



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación

Escuela de Psicología Clínica

**COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE
PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y
PACIENTES CON DEPRESIÓN**

Trabajo de graduación previo a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

Autora: Andrea Estefania Molina Romo

Director: Mst. Juan Sebastián Herrera Puente

Cuenca, Ecuador

2015

DEDICATORIA

“A mis abuelos, fuente inagotable de nobleza y amor”

AGRADECIMIENTO

“A mi familia, en especial a mis padres por el esfuerzo, paciencia, amor incondicional; a mis maestros con su noble labor, son los verdaderos gestores de estos logros”

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO 1: ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA.....	12
Introducción.	12
1.1 Concepto de adulto mayor.....	12
1.2 Cambios físicos y psicológicos en la tercera edad.	15
1.3 Concepto de calidad de vida.....	19
1.4 Calidad de vida en el adulto mayor.	21
1.5 Valoración de la calidad de vida.	23
Conclusión.....	23
CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN GERIÁTRICA.....	24
Introducción.	24
2.1 Concepto y antecedentes de la depresión.	24
2.2 La depresión en el adulto mayor.	27
2.3 Factores de riesgo y causas de la depresión geriátrica.	30
2.4 Valoración de depresión en adulto mayor.....	33
Conclusión.....	35
CAPÍTULO 3: DETERIORO COGNITIVO.....	36
Introducción.	36
3.1 Cognición: concepto, áreas.	36
3.2 Envejecimiento y deterioro cognitivo.	42
3.3 Niveles de deterioro cognitivo.	44
3.4 Valoración del deterioro cognitivo.....	46
Conclusión.....	47
CAPÍTULO 4: COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA ENTRE PACIENTES CON DE DEPRESIÓN Y PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE..	48
Introducción.	48
4.1 Metodología	48
4.1.1 Tipo de estudio.	48

4.1.2 Universo y muestra.....	49
4.1.2.1 Criterios de inclusión.....	50
4.1.2.2 Criterios de exclusión.....	50
4.2 Instrumentos de evaluación	51
4.2.1 Escala de Yesavage o GSD-15.....	51
4.2.2 Mini mental state examination MMSE.....	52
4.2.3 Cuestionario Whoqol bref.....	53
4.3 Procedimiento.....	54
4.4 Resultados de la investigación	55
4.4.1 Características de la muestra.....	55
4.4.2 Resultados y análisis.....	58
CONCLUSIONES GENERALES	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS	81
ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión	34
Tabla 2. Modalidades y tipos de memoria.....	39
Tabla 3. Características de los grupos a comparar	57
Tabla 4. Distribución de los pacientes según el tipo de depresión	58
Tabla 5. Calidad de vida en pacientes con depresión	59
Tabla 6. Calidad de vida por niveles de instrucción del grupo depresión	61
Tabla 7. Calidad de vida por sexo del grupo depresión.....	63
Tabla 8. Calidad de vida según tipos de depresión.....	64
Tabla 9. Percepción de calidad de vida en pacientes con DCL	65
Tabla 10. Calidad de vida por sexo del grupo DCL	67
Tabla 11. Calidad de vida por instrucción del grupo DCL.....	68
Tabla 12. Dominio físico	70
Tabla 13. Dominio psicológico	71
Tabla 14. Dominio social.....	73
Tabla 15. Comparación de CV en pacientes con depresión y pacientes con DCL.....	75

RESUMEN

Objetivo: Comparar la calidad de vida en la tercera edad, entre pacientes con deterioro cognitivo leve y pacientes con depresión. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo exploratorio transversal en una muestra de 60 adultos mayores divididos en dos grupos según su patología, con edades desde 60 a 78 años, a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de vida de Whoqol-bref, los resultados fueron analizados con el programa SPSS v.22. **Resultados y conclusiones:** Los pacientes con DCL presentan mejor percepción de calidad de vida, el 66,7% de ellos consideran buena su calidad de vida, el 73,3% de pacientes con depresión puntuaron por debajo del nivel saludable, la CV se correlaciona directamente en mayor simetría al estado emocional.

TOPIC: Comparison of quality of life between elderly patients with depression and patients with mild cognitive impairment (MCI).

ABSTRACT

Objective: To compare the quality of life in the elderly between patients with mild cognitive impairment and patients with depression.

Methodology: A cross-sectional study was conducted on a sample of 60 elderly people aged 60 to 78, divided into two groups according to their pathology. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) questionnaire was applied to the sample group, and the results were analyzed with the SPSS v.22 program.

Results and conclusions: Patients with MCI have better perception of quality of life; 56.7% of them consider they have a good quality of life; 44% of patients with depression considered it normal. Depending on the type, the persons with established depression have a low perception of their quality of life.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

En el proceso de formación universitaria vamos palpando la realidad humana de cada persona, durante las prácticas pre profesionales se ha visto la necesidad de abordar los espacios de intervención clínica que reciben menos atención multidisciplinaria, muchas son las razones por las cuales solamente ciertos grupos poblacionales son enfocados para el desarrollo de investigaciones y programas terapéuticos.

Al hablar de la promoción en salud de la tercera edad, observamos un gran avance en países de Latinoamérica por parte de universidades e institutos que están incorporando cursos específicos de gerontología y geriatría lo cual permite desarrollar profesionales con mayor preparación y conocimientos específicos para brindar una atención oportuna y eficaz a las personas de la tercera edad.

De la misma forma se observa un avance en el grado de responsabilidad de las personas mayores con su salud, hoy en día se muestran receptivos a las actividades de promoción de la salud, por la necesidad de mantener una buena calidad de vida y valerse por sí mismos de forma eficiente. Para obtener un buen resultado, las actividades de promoción y prevención en los grupos sociales, deben empezar con la identificación temprana del problema, motivo para la ejecución de investigación en el área geriátrica.

El grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud define que *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores con respecto a sus metas, expectativas y preocupaciones”* es la calidad de vida de un individuo (WHOQOL, 1996). Este modelo multifuncional de calidad de vida

es determinado por componentes objetivos y subjetivos, como, enfermedades, limitaciones, sentimientos, metas, etc, los mismos que pueden ser estudiados con el objetivo de identificar los factores favorecedores en el bienestar de las personas de la tercera edad en nuestro medio.

En la atención psicológica del Centro de Envejecimiento Activo del IESS son acogidos pacientes jubilados afiliados al Seguro Social; en consulta, los casos más abundantes son cuadros depresivos y deterioro cognitivo, acarreado consecuencias en la socialización, desenvolvimiento cognitivo y salud física de la persona. Por esta razón se ha propuesto el presente estudio descriptivo, con el que obtengamos la percepción en la calidad de vida del adulto mayor que sufre depresión y el adulto mayor con deterioro cognitivo leve ó DCL.

Para la recolección y elaboración de datos de esta investigación, se han utilizado tests especializados en la temática del estudio, estos son: Minimental Statement, escala de depresión geriátrica de Yesavage y el cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref, mismos que se ejecutarán en adultos entre 60 a 78 años de edad del Centro de Envejecimiento Activo IESS, institución que consta con una base de datos que nos da acceso a la información requerida para la formación del grupo de estudio.

En esta investigación se plantearon cuatro capítulos, los tres primeros destinados a aclarar el concepto de calidad de vida, tercera edad y de envejecimiento saludable, para poder correlacionar las patologías (depresión y deterioro cognitivo) y sus efectos en el envejecimiento y la calidad de vida. Mientras que el cuarto capítulo describe la metodología del estudio, el procedimiento que se llevó a cabo, ahonda en la utilidad y descripción de los tests utilizados en el estudio y por último nos presenta los resultados obtenidos dentro de cuadros y matrices que facilitan la comprensión del lector.

El estudio desempeñó la realidad de nuestro medio; aún existe exclusión del adulto mayor, razón por la que se considera una acierto la investigación, que significa un paso más hacia el perfeccionamiento de la atención a la que tienen acceso las personas de la tercera edad, logrando repercutir positivamente en su calidad de vida y creando ambientes de desarrollo e inclusión de acuerdo a sus necesidades, así como también aportando al avance en la investigación de la psicogeriatría.

CAPITULO 1

ADULTO MAYOR Y CALIDAD DE VIDA

Muchos son los significados y creencias existentes acerca de los adultos mayores, por lo que se vuelve necesario dilucidar los principios del envejecimiento, para permitirnos el conocimiento mediante la información adecuada, al comprender las necesidades presentes en esta etapa, clarificaremos la perspectiva de la calidad de vida en la tercera edad; abarcando los factores objetivos y subjetivos que constituyen este concepto. En salud mental es de vital importancia discriminar lo que se aparta de la normalidad en el proceso de envejecimiento de la persona para una adecuada intervención.

1.1 Concepto de adulto mayor.

Los adultos mayores o personas de la tercera edad, son el grupo poblacional cursando una etapa del desarrollo humano que inicia a los 60 años y termina el momento de su muerte. Con el paso de los años la expectativa de vida ha aumentado en la población adulta, especialmente en los países desarrollados, esto se debe gracias a los avances tecnológicos, la investigación médica y la educación en salud preventiva. (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010).

Según el INEC (2013) el Ecuatoriano en el año 2000, tenía un promedio de vida al nacer de 73,36 años de edad, hasta el año 2013 la esperanza de vida aumentó y fue

alrededor de 76,47 años. Hoy en día, el Azuay es la segunda provincia con mayor esperanza de vida en nuestro país, que rodea los 78,2 años de edad. En el 2010 el 10,8% de la población total Azuaya, pertenecía a los adultos mayores, lo cual corrobora que el número de personas de la tercera edad ha aumentado en los últimos años, pues la esperanza de vida en la actualidad es mayor y se proyecta en los próximos años a seguir el lineamiento de crecimiento. La decreciente tasa de natalidad que disminuye sistemáticamente cada año, es un factor que favorecedor pues cuando existe menor número de hijos, se puede brindar a los integrantes de la familia mayores cuidados en salud y facilidades en general, lo cual favorece la esperanza de vida. (INEC, 2013)

A pesar de constituir un gran avance humano, viene también con un conjunto de retos sociales, económicos y políticos que se deben ir cumpliendo de forma eficaz, porque el alargamiento de la vida se proyecta creciente. Al hablar de estos retos, se nos viene a la mente lo común que es pensar que las personas de la tercera edad tienen más dificultades que el resto de la población en múltiples ámbitos de su vida, pero más que una dificultad, es un desfase producido por acomodamiento a las actividades y roles que en esta etapa se desempeñan. Atravesar este periodo del ciclo vital es sinónimo de una variedad de cambios, tanto: biológicos, psicológicos y sociales determinados generalmente por el declive funcional del organismo ante la dificultad de adaptarse a las demandas de su entorno. (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010)

Es visible que ciertas personas atraviesan esta etapa con mayor aceptación y éxito que otras, porque no solo los aspectos fisiológicos son los que determinan el bienestar del adulto mayor, existen otros importantes factores como; la reducción de ingresos, el desempleo, la pérdida de amigos y familiares, el nivel de educación y el estilo de vida, todos estos cambios muchas de las veces llegan a la persona sin una previa preparación

adecuada y pueden generar desequilibrios emocionales y físicos. (Hernández, Ehrenzweig y Navarro, 2009)

El envejecimiento es un proceso “actual” que poco a poco se ha implantado en el desarrollo poblacional, hace un siglo la esperanza de vida era alrededor de 36 años, hoy algunos países desarrollados están cerca de triplicarlo, significando un gran logro tecnológico, científico y social, pero es también una importante responsabilidad en manos de la sociedad humana para prolongar la vida en la mejor forma posible (Hernández, Ehrenzweig y Navarro, 2009).

Hay que resaltar que por muchos años la vejez ha sido signo de enfermedad, la persona que más años posee, más probabilidades tiene de contraer enfermedades, por eso la búsqueda del bienestar poblacional consiste hoy en día una de las más grandes demandas a los sistemas de salud, el reto de satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas de los adultos mayores han dado como respuesta el emprendimiento de programas de intervención, acompañamiento y prevención que proveen una mejor calidad de vida en la adultez mayor. (Fernández-Ballesteros, 2001)

El envejecimiento como fase evolutiva del ser humano, ha sido abordado por un sistema multidisciplinario que abarque el conocimiento fisiológico, social y psicológico de esta población. La psicología como especialidad tiene el objetivo de estudiar el comportamiento durante esta etapa y para eso se deben tomar en cuenta los determinantes psicológicos del proceso de envejecimiento, como; percepción de vida, habilidades de afrontamiento, adaptabilidad, estilos de vida, entre otros, que permitirá un mejor servicio a este grupo social (Fernández-Ballesteros, 2001).

Es difícil desintegrar el índole físico y psicológico durante esta etapa, en la que es notable el desgaste que produce el paso de los años, la creencia de que la mente enferma al

cuerpo, es hoy en día científicamente representable, pero la hipótesis ha estado presente ya hace varios años atrás reconociendo que el desequilibrio y estrés emocional puede afectar directamente al estado de salud física, cristalizándose como una necesidad procurar un envejecimiento saludable en la esfera física y psicológica de la persona mayor (Hernández, Ehrenzweig y Navarro, 2009).

1.2 Cambios físicos y psicológicos en la tercera edad.

Según la teoría de Erikson (1985), en la obra, el ciclo vital completado, la persona de la tercera edad contempla la vida en conjunto y con coherencia, al aceptar que se ha vivido de la mejor forma posible bajo las circunstancias presentadas, damos un paso importante a obtener bienestar en la ancianidad, pues se desarrolla la integridad del ego, que fortalece la sabiduría y la aceptación de las nuevas y futuras limitaciones. Las personas que han tenido éxito desarrollando la integridad del ego, obtienen el significado y sentido de su vida dentro del orden social en el que se han desenvuelto, así como el deseo por seguir adelante con el nuevo reto de la edad adulta, dejando atrás a la desesperación por lo que no se logró y el miedo potencial a la muerte que cada vez se ve más cerca (Redolar, Blázquez y Gonzales, 2013).

Según Millán (2011), el envejecimiento que se considera saludable y activo es sinónimo de bienestar biológico y mental, eficacia cognitiva, participación en actividades sociales productivas y sensación de satisfacción en la vida.

El ambiente, las experiencias vitales y las modificaciones actuales del entorno influyen y se manifiesta en los cambios conductuales que experimentan las personas de la

tercera edad, juega un papel importante la presencia del miedo a la propia vejez y el deterioro, miedo a la dependencia y a la muerte (Fernández-Ballesteros, 2009).

Al hablar de envejecimiento saludable, hablamos de un proceso que ha empezado al nacer y se ha dado a lo largo de la vida, desde la infancia, pasando por todas las etapas del ciclo vital, hasta la última de ellas, que es la ancianidad. Es decir, no se puede hablar del bienestar en la vejez sin integrar la panorámica del estilo de vida de la infancia, adolescencia, edad adulta y madurez. La forma en la que se ha pasado cada una de estas etapas del desarrollo acarrea poderosos determinantes de lo que hoy es la persona en su vejez (Fernández-Ballesteros, 2001).

