



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología Educativa

**DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciada en Psicología Área Educativa

Presenta

Valeria Moreno Valencia

Dirigida por

Dra. Gloria Nélide Avecilla Ramírez



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología Área Educativa



Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados
TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado

Licenciada en Psicología Educativa

Presenta:

Valeria Moreno Valencia

Dirigido por:

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ

SINODALES

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ
Presidente

Mtro. José Jaime Paulín LARRACOECHEA
Secretario

Mtra. Fabiola GARCÍA MARTÍNEZ
Vocal

M. en C. Melissa CALDERÓN CARRILLO
Suplente

Mtra. Griselle MOLINA CACHÓN
Suplente

Firma

Firma

Firma

Firma

Manuel Fernando Gamboa Márquez
Director de la Facultad

Centro Universitario
Santiago de Querétaro, Qro
23 de Febrero del 2017
México

Resumen

La investigación que aquí se presenta tuvo por objetivos, conocer la relación entre depresión y estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y conocer las representaciones personales y sociales que tienen sobre la familia, sus pares, la institucionalización y la vejez. Se trabajó con 10 adultos mayores del asilo San Sebastián del estado de Querétaro, para conocer el grado de depresión de los participantes se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30) y la Escala de depresión de Beck, para medir el estado cognitivo se utilizaron, el Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), la Sección Prefrontal Anterior (SPA) de la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales 2 (BANFE-2) y la Escala Breve de Inteligencia Shipley-2.

Los resultados de las pruebas BECK y GDS-30 mostraron que cerca del cincuenta por ciento de los participantes presentan cierto grado de depresión, y las escalas del MMSE, Shipley-2 y la SPA de la BANFE-2 mostraron que existe deterioro cognitivo en los participantes. En análisis estadístico arrojó que existe una correlación negativa entre los puntajes del GDS-30 y la SPA de la BANFE-2 lo que significa que a mayor depresión existe un menor rendimiento de funciones ejecutivas. Existe una polarización de los participantes referente a la actitud que presentan ante su propia institucionalización, el cincuenta por ciento está conforme con la institucionalización, mientras que el resto está inconforme.

Mediante la correlación de datos en la metodología cuantitativa, se comprobó que, a mayores puntajes de depresión, menor rendimiento en procesos cognitivos, principalmente en funciones ejecutivas. De igual manera, los resultados se vinculan con la metodología cualitativa que destacan el papel del estado anímico del adulto mayor institucionalizado tomando como factores el contexto, la relación con su familia y pares, su propia experiencia y percepción de la vejez.

Palabras clave

Vejez, Institucionalización, Cognición

Summary

The research presented here has as objectives, to know the relationship between depression and cognitive state of elderly people institutionalized, and to know the personal and social representations they have about family, their peers, institutionalization and old age. The research was carried out with 10 older adults of the asylum San Sebastian in Querétaro, México. To know the degree of depression of the participants it was used the Geriatric Depression Scale (GDS-30) and the Beck's Depression Inventory (mexican versión), to measure the cognitive status were used the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Anterior Prefrontal cortex (aPFC) section of the Bateria Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2) and the Institute of Living Scale Shipley-2 (mexican versión).

The results of the BECK and GDS-30 tests showed that about fifty percent of the participants had some degree of depression, and the MMSE, Shipley-2 and the aPFC of Banfe-2 scales showed that participants present cognitive impairment. The statistical analysis showed that there is a negative correlation between the GDS-30 and aPFC of BANFE-2 scores, which means that the higher the depression, the lower the performance on executive functions. There is a polarization of the participants about the attitude they present to their own institutionalization, fifty percent is in agreement with the institutionalization, while the rest is unsatisfied.

Through the correlation of data in the quantitative methodology, it was found that, at higher depression scores, lower performance in cognitive processes, mainly in executive functions. Likewise, the results are linked to the qualitative methodology that stand out the role of the mental condition of the institutionalized older adult, considerin as factors the context, the relationship with their family, peers, and their own experience and perception of old age.

Key words

Old age, Institutionalization, Cognition.

Dedicatorias

A mis padres por su amor y apoyo incondicional, su guía y las mejores enseñanzas como pilares en mi vida.

A mis abuelos, por su luz y presencia desde siempre. Por ser una gran inspiración, no solo para el trabajo con adultos mayores, sino como seres humanos, siempre dando lo mejor de sí mismos y disfrutando cada día.

Los amo infinitamente.

Agradecimientos

A la Universidad, por estos cuatro años de una excelente formación académica.

A mi tutora, la Doctora Gloria AVECILLA, por su ayuda y orientación constante en el transcurso de la Licenciatura, siempre con la mejor disposición.

A mis maestros, que con su pasión por la psicología y docencia, permiten ver un gran panorama con mucho por descubrir y hacer.

A los adultos mayores del Asilo San Sebastián, por su participación en la investigación, por permitirme conocerlos y llevarme grandes experiencias y aprendizajes.

ÍNDICE

| | Página |
|--|---------------|
| Resumen | ii |
| Summary | iii |
| Dedicatorias | iv |
| Agradecimientos | v |
| Índice | vi |
| Índice de tablas..... | viii |
| Índice de figuras..... | ix |
| I. Introducción | 1 |
| I.1 Planteamiento del problema | 4 |
| I.2 Objetivos cuantitativos, cualitativos y mixtos | 6 |
| I.3 Justificación del planteamiento y del uso de métodos mixtos..... | 7 |
| II. Revisión de literatura | 8 |
| II.1 Deterioro cognitivo y depresión..... | 8 |
| II.1.1 Aproximación desde la Psicología Cognitiva..... | 11 |
| II.1.2 Funciones ejecutivas y su relación con el deterioro cognitivo | 13 |
| II.1.3 Depresión en adultos mayores..... | 17 |
| II.2 Noción sobre la vejez | 19 |
| II.2.1 Estándares sociales | 19 |
| II.2.2 Ocupación | 23 |
| II.2.3 Retiro y jubilación..... | 25 |
| II.2.4 Aprendizaje y esparcimiento | 27 |
| II.3 Institucionalización del adulto mayor | 29 |
| III. Metodología | 34 |
| III.1 Diseño mixto..... | 34 |
| III.2 Contexto | 37 |
| III.3 Fase cuantitativa..... | 38 |

| | |
|--|----|
| III.3.1 Procedimiento | 38 |
| III.3.2 Muestra | 38 |
| III.3.3 Recolección de datos: pasos e instrumentos | 40 |
| III.3.4 Análisis de los datos y resultados | 41 |
| III.3.5 Conclusiones..... | 47 |
| III.4 Fase cualitativa..... | 48 |
| III.4.1 Diseño | 48 |
| III.4.2 Muestra | 49 |
| III.4.3 Recolección de datos | 49 |
| III.4.4 Análisis de datos y resultados..... | 50 |
| III.4.5 Conclusiones..... | 57 |
| III.5 Aproximación mixta y triangulación de datos..... | 58 |
| IV. Discusión | 60 |
| V. Conclusiones | 64 |
| Bibliografía..... | 67 |
| Anexo..... | 71 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Adultos mayores que formaron parte de la Investigación..... | 44 |
| Tabla 2. Coeficiente de correlación de Spearman entre GDS-30 y BANFE-2..... | 50 |
| Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre BECK y BANFE-2..... | 51 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribución de la población..... | 10 |
| Figura 2. Síntomas no cognitivos encontrados en pacientes con DCL..... | 17 |
| Figura 3. Depresión en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS - 30)..... | 47 |
| Figura 4. Depresión en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la Escala de BECK..... | 47 |
| Figura 5. Estado cognoscitivo en adultos mayores del Asilo san Sebastián según el MMSE..... | 48 |
| Figura 6. Funciones ejecutivas en la corteza prefrontal anterior en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la BANFE 2..... | 48 |
| Figura 7. Coeficiente intelectual en adultos mayores del Asilo San Sebastián según SHIPLEY-2..... | 49 |
| Figura 8. Gráfico de dispersión sobre la relación de depresión y funciones ejecutivas..... | 50 |
| Figura 9. Gráfico de dispersión sobre la relación de depresión y funciones ejecutivas..... | 51 |
| Figura 10. Redes de categorías en Atlas ti..... | 55 |

I. Introducción

El ser humano se encuentra en un constante desarrollo, el cual es inevitable e irreversible, este progreso se produce con el paso del tiempo e invariablemente conduce a la muerte. Dicho proceso se da no solo a nivel biológico, sino psicológico y social. La vejez es la última etapa dentro de este desarrollo, por ello es la etapa en la que se llega a presentar un deterioro en los tres aspectos antes mencionados.

Hoy en día, con el avance de la tecnología y la medicina, la esperanza de vida ha aumentado, siendo de 75 años en México (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, 2007). Sin embargo, el hecho de que se cuente con la posibilidad de vivir más tiempo, no significa que se tenga calidad de vida; el aspecto cognitivo se ha dejado de lado, sin tomar en cuenta que su deterioro puede llegar a causar que una persona no logre valerse por sí misma de nuevo.

Existen tres posibilidades que se plantean dentro del desarrollo del ser humano para llegar al envejecimiento; el envejecimiento normal, que se da de modo paulatino; el envejecimiento exitoso, al que se aspira llegar con todos los avances científicos y tecnológicos los cuales ayudan a mantener una condición física lo más adecuada, ejemplo de ello son las mejoras farmacéuticas, el uso de dispositivos técnicos y digitales que favorecen la autonomía, entretenimiento y mejora cognitiva; y el envejecimiento patológico que engloba padecimientos y enfermedades que son consecuencia de aspectos hereditarios, malos hábitos, entre otras causas, algunos de ellos son el deterioro cognitivo (DC), el cual se divide en tres tipos: Deterioro Cognitivo Leve (DCL), Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) y Deterioro Cognitivo Severo (DCS). (Petersen, 2001).

El deterioro cognitivo representa un foco de atención, ya que, según Agüera, Cervilla y Martín (2006), se produce un aumento de la prevalencia del DCL tras los 65 años, aunque también existen datos sobre un estancamiento en el

incremento de las cifras tras los 85 años de edad. Según estos autores, se da una prevalencia en personas con un nivel educativo bajo, con falta de actividad física y mental y por causas genéticas.

Dentro del DCL podemos encontrar una división en cuatro sub-tipos, como lo describen Sánchez et al (2011), DCL amnésico de dominio único; DCL amnésico con afección en múltiples áreas; DCL no amnésico de dominio único y DCL no amnésico con afección en múltiples áreas. Para autores como Agüera et al. (2006), el DCL amnésico puro, podría considerarse como una etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer.

En México se han realizado estudios epidemiológicos sobre la demencia, desafortunadamente son insuficientes para conocer de manera certera la situación en general. Sin embargo, se han llevado a cabo investigaciones bastante interesantes las cuales competen para el deterioro cognitivo.

En Jalisco se realizó un estudio que informa una prevalencia de demencia en mayores de 65 años de edad siendo un 3.7 % con predominio en el sexo masculino. De igual manera, se reportó el estudio realizado en Unidades de Medicina Familiar del IMSS, con una prevalencia de 3.5% de demencia en mayores de 60 años de predominio en mujeres siendo el 2.3%. (Gallegos et al., 2011).

Se observó que, dadas las investigaciones en fundaciones, censos poblacionales, hospitales y casas de asilo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN, 2010), se presentan las demencias principalmente después de los 65 años aunque hay casos extraordinarios de personas jóvenes que lo padecen

Por otro lado, dado que los adultos mayores representan un gran porcentaje en la población y los censos pronostican que esto va en aumento, habría que indagar en qué condiciones están llegando los adultos a la vejez, ya que, a cualquier edad las personas son merecedoras de calidad de vida. Sin embargo, se presentan varias dificultades tanto de la salud física como la salud mental, por ejemplo, la depresión considerado como uno de los principales problemas de salud mental de los adultos mayores que se traduce en aislamiento social, baja productividad o discapacidades generales.

Las medidas de salud durante el envejecimiento suelen tener prevalencia en aspectos físicos mediante tratamiento farmacéutico. Reducirse a ello, genera una planificación poco integral, se debe tomar en cuenta todas las esferas del ser humano y revisar características de su entorno, como la relación con sus familiares, cuidadores, pares, aspectos socioeconómicos, actividades de ocio y labores, etc.

Erróneamente se considera que la depresión forma parte de un proceso natural hacia la vejez, pero no se toma en cuenta que está íntimamente relacionado con la calidad de vida. Dadas las condiciones del envejecimiento patológico y tomando en cuenta su prevalencia estadística, se plantearía que incrementa el número de individuos con trastornos mentales, cognitivos y conductuales, dificultando así su cuidado a largo plazo.

Por otro lado, si bien la institucionalización cumple la función de cuidado y protección de los adultos mayores, es evidente que el trabajo es complicado por el desarrollo contextual en el que se encontraba la persona, ya que no suele ser el más favorable debido a factores como la viudez, deterioro cognitivo, salud física, autonomía, entre otras y eso repercute en su forma de ser y de conducirse, favoreciendo o influyendo así en síntomas depresivos.

En cuanto a los institutos, cabe decir que cada uno tiene características distintas, sin embargo, suelen tener algunos factores implícitos que resultan contraproducentes para los adultos mayores, como el cambio de contexto, sentimiento de carga e inutilidad por la separación con su familia, desarraigo, aislamiento con el medio, maltrato, entre otras.

