.M., Walhovd, K. B., (2010). Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. *Rev. Neuroscience*, 21 pp. 187 - 221
- Galtier, I., Nieto, A., Barroso, J., & Norelis, J. (2009). Deterioro del aprendizaje visoespacial en la enfermedad de Parkinson. "Alteración de las funciones superiores." *IntraMed Psicothema*. Vol 21, No. 1 pp21-26
- Gontier, B. J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XIII. N°2. Pp. 111-124
- González-Celis, R. A. (2009). *Evaluación en psico gerontología*. México. Manual Moderno
- González H. K., Otero P.L. & Castro L.A. (2015) *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v16i1.21715> Vol. 16 N° 1 pp1-18
- Gonzalo, S. L. (2002) *Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer*. Barcelona. Edit. Ariel social.
- Hernández, R., Fernández, C.& Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw-Hill.
- INECO. <http://www.ineco.org.ar/deterioro-cognitivo/>
- INEGI. (2016) "Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población 11 de Julio". Aguascalientes, Ags. Pag 1/10

- INMUJERES, (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres. Dirección de Estadística. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- Isach M, Izquierdo G. (2002). "Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos", Manual de Geriatria, 3ª ed, Barcelona: Masson, págs. 63-76
- Jaeger, C. (2011). Fisiología del envejecimiento. Elsevier Masson SAS, Paris, 26, pp.1 -6.
- Las Condiciones de Vida de los Adultos Mayores. Chile y Panamá http://www.cepal.org/Celade/publica/LCDEM301e.htm_2000
- Lieury, A. (1985). La Memoria. Resultados y Teorías. Barcelona. Edit. Heder.
- López, J. (2011). Envejecimiento activo: Libro Blanco. Madrid, España. IMSERSO.
- Mishara, B. L., Riedel, R.G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid. Edic. Morata, S. A.
- Nyberg, L., Persson, J., y Nilsson, L. (2002). Individual differences in memory enhancement by encoding enactment: Relationships to adult age and biological factors. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 26, 835 -839.
- Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento en Madrid. Nueva York.
- OMS (septiembre, 2016). Maltrato de las personas mayores. Nota descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es>
- OMS (abril, 2016). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS (2017). La demencia. Nota descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Ostrosky-Solís, F., Chayo-Dichy, R., Gómez, E., Flores, J. (2005). ¿Problemas de Memoria? Un programa para su estimulación y rehabilitación. México. L.P. Editorial.
- Palacios, V., Morales, J. (2011). Memoria en el Anciano. Fondo de Publicaciones: Norella Castro Rojas. Bogotá, Colombia

- Park, D., Schwartz N. (2002) Envejecimiento Cognitivo. Edit. Médica Panamericana. Madrid.
- Ramírez, I., Moncada, E., Baptiste, T. (2011). Validez y Confiabilidad de Minimental (MMSE) y del MMSE Modificado (3MS). En diagnóstico demencia. Med ULA20128:135 <http://www.saber.ula.ve/bitstream123456789/artículo4.pdf>.
- Ramírez, L. (2016). Tesis “Efectos de la diabetes Mellitus Tipo 2 en la Memoria Episódica en Adultos Mayores”. México. UNAM
- Romero, B, E., Hernández, G. N. (2011). El Papel de la Memoria en el Proceso Lector. Sistema de Información Científica. Red de Revistas científicas de América Latina y del Caribe, España Portugal. Universidad Manuela Beltrán.
- Rubén de León-Arcila, Feliciano Milián-Suazo, Nicolás Camacho-Calderón, Rosa Elena Arévalo-Cedano, Minerva Escartín-Chávez. (2009) Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.; 47 (3): 277-284 <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>
- Salgado, A., Salgado, A, Guillen, F y Rupérez, I. (2002) Manual de Geriatria. Madrid. Edit. Masson,
- Sandini, C., Venero, C. & Cordero, M.I (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento. Edit. Ariel. Barcelona.
- Squire L.R. (1987). Memory and brain. New York, Oxford University Press.
- T. Durán-Badillo*, R. M. Aguilar, M. L. Martínez, T. Rodríguez, G. Gutiérrez y L. Vázquez (2013) “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”. Enfermería. Univ. vol.10 no.2 México versión On-line ISSN 2395-8421 versión impresa ISSN 1665-7063
- UNAM. Proyecto “Perspectivas del envejecimiento en la población académica y administrativa en la Universidad nacional Autónoma de México” <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/index.php?op=proyecto&PH PSESSIONID=2b69f5dc660d0ef59e7cae67385c846c>
- Yanguas, J., Leturia, J., Leturia, M., Uriarte, A. (1998) Intervención Psicosocial en Gerontología: manual práctico. España. Edit. Caja de Madrid. Caritas

Romero Bermúdez, Erika; Hernández Garzón, Natalia Alejandra; (2011). El papel de la memoria en el proceso lector. Umbral Científico, 24-31.