Los determinantes ambientales y estilos de vida son fundamentales para el envejecimiento exitoso y la prevención de enfermedades, según Mora (2009) existen doce claves, para envejecer con éxito: restricción calórica junto con hábitos alimenticios saludables, ejercicio físico, ejercicio mental, viajar, vivir acompañado, adaptarse a los cambios sociales, no fumar, no sufrir estrés o desesperanza, tener un buen sueño, evitar el “apagón emocional”, dar sentido a la vida con agradecimiento y por último alcanzar la felicidad, es en torno a este concepto que los profesionales en salud tratamos de promocionar un envejecimiento activo e inclusivo para llegar al bienestar de la población anciana.

Al hablar de salud mental, uno de los factores protectores más importantes en la tercera edad son las relaciones interpersonales, el hombre es un ser social por naturaleza, tener frecuentes contactos sociales mantiene el sentimiento de satisfacción con respecto a la vida, la privación social y la soledad aumentan en la tercera edad por causas como; la muerte de conyugues, de amigos o parientes de la misma edad, separación generacional

con los miembros de familia, problemas económicos e incluso dificultades con el transporte, que reducen la vida social del adulto mayor (Mishara y Riedel, 2000).

En la actualidad la sociedad otorga cada vez más valor al aporte laboral que brinda una persona, ser productivo en el ámbito laboral cumple un papel muy importante en la autoestima y autoimagen de cada persona, el adulto mayor que esta por jubilarse o ya se jubiló ha pasado posiblemente 30 años, o más, desempeñando sus roles en una oficina, el cese de la actividad laboral también contribuye a la reducción del desempeño social de la persona, en la mayoría de los casos disminuyen también los ingresos económicos y pueden provocar la aparición de sentimientos negativos al haber cumplido su etapa productiva en la vida, (Mishara y Riedel, 2000).

Los cambios físicos y las limitaciones funcionales son otro factor de riesgo en el envejecimiento, generalmente las enfermedades que limitan al adulto mayor suelen desarrollarse progresivamente y son típicas de la edad, en la mayoría de los casos afectan la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, lo que dificulta vivir independientemente, haciéndose necesaria la ayuda de un tercero, el porcentaje de dependencia hacia un cuidador, un medicamento o un aparato (ayuda técnica) pueden disminuir en gran cantidad las relaciones sociales del anciano, y aumentan el riesgo en la aparición de sentimientos de soledad, tristeza, etc. (Millán, 2011)

En la etapa de jubilación empiezan a sentirse los cambios de forma impactante, el miedo a la soledad va en aumento a medida que pasan los años, desde los 50 años, la gran mayoría de los adultos comienzan a experimentar el nido vacío, adaptándose al reto de vivir solos o con su compañero/a sin la presencia de los hijos, es por eso que en la tercera edad los ancianos se procuran solos, en la mayoría de los casos, esta tendencia a sentirse

aislado del vínculo familiar puede provocar sentimientos de soledad, nostalgia y necesidad de vivir en el pasado (Mishara y Riedel, 2000).

Los cambios que se deben atravesar van a ir de la mano de la actitud que tome el adulto ante ellos, terminar la vida laboral, la aparición de enfermedades, las limitaciones económicas, no son determinantes de un envejecimiento patológico, es por eso que se procura hoy en día la inclusión del adulto mayor a la vida social, fortalecer nuevos lazos de amistad, desarrollar destrezas artísticas, emprender productividad comunitaria en espacios de acompañamiento e intervención adecuada a sus necesidades, las dificultades de la edad no sobrepasan las bondades de la experiencia (Millán, 2011).

Y la actitud también ayudará a una mejor aceptación de los cambios físicos y biológicos, es inexorable el desgaste de los órganos a lo largo de los años y al hablar de la anatomía humana y su decadencia puramente biológica hablamos de un proceso que empieza temprano en la vida, hemos escuchado teorías acerca de la acumulación de desechos metabólicos, programación genética, influencia de estrés etc.

El consenso es que cada tejido y órgano envejecen a ritmos diferentes, dependiendo obviamente del estilo de vida y el tratamiento que se le ha dado a lo largo de los años, el ejemplo más claro es el de las personas que fuman varias décadas y se encuentran expuestas a una degeneración celular más acelerada de aquellas personas no fumadoras, estos factores externos hacen que a simple vista una persona de 50 años se vea como una de 70 u 80 (Redolar, Blázquez y Gonzales, 2013).

Pero algunos cambios son visibles, otros no lo son, hoy en día las dolencias más comunes de este grupo etario son las enfermedades cardíacas, la hipertensión arterial, ataques cerebrovasculares, enfermedades musculo esqueléticas, diabetes, fallas en el riñón

y en el sistema digestivo, etc (Redolar, Blázquez y Gonzales, 2013; Salech, Jara y Michea, 2012).

Así como también los cambios en el desempeño cognitivo propios del proceso de envejecimiento que es provocado principalmente a la disminución progresiva de la masa cerebral, la acumulación de desechos en las células cerebrales y el desbalance de neurotransmisores, reflejándose en dolencias comunes como la Enfermedad de Parkinson, Alzheimer y deterioro cognitivo (Redolar, Blázquez y Gonzales, 2013).

Salech, Jara y Michea, (2012) afirman que el envejecimiento de vasos sanguíneos y el corazón está asociado a la pérdida y menor elasticidad de las células musculares en general, que enlentece el funcionamiento cardíaco y motriz del adulto mayor, los esfuerzos físicos que se realizaban con naturalidad se ven cada día más restringidos, sus movimientos son más limitados debido al cansancio y a la disminución de masa muscular conocido como sarcopenia, que provoca la depreciación progresiva de la fuerza física en el anciano.

Otra de las enfermedades más comunes hoy en día en el adulto mayor es la diabetes mellitus tipo II producida por el exceso de glucosa en la sangre, en la tercera edad aumenta la acumulación de grasa visceral, lo que constituye un factor de riesgo para la diabetes, esta enfermedad es crónica pero con un orden alimenticio y actividad física moderada para poder llevar una vida normal (Salech, Jara y Michea, 2012).

1.3 Concepto de calidad de vida.

Estos importantes cambios de la tercera edad son de fundamental importancia al hablar del concepto multidimensional de calidad de vida, hoy en día van cobrando más fuerza los estudios relacionados con la calidad de vida y el nivel de satisfacción de cada

persona acerca de su vivir, prevenir enfermedades o problemáticas sociales que puedan impedir el disfrute y desarrollo adecuado del ciclo vital, impulsa a conocer más acerca de los aspectos que la población necesita para tener satisfacción en su vida, según la organización mundial de la salud es *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”* (WHOQOL-OMS, 1998).

El concepto multifactorial ha sido abordado desde saberes médicos, económicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales. La medicina asocia una buena calidad de vida con la salud física y la ausencia de enfermedad, por otro lado los filósofos y psicólogos, relacionan el bienestar con la felicidad y la capacidad de adaptación del ser humano a cada etapa y variabilidades del entorno en que se desenvuelve. También el concepto de calidad de vida se analiza desde el punto de vista económico, relacionado con el ingreso y la cobertura de este en las necesidades básicas de vestimenta, alimentación y hogar (Melguizo et al, 2014)

Gran porcentaje del concepto de calidad de vida pertenece a la valoración individual, es decir elementos subjetivos y objetivos que conforman el concepto global de calidad de vida. Como componentes subjetivos nos referimos a las metas, expectativas e incluso las preocupaciones que cada persona se plantea, relacionada a su personalidad y el ambiente en el que se desenvuelve, mientras que componentes objetivos son las circunstancias externas o aquellas palpables, como problemas de salud, vida laboral, relación familiar y relación de pares, etc. (Millán 2011).

1.4 Calidad de vida en el adulto mayor.

El concepto de calidad de vida va de la mano con la sensación de bienestar y satisfacción general de su propia vida, dicho bienestar ha sido valorado desde la calidad de salud, el nivel económico, equilibrio psicológico, etc. Aparentemente el adulto mayor al encontrarse en la última etapa del ciclo vital presentando ciertas decadencias físicas, se siente más sensible y cercano a percibir su calidad de vida de forma holística (Hernández, González & Moreno, 2008).

Del concepto dado por la OMS el estado de salud física y psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales son los factores más importantes a tomar en cuenta al valorar la calidad de vida de un adulto mayor (Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordoñez y Osorio, 2011) .

La calidad de vida en el adulto mayor dependerá de un envejecimiento saludable y exitoso, pues esta condición está influenciada por los factores ambientales que hacen parte de los cambios que se deben atravesar en la tercera edad, sumado al proceso de deterioro global responsable del envejecimiento. Los adultos mayores pertenecen a los grupos vulnerables por el declive que acompaña esta etapa de vida, el cual es más evidente en lugares de protección como asilos y albergues, pero no todas las personas de la tercera edad experimentan la vejez en forma de un desgaste y disminución global, el desgaste es porcentual y va a ser determinado en gran cantidad de acuerdo al estilo de vida sostenido en años anteriores (Melguizo et al, 2014).

Según Estrada et al. (2011) en la tercera edad la calidad de vida está polarizada, el adulto mayor considera que buenas relaciones familiares y sociales, buen estado de salud y

acomodación económica, son las condiciones adecuadas para una calidad de vida valorada de forma positiva, en cambio se percibe una calidad de vida negativa cuando existen factores como la dependencia de familiares o acompañantes, sea por limitaciones físicas o algún tipo de enfermedad y discapacidad y actividad social disminuida.

La dependencia y la discapacidad será el factor más importante a la hora de evaluar la calidad de vida en la edad adulta, pues de alguna manera el paciente necesita la presencia de un tercero para realizar actividades de la vida diaria como cambiarse de ropa, ir al baño, alimentarse, etc. Es probable que la ayuda que se necesite sea mínima, pero ya representa la falta de independencia en actividades que posiblemente antes no representaban ninguna dificultad. En el momento en el que la persona necesite de un tercero sus actividades y planes van a ser determinados por la disponibilidad de ese tercero y su calidad de vida disminuirá al encontrarse a merced de un factor externo. (Millan, 2011).

Las actividades sociales, culturales, recreativas, deportivas y económicas, realizadas según la preferencia personal contribuyen a aumentar el bienestar y la calidad de vida percibida por el adulto mayor, el mantenerse activo y sentirse productivo en una sociedad que estigmatiza y denigra a los ancianos, permite desarrollar la auto aceptación y adaptación del mayor y los retos etarios (Oliva, Limón y Navarro, 2013).

La salud mental es un componente importante de la calidad de vida, es fundamental evaluar la percepción que cada persona tiene de sus condiciones de vida pues en la edad adulta se considera salud mental no solamente la ausencia de un síntoma si no también es considerada un recurso indispensable para el bienestar y disfrute de la vejez.

El sentido del humor, la actitud positiva es un arma a la hora de enfrentar problemas y dificultades relacionadas con la edad, si bien el envejecimiento inicia muchos

años atrás, la actitud que tengamos ante él determinara la adaptación exitosa en esta etapa. El recurso de la salud mental en el adulto mayor ayuda a desarrollar habilidades sociales, a encontrar el sentido a la vida y fortalecer las capacidades intelectuales.

1.5 Valoración de la calidad de vida.

La calidad de vida es evaluada por los cuestionarios especializados que han dado muy buenos resultados en el ámbito de la confiabilidad. Es importante que al evaluar calidad de vida se indaguen varias dimensiones de la persona con el fin de encontrar la repercusión de cada ámbito en la visión global de satisfacción experimentada por el paciente. Igualmente al conocer un poco de sus acontecimientos vitales, enfermedades, actividades, tendremos una idea más profunda, que asegure el resultado.

Concluimos en que el éxito del envejecimiento suma múltiples factores que la persona ha adquirido durante toda su vida y otros que se le ha otorgado genéticamente, es importante discriminar las necesidades básicas dentro de la percepción de calidad de vida, que en la tercera edad contiene un alto contenido de factores subjetivos. Preservar su salud emocional disminuye múltiples dolencias físicas y fortalece su calidad de vida. A pesar de que la conciencia en salud se ha incrementado, los adultos mayores son uno de los grupos con mayor demanda al sector de salud, que hoy en día atiende sus necesidades con facilidades médicas, programas de acompañamiento, etc.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN GERIÁTRICA

La depresión y la ansiedad son las patologías más comunes en el adulto mayor, al llegar al ocaso de la vida surge angustia y tristeza como parte de una etapa en la que se presentan múltiples acontecimientos. En este caso, la depresión puede ser multicausal con presencia de factores precipitantes que son típicos de la tercera edad. La presencia de depresión constituye un factor de riesgo muy importante en la edad adulta pues disminuye la calidad de salud de la persona e incrementa la mortalidad en presencia de una afección médica u otros elementos.

2.1 Concepto y antecedentes de la depresión.

Según Mori y Caballero (2010) la depresión constituye uno de los síndromes afectivos más frecuentes y antiguos según los escritos, atacando a hombres y mujeres de cualquier edad, raza y aspecto sociocultural, por su prevalencia hoy en día se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial asociado a un aumento de discapacidades funcionales y mortalidad, es también uno de los causantes de pérdidas humanas, sociales y económicas por el sufrimiento familiar, los costes del tratamiento y el cese de la actividad laboral (Vásquez Machado, 2001; y Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

En la depresión la intensidad y la duración de la tristeza se encuentra aumentada, afectando su desenvolvimiento en todos los ámbitos de la vida, el humor depresivo que

presenta la persona provoca una visión negativa ante cualquier circunstancia, no se pueden desempeñar las actividades cotidianas con normalidad, en cada persona los síntomas se manifiestan en intensidad diferente, lo que va a guiar el diagnóstico específico de la enfermedad, principalmente se caracteriza por la presencia de decaimiento, llanto fácil, falta de concentración, problemas de sueño, pensamiento polarizado, hiper o hipofagia, etc. Muchas de las veces suele acompañarse de síntomas somáticos como palpitaciones, cefaleas, trastornos menstruales, entre otros, etc (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002).

En la antigüedad se creía que la depresión, como muchas otras enfermedades mentales eran de origen sobrenatural, para lo cual se utilizaban métodos religiosos de acuerdo a la época como forma de tratamiento, en los escritos de Homero, Hipócrates y Areteo se describe, de forma literaria, las características específicas de la depresión, conocida y diferenciada por muchos autores de la época con el término de melancolía y la diferencian de otros padecimientos mentales. Específicamente Hipócrates realiza las primeras referencias conceptuales de la depresión con el nombre de “bilis negra” (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002).

Durante la edad media, el siglo XIX y finales de siglo pasado el concepto de depresión tiene cada vez mayor precisión. Kraepelin (1896), clasifica y agrupa todas las enfermedades mentales, otorgando más especificidad a los síndromes depresivos (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002).

No existe un origen específico de la depresión, se han determinado múltiples causas de origen biológico, físico y psicológico que provoquen y predispongan al desarrollo de esta enfermedad, las teorías aseguran que tener uno o más factores predisponentes exponen a una persona al brote de la depresión a partir de cualquier

situación importante en su vida y según la forma en cómo se presenten (Vázquez, Muñóz y Becoña, 2000; Zoch, 2002).

Entre las causas biológicas de la depresión se ha hablado mucho de aspectos genéticos, trastornos y disminución de neurotransmisores, problemas endócrinos y hormonales, abuso de medicamentos o drogas y algunas enfermedades físicas como el cáncer, el hipotiroidismo, entre otras. También existen motivos de origen social que pueden desencadenar en una depresión, entre ellos, la pobreza, migración, la guerra, inestabilidad familiar y social (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002).