I.1 Planteamiento del problema

El constante avance de la ciencia ha hecho posible alargar el promedio de vida, mediante la utilización de nuevas tecnologías aplicadas en la medicina, química, biología etc. De lo cual puede inferirse que la tasa poblacional se mantendrá en un crecimiento estable. Esto ha condicionado una disminución de los números relativos y absolutos de la población más joven, contrastada con un incremento de los adultos mayores Y ha establecido a su vez una transición epidemiológica, en la que predominan las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas las demencias.

En el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI, se computaron 112 millones 336 mil 538 habitantes en México. Colocándose entre los 11 países más poblados del mundo, conforme han pasado los años se ha formado una pirámide de población en retroceso, es decir, los índices de natalidad y de mortalidad se han permutado. Lo que en el futuro causará que México sea uno de los países que destaque en concentración de adultos mayores y en pronóstico de los datos actuales, mayor número de personas diagnosticadas con demencia.

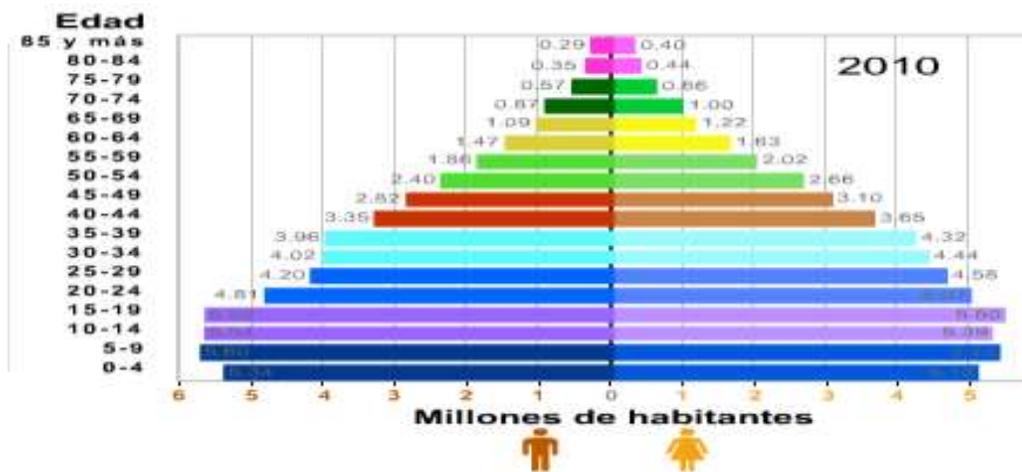


Figura 1. Distribución de la población. Fuente: INEGI (2010).

A partir de mediados del siglo pasado se puede observar un crecimiento acelerado de la población mundial, entre los años de 1950 a 2000 ha incrementado casi dos veces y media la población llegando a 6 100 millones de personas (UNFPA, 2011). Factores importantes en el crecimiento de la población son: la fecundidad y la mortalidad. La esperanza de vida ha aumentado desde la mitad del siglo pasado, sin embargo, la tasa de crecimiento poblacional ha disminuido en la actualidad. Todo esto debido al crecimiento económico, la apertura del mercado además de una serie de fuerzas sociales y culturales; educación sexual y reproductiva, así como métodos anticonceptivos modernos.

Mejía-Arango et. al (2007) señalan la fuerte presencia de las demencias en la población mexicana ya que indican que se han registrado en la actualidad 500 mil a 700 mil personas con demencia. Igualmente se observa la diferencia que hay en los estados de la República Mexicana seguramente por cuestiones socio demográficas ya que, en la Ciudad de México, hay prevalencia de 4.7% y en Jalisco, se encontró el 3.3 por mil habitantes.

Según datos de la ADI (Alzheimer's Disease International, 2015) el número de personas con demencia senil aumentará considerablemente en todo el mundo. En un aproximado, la población actual de personas que cuentan con dicho padecimiento es de 44 millones, se estima que para 2030 se llegue a los 76 millones de personas y para el 2050 a los 135 millones. Actualmente los países de mayor desarrollo cuentan con índices altos de prevalencia de Alzheimer en su población, sin embargo, para 2050, se calcula que el 71% de la población de personas con dicha enfermedad vivirán en países menos desarrollados.

Las estadísticas muestran que se debe tomar acción y prever nuevas políticas públicas relativas a la salud, en el caso particular de la demencia. Se tiene que dar prioridad a la investigación, detección temprana e intervención en relación a esta condición (UNFPA, 2011).

Debido a esto, es menester estudiar e investigar las condiciones en las que los adultos llegarán a su vejez ya que, si bien se habla de un deterioro cognitivo normal del envejecimiento, hay factores que inciden fuertemente en el desarrollo de este deterioro y afecta en gran medida a la población.

En el caso de los asilos, hay diversos elementos que provocan un sentido de malestar físico, mental y emocional en los adultos mayores que a pesar de no ser conscientemente provocados por el personal del asilo o familiares de los pacientes, merecen tener la atención de la sociedad en general para detener estos factores y no favorecer la aparición o desarrollo del DC o depresión, entre otros.

I.2 Objetivos cuantitativos, cualitativos y mixtos

Primer objetivo. Identificar la relación entre depresión y funciones ejecutivas mediante su evaluación en adultos mayores institucionalizados.

Segundo objetivo. Conocer las representaciones personales y sociales que tienen los adultos mayores sobre la familia y sus pares en el asilo, la institucionalización y la vejez.

Tercer objetivo. Converger los resultados de ambas metodologías, encontrando así un sentido y representación a la experiencia del adulto mayor institucionalizado.

I.3 Justificación del planteamiento y del uso de métodos mixtos

La motivación para llevar a cabo esta investigación es que los adultos mayores forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad, lamentablemente no son atendidos como se debería, es un sector olvidado y las intervenciones se encargan únicamente de aspectos muy básicos de su salud, que si bien son importantes, hay muchas otras cuestiones que deben tomarse en cuenta en el trabajo con ancianos. Ya que, no por ser de la tercera edad significa que no se debe prestar atención a todos sus ámbitos, ya sea psicológico, emocional, social, etc., y el hecho de que como profesionales de la salud, se busca ayudar en la calidad de vida de las personas sin importar la edad.

Y como se ha mencionado, dado que las expectativas de vida han aumentado, se prevé que en unos años la mayoría de la población estará conformada por adultos mayores (UNFPA, 2011) y debido a las condiciones de vida actuales, es posible entender así el mayor número de ancianos con enfermedades, principalmente depresión y enfermedades neurodegenerativas.

Tomando en cuenta las necesidades cognitivo-emocionales observadas en los adultos mayores de la presente investigación, como la falta de dinámicas y actividades recreativas que los mantengan activos física y cognitivamente; preparación en el trato con adultos mayores por parte del personal; falta de interés

por parte de familiares en cuanto a su bienestar y su estado emocional, este tema resulta de utilidad ya que investigar factores sociales y emocionales en la institucionalización se basa en la importancia de conocer las condiciones reales de los adultos mayores. De esta manera, poder atender las necesidades mencionadas a partir de acciones emprendidas por los profesionales que los asisten y las respectivas familias, además, se busca contribuir y favorecer posibles investigaciones futuras.

En cuanto al uso de métodos mixtos, el converger metodología cuantitativa y cualitativa puede resultar muy beneficioso para una investigación ya que es una aproximación a la realidad sobre una situación de un sector de forma dinámica, holística e interdisciplinaria. No obstante, debe tomarse en cuenta la complejidad que esto resulta, no sólo por la metodología sino por las preguntas de investigación que, si bien tienen la misma línea, los resultados no están explícitamente relacionados, por lo que es trabajo del investigador saber ubicar contenidos clave que marquen cohesión.

II. Revisión de literatura

II.1 Deterioro cognitivo y depresión

La experiencia y memoria van de la mano, en el sentido de que a través de las vivencias es posible aprender a razonar y solucionar problemas creando así un sistema de prácticas y hábitos, donde ante nuevas situaciones, se re-elaboran poniendo en curso aprendizajes anteriores y haciendo uso de procesos cognitivos y asistencia del medio social. Por todo lo que los sistemas cognitivos implican, es posible que cuando ocurre una alteración en alguna función psicológica, la persona puede sentirse desconectada del medio social y un tanto expuesto.

Como ya se mencionó, el avance en medios de salud y tecnología han favorecido la extensión de vida en el ser humano. Sin embargo, se ha dejado de

lado la promoción de estilos de vida saludables; vivir más no necesariamente es vivir mejor. Irónicamente, aunque los adultos mayores representan un grupo creciente en la población tienen desventajas sociales, económicas y de salud.

En temas de salud, un aspecto que llega a aquejar en la vejez es la memoria. Este es un sistema dinámico que presupone procesos complejos autorregulados, algunos conscientes, inconscientes, voluntarios o involuntarios. Sistema que es fuertemente estudiado por teorías del procesamiento de información e investigaciones biológicas. (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Desde teorías del procesamiento de información, la memoria funciona como un sistema que sigue tres pasos: codificación, almacenamiento y recuperación. En donde, primeramente, se clasifica la información para prepararla hacia la reserva y posibilitar así su localización y empleo cuando se requiera. Estos pasos difieren según la situación, el tipo de información y el uso. (Lovelace en Papalia, 2009)

Investigaciones referentes a expresiones biológicas de los procesos cerebrales, estudian el mapeo de estructuras físicas y sus mecanismos bioquímicos. En cuanto a procesos de la memoria, se han centrado en el estudio del hipocampo que está relacionado con el manejo de información declarativa y codificación de memoria operativa, aunado a investigaciones sobre el lóbulo frontal y su labor en el curso de la memoria. (Papalia, 2009)

Una de las funciones más complejas y fascinantes del cerebro es la memoria, la capacidad de almacenar información obtenida desde la experiencia y recuperarla a voluntad. Es una capacidad necesaria para otras funciones y procesos cognitivos. Por lo que, el estudio de las fallas y deterioros de ésta, resulta igual de interesante.

Purves et al (2004) abordan la relación de la memoria con la edad desde observaciones clínicas, manifestando que dicho panorama no suele ser del todo positivo, ya desde etapas tempranas de la adultez se ha examinado que el peso del cerebro humano comienza a decrecer en dimensiones bajas pero considerables, de igual manera, las conexiones entre neuronas se vuelven escasas y débiles. Es decir, el restablecimiento funcional del sistema nervioso es más flexible durante la infancia (Portellano y García, 2014).

No obstante, Purves et al (2004) acentúan que, así como el ejercicio físico puede frenar el desgaste neuromuscular, un entero compromiso en rehabilitar y enriquecer las capacidades cognitivas desde distintas técnicas, tareas, etc., puede compensar la natural neurodegeneración.

Las demencias tienen distintos síntomas en los que su aparición y desarrollo no poseen la misma secuencia para toda la población, pero es posible ubicarlos como: pérdida de funciones de lenguaje, incapacidad para pensar y razonar en abstracto, cambios de personalidad y temperamento, imposibilidad de cuidarse a sí mismo, entre otras. Como es sabido, la causa de alteraciones demenciales es desconocida ya que hay diversos factores, igualmente no se ha encontrado cura, solo formas de ralentizar dichos síntomas. (Feria, 2005).

Feria (2005) vincula la depresión y demencia en tanto que, al presentarse cambios de procesamiento mental en trastornos demenciales, implica cierto desinterés en el exterior y falta de atención o aliento. Sin embargo, menciona que, si bien están relacionadas, es importante conocer los estados generales y específicos de ambos en el momento del diagnóstico e intervención ya que su tratamiento es muy distinto; una puntual y adecuada intervención a estados anímicos puede mejorar el funcionamiento mental. Igualmente, no considerar que es “natural” o “normal” que todo adulto mayor presente estados depresivos y el propio tiempo hará que se reestablezcan.

II.1.1 Aproximación desde la Psicología Cognitiva

Los temas de DC y depresión son abordados a partir de distintas áreas del conocimiento, principalmente la Psicología responde al estudio de estos contenidos ya que, siendo factores del cuadro clínico de la demencia, están relacionados con síntomas conductuales y psicológicos. Tomando en cuenta al DC como resultado de alteraciones en procesos cognitivos y en relación con aspectos socio-culturales, la Psicología Cognitiva permite un esbozo desde sus premisas en conjunción con otros planteamientos.

Existen síntomas referentes a la cognición para definir y diagnosticar clínicamente el DC, no obstante, resulta importante también realizar una indagación en aspectos no cognitivos que suelen formar parte de la sintomatología como lo es la depresión.

Estudios (Baquero et al., 2004) han mostrado que la depresión es uno de los trastornos más prevalentes dentro del DC aunado a la irritabilidad, ansiedad y apatía. Estos síntomas y el diagnóstico clínico en sí, son basados en numerosos estudios médicos, pero también psicológicos y psicométricos, desde pruebas estandarizadas, entrevistas, observaciones, etc.