Vega, V. J.L., Bueno, M. B. (1996). Desarrollo adulto y Envejecimiento. España. E Edit. Síntesis.

ANEXOS

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____ Calificación Total: _____

Calificación
Máxima

Calificación
Obtenida

Asigne un punto por cada respuesta máxima
obtenida que sea correcta

Orientación

5

()

Pregunte: **¿Qué fecha es hoy?**

Después complete solo las partes omitidas;
formulando las siguientes preguntas:

¿En qué año estamos? ()

¿En qué mes estamos? ()

¿Qué día del mes es hoy? ()

¿Qué día de la semana? ()

¿Qué hora es aproximadamente? ()

5

()

Pregunte: **¿En dónde nos encontramos ahora?**
(Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la
información faltante haga las siguientes
preguntas:

¿En qué lugar estamos? ()

¿En qué país? ()

¿En qué estado? ()

¿En qué ciudad o municipio? ()

¿En qué colonia, delegación o municipio? ()

Calificación
Máxima

Calificación
Obtenida

II. Registro

3 ()

Diga al sujeto la siguiente instrucción: "**Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara**", después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

Ensayos

	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

Calificación
Máxima

Calificación
Obtenida

III. Atención y Cálculo

5 ()

Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. "**Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez, por ejemplo: $100-7=93$; $93-7=86$** ". Continúe hasta que yo le diga que se detenga. (deténgalo después de 5 substracciones (no proporcione ayuda).

79	()
72	()
65	()
58	()
51	()

Calificación
Máxima
5

Calificación
obtenida
()

IV. Memoria diferida

Pida al sujeto: **“Repita las tres palabras que le pedí que recordara”**

Papel ()

Bicicleta ()

Cuchara ()

Calificación
Máxima
3

Calificación
Obtenida
()

V. Lenguaje

Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: **¿Cómo se llama esto?** Repita lo mismo con un lápiz:

Reloj ()

Lápiz ()

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: **Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención”.**

“NI NO, NI SI, NI PERO
(solo un ensayo)” ()

- 3 () **Comprensión verbal:** Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto ***“le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez. “Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo”***
(Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).
Tome este papel con la mano derecha ()
Dóblelo por la mitad ()
Déjelo en el suelo ()
- 1 () **Comprensión escrita:** Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: “Cierre los ojos”. Pida al sujeto:
“Por favor haga lo que dice aquí” ()
CIERRE LOS OJOS
- 1 () **Escritura de una frase:** Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale ***“Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje”***.

1 () **Copia de un dibujo:** Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentran en la parte inferior. No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine. Debe haber 10 ángulos, y dos interceptados. (No tome en cuenta temblor ni rotación).

()

Puntaje total _____

Marque con una X el diagnóstico probable considerando los puntos de corte del cuadro incluido en el protocolo-

_____ **Normal**

_____ **Deterioro cognitivo**

Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE

Con el objetivo de conocer si las personas adultas mayores atraviesan por algún nivel de depresión, se aplicará la Escala de depresión geriátrica de Yesavage “Geriatric Depression Scale GDS, elaborada por Jerome Yesavage. Ésta escala se construyó para evaluar la depresión en personas adultas mayores.

Según los autores del instrumento, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación entre otros, según los criterios del DSM_IV_TR (Yesavege, Brin, Rose, Lum, Huang, eta al., 1982).

Descripción del instrumento.

El instrumento está formado por 30 reactivos de auto reporte que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas. Por ejemplo. I

¿Siente que su vida está vacía? Si _____ No____; mientras que 10 son considerados ítems inversos. Por ejemplo: ¿En el fondo está satisfecho con su vida? Si_____ No_____.

Es una escala dicotómica en donde el entrevistado responde si o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto 30, en donde altas puntuaciones sugieren riesgos de presentar depresión.