Según el DSM-V (2013) la depresión mayor diagnosticada según los criterios establecidos tienen una prevalencia del 7% en Estados Unidos, siendo mayor en las mujeres que hombres y con mayor afección a grupos entre los 18-30 años. El DSM-IV los países del medio oriente tienen menor tasa de prevalencia, muestra clara de la diferencia en determinantes socioculturales, genéticos y de carácter metodológico en la aplicación de investigación. Sin embargo, según Mori y Caballero (2010) los trastornos menos severos de depresión tienen aún más prevalencia que la del trastorno depresivo mayor.

A pesar que no todos los casos de depresión son atribuidos a causas médicas, este trastorno se ha convertido común en atención primaria, íntimamente asociada a una pobre calidad de vida, disminuyendo la funcionalidad y salud de quien lo padece, impide el disfrute de las relaciones sociales, e incapacita el desarrollo social y laboral, aspectos básicos para conservar la autoestima y auto concepto de la persona, lo cual favorece y prolonga el trastorno (Mori y Caballero, 2010).

El diagnóstico de depresión mayor generalmente tiene un tiempo de duración entre 6 a 12 meses, mientras que la mayoría de episodios depresivos ha tenido una duración entre 3 a 5 meses, si este aparece en edades tempranas existe mayor riesgo de intentos de

suicidio y de mayor número de episodios depresivos, comprometiendo el desarrollo psicosocial, una persona que ha sufrido varios episodios depresivos adquiere la vulnerabilidad de desarrollar una comorbilidad sea con enfermedad física o psiquiátrica lo que agrava el cuadro. La presencia de la depresión como enfermedad dual debilita el sistema inmunológico por sus síntomas vegetativos, aumentando el índice de mortalidad y reduciendo la calidad de vida en pacientes (Mori y Caballero, 2010).

Uno de los criterios diagnósticos de la depresión mayor es la ideación suicida o pensamiento recurrente en hacerse daño quitándose la vida, que en cierta población como los jóvenes y adultos jóvenes suele terminar en el suicidio consumado, es por eso que se ha convertido en un trastorno de alto riesgo conocido como la “gripe de las enfermedades mentales” generalmente las víctimas acarrean una depresión mayor sin tratamiento adecuado y con presencia de comorbilidad. El riesgo de mortalidad en una depresión es bastante significativo, por lo cual es necesario el tratamiento psicofarmacológico a tiempo. (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002; Mori y Caballero, 2010).

2.2 La depresión en el adulto mayor.

Al hablar de la depresión en el adulto mayor, hablamos de un grupo con el que se deben tomar ciertas consideraciones, a pesar de ser un trastorno con alta prevalencia en esta etapa de vida, los estudios indican que la sintomatología es diferente entre un adulto mayor con depresión a un adulto joven con depresión. El trastorno aumenta el índice de mortalidad pues el adulto deprimido tiene igual o menor funcionamiento que quienes padecen enfermedades crónicas y hay que considerar también que estos adultos deprimidos generalmente sufren de alguna enfermedad física, lo que disminuye aún más su

funcionamiento y calidad de vida (Alcalá, Camacho y Giner, 2007; Peña, Herazo y Calvo, 2009).

La depresión es considerada como uno de los trastornos mentales más importantes de la tercera edad, la sintomatología en esta edad se presenta en forma de ansiedad y quejas continuas por la presencia de enfermedades somáticas, evidenciando en menor cantidad el ánimo triste que presenta un paciente depresivo de otra edad, razón por la cual se contamina la estructura clásica del afecto en la depresión maquillándose hacia sensación de ansiedad producida por enfermedad física, lo que subestima en mucho de los casos el diagnóstico de depresión. El paciente senil suele acudir al médico 2 o 3 veces más que otro paciente por dolores o representaciones somáticas que enmascaran el cuadro depresivo (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

Por otra parte en la tercera edad la depresión incrementa la percepción de mala salud y disminuye los niveles de calidad de vida, en el adulto mayor los dolores osteomusculares, cefaleas, y enfermedades del sistema respiratorio son sospechas de una somatización por trastornos afectivos, en especial de depresión. Es común en esta población que el análisis médico no encuentre la etiología de las quejas somáticas, pues el adulto mayor depresivo se encuentra propenso a la hipocondría, por esta situación la demanda en salud aumenta, convirtiéndose también en un problema social por el incremento de costos en atención primaria. Estableciendo cada vez de mayor importancia el diagnóstico adecuado en los adultos mayores para un tratamiento efectivo que combine el bienestar en salud mental y médica, lo cual incrementa la demanda de equipos multidisciplinarios que sepan cubrir las necesidades verdaderas de un paciente geriátrico y su familia (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

Un diagnóstico adecuado permitirá la mejor adherencia al tratamiento, sufrir depresión en la tercera edad disminuye las interacciones sociales con amigos y familiares, en ciertos casos los adultos mayores se vuelven pasivos generando rechazo ante las demás personas, abandonan la práctica y búsqueda de actividades productivas o de ocio, incrementando incluso el deseo de acelerar su propia muerte. La literatura científica también asegura la reducción significativa de la efectividad de tratamientos para enfermedades físicas en presencia de una depresión, y la disminución del umbral del dolor, factores contribuyentes en el deterioro de la calidad de vida del adulto mayor (García y Barreto, 2008).

La depresión en la tercera edad tiende a ser más severa, aunque existe menor cantidad de casos contabilizados por la normalidad con que los ancianos asimilan la tristeza, la mayoría de ellos acude donde un profesional en salud mental por derivación o presión familiar. Por otra parte se debe cuidar el diagnóstico ya que existen casos de depresión geriátrica que puntúa normal en los cuestionarios o test especializados, haciéndose necesaria la entrevista clínica profesional para la detección del trastorno, pues al final de la vida y en especial si existen factores de comorbilidad, el adulto mayor tiende a resignarse y acostumbrarse a la tristeza, aceptando el ánimo triste como la normalidad.

Otra variante a tomar en cuanto al diagnóstico de depresión geriátrica es la aparición de ciertos niveles de ansiedad con respecto a la muerte y la tristeza adaptativa experimentada por las múltiples pérdidas y cese de actividades habituales, esta tristeza puede presentarse con desánimo, aflicción, abatimiento y en ciertos casos sentimientos de culpa y soledad, sin embargo es un signo de alerta para prevenir el desarrollo de un episodio depresivo. En el adulto mayor con este padecimiento se distinguen bajos niveles de autoestima y relativa ausencia tanto de afectos positivos como de experiencias placenteras (Alcalá, Camacho y Giner, 2007; García y Barreto, 2008).

La prevalencia de la depresión en la tercera edad varía principalmente según el lugar donde se estudie, según Jongenelis (2004) los ancianos que habitan en instituciones y hogares de cuidado presentan una prevalencia de depresión de hasta el 42% mucho mayor al porcentaje de aquellos adultos mayores viviendo individualmente. Igualmente se eleva la prevalencia en la población de adultos mayores hospitalizados por causas biológicas (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

2.3 Factores de riesgo y causas de la depresión geriátrica.

Los adultos mayores son conocidos como un grupo vulnerable para la sociedad, el conjunto de cambios que atraviesan, generalmente, sin asesoría, con total desconocimiento y ausencia de familiares, con escasas redes de apoyo, y amplias necesidades que con el paso de los años se van incrementando y en la mayoría de los casos se vuelven dependientes de una persona u objeto con el que puedan ejecutar las actividades de la vida diaria.

Son estos cambios, los que a pesar de ser parte del proceso normal de envejecimiento, se convierten en factores de riesgo significativos ante el desarrollo de un trastorno o episodio de depresión. El duelo, los trastornos de sueño, discapacidad, la presencia de enfermedad mental previa, enfermedad crónica y la polifarmacia. Las causas sociales desfavorables como la pobreza, ausencia de redes de apoyo, distancia familiar, el analfabetismo son aspectos que en esta etapa de evaluación de la vida, reducen la autoestima e incrementan los pensamientos de culpabilidad tanto en adulto mayor institucionalizado o aquel que vive en comunidad (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

Un tema importante es el cambio y reducción de roles sociales. Con el proceso de envejecimiento, estos van cambiando, en la actualidad el individuo se ve obligado a abandonar varios roles que ha cumplido durante toda su vida. Este cambio en el adulto mayor es sinónimo cambios sociales y psicológicos, al llegar a esta etapa cambian las funciones, normas, comportamientos y derechos definidos por la sociedad y la cultura y deben ser cumplidos en torno a sus posibilidades.

El género femenino se han identificado como un factor de riesgo ante la depresión en adultos mayores según varios estudios. Alcalá, Camacho y Giner (2007), en su investigación acerca del afecto en la edad adulta obtuvieron que en una muestra de 60 pacientes con episodios depresivos, resultó mayor la frecuencia de mujeres que sufren la patología a hombres.

Por su parte el duelo constituye un factor de riesgo ya que en la edad adulta, al experimentar una pérdida se activa un proceso adaptativo conocido como duelo, que en ciertos casos fracasa, incrementando el riesgo de adquirir una depresión. Poco a poco los amigos, contemporáneos e incluso la pareja fallece como parte del proceso normal de evolución, aunque el afectado suele experimentar una sensación de vacío y miedo al ver cercana la muerte, no existe pérdida de autoestima ni reducción de relaciones sociales, lo contrario a una depresión en la que existe pérdida de autoestima e interacción social (Mishara y Riedel, 2000).

Las pérdidas sufridas en esta edad pueden ser también físicas, económicas y sociales. Por ello, sufrir pérdidas de forma precipitada, de personas muy allegadas, con antecedentes riesgosos como la soledad o enfermedad previa, puede provocar una reacción depresiva patológica en el anciano (Mishara y Riedel, 2000).

La jubilación implica también una pérdida, el término de la vida laboral en mayor parte de los casos restringe la estabilidad económica y en cierto nivel la vida social del adulto mayor, empieza también a experimentar sentimientos de minusvalía y desesperación por su falta de “productividad” en el entorno (Fernández-Ballesteros, 2001). Esta pérdida generalmente necesita de un tiempo de adaptación pues toda persona activa en el ámbito laboral conoce del término de sus funciones, el adulto mayor generalmente se adapta a la jubilación, pero, si el proceso no se ejecuta con normalidad puede ser riesgo de depresión.

La causa determinada y específica de la depresión puede ser encontrada por el clínico durante la entrevista o con el transcurso de la terapia. Sin embargo, anteriormente nombramos que las investigaciones nos han dado a conocer las causas biológicas, sociales y psicológicas que pueden provocar la aparición de la depresión (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Dentro de las causas psicológicas de este trastorno, el representante de la terapia cognitiva Beck (1967) habla de la triada cognitiva de la depresión como resultado de una serie de distorsiones que provocan la visión negativa de sí mismo, del mundo exterior y del futuro. En el caso del adulto mayor las pérdidas y el descenso de sus actividades funcionales pueden favorecer la formación de esta triada cognitiva negativa (Mishara y Riedel, 2000).

Para la teoría psicodinámica cualquiera que sea la causa de la depresión en la tercera edad tiene pronóstico desalentador, pues la psiquis del hombre también ha envejecido. Para Freud la depresión es causada por la acumulación de pérdidas, que vienen acompañadas de sentimientos de culpabilidad e introyección de cada pérdida que se ha

tenido, provocando en el anciano sentimientos de hostilidad y culpabilidad (Mishara y Riedel, 2000).

Por otro lado, la teoría conductista expone que la depresión es el resultado de la privación de refuerzos positivos. Ferster, 1974, citado por Mishara y Riedel, (2000) afirma que en la edad adulta, se sufren constantemente la pérdida de éstos refuerzos, y al no sentir el bienestar que causan, la persona abandona poco a poco sus actividades, recibiendo así aún menos refuerzos positivos e ingresa en un círculo de difícil salida.

2.4 Valoración de depresión en adulto mayor.

El paciente geriátrico acude a consulta psicológica generalmente por derivación médica, o por influencia de familiares o amigos, debido a la tendencia a normalizar los sentimientos de tristeza en la tercera edad. Por esta razón la evaluación es determinante en la sospecha o detección de un trastorno afectivo.

En el examen clínico se debe dar importancia a los sentimientos experimentados por el paciente en el último mes, presencia de cambios en el estado de ánimo, descenso en la tasa de actividades, tendencia a aislarse y quedarse solo en casa en las últimas semanas. También en la historia clínica se procura indagar acerca de los eventos vitales importantes, pérdidas o la existencia de episodios depresivos anteriores. Considerando la asociación cronológica de los eventos y la demanda actual (Triadó, 2014).

Es recomendable utilizar una escala específica para medir depresión, acompañado de la historia clínica nos acerca más a un diagnóstico. En el caso de la depresión es importante que el paciente asista a revisión médica para reconocer posibles enfermedades

y fármacos que provoquen la aparición de un estado depresivo. Igualmente se debe evaluar el estado cognitivo para descartar alteraciones graves en su juicio y memoria (Alcalá, Camacho y Giner, 2007; Triadó, 2014).

Según el DSM-V (2013) los criterios diagnósticos que se deben reconocer en el paciente tienen una duración mínima de dos semanas y son;

Tabla 1

Criterios diagnósticos de depresión mayor por el DSM-V

A. Cinco o más de los siguientes síntomas presentes durante dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución del interés por actividades.
3. Pérdida o aumento de peso sin hacer dieta.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiada.
8. Menor capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos de muerte recurrentes.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes de funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o de otra afección médica.

D. No se explica mejor por otros trastornos psiquiátricos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según el DSM-V

Existen cuadros muy frecuentes en el adulto mayor que pueden ser confundidos con la sintomatología depresiva, por eso es importante descartar situaciones como el duelo, el envejecimiento normal, trastornos mentales orgánicos, trastornos de ansiedad, de sueño y

enfermedades somáticas o incluso el efecto secundario de tratamientos con medicamentos (Triadó, 2014).

En conclusión, conocemos que la depresión es considerada como uno de los trastornos mentales más importantes de la tercera edad, a pesar que la sintomatología suele confundirse con sentimientos de ansiedad ocultando la falta de autoestima, o sentimientos de culpabilidad, sentidos comúnmente en la última etapa de la vida, el adulto mayor se vuelve vulnerable por la existencia de mayores factores de riesgo; las pérdidas, la separación familiar y la soledad, la depresión es un importante marcador de mortalidad en la vejez, en este diagnóstico se requiere acompañamiento y asesoría pues la tristeza se convierte en una “normalidad” al experimentar estos cambios.

CAPÍTULO 3

DETERIORO COGNITIVO

En la edad adulta se produce un declive del organismo, los sistemas se han desgastado, y muchas de las actividades que se realizaban con destreza y rapidez, en la vejez, se vuelven más trabajosas e incluso imposibles de realizar, este envejecimiento afecta de forma específica a ciertas áreas del cerebro, que producen una disminución en la capacidad de concentración, aprendizaje y dificultades en la memoria, lo cual repercute en la interacción con el entorno al realizar las actividades cotidianas; pero se debe discriminar el desgaste normal del cerebro con la presencia de una patología cognitiva de consecuencias mucho más ruinosas.

3.1 Cognición: concepto, áreas.

El concepto de cognición lleva años de investigación, desde múltiples áreas de estudio, etimológicamente viene del latín; cognito, cuyo significado se aproxima al conocimiento alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales, lo que implica también a las habilidades denominadas como capacidad o facultad mental.