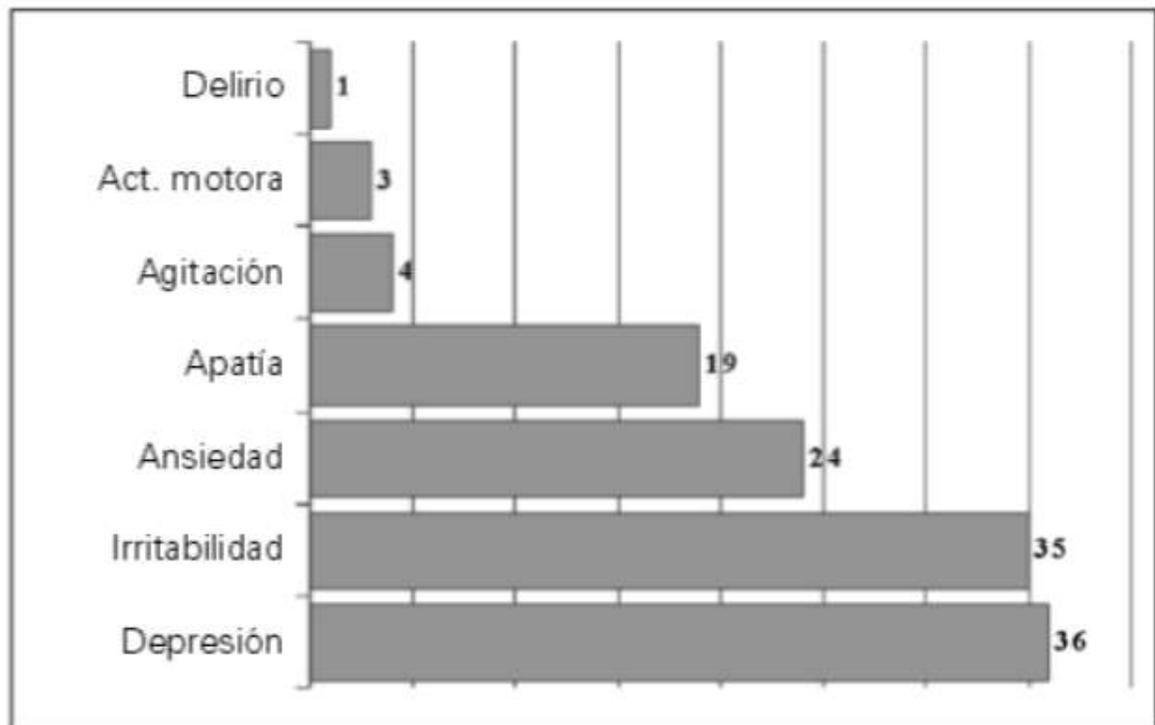


Figura 2. Síntomas no cognitivos encontrados en pacientes con DCL. Fuente: Vaquero, Blasco, Campos-García, Garcés, Fages, Andreu-Catalá (2004, p. 324).

Las intervenciones como entrenamiento o rehabilitación cognitiva se crean y desarrollan en función del perfil de deterioro para conocer las áreas principalmente dañadas, no sin antes establecer un diagnóstico. De esta manera, se explica la razón por la que la primera parte de la metodología consta de la aplicación de una serie de pruebas psicológicas sobre cognición, inteligencia y emociones.

Es sabido que el declive de funciones cognitivas es inherente al envejecimiento, sin embargo, este proceso degenerativo es de forma distinta según las características de cada sujeto, por lo que no se puede establecer un patrón general para la población adulta mayor y se requiere tener una base con pruebas estandarizadas o experimentales que sustenten el diagnóstico. Debido a que como menciona Ballesteros (2001), dentro de la Psicología Cognitiva se

realizan inferencias de procesos mentales inobservables mediante datos observables de la conducta.

La Psicología Cognitiva en investigación y acción dentro del campo del DC, plantea que las principales alteraciones cognitivas como resultado del envejecimiento están en la capacidad de adquirir nuevos recuerdos episódicos y semánticos, reduciendo la habilidad para obtener nueva información. En cuanto a demencias, este proceso es más veloz y se encuentran alterados también los procesos para la orientación, fluidez en el lenguaje, denominación y principalmente funciones ejecutivas. (Ventura, 2012).

Ballesteros (2001) ubica a la Psicología Cognitiva como la forma de investigación prioritaria dentro de la Psicología, partiendo del hecho de que considera al ser humano como un ser activo que procesa información que obtiene del medio físico y social. En terreno de deterioros cognitivos, la intervención de la Psicología Cognitiva busca fortalecer las reservas aún presentes sin que el único medio para ralentizar este declive sea el tratamiento farmacológico, y de esta manera incidir favorablemente en funciones ejecutivas, memoria verbal, praxis y funcionalidad.

II.1.2 Funciones ejecutivas y su relación con el deterioro cognitivo

La Psicología Cognitiva desde su estudio en los procesos mentales implicados para la entrada, desarrollo y consolidación de la información, en concordancia con la interacción receptiva y activa del sujeto, también toma en cuenta la significación que tiene, saber el papel de las estructuras cerebrales. Esto al tener la premisa de que el conocimiento en sus múltiples procesos neuronales, se transforma desde la experiencia.

En este sentido, como menciona Frausto (2011), hay un efecto recíproco entre conducta y procesos cognoscitivos. Tal indica que un individuo que esté expuesto a un entorno rico en estímulos tiene mayor posibilidad a establecer, estructurar y, por ende, adaptar su saber.

En las indagaciones cognitivas de la presente investigación, sobresale un asunto al deterioro que se refirió: las funciones ejecutivas. Para lo cual, primeramente, se requiere mencionar el lóbulo frontal.

El lóbulo frontal, se ubica en la zona más anterior de la corteza cerebral, separado por la cisura de Rolando del lóbulo parietal y la cisura de Silvio del lóbulo temporal. Está relacionado con la regulación y control de procesos psicológicos, ya que permite la coordinación y se encarga de organizar conductas a través de procedimientos. Dados los procesos que conlleva, representa el centro ejecutivo del cerebro (Goldberg en Flores-Lázaro et al., 2012).

El lóbulo frontal se divide funcional y anatómicamente en ciertas áreas: corteza prefrontal dorsolateral (CPF), la cual conlleva procesos de planeación, memoria de trabajo, fluidez verbal, solución de problema y flexibilidad mental (Stuss & Alexander en Flores-Lázaro et al., 2012). La corteza orbitofrontal (COF) se relaciona con la regulación de emociones y control de la conducta (Damasio en Flores-Lázaro et al., 2012), involucrada en detección de condiciones ambientales y esto permite realizar un cambio en el patrón de conducta (Rolls en Banfe, 2012) y la corteza frontomedial (CFM) que engloba la detección y solución de conflictos, así como el esfuerzo atencional (Badgaiyan & Posner en Flores-Lázaro et al., 2012).

Frausto (2011) delimita tres funciones específicas para el lóbulo frontal:

1. Memoria a corto plazo, para la función retrospectiva. Ubicada en la región dorsolateral.

2. Conjunto preparatorio, para la función prospectiva. Ubicada en la región dorsolateral.
3. Función protectora para interferencias en la formación de estructuras del comportamiento. Ubicada en la región interna de la corteza frontal.

La autora menciona que la corteza frontal, al estar relacionada con procesos novedosos y complejos, atribuye a la inteligencia desde competencias creativas. Enfatiza el hecho de que la inteligencia no es una función del lóbulo frontal, sino que, al considerar la imaginación, comprensión y juicio como elementos concernientes al intelecto, requiere un buen funcionamiento de estructuras frontales.

La corteza prefrontal es una zona de gran importancia, ya que compone una de las primordiales áreas asociativas, su labor es clave para el desarrollo y organización del comportamiento (Fuster en Frausto, 2011). En los humanos, el desarrollo de dicha zona se distingue del funcionamiento cerebral frontal de los animales en tanto formador de comportamiento dirigido hacia metas y objetivos; la región prefrontal reúne procesamientos complejos y novedosos distintos de aquellas acciones automáticas e instintivas. (Frausto, 2011).

El daño o lesión ubicada en dicha zona del cerebro, causa alteraciones relacionadas con la regulación de emociones, ciertas conductas y alteraciones en el pensamiento, dificultad para organizar nuevos y voluntarios esquemas de comportamiento. (Frausto, 2011).

Ahora bien, las funciones ejecutivas se constituyen como capacidades ubicadas en los lóbulos frontales. Éstas permiten desarrollar actividades independientes y productivas, regulan actividades cognitivas básicas que son

aprendidas por medio de la experiencia que implican habilidades motoras y cognitivas (Burgess, en Flores-Lázaro et al., 2012).

Por medio de las funciones ejecutivas, el área prefrontal se ubica como el centro rector de procesos cognitivos complejos. Esto, ya que pone en marcha un sistema cognitivo que requiere la acción y solución a problemas novedosos donde la conducta debe estar controlada y regulada para llevar a cabo planes y metas. (Portellano y García, 2014).

Como mencionan dichos autores, para lograr esto, intervienen distintos mecanismos de las funciones ejecutivas desde componentes esenciales como inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad, actualización, toma de decisiones; y componentes auxiliares relacionados con inteligencia, atención, memoria, lenguaje y percepción. Por otro lado, destacan el hecho de que las funciones ejecutivas requieren la eficaz dirección del procesamiento de emociones.

Es posible encontrar distinciones entre el lado izquierdo y derecho de la CPF. El lado izquierdo se relaciona con memoria de trabajo verbal, estrategias de memoria, codificación de memoria semántica y consolidación de rutinas, de igual forma se asocia con decisiones que implican una lógica y condiciones específicas, en cambio el lado derecho se asocia con decisiones subjetivas, memoria de trabajo visual, memoria episódica, conducta y condición social. En general, la corteza prefrontal es la que más tarda en alcanzar el completo neurodesarrollo y es más sensible a condiciones ambientales favorables y negativas como toxinas o estresores. (Flores, Ostrosky y Lozano, 2012).

Tomando en cuenta esto, investigaciones recientes han marcado un camino respecto a la relación que puede existir entre la depresión y la zona cerebral en la que se pueda manifestar dicha condición, hay evidencia clínica donde se habla de la corteza orbitofrontal (COF). (Price en Murray, 2011).

II.1.3 Depresión en adultos mayores

Las emociones entendidas como sentimientos asociados a estados fisiológicos forman parte de la experiencia humana. Aunque las emociones pueden ser muy variadas, tienen características similares como cambios viscerales, respuestas somáticas y expresiones socialmente conocidas,

El sistema límbico, conformado por el tálamo, hipotálamo y amígdala, se encarga de regular las emociones, entre otras funciones. Sin embargo, se ha demostrado que el lóbulo frontal, específicamente la corteza orbitofrontal (COF) y la corteza frontomedial (CFM), intervienen en el procesamiento emocional. En personas diagnosticadas con depresión, se ha observado la concentración de flujo sanguíneo anormal de la amígdala, tálamo, corteza orbitofrontal y frontomedial. Dichas estructuras frontales que participan en la emisión y recepción de componentes emocionales, participan en otras funciones complejas como la capacidad de decisión, juicio, razonamiento y comportamiento. (Purves et al, 2004)

Específicamente sobre la depresión, actualmente existen muchas definiciones, más aún si lo vemos desde diferentes enfoques o disciplinas. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) todos los trastornos depresivos comparten el rasgo de ánimo triste, vacío, irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo, consta de episodios con dos semanas de duración mínimo, donde hay cambios observables en el afecto y la cognición. Como criterios se ubican el cambio en peso y apetito, energía disminuida, alteraciones en el sueño, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones.

La depresión es uno de los principales problemas sobre la salud mental que atraviesan los adultos mayores, sin embargo, el que sea común no significa que esté implícita en el desarrollo hacia la vejez, ya que la depresión está relacionada con la calidad de vida y esto incluye afectación en varios procesos tanto de la salud física como mental, por lo que sus efectos serán dentro de distintos contextos como el aislamiento social, baja productividad y discapacidades en general.

Debido a las limitaciones funcionales que sufren los adultos mayores, resulta más complicado su cuidado si aún se suman trastornos mentales, cognitivos o del comportamiento, dependiendo de las circunstancias y estado de salud de cada uno. Por lo que evidentemente, requieren una valoración geriátrica y apoyo especializado para identificar los factores que rodean al adulto mayor para así tener la intervención necesaria.

La depresión que se llega a presentar en la etapa de la vejez, suele tener características o implicaciones distintas a las que se presentan en otras etapas de la vida, esto tiene sentido si se revisan las concepciones negativas del envejecimiento con las que muchos adultos se desarrollan y que tiene un efecto perjudicial en su modo de vida, de los estados de salud que algunos de ellos suelen atravesar, por ejemplo la pérdida de funciones cognitivas, principalmente de la memoria, lo cual acarrea consigo confusión y malestar respecto al lugar en el que se encuentra la persona.

La depresión en los adultos mayores puede deberse a varias razones, como su estado de salud física, trastornos de ansiedad, falta de autonomía en las actividades de la vida diaria, poco o nulo apoyo familiar, no tener formación académica, presentar un deterioro funcional y, sobre todo, la viudez. (Pérez y Arcia en Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2013).