Existen evidencias desde que apareció en 1982 que el instrumento funciona adecuadamente para la detección de la depresión, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 -0.95), y distintos tipos de validez.

La escala ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para mexicoamericanos. Así mismo, se ha aplicado a personas de diferentes edades, con características distintas en cuanto a niveles socioeconómicos y educativos, incluyendo analfabetos o personas con

niveles educativos superiores. De tal forma que se ha convertido en, probablemente en el instrumento de tamiz más utilizado en centros geriátricos, hospitales y clínicas para la atención de adultos mayores Aguilar-Navarro, G, Fuentes–Cantú, A, Ávila-Funes, J, García-mayo, E. (2006).

Procedimiento de aplicación: El procedimiento de aplicación puede ser auto aplicación o se le pueden leer las preguntas a la persona entrevistada.

Tiempo aproximado de aplicación:15 minutos.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado. Se requiere un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Se le explicará a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario
2. Especificar el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegurarse de que la persona lo pueda responder sin ayuda, de lo contrario se le aplicará.
4. Aplicar el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, en caso necesario, se podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando no se cambie el sentido y objetivo de la pregunta.
6. Se le dará el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
7. En caso de que se note alguna duda en la respuesta, se le volverá a preguntar, aclarando los términos no comprendidos, para asegurar que la respuesta sea veraz.
8. Si la persona llora, se le tratará de calmar o dará tiempo para recuperarse y se continuará con la aplicación.
9. El instrumento se solicitará sea respondido en su totalidad.
10. Se anotará el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los “1” acorde con la clave.

Escala de evaluación

0 – 5 Normal

6 a 9 depresión leve

10 o más puntos indica probable depresión establecida

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

No.	Síntomas	Si	No
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado (a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo (a) e inquieto?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado (a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado (a) y melancólico (a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado (a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno (a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado (a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962;

Puntaje Total |_|_|

Escala de evaluación

0 – 5 Normal

6 a 9 depresión leve

10 o más puntos indica probable depresión establecida

DATOS DE GENERALES DE LA PERSONA ENCUESTADA

NOMBRE: _____

1. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ 2. Sexo: M____ F____

3. Lugar de nacimiento: _____

4. Estado civil: _____ 5. Religión: _____

6. Lugar de residencia en los últimos 5 años:

Urbano____ Suburbano____ Rural____ Cd. De México _____

Especifique el lugar: _____

¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? _____

7. Escolaridad

____ Ninguna _____ Bachillerato completo o incompleto

____ Sabe leer y escribir _____ Carrera técnica completa o incompleta

____ Primaria completa o incompleta _____ Estudios de licenciatura incompletos

____ Secundaria completa o incompleta _____ Estudios de licenciatura completos

Número de años de escolaridad: _____

8. Ocupación anterior: _____

Por más de 5 años

9. Ocupación actual: _____

Por más de 2 años

10. ¿Con quién vive?

____ Solo

____ Esposo (a)

____ Hijo (a) (s)

____ Nieto (a) (s)

____ Otros familiares. Especifique: _____

____ Amigos

____ Otros, especifique: _____

11. ¿Con cuántas personas vive? _____

II: ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12. Fuentes de ingreso económico

- Aún trabaja
- Apoyo del esposo
- Pensión de jubilación
- Pensión de invalidez
- Pensión de viudez
- Apoyo familiar
- Otros

13. Ingreso familiar mensual: \$ _____

III: ASPECTOS DE SALUD

14. ¿Tiene alguna (s) enfermedad (es) actualmente? Si ___ No ___

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cardiopatía _____
- Trastornos articulares: _____

Otros, especifique diagnóstico: _____

15. ¿Actualmente consume algún medicamento por largos periodos por alguna enfermedad?

Medicamento	Indicado para	Dosis	Indicado por

16. ¿De acuerdo con la respuesta anterior existe polifarmacia, consume 5 o más medicamentos al día por más de un mes? Si ___ No ___

17. En los últimos doce meses ha tenido diagnósticos nuevos ¿Incluyendo padecimientos crónicos, agudos y hospitalizaciones? Si ___ No ___

En caso afirmativo anótelos: _____

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente___ Bueno___ Regular___ Malo___ Muy malo___

19. ¿Cómo considerara su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Mejor ___ Igual ___ Peor___

Observaciones: _____