El sistema nervioso se ha clasificado en dos, según la actividad voluntaria y la actividad involuntaria. El encargado de la actividad que no está dirigida conscientemente como irrigar órganos, la respiración y la actividad endócrina es el sistema vegetativo. Mientras que las actividades consientes como la motricidad, las actividades sensoriales y

cognitivas de las que hablaremos a continuación, están a cargo del sistema nervioso somático (Portellano, 2005).

El sistema nervioso es el encargado de integrar y controlar las actividades que cumple nuestro organismo, claro bajo su supervisión y regulación. Es decir, el conocimiento del SN a lo largo de los años ha sido indispensable para conocer cómo se coordinan las funciones cognitivas del ser humano (Portellano, 2005).

Para la neurociencia, la cognición es llevada a cabo por múltiples áreas del sistema nervioso en el cerebro, y es el proceso de integración, transformación, codificación, almacenamiento y respuesta de los estímulos sensoriales que captan nuestros receptores nerviosos. El estudio de la cognición aborda también el conocimiento de los procesos mentales superiores, o procesos cognitivos entre los cuales reconocemos el pensamiento, memoria, lenguaje, percepción, atención y movimientos (Portellano, 2005).

Memoria: Es un proceso cognitivo que permite codificar, retener, almacenar y recuperar información determinada sobre cualquier situación o vivencia previa. Es un proceso indispensable para el aprendizaje, pues nos permite almacenar y retener toda la información aprendida (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

El proceso en sí de la memoria es una función supra modal, es decir, localizada en múltiples áreas o estructuras del cerebro. Sus circuitos funcionan de forma integral en distintas estructuras del sistema nervioso central. La memoria no se efectúa en un momento determinado, depende 3 pasos principales antes de llegar al almacenamiento definitivo (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

- Codificación: Se realiza a través de los sentidos, es la recepción del estímulo o información al que nos enfocamos para su posterior almacenamiento.
- Consolidación: Es el registro de la información que se ha recibido con un alto nivel de organización.
- Recuperación: Es la evocación o acceso que tenemos a la información almacenada y se crea consciencia o comportamiento de lo aprendido.

Debido a la complejidad del proceso, la memoria ha sido clasificada de dos formas, una de ellas es de acuerdo a la forma almacenamiento de la información, esta clasificación tiene cierto grado de vulnerabilidad frente al envejecimiento. Se divide en memoria explícita o declarativa y memoria implícita o no declarativa (Redolar, Blázquez & González, 2013).

Otra de las formas en la que se clasifica a la memoria es de acuerdo al tiempo transcurrido para el almacenamiento de la información en memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

Tabla 2*Modalidades de la memoria*

Memoria a Corto plazo	Sensorial	Registra información a través de los receptores sensoriales
	De trabajo u operativa	Sistema que permite manipular informaciones para el cumplimiento de tareas cognitivas simultaneas.
	A corto plazo	Retención de pocos segundos.
	Primaria	Estímulos que se acaban de presentar en la consciencia.
Memoria a Largo plazo.	Secundaria	Hechos sucedidos de hace poco tiempo o memoria reciente.
	Terciaria	Hechos sucedidos hace mucho tiempo o memoria consolidada.
	Anterógrada	Información a partir de un determinado hecho
	Retrógrada	Información previa al hecho
	Declarativa	Experiencias que son conscientemente recuperadas por el sujeto. Semántica y Episódica.
	No declarativa	No se usa ni examina de manera consciente.

Clasificación de la memoria según el tiempo transcurrido.

Lenguaje: Considerado una función cognitiva sofisticada por utilizar un sistema de símbolos cuya expresión se realiza a través de la lengua oral y escrita mediante el sistema respiratorio y los brazos, denominados órganos ejecutores. El lenguaje constituye un importante patrón a nivel social y evolutivo y su expresión es mediante monemas y fonemas producidos o emitidos por el tracto vocal (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

La ejecución de estos sonidos produce silabas, palabras y frases que formaran un discurso en un determinado idioma, dotando al ser humano del habla, mediante el cual nos es posible la comprensión, la comunicación verbal y escrita. En todo este proceso intervienen varias áreas del sistema nervioso central en el tronco cerebral y áreas de la corteza en especializada el hemisferio izquierdo (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

Percepción: Al referirnos a la percepción es importante nombrar los sistemas sensoriales que nos comunican con el entorno recogiendo la información necesaria para dar una respuesta adaptativa al medio. Todo este proceso es realizado por células especializadas del sistema nervioso llamadas neuronas, estas receptan el estímulo desde el exterior, codifican la información sensorial y gracias a agentes químicos e iones eléctricos llevan la información hasta nuestro cerebro para que sea procesada e interpretada (Redolar, Blázquez & González, 2013).

La percepción es el conocido punto de encuentro entre lo físico y lo mental, pues tiene origen en la interacción física con el medio, la recepción de la información es una parte del proceso, el momento que esta llega a los núcleos cerebrales va a ser interpretada de la forma más adecuada en cada caso y según las memorias de cada persona (Redolar, Blázquez & González, 2013; Triadó, 2014).

Atención: Entre la múltiple información que maneja nuestro cerebro, la capacidad para seleccionar un estímulo que procesaremos con mayor profundidad que el resto, se denomina atención. Consiste en focalizarnos hacia un determinado estimulo inhibiendo cualquier otro distractor. Este complejo e interesante proceso cognitivo cumple una indispensable función en todas las actividades de nuestra vida diaria como; la toma de

decisiones, la concentración, planificación, etc. (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

La atención es considerada una compleja función realizada por varias áreas del sistema nervioso en la que interviene también la orientación, motivación, concentración, selectividad, entre otras denominadas funciones menores (Portellano, 2005).

Praxias: El cerebro mueve nuestro cuerpo, el movimiento es la forma de respuesta activa de nuestro organismo en la interacción con el entorno y al hablar de movimiento no solo hace referencia a la contracción muscular conocida como actividad somática, sino también al movimiento involuntario realizado por la glándulas secretoras, el musculo cardiaco y liso, llamada actividad motora visceral (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

El movimiento somático se realiza a partir de un deseo consciente, esto quiere decir que consta de dos aspectos, el psicológico en que se procesa la información y planifica la respuesta y del componente motor que efectúa la motricidad. Mientras que la actividad motora visceral depende 100% del control y dirección de nuestro sistema nervioso (Portellano, 2005; Redolar, Blázquez & González, 2013).

Gnosias: Proveniente del griego gnosis, que significa conocimiento, la comunicación del hombre con el entorno inicia a través del ingreso de un determinado estímulo a los receptores sensoriales, en ese momento la información es codificada por diferentes órganos y estructuras (tálamo, corteza cerebral, órganos de los sentidos) para poder acceder al sistema nervioso. La gnosis es el proceso de reconocimiento de sensaciones simples en percepciones propiamente dichas en nuestro cerebro (Ardila y Roselli, 2007; Portellano, 2005).

Todos los procesos que hemos descrito son indispensables para nuestra supervivencia, junto con las funciones ejecutivas nos permite la adecuada relación con el entorno. En el ser humano los procesos cognitivos se van desarrollando y especializando con el desarrollo de cada etapa y gracias a la estimulación externa que reciban, es muy complejo hablar acerca del desarrollo de los procesos mentales, pero con el paso de los años al igual que el resto del cuerpo humano, el cerebro se hace viejo afectando el desempeño y funcionalidad de cada una de estas funciones como parte del proceso normal de envejecimiento (Ardila y Rosselli, 2007).

3.2 Envejecimiento y deterioro cognitivo.

La literatura científica y la investigación han dedicado muchos esfuerzos para conocer más acerca de los cambios cognoscitivos en la etapa tardía de la vida. El proceso de envejecimiento es progresivo y en el cerebro las modificaciones involucran los procesos mentales más importantes como; la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención.

El estado cognitivo en la tercera edad depende de múltiples factores, existen pruebas neuropsicológicas aplicadas a grupos que heterogéneos que muestran mayor desempeño en ciertas personas que en otras. Según Portellano, (2005) la disminución e incluso pérdida de las capacidades cognitivas no dependen solamente de la edad y la vejez, suele existir alguna enfermedad o proceso patológico presente en la persona que sea el factor de vulnerabilidad para el decaimiento cognitivo en la tercera edad (Ardila y Rosselli, 2007).

De manera general, el cerebro envejecido muestra cambios anatómicos y fisiológicos muy importante para el adecuado desempeño cognitivo, como por ejemplo;

disminución del peso cerebral, cambios en los niveles de neurotransmisores, degeneración del cuerpo fibroso neuronal, atrofia de los axones neuronales, reducción del número de sinapsis y conexiones nerviosas, modificaciones hormonales, disminución del metabolismo cerebral, entre otras (Portellano, 2005). Estos cambios anatómicos funcionales, se ven reflejados en los procesos cognitivos, la tasa de funcionamiento desciende, o se enlentece, como se explica a continuación.

Una de las dificultades más comunes en la tercera edad es la disminución de la capacidad para almacenar y recordar nueva información, se ha comprobado que en los ancianos existe mucha dificultad para recordar hechos recientes, sin embargo, no parece afectar la capacidad para describir y evocar hechos o aprendizajes antiguos. Es decir, la memoria a corto plazo es la más afectada, al igual que la memoria operativa y esto se relaciona con la lentitud en el proceso de almacenamiento y evocación de la información (Ardila y Rosselli, 2007; Portellano, 2005).

El paciente con un envejecimiento normal nota el déficit en su memoria, es el primer proceso cognitivo en disminuir tanto en la vejez neurológica normal como patológica. Entre la clasificación más afectadas en el adulto mayor está la memoria primaria, la secundaria, terciaria, la memoria de trabajo y episódica; mientras que se ha observado más estabilidad en la memoria semántica y no declarativa (Fernández-Ballesteros, 2009).

Las respuestas en general, en el adulto mayor se vuelven más lentas, el tiempo de reacción ante un estímulo específico aumenta. Esta acción de enlentecimiento disminuye la capacidad de concentrarse y la atención selectiva, por eso resulta muy difícil para el aprender nueva información.

Mientras tanto en el lenguaje el adulto con envejecimiento normal, tiene dificultades para evocar y hallar las mejores palabras para la expresión, es decir disminuye la capacidad de denominación. Aunque funciones como la narrativa y definición no se ven tan afectadas. Sus cambios empiezan a notarse a partir de los 80 años (Ardila y Rosselli, 2007).

También se ven afectadas los receptores sensoriales que participan en la percepción, se necesita más tiempo para reconocer e identificar los estímulos en el cerebro, la capacidad visual disminuye y el desgaste de los órganos produce un nivel de hipoacusia común en los ancianos, a pesar que el gusto y olfato parecen no disminuir de forma notable, la lentitud de los movimientos físicos, la capacidad de evocar recuerdos y de concentrarse dificultan directamente la percepción (Ardila y Rosselli, 2007).

Estos diversos cambios en los procesos cognitivos inician alrededor de los 50 años de edad y son relativamente progresivos, no se originan súbitamente, y si lo hacen es indicio de un proceso patológico. El grado de envejecimiento va a depender del estilo de vida llevado con relación al trabajo mental, ya que las causas específicas del deterioro patológico no son determinadas, se ha observado que en la mayoría de los casos la estimulación cognitiva continua hasta la tercera edad es un importante factor preventivo para un deterioro acelerado y patológico (Ardila y Rosselli, 2007).

3.3 Niveles de deterioro cognitivo.

El envejecimiento cognitivo patológico es de origen diverso, y no necesariamente se presenta en la población mayor, puede empezar años antes. Al hablar de las patologías cognitivas en la vejez una de las más importantes es la demencia, síndrome en el cual al

principio no se compromete la conciencia pero si existe un deterioro progresivo de todas las funciones cognitivas de las cuales hemos hablado, incluyendo las funciones ejecutivas como el control de emociones, la planificación, el comportamiento, etc. (Ardila y Rosselli, 2007; Portellano, 2005).

La demencia es un síndrome irreversible en la mayoría de los casos y su origen se debe a la presencia de una patología orgánica como; enfermedades vasculares, metabólicas, psiquiátricas, infecciosas y neoplásicas, entre otras (Ardila y Rosselli, 2007).

Uno de los casos más frecuentes de demencia es la demencia tipo Alzheimer, enfermedad indiciosa, irreversible y progresiva que afecta las capacidades cognitivas con pérdida de memoria, razonamiento y lenguaje. Debido a que es progresiva la primera parte de la enfermedad resulta de difícil diagnóstico, pues suele parecer un proceso de envejecimiento normal, el mismo que va aumentando hasta llegar al mutismo o ecolalia, descontrol de esfínteres y un grave deterioro comportamental e intelectual (Ardila y Rosselli, 2007).

Existe un estadio muy importante y común en la población geriátrica, el deterioro cognitivo leve (DCL), en el que las funciones cognitivas están alteradas pero no tanto como cumplir el diagnóstico de demencia. Las funciones superiores en el deterioro cognitivo leve no son normales pero no cumplen los criterios de patológicas, sin embargo su reconocimiento y tratamiento es importante porque se conoce como un factor a progresar hacia una demencia (Escobar & Ramos-Vargas, 2012).

En la actualidad se han descrito subtipos de deterioro cognitivo leve, de acuerdo al área cognitiva en la que más se presenta la disfuncionalidad y según los niveles de intensidad. Según Rosselli y Ardila, (2012) se ha clasificado 1) DCL con alteración en la memoria, 2) DCL con dificultad en otra área que no sea la memoria y 3) DCL con

dificultades en dos áreas o dominios cognitivos. Esta clasificación ha servido a los expertos para aproximarse si el destino será o no una demencia.

3.4 Valoración del deterioro cognitivo.

Al parecer el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), se hace en base a la necesidad de encontrar personas mayores con riesgo de desarrollar una demencia, esta patología está caracterizada por que en las pruebas neuropsicológicas se puede ver dificultades en las pruebas objetivas, existe un compromiso de la memoria, pero conservando los procesos cognitivos en general sin malestar en el desempeño de las actividades de la vida diaria (Rosselli y Ardila, 2012).

Existe la discusión pues se considera que el deterioro cognitivo leve no es más que el inicio de un deterioro previo a la demencia, mientras que otras biografías aseguran que no todos los casos de DCL están destinados a esta patología generalmente irreversible (Rosselli y Ardila, 2012). Entre las causas del DCL están los padecimientos neurológicos y vasculares como una isquemia de cierta cantidad de tejido.

Ya que el paciente que sufre de DCL debe someterse a una diferenciación profunda para determinar el diagnóstico, que generalmente se confunde con el proceso de envejecimiento normal, se recomienda evidenciar los cambios cognitivos comparándolos con el nivel de funcionamiento anterior al actual, también cambios en una o más de las funciones cognitivas y diferencias sutiles en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La principal queja de los pacientes es la dificultad en la memoria, y se debe tener en cuenta las diferencias en el tiempo de información que olvidan, el tiempo que les cuesta

recordar y datos cuantitativos como cualitativos del inicio de esa deficiencia. (Rosselli y Ardila, 2012).