La depresión puede reflejarse en distintos niveles y formas, desde un desánimo ligero hasta sentimientos de tristeza más radicales. En un inicio se presentan sentimientos de incapacidad, pérdida de interés y desaliento. En niveles más profundos sienten una constante tensión, preocupación, agitación y cada experiencia es acompañada por una pena. En estado de salud físico es posible notar la presencia de dolores corporales, cefaleas, falta de apetito, insomnio, mirada fija la mayor parte del tiempo y expresiones faciales de temor. (Martínez en Canto y Castro, 2004)

La ansiedad cumple un papel imprescindible en la depresión ya que es acompañada de alteraciones en el pensamiento, percepción y aprendizaje, por lo que se transforma en distorsiones sobre el espacio, tiempo y relación con las personas. Esto vinculado con el aprendizaje ya que altera capacidades cognitivas en cuanto a la concentración, memoria y ciertas habilidades principalmente funciones ejecutivas, relacionadas a procesos mentales de los lóbulos frontales.

II.2 Noción sobre la vejez

II.2.1 Estándares sociales

Actualmente, la sociedad ha desarrollado cierto temor al envejecimiento, se cree que éste supone olvidos, falta de atractivo, confusión, pérdida de sentidos y de funciones motoras, depresión, etc. El envejecimiento implica ciertos cambios naturales pero la falta de información y aceptación a la edad crea temores irracionales que inclusive resultan contraproducentes, tanto para el propio desarrollo como para el trato con los ancianos.

Probablemente muchas personas no están conscientes de esta actitud que suelen tener con los adultos mayores o de su propia percepción de la vejez, pero

en las dinámicas familiares, sociales, institucionales, etc., pueden observarse estos tratos. Sin embargo, es sabido que en décadas anteriores la visión era distinta ¿es posible atribuirle esto a las elevadas estadísticas de enfermedades neurodegenerativas (entre otras) datadas en el adulto mayor? O, ¿podría ser el nuevo modo de orden donde la juventud vista desde la productividad, es prioritaria, con injerencia de la tecnología y sistema consumista?

Hablar acerca del papel del mercado y orden consumista sobre la vejez (particularmente en la cultura occidental) encontramos que hay una gran necesidad e interés por ocultar los años en sus expresiones físicas, ¿qué genera la aparición de una cana o arrugas? ¿símbolos de experiencia o falta de atractivo? O en otro aspecto, ¿por qué las figuras de clínicas, laboratorios de sangre, hospitales suelen ser adultos o adultos mayores? ¿por qué la publicidad de ropa, accesorios, automóviles suelen ser promocionada por adultos jóvenes? ¿por qué la imagen de sistemas educativos suelen ser niños y jóvenes?

Como muchos procesos y fines de la mercadotecnia, están expresados de manera tácita, pero al analizarlos con detenimiento podemos encontrar estos hechos y notar cómo de alguna manera influyen en la noción de vejez.

El mercado tiene soluciones a todas las necesidades de cualquier persona y controla a la sociedad porque se vuelve un círculo vicioso en el que las necesidades nunca terminan, por lo tanto, la mercantilización tampoco. La libertad o capacidad de elección se ve sesgada en tanto que, al ser el mercado uno de los regidores de la sociedad, no entrar en la mecánica del consumismo es ser diferenciado porque los medios de comunicación han empujado al ser humano a entrar en un intercambio comercial que se podría pensar es vital o irresistible.

La globalización ubicada como uno de los agentes regidores de la sociedad, está relacionado con las exigencias tecnológicas, industriales,

mecanicistas y modernas que impone el mundo hoy en día. Influye de gran manera en los intereses personales modificando la forma de vida de las personas debido a las necesidades falsas como las nombra Marcuse (1992) en tanto que “estas necesidades tienen un contenido y una función sociales, determinadas por poderes externos sobre los que el individuo no tiene ningún control.” (Marcuse, 1992, p. 144).

Aunque la globalización ha permitido un importante avance en aspectos económicos y tecnológicos dentro del desarrollo humano, se ha vuelto una dinámica de la que el ser civilizado no puede prescindir y ha llevado a confundir importancia con prioridad/necesidad.

El desarrollo de la humanidad implica ligazones que se desarrollan en distintos ámbitos, circunstancias o situaciones, estos vínculos están mediados por elementos que la propia sociedad va generando y aceptando. Como seres sociales, no nos desarrollamos únicamente con nuestro propio yo, el exterior (en el sentido amplio de la palabra) influye en nosotros de muchas formas hasta llegar a los pensamientos, emociones, formas de actuar, etc.

En este sentido, el desarrollo va de la mano con el sacrificio de las individualidades desde un proceso histórico y éstas entran en un control colectivo (Rodríguez y Sánchez, 1994). La cultura está sujeta a desarrollos intelectuales, científicos, tecnológicos, etc., por lo tanto, esto nos influye de manera significativa (Vázquez y Gómez, 2005).

Esta modalidad donde lo actual y moderno tiene mayor valor, formas y lugares de oportunidad, responde a las exigencias sociales anteriormente descritas. La actualización y constante adaptación es parte del progreso histórico, social y económico, en este sentido resulta muy benéfico para distintos ámbitos de los seres humanos. El fin no es juzgar estas apariciones tecnológicas y dinámicas

sociales, el hecho es integrar a los adultos mayores a este nuevo orden, no catalogar la vejez ni rechazar lo que pueden aprender, disfrutar y aportar.

Es importante conocer los factores físicos, psicológicos, culturales, hereditarios y del medio ambiente que influyen en la vejez para así eliminar falsas ideas. Ejemplo de ellas: creer que el hecho de que un adulto mayor tenga olvidos significa que padece una enfermedad neurodegenerativa; no podrá actualizarse a las nuevas tecnologías porque sus funciones mentales no solo están deterioradas, sino que no pueden rehabilitarse; su actitud vuelve a ser como de un infante; todo el tiempo están agotados o con una mala actitud; no tiene caso explicarles ciertas situaciones porque no entienden, entre otras.

Feria (2005) distingue entre senilidad y senectud, el primero se refiere a cambios patológicos ocurridos durante el envejecimiento, mientras que el segundo considera cambios naturales de éste. Ante esto, considera que los estándares negativos que se le atribuyen a la vejez es la falta de diferenciación de ambos aspectos; creer que la edad conlleva senilidad.

De igual manera, la autora invita a hacer partícipes a los adultos mayores, escucharlos y promover su voz y voto, darles importancia a sus expresiones implícitas o no, hacerles saber que su desarrollo y trascendencia no ha culminado, concebirlos como personas notables y merecedoras. Menciona que envejecer con dignidad implica aceptar la vejez como una etapa inevitable y natural del desarrollo de vida, la cual es igual de valiosa que las otras, aún con ciertas limitaciones.

Si los adultos mayores o la cultura en general, tienen nociones negativas sobre la adultez mayor, evidentemente influirá en su forma de vivir esta etapa. A través de la historia, los términos envejecimiento y vejez han estado cargados de sentidos que generan inquietudes, suscita sentimientos encontrados y opiniones contradictorias. (Neugarten en Perales y Dulcey, 2002).

La percepción que se tiene de la población adulta mayor depende de factores culturales y socioeconómicos, por lo cual es importante aclarar y diferenciar entre estereotipos y la realidad. La vejez suele relacionarse con realidades más evidentes e identificables, el concepto de envejecimiento se refiere más a un proceso, a una diacronía mucho menos manifiesta y precisa.

Se debe inculcar la cultura de aceptación a la vejez como un proceso vital y en el que se puede y debe vivir con dignidad. Que, a pesar de las limitaciones evidentes e inevitables, continúa siendo una etapa de vida la cual debe disfrutarse y vivirse plenamente. De lo contrario, los adultos están llegando a la vejez con un sentimiento de inutilidad y tristeza que con una conversación motivacional no cambiará, la noción positiva de la vejez debe desarrollarse a lo largo de la vida y es trabajo de la sociedad el fomentar y acrecentar dicha idea.

“La esperanza de calidad de vida en los ancianos depende en gran parte de nuestra actitud hacia ellos, del afecto con que se les trate, de dialogar con ellos para que se expresen, (...) haciéndoles ver que lo que hicieron no termina, sino que continúa; (...) de integrarlos a la sociedad como personas dignas e importantes (...). Darnos cuenta de que cada vez hay más ancianos, puede modificar nuestra percepción del propio envejecimiento y de la actitud hacia los ancianos que tenemos cerca” (Feria, 2005, p. 24).

II.2.2 Ocupación

Las sociedades industrializadas conciben al avance tecnológico como uno de los factores importantes para el sistema y dinámica económica y laboral. Sin embargo, hay unos efectos colaterales para la población que no resultan del todo benéficas como el atraso estructural donde se determinan los roles y actividades por edades.

Esto es perjudicial en el sentido de que una persona se encuentra limitada por los estándares y pautas que marca la sociedad en cuanto a productividad y eficiencia, un adulto que deseé empezar o continuar su preparación académica será señalado al igual que un joven que decida poner una pausa en su planeación o proyecto escolar. (Papalia et al, 2009).

Delimitar actividades o fases únicamente por la edad puede causar estrés y presión innecesaria al no disfrutar las etapas actuales por la exigencia de ejercer los roles que supuestamente deben realizar o no sentirse preparados para la siguiente faceta. Para ello, Riley en Papalia (2009) hace mención de una sociedad con integración de edades en la que las etapas laborales, académicas o actividades de ocio, puedan variar en planeación y tiempo para toda la población.

Es importante tomar en cuenta que el desarrollo no es lineal, hay aspectos culturales y ambientales que son fuertemente influenciados para una persona, por lo que los ámbitos educativos, profesionales o inclusive de tiempo libre pueden variar en diversas ocasiones y formas.

Aterrizando lo anterior a la población adulta mayor, es un factor a considerar ya que la ocupación llega a ser vital sobre cómo se concibe uno mismo. Asimismo, cuando se llega a una edad avanzada en la que las cláusulas laborales le impiden trabajar, puede causar un golpe de realidad sobre hacia dónde va su vida, el rumbo a seguir y qué tan apto será para ello.

Dadas las estadísticas crecientes en la población anciana, se deben destinar recursos económicos y humanos para orientar sobre las diversas ocupaciones que se pueden realizar aún en la vejez. Indudablemente no es tajante o explícita la exclusión que se hace de los adultos mayores hacia ciertas ocupaciones, sin embargo, es una realidad. Aunque el envejecimiento incluye el

declive de ciertas funciones cognitivas, se tiene muy menospreciado lo que pueden (y, sobre todo, quieren) realizar.

II.2.3 Retiro y jubilación

El desarrollo de actividades educativas y de ocio, se encuentran íntimamente relacionadas con el carácter de retiro o jubilación en la que se encuentran los adultos. Primeramente, con la idea ya discutida sobre la concepción de anciano como persona inactiva laboral y económicamente.

Indirectamente, se cree que su sostén y mantenimiento es más costoso y ellos se vuelven menos capaces. La jubilación deja de verse como el retribuir a una persona que dedicó años al servicio y merece una compensación, y pasó a tener una connotación negativa hacia la vejez como símbolo de inactividad.

Lo que se observó en la investigación realizada en el Asilo San Sebastián es que muchos adultos llegan sin el conocimiento de su situación financiera ya que es manejado por los hijos, simplemente tienen la idea de que están inhabilitados para trabajar (o aprender) porque ya no poseen las mismas capacidades y consideran que es una de las razones por las que están institucionalizados. Algunos consideran que lo merecen ya que no son útiles para la sociedad o su familia al menos, y otros lo consideran como un castigo y falta de agradecimiento de su entorno familiar y social.

Edades avanzadas dificultan la permanencia de un trabajo o garantizar una solvencia económica, México tiene tres sistemas de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y Sistema de Seguridad Social Popular) pero sus políticas se han modificado aparte de que las cuotas dependen del tipo de ocupación, aunque haya sido por varios años. Si no se cumplen los requisitos de

haber estado asegurado o ser familiar de un pensionado, pone en estado crítico a un adulto en su vejez y con gastos considerablemente altos para él/ella y su familia.

El INEGI en el 2004 reportó que la población adulta mayor sin pensión representaba el 49.4%, la cifra se encuentra más concentrada en los adultos de mayor edad ya que personas de 85 años o más, solo el 41.2% eran derechohabientes y de 60-64 años 51.8% tenían pensión (Vega López et al, 2011). Esto representa una problemática para la población anciana ya que lamentablemente se presentan situaciones de salud por atender y no contar con pensión provoca la falta de servicios médicos a un precio relativamente razonable o alcanzable, servicios privados resultan incosteables prácticamente todas las veces.

López Vega et al (2011) mencionan que las enfermedades o discapacidades sin atención o resolución pueden generar un aislamiento de las personas debido a que no existen los medios o recursos que requieren para atender sus padecimientos, algunos inherentes al envejecimiento o desgaste biológico, como aspectos motrices, auditivos, de lenguaje, etc.

Hablando de instituciones públicas que albergan adultos mayores, la mayoría se encuentra en la imposibilidad de ser atendido por sistemas de seguridad pública y sus infraestructuras no resultan apropiadas para su trato, así como la falta de profesionales de la salud y medicamentos.

II.2.4 Aprendizaje y esparcimiento

Los adultos viven y crecen creyendo que su tiempo de ocio no puede ser utilizado de forma activa y significativa para ellos mismos. Aquí cabe resaltar una premisa clave que la población presume saber, pero realmente no se aplica: el aprendizaje se da durante toda la vida.

Muchos adultos desean aprender cosas nuevas, continuar sus intereses, actualizar sus conocimientos, desarrollar sus capacidades; ello por factores muy importantes como la necesidad de reintegrarse a la sociedad, ya que pasan de un plano de “sabio – ignorante” que la propia sociedad industrializada y mecanicista los sitúa. Otro factor son las ganas y deseos de aprender porque son seres humanos, pensantes y activos como todos los demás.

Las personas trabajan con base en retos, metas y objetivos, y aquéllas que han tenido una vida y desarrollo con muchas experiencias como los adultos mayores, difícilmente dejan de tenerlas a menos que se sientan incapaces de realizarlo. ¿La razón de ello son sus capacidades cognitivas y físicas? ¿O lo es también la falta de oportunidades y aceptación?

Gracias a las nuevas demandas e iniciativa de estudiantes “no tradicionales” (por edades avanzadas o características de roles como madres solteras/padres solteros, etc), distintas escuelas han facilitado programas escolares con horarios sabatinos, nocturnos o virtuales. Tomando en cuenta que todos pueden contribuir con sus experiencias y aprender nuevas. (Papalia, 2009).

Abraham en Papalia (2009) menciona algunos países y organismos que tienen buen camino recorrido con la implementación de estos programas como la red china de “Universidades para ancianos”, país y cultura en general que valora en gran medida a la población anciana confiando en que pueden crear y

desarrollar nuevas experiencias y al mismo tiempo aportar a la población. Menciona que en Japón existen los Kouminkans que son centros educativos comunitarios para adultos donde hay apoyos económicos por el gobierno para que se planifiquen actividades educativas y físicas para los adultos. De igual manera, Elderhostel es otra red que se ha esparcido a más de 90 países en los que se contemplan programas que combinan educación y pasatiempos.

El fin es motivar y desarrollar el aprendizaje, y recalcar que la satisfacción de aprender no es específica de la edad.

Desde hace unas décadas se ha marcado un interés inherente a los adultos por seguir aprendiendo, Willis en Papalia (2009) enlistó cinco razones: adquirir conocimientos para adaptarse, capacitarse para nuevas ocupaciones, comprender y enfrentar cambios tecnológicos, conocer procesos del envejecimiento y desarrollar planes de retiro.

Esto es muy positivo para la sociedad y sigue siendo algo que debe fortalecerse tanto en sociedades desarrolladas como subdesarrolladas. Sin embargo, estas oportunidades para adultos mayores en institucionalización no son igual de sencillas o alcanzables, evidentemente es más complicado que ellos personalmente acudan a las instituciones pertinentes para actividades recreativas o iniciación/continuación de estudios.

El tema a trabajar sería la creación y capacitación de personal profesional y voluntariado para acudir a asilos, hospitales, etc., que desarrollen programas académicos y recreativos para la población adulta en dichos contextos.

Ello requiere una minuciosa investigación y planificación ya que en algunas instituciones suelen realizarse actividades para los adultos mayores, pero ellas se vuelven repetitivas y tediosas, aparte de que la falta de preparación en el personal

o las características de las actividades, pueden causar una sensación de incapacidad o tristeza en ellos al “tratarlos como niños”. Para que estos programas cumplan su cometido deben relacionarse con temas que para ellos sean significativos y prácticos; el aprendizaje se da durante toda la vida, pero los estilos y métodos sí son distintos según la edad y sobre todo el contexto.

Una de las mayores necesidades para las personas institucionalizadas es el contacto con el exterior porque es algo de lo que se han privado en un tiempo aparte de que resulta más atractivo tener actividades en un ambiente más dinámico e inspirador.

Evidentemente, hay situaciones e instituciones que no permiten la salida de los adultos, por ello pueden buscarse formas de intervención al cambiar los espacios del propio instituto con un buen compromiso del personal y recursos recreativos que permitan que salgan de ese entorno tan habitual sobre todo para facilitar experiencias de aprendizaje y ocio, sabiendo que las fuerzas ambientales y culturales favorecen o limitan estos aspectos.

II.3 Institucionalización del adulto mayor

La asistencia geriátrica en términos generales se refiere al conjunto de niveles asistenciales hospitalarios, extrahospitalarios, sanitarios y sociales que prestan atención especializada en adultos mayores a partir de acciones integradas e interdisciplinarias. Los nombres de dichos sectores dedicados al cuidado del adulto mayor pueden variar debido a que no todos tienen servicios médicos o multidisciplinarios. (Programa Nacional del Adulto Mayor, 2005).

Los asilos o casas de reposo donde se brinda una asistencia geriátrica son los lugares donde se presenta un alto riesgo de padecer depresión, ya que se encuentran aislados socialmente pero vigilados médicamente, esto con el fin de

mantenerlos cuidados y en las mejores condiciones posibles, ya que hay adultos mayores que llegan a un punto en el que no es posible que vivan sin el cuidado de alguien más, ya sea para mantener sus necesidades básicas como alimento e higiene. Sin embargo, no deja de resultar difícil encontrarse lejos de casa, con personas extrañas y sin la posibilidad de estar con aquellos seres que quisieran.

El proceso de institucionalización en adultos mayores ha sido relacionado con la aparición o aumento de síntomas depresivos, principalmente quienes no son institucionalizados de forma voluntaria. Sin embargo, se han ubicado menos síntomas depresivos a mayor tiempo de institucionalización, debido a las redes sociales que se crean dentro del asilo. (Djernes et al., 2013).

La situación que presentan los adultos mayores relacionados con diversas pérdidas tanto familiares como de capacidades personales, aunado al desarraigo de sus bienes, de trabajo, los roles sociales que ejercían y el trato del personal asistencial, en ocasiones no es el oportuno y esto genera sentimientos de desamparo e impotencia que lleva así a cuadros depresivos.

Otra cuestión importante es la presencia del deterioro cognitivo en mayor parte de la población de adultos mayores institucionalizados, quienes de igual forma presentan cuadros depresivos; por lo que se esboza una influencia significativa de la cognición y la depresión. (Cerquera, 2008). Por ello, se plantea que es complicado diferenciar episodios depresivos a las demencias, ya que ambas presentan apatía, alteraciones o deterioro en la memoria y dificultad para concentrarse. (Fernández et al., 2004).

El periodo anterior al ingreso del adulto mayor a la institución, así como en las primeras semanas, resulta crítico para la persona ya que se presentan episodios intensos de estrés e incertidumbre. Esto es aumentado si el adulto mayor no tiene lazos familiares sólidos donde cuente con apoyo significativo ya

que su autoestima también se ve afectada al percibir que sus roles sociales y su funcionalidad ha terminado, por lo que sus contactos sociales y la actividad que solía hacer se ve terminada y esto se refleja en deterioro senil de la personalidad (López en Canto y Castro, 2004).

Urbina et al. (2007) mencionan que se espera que en unas décadas los mayores de 65 años pasen a representar del 10% del total actual al 21%. Como se ha mencionado anteriormente, resulta de gran importancia revisar las condiciones en las que los adultos están llegando a la vejez, principalmente aquellos que se encuentran institucionalizados ya que el cambio de contexto y la nueva dinámica cotidiana puede representar muchas cosas para el adulto. Algunos asilos se caracterizan por no tener el personal necesario especializado y sensibilizado para la intervención con adultos mayores y ese es otro punto a tomar en cuenta. Por otro lado, aluden que la depresión es considerada la cuarta causa de incapacidad en la población activa y ésta ha afectado cada vez más a los ancianos; dentro de los rangos de edad en suicidios, los adultos mayores forman un gran número.

Estos autores rescatan el vínculo entre las relaciones sociales y la salud, por lo que se encuentra que las personas aisladas tenían menos salud física y psicológica. Por ello resulta tan importante el psicólogo y la familia como un apoyo social del adulto mayor, para evitar que se siente aislado del mundo en una cama de hospital u otra institución.

Tanto los adultos mayores institucionalizados como el personal, configuran una comunidad con una dinámica ya establecida, por lo que cualquier intervención presupone la acción en cada uno de sus componentes y sujetos para lograr una respuesta positiva. Si bien es posible y recomendable el trabajo individual, se requiere una labor colectiva para atender los dilemas comunitarios.

Para llevar a cabo una intervención comunitaria es indispensable tomar en cuenta los distintos elementos que intervienen en el contexto social para estudiar las relaciones y agrupaciones creadas, comprender que sostienen sus propias reglas implícitas y explícitas que crean y recrean permanentemente.

Durante los meses de observación e investigación en el Asilo San Sebastián, se pudo notar y constatar que las dinámicas establecidas no son positivas para la esfera cognitiva, social y emocional de los adultos mayores, ya que la rutina estrictamente establecida es: levantar a todos los adultos a las siete de la mañana para llevarlos al salón donde los sientan en círculo y esperan hasta el momento de ingerir alimentos (desayuno, comida, cena) o ir a la Capilla del Asilo para escuchar la misa. Las actividades llegan a variar si es que alguna Escuela, Asociación, Institución o voluntarios van a realizar un evento o actividad con los adultos mayores.

Es importante recordar que más del 50% de los adultos de este Asilo se encuentran en un grado de dependencia considerablemente alto, ya sea por dificultades físicas o cognitivas, por lo que resulta complicado que ellos mismos puedan trasladarse en distintas áreas del Instituto o hacer actividades distintas. Además, otro obstáculo es el hecho de que el personal es muy limitado, con menester de trabajar su tolerancia.

Para los adultos resulta muy ameno tener actividades donde puedan participar activamente desde voz, baile, conversaciones, ejercicios mentales, etc. Las duraciones de estas actividades no llegan a ser largas, ya que su atención e interés es reducida, pero lograr habituar a estas actividades donde sus procesamientos mentales y convivencia social se vea favorecida, merece dedicar tiempo de planeación y aplicación.

Es notable que, al incorporarse un adulto al Asilo, tiene una vitalidad muy distinta desde capacidades físicas, sociales y cognitivas, pero conforme pasa el tiempo experimentan cierto rechazo a convivir con los demás adultos, participar en actividades individuales o grupales, pero que el personal o voluntariado converse con ellos difícilmente llegan a rechazarlo. La razón de este cambio puede ser multicausal, el hecho es que es posible intervenir de manera preventiva para lograr un ambiente más favorecedor.

En este sentido, se alude a un problema psicosocial porque la magnitud de este modo de orden se transforma en una realidad social y recae en toda la población. Esto se asocia con factores personales y sociales pero las condiciones contextuales, aspectos culturales y la estructura del entramado social tienen un fuerte papel. Invariablemente, la labor de protección y cuidado del adulto mayor desde la salud física es muy loable y necesario, mas es primordial también tomar en cuenta el estado de bienestar mental y social, no solo la ausencia de enfermedad o dolencias; determinadas condiciones de vida indican en la conservación de un buen estado de salud.

Tomando en cuenta lo anterior, se rescatan los objetivos planteados por Sánchez (1998) para la intervención comunitaria:

1. Desarrollo humano integral y reducción de problemas psicosociales.
2. Promoción de sentido de comunidad y una perspectiva positiva autodirigida.
3. Fortalecimiento personal y comunitario.

Asimismo, los pasos planteados por Sánchez (1998) para una intervención social son:

- Reconocimiento de la existencia de un problema o necesidad

- Organización de antecedentes (teóricos y empíricos)
- Diseño de estudio diagnóstico
- Formulación de misión, objetivos generales y específicos
- Especificación de las acciones de la intervención
- Diseño de evaluación
- Cronograma
- Recursos (humanos y materiales)

Es menester de los psicólogos el cuestionarse acerca del impacto que tiene la institucionalización sobre la salud psíquica del adulto mayor tomando en cuenta el escenario social y aspectos personales, emocionales y cognitivos que tienen. El profesional de salud debe considerar aspectos mentales del envejecimiento a partir de reacciones psicológicas y emocionales para desarrollar estrategias de intervención.

III. Metodología

III.1 Diseño mixto

Se presenta una investigación mixta, la primera parte se realizó en colaboración con la C. Karen Alondra Ocampo Mendoza, dicha sección corresponde al enfoque cuantitativo siendo un estudio descriptivo correlacional donde la población con la que se trabajó fueron adultos mayores que se encuentran institucionalizados dentro del asilo San Sebastián, con un rango de edad entre los 57 y 90 años que quisieron formar parte de la investigación y no tuvieran alguna enfermedad crónica en estado de gravedad, Alzheimer, ceguera o haber padecido una embolia. El objetivo de esta primera parte fue identificar la relación entre depresión y funciones ejecutivas mediante su evaluación en adultos mayores institucionalizados.

En la segunda parte, se presenta la metodología cualitativa donde se utilizaron las técnicas de observación participante y entrevista semi-estructurada con los mismos individuos, salvo dos de ellos que no continuaron en la segunda parte, por lo que se agregaron otros dos adultos. El objetivo fue conocer las representaciones personales y sociales que tienen los adultos mayores sobre la vejez, institucionalización y su relación con la familia y pares del asilo. Por último, se buscó converger ambas metodologías dando un sentido y unidad a los resultados encontrados.

Resulta laborioso y complejo dar unidad de análisis a la palabra, sabiendo que ésta puede estar influida por diversos factores propios del sujeto y que probablemente puedan cambiar, ya que serían razón de su estado de ánimo del momento. Por ello, es importante contar con el suficiente tiempo de exploración, convivencia y observación para darle un sentido más completo y lo más objetivo que pueda ser.