Es fundamental que la valoración sea ejecutada al paciente y a la persona que conviva con ella, pues generalmente los cambios cotidianos pueden ser justificados por el paciente debido al miedo de un posible diagnóstico, esta será complementada con un test neuropsicológico y también neuro-imagen que en la actualidad muestra diferencias cerebrales en pacientes con distintos tipos de deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es uno de los factores que disminuyen de la calidad de vida en el adulto mayor, a pesar de poder realizar sus actividades diarias con normalidad, la dificultad de la memoria suele repercutir en su autoimagen y disminuye la tasa de percepción de vida. Así mismo puede ser un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de depresión por la disminución de funcionalidad que ellos perciben en su desenvolvimiento.

El sistema nervioso es el encargado de controlar las actividades que cumple nuestro organismo a través de los procesos mentales superiores, con el envejecimiento y desgaste de nuestro organismo se producen cambios que aparecen desde la adultez de forma progresiva y provoca que los procesos neurales se vuelven lentos, lo que produce la dificultad del adulto mayor en sus actividades cognitivas. Sin embargo es importante el reconocimiento del DCL pues existe también el deterioro cognitivo que aparece de forma súbita, o más acelerada, producida generalmente por antecedentes médicos, que en muchos de los casos provoca demencias o graves deterioros.

CAPÍTULO 4

COMPARACIÓN DE CALIDAD DE VIDA ENTRE PACIENTES CON DE DEPRESIÓN Y PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).

El estudio realizado fue descriptivo, exploratorio, comparativo de corte trasversal, se llevó a cabo en el centro de promoción de envejecimiento activo del IESS, se pudo recabar los datos gracias a tres cuestionarios que fueron aplicados en un periodo de aproximadamente dos meses. De acuerdo a los criterios de inclusión se pudo conformar el grupo de estudio A (pacientes con depresión) y B (pacientes con DCL), el 75% de los pacientes de la muestra pertenecían al sexo femenino y el 25% al sexo masculino.

4.1 Metodología

4.1.1 Tipo de estudio.

El modelo de investigación que se ha utilizado es un estudio descriptivo, exploratorio, comparativo de corte trasversal, pues, en un tiempo determinado se pretende describir la percepción de calidad de vida en dos grupos identificados de adultos mayores, realizando una comparación de los resultados y las variables identificadas.

El estudio se llevó a cabo en el centro de promoción de envejecimiento activo del IESS, institución que ofrece atención completa en salud y talleres de terapia ocupacional, socio recreativas, de integración y fortalecimiento cognitivo, orientados a la promoción,

prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores de la ciudad de Cuenca y sus cantones.

Con 29 años de funcionamiento, el programa es financiado por las personas afiliadas al Instituto de Seguridad Social y se maneja con políticas de gobierno. La institución cuenta con un departamento de psicología que brinda psicoterapia, terapia grupal y talleres, diariamente en consulta se receptan un promedio de cuatro pacientes a más de los integrantes que asisten semanalmente a los talleres de salud mental y cognitiva.

4.1.2 Universo y muestra.

Los participantes corresponden, en ambos casos a adultos mayores hombres y mujeres que abarquen un rango de edad desde los 60 hasta los 78 años de edad, que hayan acudido a consulta individual o talleres ofertados por el departamento de psicología dentro de un periodo de 5 meses (marzo-julio 2015). La población puede pertenecer a cualquier nivel sociocultural y debe mantener un nivel de salud deseable, con presencia de enfermedades que no afecten su autonomía.

Según los informes mensuales de psicología, se cuenta con un promedio de 440 pacientes que acuden a consulta o talleres, de ellos, 310 personas abarcan el rango de edad entre 60 a 78 años. La muestra representa el 19,3% de la población y está conformada por 60 participantes (75% mujeres, 45 y 25% hombres, 15) divididas en dos grupos, el primero con 30 pacientes que tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo leve y asiste a talleres de trabajo cognitivo o consulta psicológica, el segundo grupo conformado por otros 30 pacientes que han sido diagnosticados con depresión y asisten a talleres emocionales o consulta psicológica.

4.1.2.1 Criterios de inclusión.

- Adultos mayores jubilados al IESS.
- Hombres y mujeres entre 60 a 78 años de edad
- Adultos mayores que asistan a talleres cognitivos o emocionales dictados por psicología en el centro durante el periodo de marzo-julio 2015.
- Adultos mayores que asistan a consulta psicológica del centro en el periodo de marzo-julio 2015.
- Adultos mayores que se hayan jubilado mínimo hace 6 meses.

4.1.2.2 Criterios de exclusión.

- Adultos mayores con importante dificultad en el lenguaje oral y escrito.
- Adultos mayores con presencia de trastornos como; esquizofrenia, delirio, Alzheimer, demencia.
- Pacientes con patología dual de depresión y DCL.
- Hombres y mujeres menores a 60 años y mayores a 78 años.
- Adultos mayores que no hayan recibido ninguna instrucción básica.
- Pacientes que no estén de acuerdo con el consentimiento informado
- Pacientes con enfermedades crónicas o polifarmacia significativa.

4.2 Instrumentos de evaluación

En el presente estudio se utilizó la escala de depresión geriátrica Yesavage para valorar los síntomas depresivos, el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, el cuestionario de calidad de vida Whoqol-Bref.

4.2.1 Escala de Yesavage o GSD-15.

La escala de depresión geriátrica Yesavage, por sus siglas en inglés conocida como, GDS-15 consta con 15 ítems de un patrón de respuesta dicotómica, con el cual se evalúa al paciente el estado anímico en la última semana, para poder detectar sentimientos y pensamientos de depresión. La primera escala de Yesavage fue presentada bajo un cuestionario de 30 preguntas, GDS-30, después de tres años se publicó una versión más corta que contaba con 15 ítems, con la finalidad de acelerar el tamizaje del adulto mayor, con eficacia y agilidad. GSD-15 es la versión con la cual trabajaremos en este estudio (Gomez & Campo, 2011).

La escala de Yesavage o GSD- 15 en la actualidad es considerada el único cuestionario construido particularmente para adultos mayores, con la especificidad de síntomas depresivos, sin mezclarlos con síntomas físicos. La escala dicotómica categoriza a la depresión geriátrica en tres niveles, ausente si suma un puntaje de 0- 5, depresión leve con puntajes de 6 a 9 y depresión establecida si se obtiene 10 o más puntos. (Bacca, González y Uribe, 2005)

En relación a la validez y confiabilidad de la escala ha sido respaldada tanto en la consulta como en la investigación clínica, se demostró que la sensibilidad fue del 92% y la especificidad del 89%. En la auto calificación de los síntomas de la depresión en el GSD se cumplió con el objetivo de diferenciar entre los adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r: 0.84$, p menos que 0.001) (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

4.2.2 Mini mental state examination MMSE.

El segundo cuestionario utilizado es el mini-mental state examination (MMSE) de Folstein para valorar el estado mental del paciente; su aplicación toma entre 5 a 10 minutos y su puntaje es de gran utilidad para la detección de deterioro cognitivo leve y moderado

Desde su publicación en 1975, el mini examen del estado mental se ha convertido en una herramienta ampliamente utilizada en todo el mundo para la detección del deterioro cognitivo, múltiples publicaciones sobre su validez y adaptaciones a varios idiomas demuestran la efectividad del cuestionario, el mismo que se considera un instrumento indispensable para la valoración integral en el campo de la neuropsicología.

El MMSE tiene un índice de sensibilidad del 87%-100% y una especificidad del 62%-100%, es un instrumento válido y confiable utilizado en esta investigación por su fácil aplicación, es una escala neuropsicológica conformada por 20 preguntas agrupadas para valorar seis aspectos del área cognitiva: orientación témporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje (denominación, repetición, lectura, orden, grafismo y copia) y praxis (Hernández, González & Moreno, 2008).

El puntaje total es de 30, si la persona contesto correctamente las preguntas, el puntaje medio para las personas adultas mayores que viven en comunidad, es de 27, con

una desviación estándar de 1,7. Se considera deterioro leve el puntaje menor a 27, moderado a severo un puntaje menor a 23. El puntaje suele ser menor en personas sin nivel de instrucción y notablemente disminuido en pacientes con enfermedades como delirio, demencia, enfermedad de Parkinson, Alzheimer, entre otras (Copeland, Abou-Saleh y Blazer, 2002).

4.2.3 Cuestionario Whoqol bref.

El cuestionario utilizado para medir la Calidad de Vida, es el Whoqol, creado por el grupo de calidad de vida de la organización mundial de la salud, mismo grupo que da el concepto definitivo de calidad de vida (página 17), está destinado a evaluar la percepción de su posición en la vida con el contexto sociocultural, sus valores, metas, expectativas de vida, normas y preocupaciones. El cuestionario fue desarrollado y probado en 15 países de predominantes escenarios culturales durante varios años y ha sido probado en 37 centros de investigación (World Health Organization, 1998).

Son varios los cuestionarios creados por el grupo WHOQOL, pero existen dos versiones validadas y probadas en español: el Whoqol 100 y el Whoqol- Bref, como su nombre indica el primer cuestionario está compuesto por 100, mientras que el segundo se compone de 26 preguntas, razón por la cual se lo utilizó en la presente investigación (World Health Organization, 1998).

El Whoqol bref existe en más de 30 lenguas y 40 países, contiene un total de 26 preguntas agrupadas, para evaluar 4 dominios de la calidad de vida del paciente; la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, consta también de dos preguntas globales que se analizan de forma individual: calidad de vida global y salud general.

Cada ítem cuenta con 5 opciones de respuesta tipo likert, estos pertenecen a las 4 áreas o dominios que el momento de la calificación se agrupan en la hoja de respuestas (Word Health Organization, 1998).

Word Health Organization (1998) publica un cuestionario diseñado para ser auto administrado, y puede tomar de 10 a 15 minutos su resolución, si el paciente tiene algún problema de lecto-escritura o imposibilidad, puede ser administrado por el entrevistador. El cuestionario elabora un perfil con 4 áreas puntuadas en una dirección positiva de 0 a 100, lo que significa que los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. De la misma forma las 2 preguntas globales son puntuadas en dirección positiva, a mayor puntaje, mayor calidad de vida y salud física. Los valores calificados como saludables por la OMS, se encuentran sobre el 60%.

4.3 Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se solicitó la autorización a la directora del centro de envejecimiento activo del IESS así como también cada paciente acordó a someterse a esta investigación firmando el consentimiento informado.

Se empezó con la recolección de datos, aplicando el cuestionario de Yesavagge y MMSE a un total de 300 pacientes repartidos en talleres de memoria, talleres emocionales y consulta psicológica, la aplicación se realizó dentro de una entrevista clínica que fundamente el diagnóstico y tratamiento de los pacientes identificados, también sirve de soporte para descartar aquellos pacientes con patología dual y el resto de criterios de exclusión.

Una vez identificada la muestra de pacientes con depresión y pacientes con deterioro cognitivo leve se les aplicó el test de calidad de vida Whoqol-Bref, último paso de la recolección de datos. Contamos en todo momento con la colaboración de los pacientes, este proceso duró aproximadamente dos meses.

Para el procesamiento de datos y el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS versión 22, que permite organizar una base de datos que puede ser examinada con diversas técnicas estadísticas. SPSS permite efectuar tanto análisis estadísticos básicos como avanzados, reportes descriptivos de proyectos investigativos. También se compararon las características de los dos grupos con respecto a las diversas variables del estudio. La elaboración de las figuras o gráficos se realizó en el programa Microsoft Excel versión 2013 (Castañeda, Cabrera, Navarro, Vries, 2010).

4.4 Resultados de la investigación

4.4.1 Características de la muestra.

En la tabla 3 ubicada a continuación, observamos la frecuencia de los pacientes según la división grupal, encontrando en el grupo de personas que sufren depresión (grupo a) que el 36,7 % son mujeres y el 13,3 % hombres. Mientras en el grupo de pacientes con DCL (grupo b) el 38,3% son mujeres y el 11,7% son hombres.

La edad en los pacientes con depresión tuvo una distribución modal con predominio de edades entre 70 a 74 años de edad (16,7 %), mientras que en pacientes con deterioro cognitivo la moda de la edad se situó también entre los 70 a 74 años (28,3 %).

En cuanto al estado civil las personas que sufren de depresión el predominante fue casado/a en un 25% (15), seguidos por un igualitario de viuda/o en un 8,3% (5) y

divorciadas 8,3% (5). Mientras que en el grupo de personas con DCL se evidenció que las personas casado/a representaba el 25% (15), seguido de viudo/a con 13,3 % (8).

El nivel de instrucción en el grupo a, predominó en secundaria con 20% (12 pacientes) seguido con el 18,3 % (11 pacientes) primaria y 11,7 % (7 pacientes) con educación superior. En el grupo b, predomina la instrucción primaria con 25%(15 pacientes) seguida de secundaria con 18,3%(11 pacientes) y con educación superior el 6,7% (4 pacientes).

Tabla 3*Características de los grupos a comparar*

Distribución por sexo	Depresión	DCL
Femenino	36,7% (22)	38,3%(23)
Masculino	13,3%(8)	11,7%(7)
Distribución por edad	Depresión	DCL
60 – 64 años	10% (6)	3,3%(2)
65 - 69 años	13,3%(8)	10%(6)
70 - 74 años	16,7%(10)	28,3%(17)
74 - 78 años	10%(6)	8,3%(5)
Distribución por estado civil	Depresión	DCL
Soltero/a	5%(3)	11,7%(7)
Casado/a	25%(15)	25%(15)
Viudo/a	8,3%(5)	13,3%(8)
Unión libre	3,3%(2)	0%(0)
Divorciado/a	8,3%(5)	0%(0)
Distribución por instrucción	Depresión	DCL
Primaria	18,3% (11)	25%(15)
Secundaria	20% (12)	18,3%(11)
Superior	11,7%(7)	6,7%(4)

Fuente. Formulario de recolección de datos. Elaboración: Andrea Molina Romo.

4.4.2 Resultados y análisis.

Tabla 4

Distribución de los pacientes con depresión según el tipo.

	Frecuencia	Porcentaje en muestra
Leve	17	54,8%
Establecida	13	41,9%

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Andrea Molina Romo.

Análisis: En la tabla 4 observamos la frecuencia de los pacientes con depresión según su tipo, encontrándose que en el grupo existen más personas con depresión leve 54,8% (17 pacientes), y la menor parte el 41,9% (13) sufren depresión establecida.

Tabla 5

Percepción de calidad de vida en pacientes con depresión

Percepción	Pacientes	%
Muy mala	0	0%
Mala	9	30%
Normal	13	43,3%
Buena	8	26,7%
Muy buena	0	0%
Total	30	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora
Chi-cuadrado de Pearson 4,35.

Análisis: En la tabla 5 se observa la asociación entre la calidad de vida de los pacientes con depresión, obteniendo que el 43,3% (13) perciben una calidad de vida normal, seguida por el 30%(9) pacientes que calificaron su calidad de vida como mala y el 26,7%(8) que perciben tener una buena calidad de vida. La mayoría de los pacientes con depresión considera que su calidad de vida no es buena.

Según Azpiazu et al. (2002) la percepción de calidad de vida en personas mayores de 65 años, está asociada directamente al estado emocional de la persona, los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad por ende tienden un rol emocional poco saludable y perciben un mal estado de salud, una mala calidad de vida, que puede ser provocado por la visión negativa que tienen las personas con depresión.