Como sabemos, la metodología cualitativa no implica hacer mediciones pero sí observaciones, permite conocer en esencia lo que la persona siente y vive aunque sea relativo, es una escucha de la persona que puede dar conocimiento igual de certero e importante que la metodología cuantitativa. Al no tener una estructura tan definida y verificable, debe de ser muy cauteloso el uso de dichos datos.

Fernández (2006), presenta una compilación de acciones para la metodología cualitativa que son muy pertinentes para considerar, menciona que al trabajar con palabras y no con números, la abstracción de datos puede ser más embrollada, "...cada hora de entrevista se transforma en alrededor de 10.000 palabras a ser analizadas." (Rubín y Rubín en Fernández, 2006, p. 1). La autora hace mención de la metodología cualitativa como una tradición sociológica en el sentido de que abre una ventana a la experiencia humana; no hay un análisis

formal como sería en la tradición lingüística, sino que incluye frases generadas de textos libres, diálogos, entrevistas, entre otros.

Las entrevistas semi-estructuradas dan mayor libertad a las respuestas de la persona, el encuestador orienta la entrevista conforme las respuestas, aunque esté focalizada a ciertas temáticas o rubros. (Zapata, 2005).

Los métodos para analizar datos cualitativos resultan complejos ya que están muy divididos en especificidades, ninguno podrá ser lo suficientemente completo por el mismo tipo de dato que es, pero se busca dar la mirada más íntegra posible.

Aun con las complicaciones que pueden resultar de los datos cualitativos, resulta una experiencia muy agradable e intrigante al descubrir e hilar ideas conforme se va avanzando. De esta manera, al término del análisis, los datos toman relación con el cuerpo teórico de la investigación. Este proceso tiene si bien una secuencia variable, es organizada y coherente.

Varios autores (Fernández, 2006; Álvarez-Gayou, 2005; Miles y Huberman, 1994; Rubin y Rubin, 1995) presentan fases específicas de la metodología, que son: obtener la información con las técnicas que se hayan considerado pertinentes y adecuadas; capturar, ordenar y transcribir la información con los medios que mejor convengan al tipo de dato (escrito, grabado en video o audio, etc.); codificar la información agrupando en categorías en función de lo que se obtuvo; e integrar los datos relacionado las categorías.

Patton en Fernández (2006) menciona la importancia que tiene la codificación para el análisis de los datos y sus resultados, ya que será la interpretación del discurso (verbal o no verbal) de la población con la que se trabajó, dará sentido a la complejidad de los datos y determina lo significativo de la

recolección. El tiempo requerido depende evidentemente de la cantidad de datos obtenidos, la cercanía o conocimiento del tema y la constancia que se tuvo para su obtención.

III.2 Contexto

El asilo San Sebastián del estado de Querétaro tiene capacidad para máximo 40 adultos mayores. Su misión es brindar servicio y atención a personas de la tercera edad de escasos recursos económicos.

Forma parte de las Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P.), por lo que se realiza un estudio socioeconómico a la familia de la persona que ingresará. El único requisito es que la persona se valga por sí misma un 70-80% y que los familiares paguen su tratamiento médico.

Ubicado en el Barrio San Sebastián, fue construido inicialmente como parroquia (la segunda en la ciudad de Santiago de Querétaro) hecha por franciscanos para brindar los servicios religiosos a los indígenas de la zona. El padre Felipe N. Sevilla hizo un anexo a la parroquia para ayudar a los enfermos con la ayuda de las hermanas josefinas, convirtiéndose en el Hospital del Sagrado Corazón, hoy en día asilo para adultos mayores. Teniendo más de 50 años de su construcción, en los últimos años han podido restaurar y ampliar sus instalaciones.

Con tres enfermeras por turno, el lugar se encuentra adaptado para 35 personas máximo. La mayoría de ellos casi no reciben visitas o no reciben ninguna, muestran actualmente un grado de dependencia considerablemente alto y todos tienen alguna enfermedad que requiere tratamiento farmacéutico. Dado al poco personal e insuficiente apoyo económico, se espera que los voluntarios, practicantes o visitas, puedan ayudarlos principalmente al entretenimiento o

actividades como refuerzo intelectual, sin embargo, aceptan cualquier tipo de ayuda ya sea convivencia, apoyo económico o de víveres.

Las principales necesidades observadas es que requieren mayor personal, no se encuentra ningún médico con especialidad en gerontología, por lo mismo, no hay diagnósticos especializados ni tratamientos a demencias o cualquier enfermedad neurodegenerativa en general. No hay actividades o dinámicas que fomenten la convivencia e interacción entre los adultos mayores, ni actividades para fortalecer o rehabilitar procesos cognitivos. Aunado a esto, la mayor parte de los adultos mayores se encuentran en estado de abandono por parte de sus familias o visitas esporádicas, por lo que sus estados emocionales son considerablemente vulnerables.

III.3 Fase cuantitativa

III.3.1 Procedimiento

Esta fase se hizo en conjunto con la C. Karen Alondra Ocampo Mendoza, donde a lo largo de 6 meses se realizó la aplicación de pruebas, iniciando con días destinados a hacer entrevistas y conocer a los adultos mayores para saber las condiciones mentales, emocionales y físicas en las que se encontraban, así como conocer la dinámica del Asilo San Sebastián.

III.3.2 Muestra

Después de identificar la muestra con la que se trabajaría, se habló con ellos el tema a tratar en la investigación solicitando su autorización mediante Cartas de consentimiento informado. La muestra fue conformada de la siguiente manera:

Tabla 1. Adultos mayores que formaron parte de la investigación

| Sujeto | Edad | Género |
|--------------------------|-------------|---------------|
| S01 | 57 | Femenino |
| S02 | 62 | Femenino |
| S03 | 68 | Femenino |
| S04 | 69 | Masculino |
| S05 | 75 | Femenino |
| S06 | 85 | Femenino |
| S07 | 85 | Femenino |
| S08 | 86 | Masculino |
| S09 | 88 | Masculino |
| S10 | 90 | Femenino |
| Promedio de edad: | 76,5 | |

Basando la elección de pruebas en el objetivo y la población, se trabajó con los 10 adultos mayores divididos en dos días por semana aplicando una prueba a cada uno, teniendo una duración aproximada de 30-60 minutos por adulto para cada prueba (dependiendo del estado cognitivo y la dificultad en las pruebas).

En este proceso, hubo días en los que se tuvo que reorganizar la forma de trabajo, ya que en ocasiones algunos de los adultos no quisieron realizar ninguna prueba ya sea por sentir cansancio, fatiga o que habían acudido voluntarios y realizaban actividades con ellos. Debían detenerse las pruebas o actividades con los adultos a las 13:00hrs., ya que diario se oficia una misa a esa hora en la capilla del asilo.

Los adultos mayores tenían interés en realizar las pruebas, sin embargo, con la mayoría llegaba un momento en el que ya no querían continuar debido a que lo consideraban tedioso o decían no poder ver o escuchar, pero después sus respuestas mostraban lo contrario.

III.3.3 Recolección de datos: pasos e instrumentos

Para la detección del grado de depresión se utilizaron dos escalas, la primera es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS - 30) de González - Celis, la cual consiste en 30 preguntas simples con respuesta dicotómicas (si/no) que tienen como fin detectar si existen o no indicios de depresión en las últimas cuatro semanas. La puntuación entre 0 a 10 se considera normal, de 11 a 14 puntos, moderadamente deprimido; y de 15 a 30 puntos, severamente deprimido. El tiempo requerido para su aplicación es de aproximadamente 5-10 minutos. La segunda prueba aplicada fue la Escala de depresión de Beck que es de las más utilizadas para evaluar la depresión, está compuesto por 21 ítems con escala tipo Likert, consta de afirmaciones donde la persona debe escoger aquella que describa cómo se ha sentido en los últimos días. Los grados de depresión se evalúan de 0-9 no deprimido, 10-15 ligeramente deprimido, 16-24 moderadamente deprimido, 25-62 gravemente deprimido.

Para la evaluación del estado de deterioro cognitivo se utilizó el Mini mental state examination de Folstein (MMSE) modificado por González-Celis para la población mexicana, tiene como objetivo establecer el diagnóstico presuntivo de las funciones cognitivas. El cuestionario está conformado por 30 preguntas, e integrado en 5 secciones: orientación, registro, atención y cálculo, lenguaje, y memoria diferida. Toma aproximadamente 15 minutos su aplicación. Las respuestas correctas se califican con el número 1, y cuando sean incorrectas con el número 0. Se suman todas las calificaciones de cada apartado y se obtiene la puntuación total. La escala de evaluación va de: 24 a 30 puntos = normal; menor o igual de 23 = deterioro cognitivo leve; menor o igual a 17 = deterioro cognitivo severo.

Se aplicó la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales BANFE-2 de Flores, Ostrosky y Lozano (2014), que evalúa el

rendimiento general en cuanto a funciones ejecutivas y también puede realizarse un análisis mediante 3 áreas prefrontales que son la Orbitomedial, Prefrontal Anterior y Dorsolateral. Se realizaron las secciones pertinentes a evaluar la zona Prefrontal Anterior, es decir, la clasificación semántica que evalúa la capacidad de productividad mediante grupos semánticos y capacidad abstracta; selección de refranes que evalúa la capacidad para comprender y comparar respuestas con sentido figurado; y metamemoria que evalúa estrategias de memoria y juicios de desempeño. La batería requiere de aproximadamente 60 minutos para su aplicación, pero para la CPFA se estima media hora en adultos mayores. A mayor puntuación, mayor conducta frontal clínicamente positiva, las puntuaciones dependen de la edad y escolaridad para lo que se acude a las tablas de puntuaciones normalizadas.

Por último, se realizó la Escala Breve de Inteligencia Shipley-2 que es una breve medición del funcionamiento y deterioro cognitivo, el tiempo de aplicación oscila entre 20-25 minutos, es autoaplicable pero debe ser monitoreada. Refleja la inteligencia cristalizada como conocimiento de la educación y experiencia mediante la escala de vocabulario, y la inteligencia fluida como la capacidad lógica mediante la escala de abstracción. Ambas secciones se califican mediante la suma de puntos y se comparan con las categorías interpretativas que son: mayor o igual a 130 = superior, 120-119 = muy por encima del promedio, 110-109 = por encima del promedio, 90-109 = promedio, 80-89 = por debajo del promedio, 70-79 = muy por debajo del promedio y menor a 70 = bajo.

III.3.4 Análisis de los datos y resultados

A partir de las 5 pruebas aplicadas (Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Beck, Mini Mental State Examination de Folstein, BANFE-2 y Shipley-2) a 10 adultos mayores institucionalizados en el Asilo San Sebastián que oscilan entre

57-90 años, se muestran los resultados de cada prueba aplicada en las siguientes figuras:

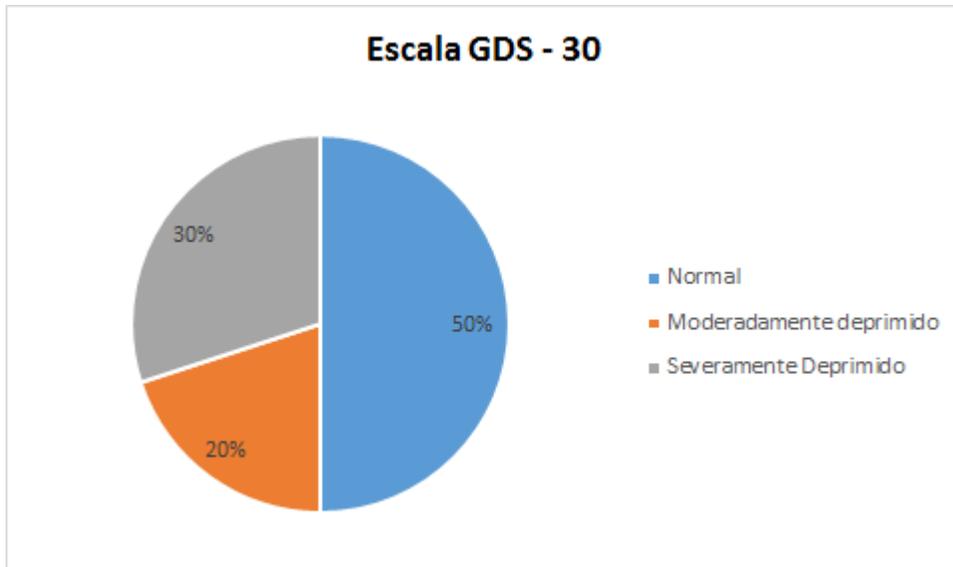


Figura 3. Depresión en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS - 30) N=10.

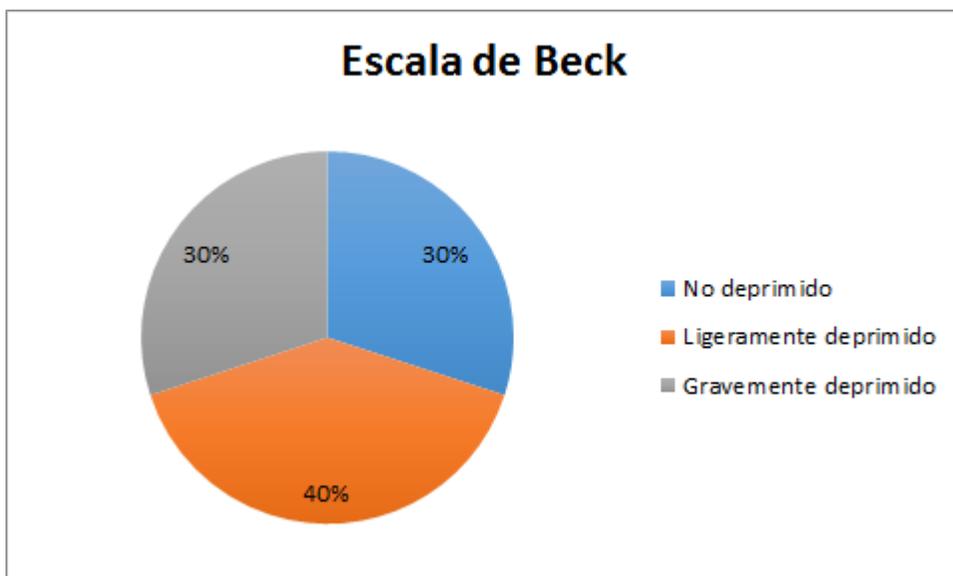


Figura 4. Depresión en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la Escala de BECK N=10.

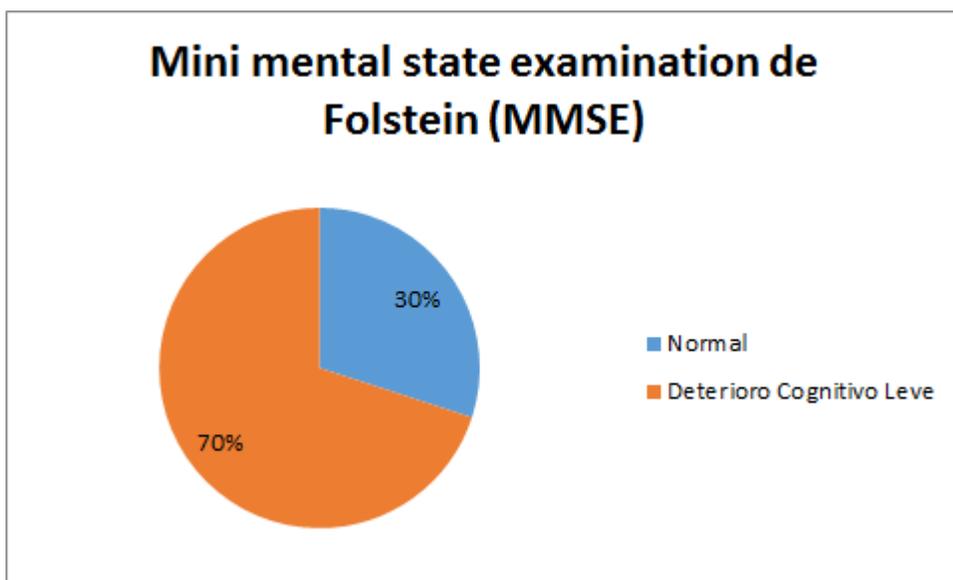


Figura 5. Estado cognoscitivo en adultos mayores del Asilo san Sebastián según el MMSE N=10.

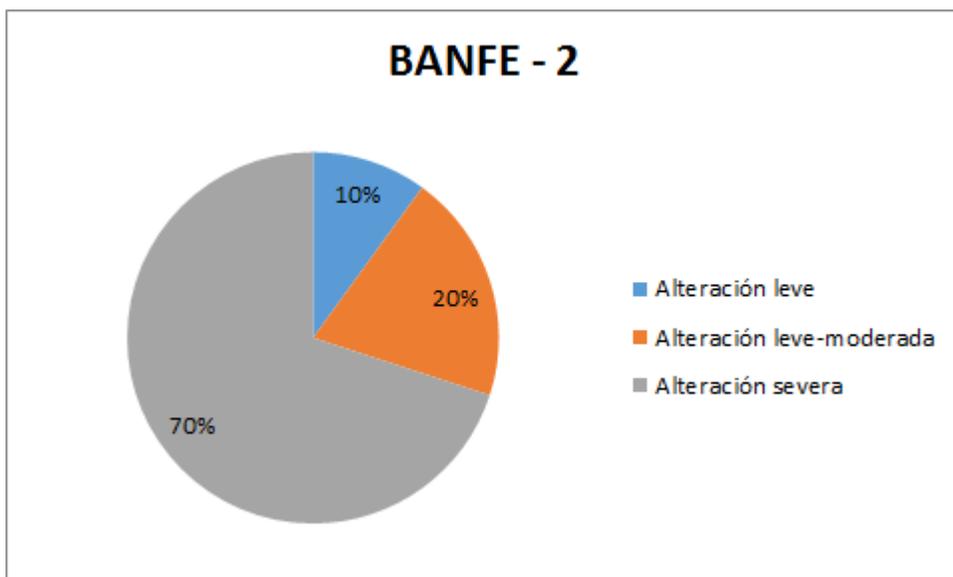


Figura 6. Funciones ejecutivas en la corteza prefrontal anterior en adultos mayores del Asilo san Sebastián según la BANFE 2 N=10.

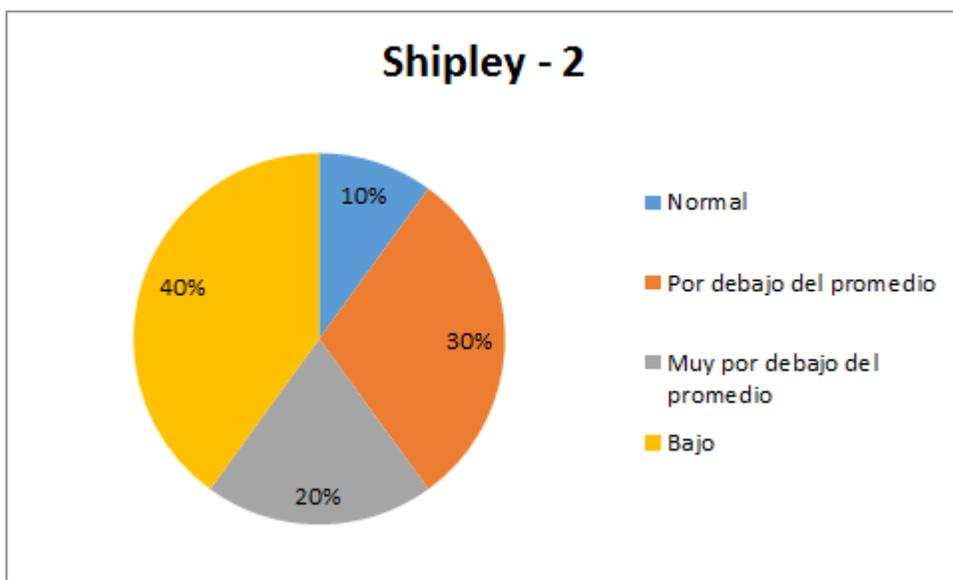


Figura 7. Coeficiente intelectual en adultos mayores del Asilo San Sebastián según SHIPLEY-2 N=10.

El análisis estadístico hecho en el Software Estadístico *SPSS Versión 18*, muestra una correlación negativa significativa entre depresión desde la Escala de Depresión Geriátrica (GDS - 30) y rendimiento en Funciones Ejecutivas mediante la BANFE-2, al presentarse un valor de significancia menor a .05 y un valor de coeficiente cercano a -1.

Al ser datos de libre distribución, se siguió la técnica de correlación no-paramétricas con el método de rango de correlación de Spearman.

Correlaciones

| | | | GDS | BANFE |
|-----------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
| Rho de Spearman | GDS | Coefficiente de correlación | 1.000 | -.663 |
| | | Sig. (bilateral) | . | .037 |
| | | N | 10 | 10 |
| | BANFE | Coefficiente de correlación | -.663 | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | .037 | . |
| | | N | 10 | 10 |

Tabla 2. Coeficiente de correlación de Spearman entre GDS-30 y BANFE-2.

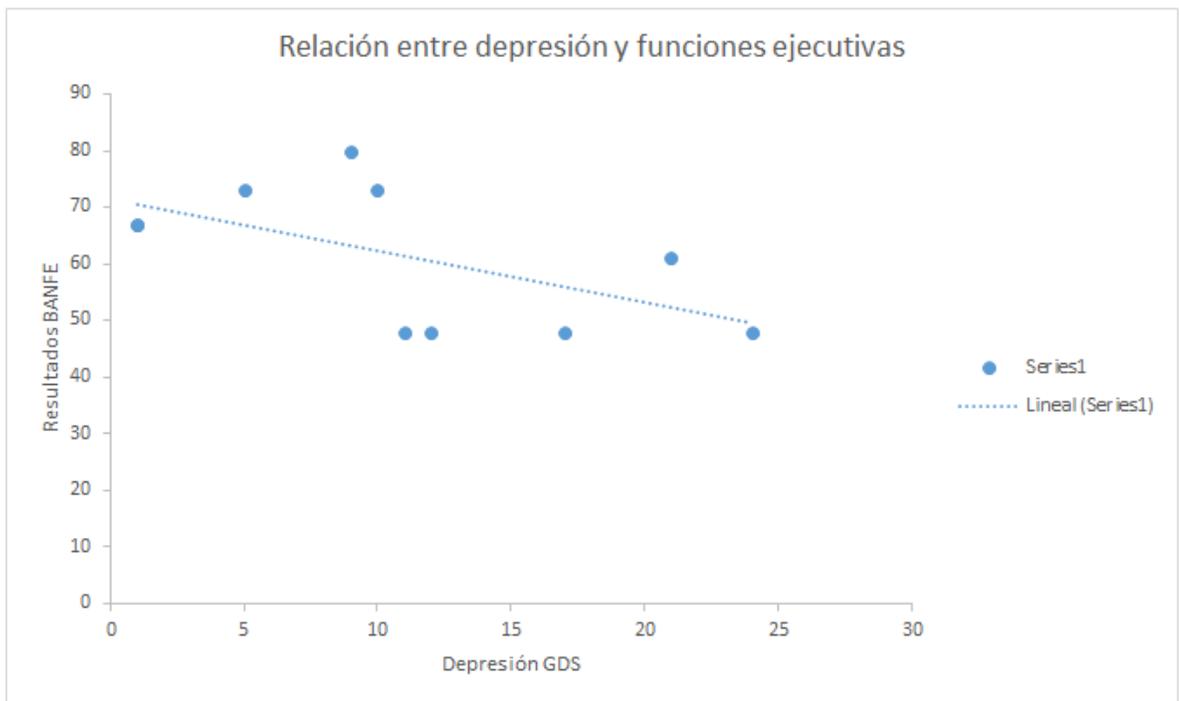


Figura 8. Gráfico de dispersión sobre la relación de depresión y funciones ejecutivas

Correlaciones

| | | | BECK | BANFE |
|-----------------|-------|-----------------------------|-------|-------|
| Rho de Spearman | BECK | Coefficiente de correlación | 1.000 | -.628 |
| | | Sig. (bilateral) | . | .052 |
| | | N | 10 | 10 |
| | BANFE | Coefficiente de correlación | -.628 | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | .052 | . |
| | | N | 10 | 10 |

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre BECK y BANFE-2.

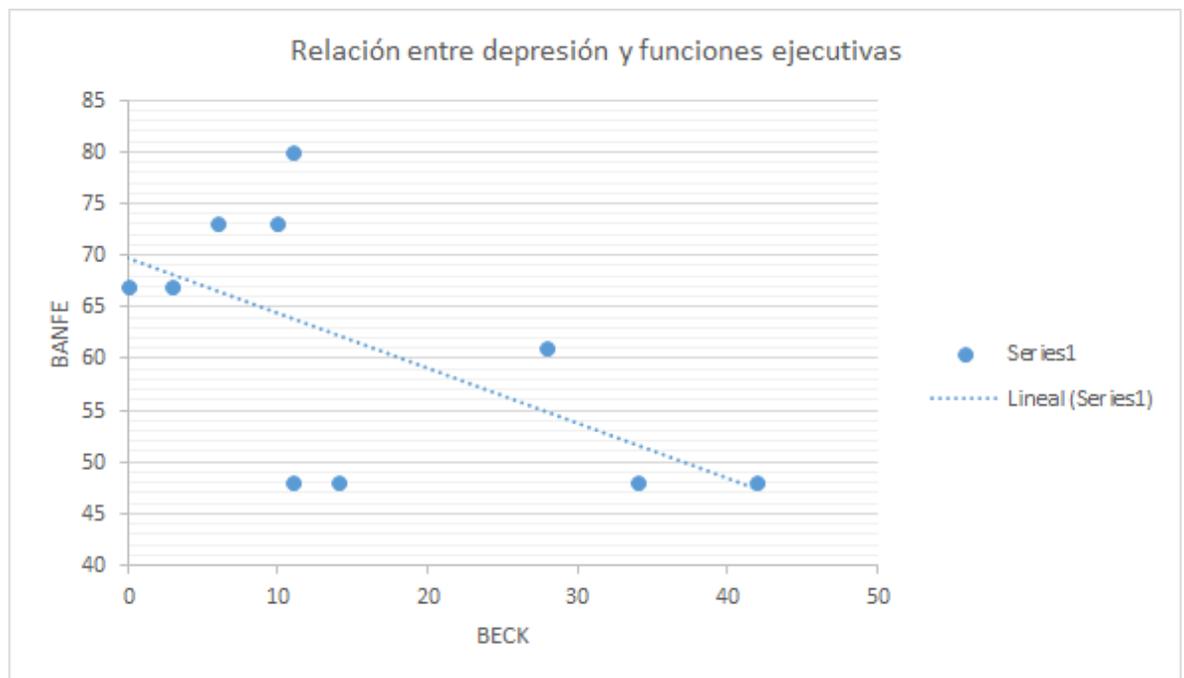


Figura 9. Gráfico de dispersión sobre la relación de depresión y funciones ejecutivas

Mediante la correlación de datos, se comprueba que, a mayores puntajes de depresión, menor rendimiento en funciones ejecutivas de los adultos mayores institucionalizados.