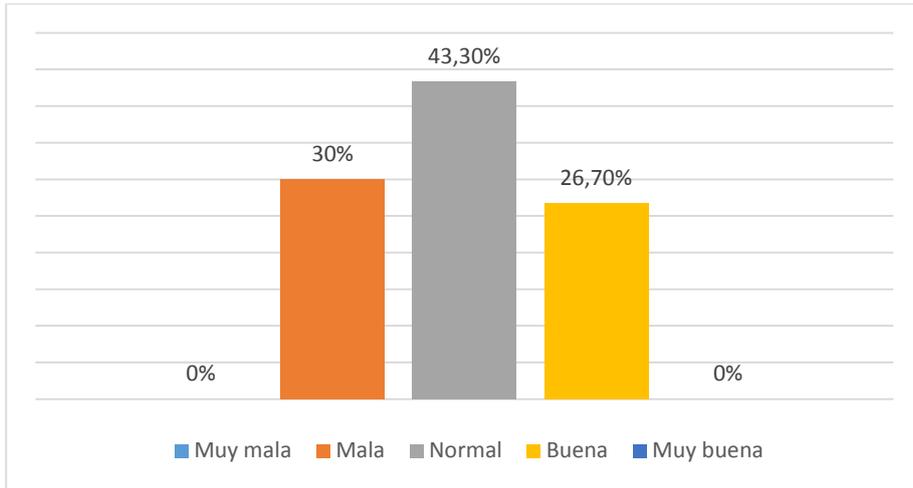


Figura 1. Percepción de calidad de vida en pacientes con depresión

Fuente: tabla 5. Elaboración: Andrea Molina.

Tabla 6

Percepción de calidad de vida según el nivel de instrucción del grupo con depresión

Calidad de vida	Nivel de instrucción		
	Primaria	Secundaria	Superior
Mala	20%(6)	10%(3)	0%(0)
Normal	13%(4)	20%(6)	13%(4)
Buena	3%(1)	10%(3)	10%(3)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora
Chi-cuadrado de Pearson ,135

Análisis: Las personas con nivel de instrucción primaria poseen menor calidad de vida, de esta manera ninguna de las personas con depresión que han cursado el tercer nivel consideran mala su calidad de vida, explicado en la figura.

La tendencia es mejorar la puntuación en calidad de vida mientras más niveles de escolaridad ha alcanzado el paciente, es así como ninguno de los participantes que han cursado la universidad considera tener una calidad de vida mala. Melguizo, Acosta y Castellano (2012) quienes observaron que la tendencia negativa en la valoración de CV en los ancianos de niveles educativos más bajos por razones socioeconómicas y sentimientos de incompetencia en la cotidianidad.

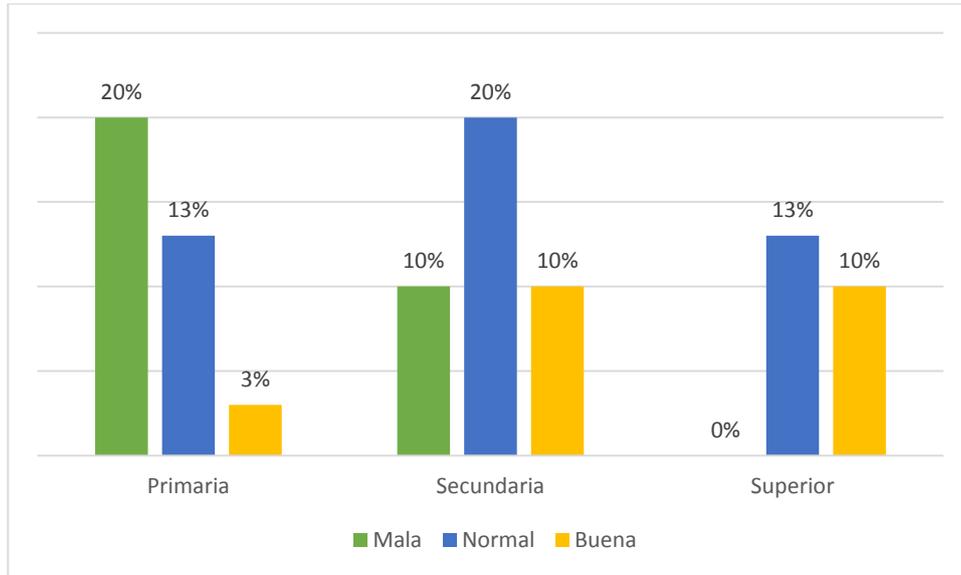


Figura 2. Calidad de vida según la instrucción de pacientes con depresión
Fuente: tabla 6. Elaboración: Andrea Molina.

Tabla 7

Percepción de calidad de vida según sexo en el grupo con depresión

Calidad de vida	Femenino	Masculino	Total
Mala	23,3%(7)	6,7%(2)	30%(9)
Normal	36,7%(11)	10%(3)	46,7%(14)
Buena	13,3%(4)	10%(3)	23,3%(7)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Análisis: La calidad de vida según el sexo del grupo con depresión representado en la tabla 7, muestra el valor más alto considerado como normal en el caso de las mujeres y la menor cantidad de ellas lo considera buena, esta misma tendencia se mantiene en el sexo masculino, encontramos cierta similitud en la forma de percibir la calidad de vida de acuerdo al sexo. Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) en su investigación concluyeron que la calidad de vida del adulto mayor no difiere de acuerdo al género.

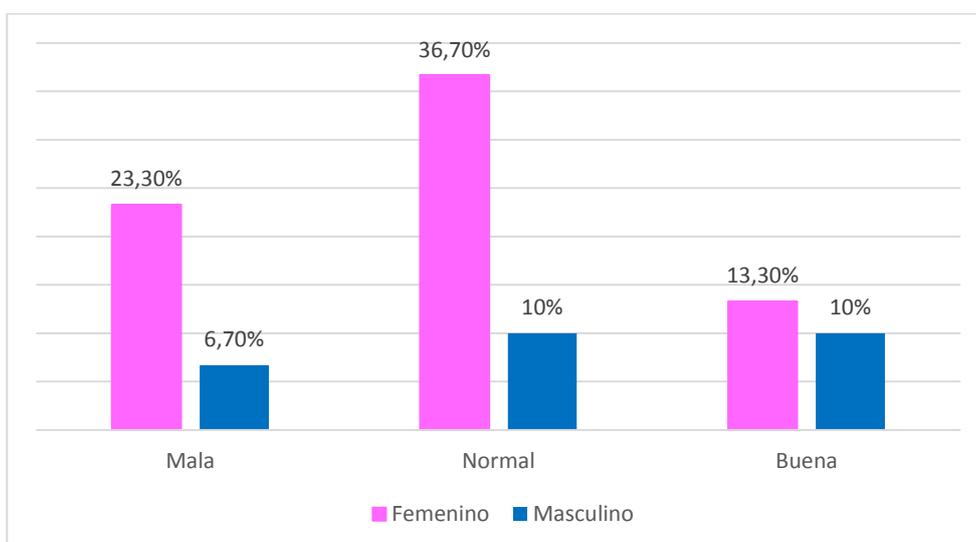


Figura 3. Calidad de vida según sexo de pacientes con depresión

Fuente: tabla 7. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 8

Percepción de calidad de vida según los tipos de depresión

	Tipo de depresión		Total
	Leve	Establecida	
Muy mala	0% (0)	0%(0)	0%(0)
Mala	5,9% (1)	61,5%(8)	30%(9)
Normal	58,8% (10)	30,8%(4)	46,7%(14)
Buena	35,3% (6)	7,7%(1)	23,3%(7)
Muy buena	0% (0)	0%(0)	0%(0)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora
Chi-cuadrado de Pearson: 1,254. Sig. Asintótica ,004

Análisis: La tabla 6 muestra la relación entre los tipos de depresión y la percepción de CV, resultando que el 58,8% de pacientes con depresión leve tiene calidad de vida normal, mientras que el 61,5% con depresión la calificó como mala, debido a que los síntomas depresivos se correlacionan directamente con la calidad de vida, mientras más severos son los síntomas, menor es la calidad de vida (Lapid et al., 2011).

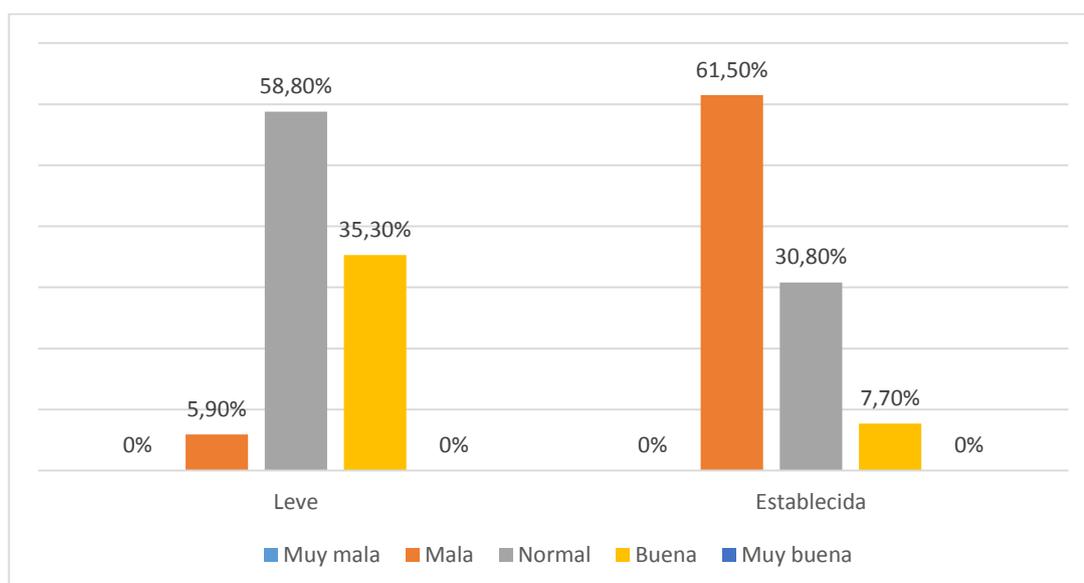


Figura 4. Percepción de calidad de vida según el tipo de depresión

Fuente: tabla 8. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 9

Percepción de calidad de vida en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL)

	DCL	
	Pacientes	%
Muy mala	0	0%
Mala	2	6,7%
Normal	8	26,7%
Buena	17	56,7%
Muy buena	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Análisis: En la tabla 7 se observa la asociación entre la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo leve, obteniendo que el 56,7% (17) perciben una calidad de vida buena, seguida por el 26,7%(8) pacientes que piensas que su calidad de vida es normal y el 10%(3) que perciben tener una muy buena calidad de vida.

Estos resultados aparecen en múltiples estudios realizados a grupos de la tercera edad diagnosticados con problemas cognitivos por vejez. Sánchez, Torrellas, Fernández y Martín (2013) en su estudio sobre la reserva cognitiva en sujetos con Alzheimer, obtiene que los pacientes estudiados puntúan mejor calidad de vida que el grupo sin patología, argumentando que la reserva cognitiva de los pacientes afectados en la cognición conduce a mejorar la funcionalidad y la aceptación del estado cognitivo y emocional de la persona.

La investigación realizada por Lapid et al. (2011) concluye que la calidad de vida de estos pacientes es bastante alta, gracias a la sensación de bienestar y valor en la vida. Solamente la patología cognitiva que afecta de manera importante al funcionamiento cotidiano provocando discapacidad o dependencia, constituye un factor de mala calidad de vida.

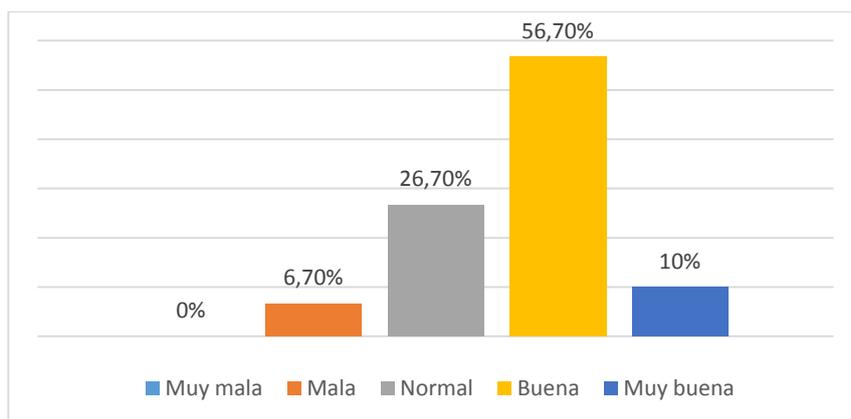


Figura 5. Percepción de calidad de vida en pacientes con DCL

Fuente: tabla 9. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 10

Percepción de calidad de vida según sexo en pacientes con deterioro cognitivo leve

	Mala	Normal	Buena	Muy buena
Femenino	6,7%(2)	23,3%(7)	40%(12)	6,7%(2)
Masculino	0%(0)	3,3%(1)	16,7%(5)	3,3%(1)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora
Chi-cuadrado de Pearson: 1,224. Sig. Asintótica ,542

Análisis: En la tabla 10 se representa la calidad de vida según el sexo encontramos la misma similitud que en la tabla 7, como lo encontrado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) quienes concluyeron que la calidad de vida del adulto mayor no difiere de acuerdo al género.

Dentro del grupo con DCL, los datos significativos son que el 40% de la población femenina considera buena su calidad de vida, 23,3% la considera normal. Los varones por su parte la consideran buena en un 16,7%.

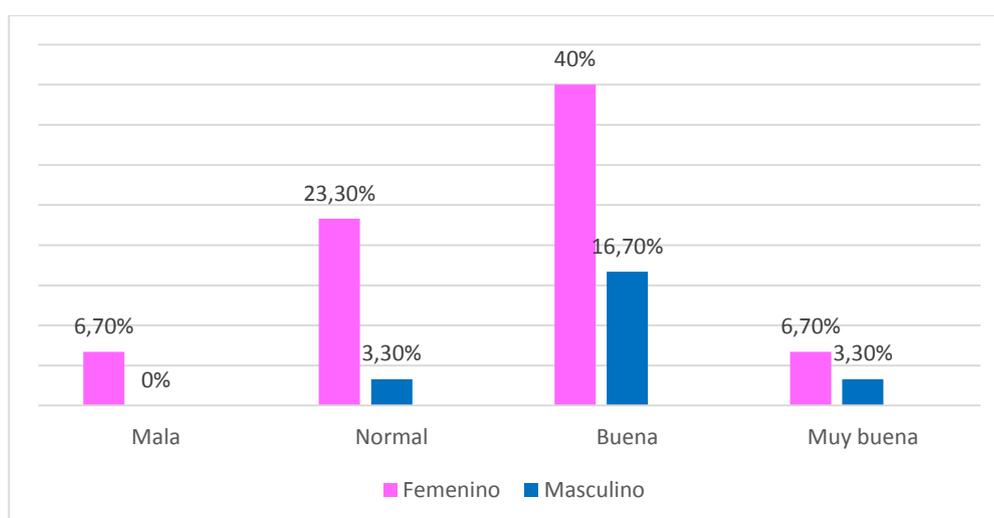


Figura 6. Calidad de vida según el sexo en pacientes con DCL

Fuente: tabla 10. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 11

Percepción de calidad de vida según nivel de instrucción del grupo con DCL

	Mala	Normal	Buena	Muy buena
Primaria	6,7%(2)	20%(6)	23,3%(7)	0%(0)
Secundaria	0%(0)	6,7%(2)	23,3%(7)	6,7%(2)
Superior	0%(0)	0%(0)	10%(3)	3,3%(1)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Análisis: La tendencia a mejorar la puntuación en calidad de vida mientras más niveles de escolaridad ha alcanzado el paciente, es igual a la presente en la tabla 8, es así como las personas con instrucción superior puntúan su calidad de vida en niveles bueno y muy bueno.

Mientras que el 23,3% de pacientes que cursaron la primaria y secundaria creen que su calidad de vida es buena y el 20% que cursaron la primaria y creen que su calidad de vida es normal. El resultado es similar a lo encontrado por Melguizo, Acosta y Castellano (2012) quienes observaron una tendencia negativa en la valoración de CV en los ancianos de niveles educativos más bajos.

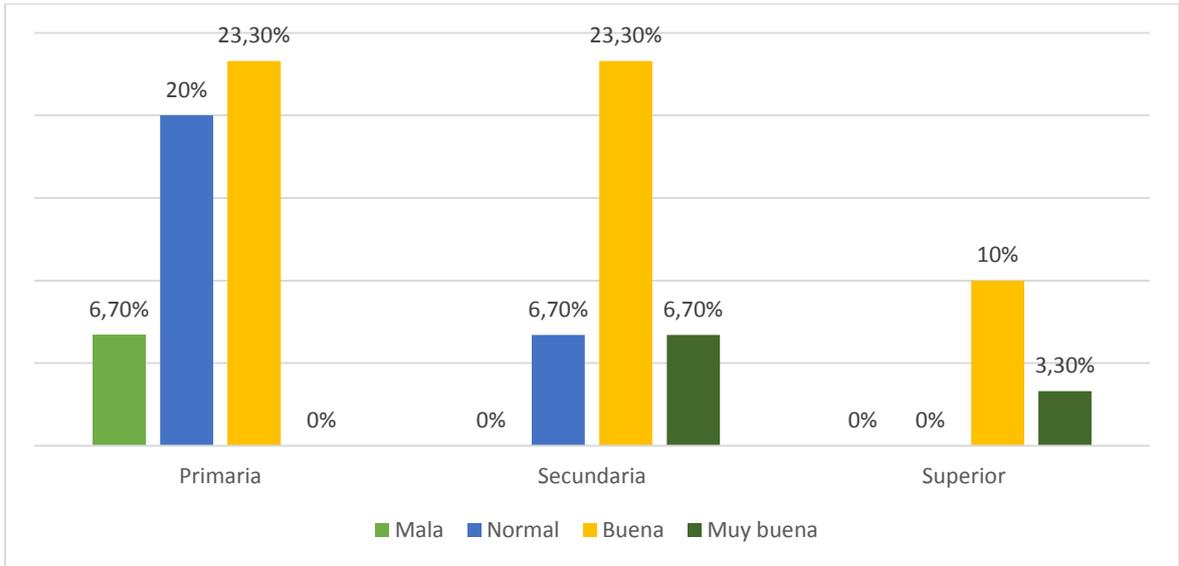


Figura 7. Calidad de vida según el nivel de instrucción en pacientes con DCL

Fuente: tabla 11. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 12

Calidad de vida en el dominio físico

	Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total
Depresión	0%(0)	26,7%(8)	43,3%(13)	30%(9)	0%(0)	100%(30)
DCL	0%(0)	0%(0)	20%(6)	70%(21)	10%(3)	100%(30)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora
No significativo estadísticamente

Análisis: En la tabla 12 tenemos la calidad de vida del dominio físico según las patologías, encontrando que en 43,3% (13) de personas que sufren de depresión tienen una calidad física normal versus el 20% (6) de pacientes con DCL, seguido del 30% de pacientes con depresión con buena calidad física versus el 70% (21) de pacientes con DCL. De acuerdo con el estudio de Sánchez et al. (2013) en el que las puntuaciones más altas pertenecían al rol físico en personas con deterioro cognitivo pues se adaptan a los cuidados y limitaciones físicas propias de la enfermedad.

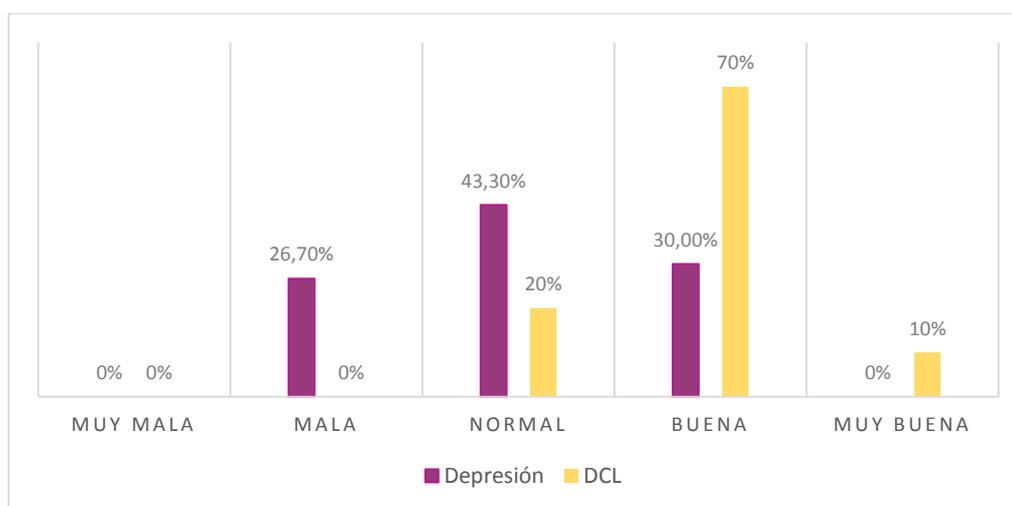


Figura 8. Calidad de vida en el dominio físico
Fuente: tabla 12. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 13*Calidad de vida en el dominio psicológico*

	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total
Depresión	46,7%(14)	50%(15)	3,3%(1)	0%(0)	100%(30)
DCL	0%(0)	16,7%(5)	56,7%(17)	26,7%(8)	100%(30)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Chi-cuadrado de Pearson: 3,122, del esperado 4,00

Análisis: El 3,3% (1) paciente con depresión calificó su dominio psicológico como buena y el 46,7% (14) lo puntúa como mala, esto se debe a que la presencia de síntomas depresivos disminuyen el rol emocional dentro de la calidad de vida, la aceptación, el auto-concepto y significado de la vida, factores indispensables para una calidad de vida saludable (Azpiazu et al, 2012; Lapid et al, 2011 y Sánchez et Al., 2013).

Mientras que las personas con DCL 56,7% (17) puntúan buena y muy buena el 26,7% (8), pues han alcanzado una sensación de bienestar y significado de la vida gracias a la aceptación y adaptación al deterioro cognitivo (Sánchez et Al., 2013).

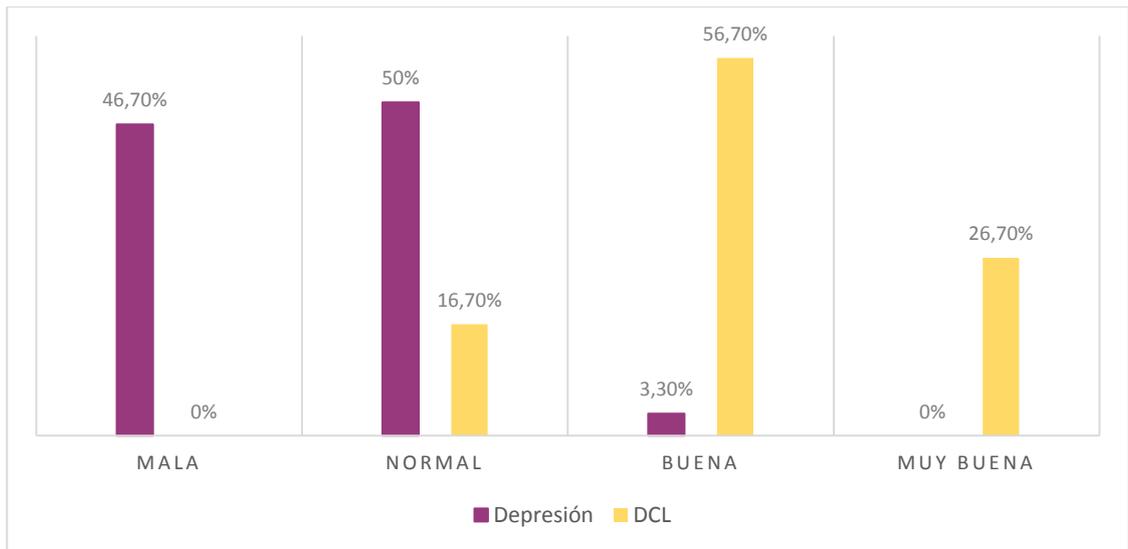


Figura 9. Calidad de vida en el dominio psicológico

Fuente: tabla 13. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 14*Calidad de vida en el dominio social*

	Mala	Normal	Buena	Muy buena	Total
Depresión	30%(9)	56,7%(17)	13,3%(4)	0%(0)	100%(30)
DCL	0%(0)	33,3%(10)	46,7%(14)	20%(6)	100%(30)

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Análisis: El 56,7%(17) personas con depresión puntúan normal versus 33,3%(10) personas con deterioro cognitivo, buena en un 13,3%(4) versus 46,7%(14), muy buena 20% (6) personas con DCL. Solamente el 30% de los participantes del estudio lo puntuaron como malo, en este punto es importante el factor encontrado por Oliva, Limón y Navarro (2012) en su análisis del bienestar psicológico y calidad de vida en personas adultas mayores, en donde concluye que salir con otras personas aumenta las posibilidades de hablar sobre sus problemas, distraerse, recibir elogios, ánimo y ayudar en el bienestar de la persona y debemos recordar que gran mayoría de los participantes conviven semanalmente con personas de su misma edad en el centro, lo cual favorece una calidad de vida saludable.

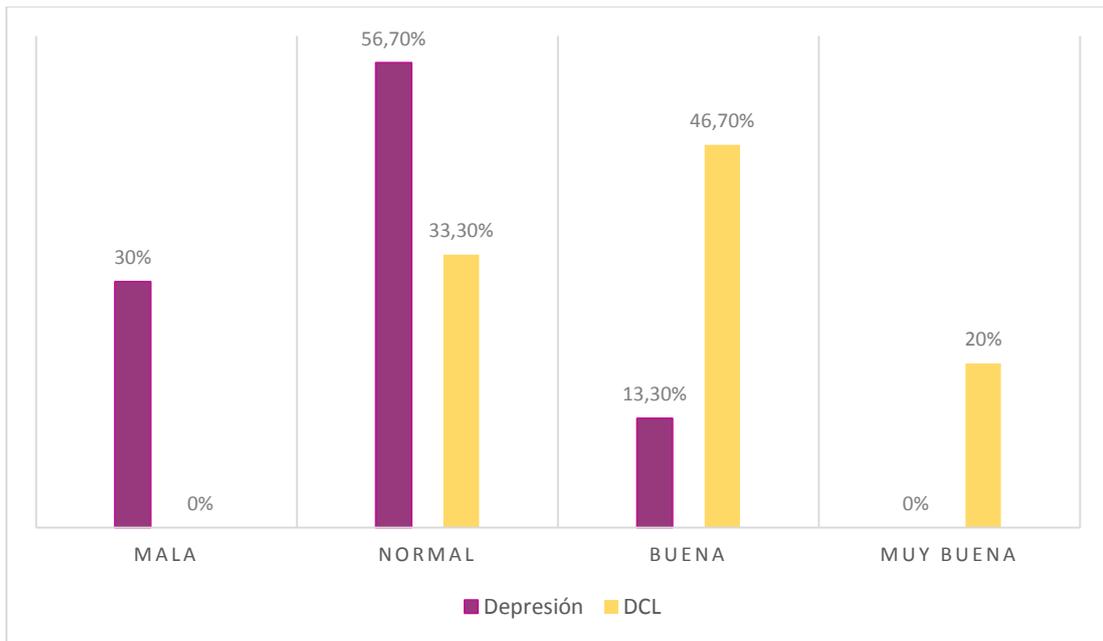


Figura 10. Calidad de vida en el dominio social

Fuente: tabla 14. Elaboración: Andrea Molina

Tabla 15*Comparación de calidad de vida en pacientes con depresión y pacientes con DCL*

Valores	Muy mala 0-20	Mala 20-40	Normal 40-60	Buena 60-80	Muy buena 80-100	Total
Depresión	0	9	13	8	0	30
	0 %	30%	43,3%	26,7%	0%	100%
DCL	0	2	8	17	3	30
	0%	6,7%	26,7%	56,7%	10%	100%

Valores	Menor que 60	Mayor que 60
Depresión	73,3%	26,7%
DCL	33,4%	66,6%

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Depresión	30	2,97	,765	,140
DCL	30	3,70	,750	,137

Fuente: Formulario de recolección de datos. Elaboración: Autora

Análisis: En la percepción de la calidad de vida se encontró que 73,3% de los adultos mayores que sufren depresión y 33,4% de los adultos mayores que sufren DCL puntuaban su percepción de calidad de vida por debajo (60) de los límites considerados saludables según los parámetros establecidos por la OMS, la misma que recomienda

mantener puntuaciones superiores al 60. Lo que significa que el grupo con depresión tiene menor percepción de su calidad de vida, en comparación con el grupo B que obtuvo mayores puntajes en el polo positivo, según Sánchez, Torrellas, Fernández y Martín (2013) que la reserva cognitiva de los pacientes afectados por DCL conduce a mejorar la funcionalidad y la aceptación del estado cognitivo y emocional de la persona. El 56,70% de pacientes con DCL consideraron su calidad de vida buena, versus el 26,70% de personas con depresión y solamente el 10% del grupo de pacientes con DCL perciben su calidad de vida muy buena. Los síntomas depresivos influyen mucho más en la calidad de vida de una persona de la tercera edad, que lo que puede influir el deterioro cognitivo (Azpiazu et al., 2002; Lapid et al, 2011).

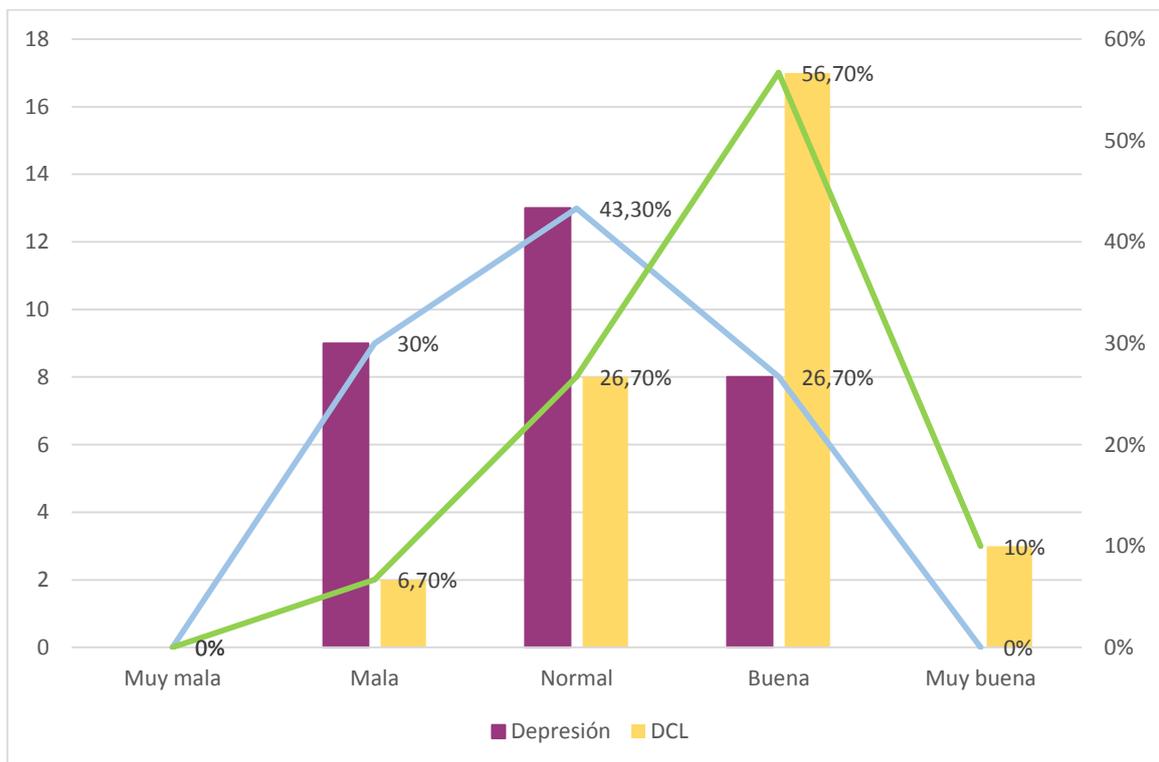


Figura 11. Comparación de calidad de vida en pacientes con depresión y DCL.

Fuente: tabla 15. Elaboración: Andrea Molina

CONCLUSIONES GENERALES

El trabajo de investigación se realizó en una muestra con un total de 30 adultos mayores con depresión y 30 adultos mayores que padezcan de un deterioro cognitivo en nivel leve, los 60 participantes son afiliados al instituto ecuatoriano de seguridad social y asisten semanalmente a los talleres dictados por el centro de envejecimiento activo de la ciudad de Cuenca. Los participantes cursaron al menos la primaria y tienen edades que oscilen entre los 60 y 78 años.

Luego del proceso de evaluación y diagnóstico se realizó un análisis de la percepción subjetiva de la calidad de vida se encontró que 73,3% de los adultos mayores que sufren depresión y 33,4% de los adultos mayores que sufren DCL puntuaban su percepción de calidad de vida por debajo de 60, límite considerado saludable según los parámetros establecidos por la OMS.

Dentro de los resultados obtenidos en los test aplicados y de acuerdo a los parámetros utilizados para comparar las percepciones de los dos grupos de estudio, el hallazgo se marca en que en la tercera edad la calidad de vida de pacientes con deterioro cognitivo es mejor que la calidad de vida de pacientes con síntomas depresivos.

El 66% de los pacientes con DCL puntúan en los valores saludables. Estos resultados aparecen en múltiples estudios realizados a grupos de la tercera edad diagnosticados con problemas cognitivos por vejez. Sánchez, Torrellas, Fernández y Martín (2013), obtienen que los pacientes estudiados puntúan mejor calidad de vida que el grupo sin patología, argumentando que la reserva cognitiva de los pacientes afectados en la cognición conduce a mejorar la funcionalidad y la aceptación del estado cognitivo y emocional de la persona.

Solamente el 26,7% del grupo con depresión puntuó una calidad de vida saludable. Según Azpiazu et al. (2002) la percepción de calidad de vida en personas mayores, está asociada al estado emocional de la persona, los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad tienen un rol emocional poco saludable y perciben un mal estado de salud.

El 58,8% de pacientes con depresión leve considera su calidad de vida normal, mientras que el 61,5% con depresión establecida la considera mala, mientras más severos son los síntomas, menor es la calidad de vida (Lapid et al., 2011).

Existe cierta similitud en la forma de percibir la calidad de vida de acuerdo al sexo, pues la calidad de vida del adulto mayor no difiere de acuerdo al género como lo encontrado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004).

Al igual que numerosas investigaciones, en este estudio la puntuación en calidad de vida es mejor, mientras más niveles de escolaridad ha alcanzado el paciente, pues las personas con menor escolaridad se sienten con menos nivel de competitividad en el diario vivir (Melguizo, Acosta y Castellano, 2012).

Con respecto al ámbito social se ha ultimado que los pacientes con deterioro cognitivo leve se sienten más satisfechos, sin embargo existe un nivel bueno de percepción por parte de los pacientes con depresión en el dominio social, gracias a la convivencia y las relaciones personales que mantienen en el centro.

Con respecto al aspecto psicológico, las personas con depresión presentaron niveles muy bajos de satisfacción, que involucran poca aceptación de sí mismos, frecuencia de pensamientos negativos, baja autoestima e inconformidad con su desenvolvimiento físico e intelectual.

RECOMENDACIONES

El presente estudio nos permite establecer parámetros sobre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores que asisten consulta psicológica, talleres cognitivos y emocionales del centro de envejecimiento activo del IESS en la ciudad de Cuenca y de acuerdo a los resultados expuestos se deben plantear proyectos de mejora en pro de los usuarios.

1. Dedicar especial atención a los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, a pesar de haber puntuado una calidad de vida saludable, se debe actuar de manera eficiente para mantener y mejorar estas cifras, las intervenciones con este grupo etario deben ser diseñadas para reducir síntomas de depresión, fortalecer la aceptación e incrementar las habilidades cognitivas como forma de prevenir el deterioro acelerado y mantener una saludable calidad de vida.
2. Las personas con menor nivel de escolaridad, conforman un grupo de riesgo, por lo cual se recomienda mayor atención especializada a estos grupos con actividades de ocio, placenteras para el asistente, también planes de alfabetización y aprendizaje, desde la perspectiva preventiva.
3. El envejecimiento saludable empieza mucho tiempo antes, por eso nos atrevemos a confiar en la educación a la sociedad sobre un estilo de vida saludable, en el que desarrollen actividades de ocio, recreación, alimentación correcta y ejercicio físico, son factores protectores que participan directamente en una vejez exitosa.

4. Ahondar en la concepción integral de las personas de la tercera edad, tomando en cuenta que mayor coordinación institucional y políticas de prevención podrán lograr un proceso de envejecimiento saludable que aporte a la sociedad, y disminuir la negligencia del trato con adulto mayor.

5. Un acercamiento a la jubilación, desde una perspectiva diferente, que revele a las personas el verdadero significado de esta etapa, los nuevos roles a adquirir, las múltiples actividades y beneficios a los que tienen acceso, con el objetivo de facilitar su proceso de adaptación y disminuir el temor de la llegada a la tercera edad, tanto en personas que estén próximas a jubilarse, como en personas que aún conservan los antiguos prejuicios acerca de la persona mayor. Con una nueva concepción de la edad adulta se procurará un envejecimiento saludable, una sociedad productiva, sana y feliz.

REFERENCIAS

- Alcalá, V., Camacho, M. & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719108>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*, texto revisado. Barcelona: Masson
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García-Marín, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista española de salud pública*, 76(6), 683-699.
- Bacca, A. M., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80112046006.pdf>
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Philadelphia, United States: University of Pennsylvania Press
- Castañeda, M.B., Cabrera, A., Navarro, Y., & Vries, W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre: Editorial Edipucrs. Recuperado el 29 de abril del 2015, de <http://www.pucrs.br/edipucrs/spss.pdf>
- Copeland, J., Abou-Saleh, M., & Blazer, D. (Eds). (2002). *Principles and practice of Geriatric Psychiatry*. United Kindom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://docs.bulkdownload.eu/signup.php?file=el-ciclo-vital-completado.pdf>
- Escobar Cornejo, G., & Ramos-Vargas, L. F. (2012). Nociones del deterioro cognitivo leve. *Revista médica Herediana*, 23(2), 135-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3380/338038906012.pdf>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J. & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84322449004>

- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Psychosocial Intervention*, 10 (3), 277-284. Recuperado de, <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268003.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *La psicología de la vejez*. España: Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://www.ebrary.com>
- García, G., & Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 123-133. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1114670318?accountid=36552>
- Hernández, E., González, A., & Moreno, Y. del C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 127-132. Recuperado de <http://www.redalyc.org/home.oa>
- Hernández Zamora, Z. E., Ehrenzweig Sánchez, Y., & Navarro Hernández, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 13-27. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/214142438?accountid=36552>
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A. M., Beekman, A.T., Kluiters, H., & Ribbe, M.,(2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the aged study. *ISAD. Journal of affective disorders*, 83, 135-142. Recuperado de, [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(04\)00182-X/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(04)00182-X/abstract)
- Kurylowicz, L., & Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GSD, por sus siglas en inglés). *Try this: prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores*. Recuperado de http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf
- Kraepelin, E. (189). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 5ª ed. Leipzig, Alemania: J.A. Barth.
- Lapid, M. I., Rummans, T. A., Boeve, B. F., McCormick, J. K., Pankratz, V. S., Cha, R. H., Peterson, R. C. (2011). What is the quality of life in the oldest old? *International Psychogeriatrics*, 52(3), 291-294. doi: 10.1017/ S1041610210002462
- Melguizo Herrera, E., Acosta López, A., & Castellano Perez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. cartagena (colombia). *Salud Uninorte*, 28(2) Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1436217733?accountid=36552>
- Melguizo-Herrera, E., Ayala-Medrano, S., Grau-Coneo, M., Merchán-Duitama, A., Montes-Hernández, T., Payares-Martínez, C., & Reyes-Villadiego, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en cartagena (colombia). *Aquichan*, 14(4), 537-548. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1663520324?accountid=36552>

- Millán, J.C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20. 1-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/home.oa>
- Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. España, Madrid: Ediciones Morata. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=P1WSN0NT-hoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva Subjetiva de la Calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista en ciencias del movimiento humano y salud*, 1(1),1-11. Recuperado de <http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/312>
- Mora, F. (2009). Entrevista a Francisco Mora, Gonzáles (Eds). *Revista sesenta y más*. 14-17. Recuperado de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/s285entrevista.pdf>
- Mori, N. & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>
- Oliva, Á., Limón Mendizábal, M. R., & Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social*, (22), 153-168. doi: 10.7179/PSRI_2013.22.02
- Peña Solano, D. M., Herazo Dilson, M. I., & Calvo Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista De La Facultad De Medicina*, 57(4). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1677568095?accountid=36552>
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: S.A. MCGRAW-HILL.
- Redolar, R. D., Blázquez, A. J. L., & González, R. B. (2013). *Neuropsicología*. España: Editorial UOC.
- Rodríguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J. & Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>
- Roselli, M., & Ardila, A., (2012). Deterioro cognitivo leve: definición y clasificación. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 12(1), 151-162. Recuperado de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista médica clínica las condes*, 23 (1), 19-29. Recuperado de

http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf

Sánchez-Rodríguez, J.,L., Torrellas-Morales, C., Fernández-Gómez, M.,J. & Martín-Vallejo, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de alzheimer. *Anales De Psicología*, 29(3), 762-771.
doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.138201>

Triadó, C. (2014). *Psicología de la vejez*. España: Larousse - Alianza Editorial.

Vázquez, F.L., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Ecuador en cifras 2014*. Ecuador. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf

Vázquez Machado, A. (2001). Caracterización clínico epidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3). 227-233.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300004

World Health Organization quality of life assessment (1995). *Position paper from the World Health Organization. Whoqol Group. Soc. Sci. Med*, 41(10), 1403-1409.
Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>.

World health Organization, división of mental health and prevention of substance abuse (1998). *Whoqol user manual*. Genova, Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/

ANEXOS

1.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	2
2.	Cuestionario de Calidad de Vida Whoqol Bref	3
3.	Mini Mental State Examination (MMSE)	6
4.	Fotografías	8

1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Cuadro 4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
<p>INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.</p>			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

2. Cuestionario de Calidad de Vida Whoqol Bref

WHOQOL-BREF



Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA:	COMUNA:
EDAD:	INSTRUCCIÓN:
SEXO:	

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN

3. Mini Mental State Examination (MMSE)

Examen Mínimo del Estado Mental

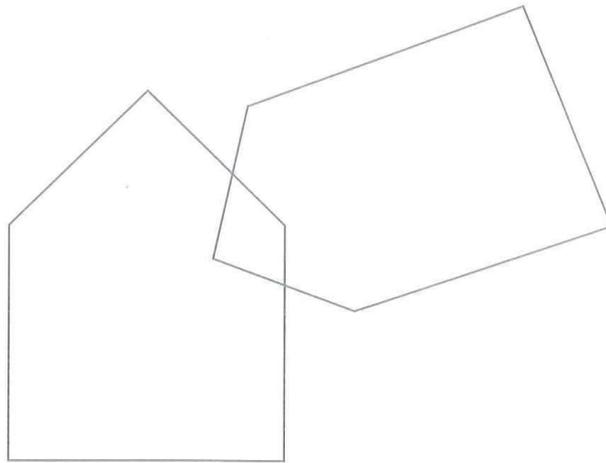
a.

Dr./Dra. <input type="text"/>	Fecha de Visita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	Paciente: Apellido: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/>
----------------------------------	--	---

Cada respuesta correcta vale 1 punto		Puntaje	
		Actual	Ideal
Orientación en el Tiempo <small>(No induzca las respuestas)</small>	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25; ± 1 día es correcto)		1
	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej. lunes)		1
	¿En qué mes estamos? (por ej. junio)		1
	¿En qué estación estamos? (por ej. invierno)		1
	¿En qué año estamos?		1
Orientación en el Espacio <small>(No induzca las respuestas)</small>	¿Dónde estamos? (por ej. un hospital)		1
	¿En qué piso estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué provincia estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1
Registro <small>(Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo, luego de haber las dicho, solicite a su paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos).</small>	Pelota		1
	Bandera		1
	Arbol		1
Atención y Cálculo <small>(Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM). Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien, pídale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades, comenzando desde 100 (93,86,79,72,65). Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale un punto).</small>	Deletrear MUNDO al revés (1 pto. por cada letra correcta: ODNUM)		5
	o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas: (93), (86), (79), (72), (65): 1 pto por cada resta correcta)		(5)
Evocación <small>(Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió).</small>	Nombre las tres palabras que antes repitió.		3
Lenguaje:			
Nominación <small>(Sólo un intento que vale 1 punto, para cada ítem)</small>	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)		1
	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)		1
Repetición <small>(Sólo un intento que vale 1 punto).</small>	Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas" y pídale que la repita.		1
Orden de tres comandos <small>(Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto).</small>	Dele a su paciente un papel y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso".		3
Lectura <small>(Otorgue 1 punto sólo si el paciente cierra sus ojos).</small>	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame, "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".		1
Escritura <small>(No dicte la oración: ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).</small>	Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.		1
Copia <small>(Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desaparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original).</small>	Déle a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura", y pídale que copie el dibujo.		1
Total MMSE:			30

Cierre los ojos

Copie esta figura



4. Fotografías