Se muestra la correlación realizada entre la BANFE-2 y la Escala de Beck ya que a pesar de que el valor de significancia se rebasa ligeramente para ser considerado significativo, es posible notar una tendencia y similitud con la correlación significativa entre la Escala GDS-30 y BANFE-2. Por lo que, lleva a plantear que incrementando la muestra podría presentarse mayor significancia en la relación.

III.3.5 Conclusiones

A partir de la teoría revisada y pruebas aplicadas, se comprueba la relación y efecto que tiene la depresión en cuanto a incidencia en el funcionamiento cognitivo, principalmente en aspectos o procesos de funciones ejecutivas, como menciona Ventura (2012).

Si bien las otras pruebas realizadas para evaluar la cognición no muestran correlación con la depresión, se observa un panorama de las condiciones en las que se encuentran los adultos. Se rescatan los planteamientos que relacionan la cognición y depresión, como lo hace Cerquera (2008) principalmente sobre las funciones ejecutivas y su procesamiento en la corteza frontal como menciona Price en Murray (2011).

Si bien no se descartan las diferencias individuales y particulares antecedentes que cada uno tiene, los resultados de capacidades cognitivas pueden relacionarse con la falta de actividades intelectuales, y sus estados anímicos con las implicaciones de la institucionalización (distancia con la familia,

trato del personal asistencial o características del Instituto y falta de entramado social).

III.4 Fase cualitativa

III.4.1 Diseño

Ya que el tema presentado incluye aspectos cognitivos, emocionales y sociales, resulta pertinente desarrollar una metodología mixta para tomar en cuenta aspectos tanto elementos medibles como simbólicos y sociales. Esto permite una complementariedad entre el enfoque cuantitativo y cualitativo para contrarrestar sus límites epistemológicos mediante pluralidad de métodos según las dimensiones estudiadas y observadas.

Los temas desarrollados en esta segunda parte sobre la experiencia de los adultos en un asilo, resulta un fenómeno representativo y transformativo donde interviene la percepción individual y social en tanto contexto compartido. Por lo que la entrevista semi-estructurada es una técnica que permite conocer la noción del adulto sin limitar respuestas y por ende posibles preguntas.

En este sentido, aunque se trata de un aspecto o proceso en concreto, se encuentra socialmente condicionado al tratarse de la subjetividad y concentración de un adulto mayor y que no debe perder la esencia en el momento de valoración o análisis de respuestas. Tratándose de entrevista semi-estructurada, se buscó que las preguntas fueran encaminadas a los temas que buscaban desarrollarse y fueran lo más claras posibles.

III.4.2 Muestra

En esta segunda parte de la investigación, se trabajó con los mismos adultos mayores salvo dos de ellos, ya que uno salió del asilo y la otra persona sufrió una enfermedad que le impedía comprender y responder a un diálogo; se desconoce la enfermedad y diagnóstico pero los cuidadores comentaron que se creía que se trataba de un accidente cerebrovascular.

III.4.3 Recolección de datos

Se presenta un análisis de los resultados cualitativos en las entrevistas para que posteriormente se realice un análisis y comparación de sus respuestas con los resultados obtenidos en las evaluaciones psicológicas e intelectuales de la primera parte de la investigación, para encontrar correlación entre su diálogo o percepción de su situación actual y los índices de depresión observados.

Las preguntas base que se realizaron a los diez adultos mayores fueron:

1. ¿Cuánto tiempo tiene usted en el asilo y cómo llegó aquí?
2. ¿Cómo es la relación con sus compañeros del asilo?
3. ¿Qué opina de la dinámica cotidiana en el asilo?
4. ¿Cómo se siente usted en el asilo?
5. ¿Cómo es la relación con sus familiares actualmente?
6. Para usted, ¿qué es la vejez?

La razón por la que se estructuró de esta manera la entrevista es que engloba cuatro aspectos a desarrollar: *la noción sobre la vejez*, ya que estudios (Urbina, Flores, García, Buisán, Torrubias, 2007) señalan que una idea negativa sobre la vida adulta mayor ejerce una gran influencia sobre el estado emocional. *Tiempo en el asilo*, esto debido a que se observó desde las primeras semanas de asistir al instituto, que la percepción sobre la institucionalización es diferente según

el tiempo que se tiene en ese contexto. *Relación con compañeros, personal de la institución y percepción de éste*, estudios (Urbina et al, 2007) señalan que por falta de personal, paciencia o compromiso, el cuidado y trato al adulto mayor repercute en su estado de ánimo, de igual forma la relación con sus pares y las actividades que se realicen dentro del asilo puede mejorar o empeorar considerablemente su estado. *Relación con sus familiares*, igualmente se observó que la experiencia que representa la institucionalización para el adulto mayor es mayormente influida por la cercanía y comunicación que tenga con la familia.

III.4.4 Análisis de datos y resultados

Para las 10 entrevistas realizadas, se utilizó el programa Atlas Ti, un software para análisis de datos cualitativos. Primeramente, se transcribió cada una de las entrevistas que constan de 60-90 minutos cada una, posteriormente se crearon las categorías previamente descritas para encontrar vínculos entre los adultos mayores de una forma más organizada y sencilla, se seleccionaron las citas o frases pertinentes a cada una de las categorías para extraer un desarrollo general de las mismas.

Con el uso de este programa, fue posible realizar un esquema de las redes para presentar la relación entre cada una. La cual se visualiza de la siguiente

manera:

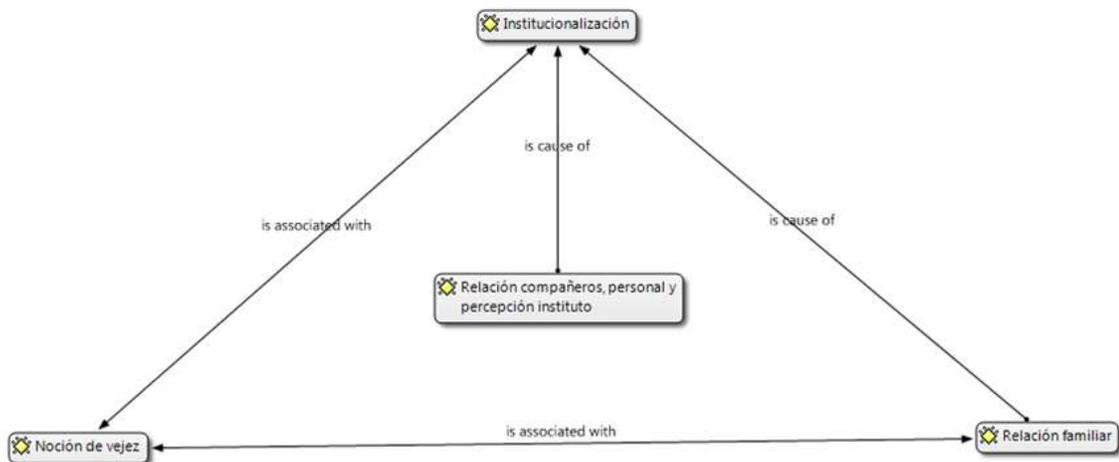


Figura 10. Redes de categorías en Atlas ti

Como se puede observar, cada una de las categorías tiene una relación, principalmente con la categoría de institucionalización que es una variable central de la investigación. Dichas redes se crearon gracias a una revisión densa y continua de las entrevistas y sus respectivas observaciones. Estas redes se pueden leer o desglosar así:

- Noción de la vejez está vinculada con la institucionalización. Esto en el sentido de que ven su vida finalizada por el hecho de estar mayor y “por ende” ser inactivo, desanimado y fastidioso, consideran que por ello sus familiares decidieron institucionalizarlos.
- La relación familiar es una causa de la institucionalización. Relacionado al punto anterior, consideran ser ahora dependientes y por ocupaciones, disgustos o abandonos de sus familias se encuentran institucionalizados.
- La relación con los compañeros, el personal y la percepción del instituto son causas de la institucionalización. Su poco interés en compartir con los demás

adultos al considerarse igual de desalentados y pacientes por su contexto, percibir las faltas y fallas del Instituto y del personal son causa de que no están de acuerdo ni felices con su institucionalización.

- Noción de la vejez está vinculada con la relación familiar. El sentirse excluidos de la sociedad y principalmente de su núcleo como es la familia, acrecienta el sentir de incapacidad y desamparo.

Para que resulten más comprensibles y legibles los resultados de una metodología tan vasta como lo es la entrevista semi-estructurada, se despliegan los resultados de las entrevistas a partir de la selección y clasificación hecha en el del software Atlas Ti.

El análisis de datos se hace en función de las preguntas realizadas y las observaciones documentadas. Los datos se categorizan en códigos o etiquetas que simplifican y concretizan la información recabada. Cada categoría se divide en dos grupos, siendo el Grupo 1 quienes en su discurso se observan una aceptación y tranquilidad conjunta en su institucionalización y en su forma de vida actual. Por otro lado, el Grupo 2 tienen un discurso opuesto ya que enfatizan su desagrado, desacuerdo y tristeza en su vida hoy en día. Se presentan algunas citas extraídas de las entrevistas que permitan ejemplificar de mejor manera el desarrollo y conjunto del grupo.

Al finalizar la puntualización y análisis de cada categoría, se hace una aproximación cuantitativa según el número de personas en cada grupo para poder estimar y datar la perspectiva global.

Categoría: Institucionalización

Grupo 1. No tienen noción de cuánto tiempo llevan en el asilo, pero rebasa el año, dicen sentirse tranquilos y confortados.

- “Muy contenta de estar aquí protegida”.
- “Les pedí que me trajeran”.
- “A mis hijos se les hizo complicado atenderme”.
- “Como tiene mucho trabajo, por eso estoy aquí”.
- “Yo estoy bien aquí”.

Grupo 2. Desean vivir con su familia, pero les dicen que no tienen espacio o tiempo para poder cuidarlos como lo requieren. Tienen menos de 1 año en el asilo. Resienten mucho el cambio de contexto.

- “Me quedé solita”.
- “Yo vivía solo, no estoy acostumbrado al encierro”.
- “Dicen que es por mi bien, pero no estoy bien atendida”.
- “¿Qué es delito querer estar con los hijos?”.
- “Yo quisiera irme, pero no tengo a dónde.
- “Estoy presa, estoy encerrada”.

Categoría: Relación con compañeros, personal y percepción del instituto

Grupo 1. Consideran que el asilo es cómodo, bonito a la vista por las áreas verdes, se sienten atendidos y procurados por las enfermeras. Suelen tener mucha disposición para conversar o participar en cualquier actividad. Aunque la convivencia es variable, suele verse que estén platicando entre ellos. Buscan estar activos en su cotidianidad, ya sea en la capilla, incluirse en los juegos o dinámicas que llegan a realizar los voluntarios o ayudar en la cocina lavando y secando trastes.

- "Hay momentos en que tú estás sola y hay momentos que estás en comunidad".

- "Llegamos a platicar, pero ven mucho la televisión".

- "A mí me gusta platicar".

- "Todo lo hacen correctamente, es un lugar muy bonito".

- "Si hay uno que otro que se enoja, ese es problema de ellos".

- "Las enfermeras son muy lindas conmigo".

- "Sí me gustaría que convivieran más conmigo".

- "Cada quien tiene sus ideas".

Grupo 2. No soportan el encierro que viven en el asilo, recuerdan que en su juventud y adultez acostumbraban caminar por sus ciudades y consideran que hoy en día aún pueden hacerlo. Resienten el que no haya actividades o dinámicas constantes. Entre ellos no tienen (ni buscan) una convivencia. No disfrutan que diario les pongan películas, consideran que es mucho ruido y ya no ven igual que antes. No desean convivir o relacionarse con los demás ya que dicen tener formas de ser muy diferentes y esto hace que continuamente choquen entre sí, de igual forma, mencionan mucho sobre los adultos mayores que no se encuentran lucidos. Prefieren que no se rebasen los límites de una convivencia meramente cordial.

- "El lugar es bonito, pero yo quiero salir a la calle".

- "Nos tienen bailando y que aplaudan, dibujen. Qué aburrido es eso".

- "Hay personas que son muy desagradables".

- "Amistad como tal, con nadie".

- "Aquí todo se pierde".

- "Muchas se descontrolan, están delirando y ni saben lo que hacen"

- "Yo pensé que aquí era mucho amor. Tal vez no me he adaptado a ellas"

Categoría: Relación con los familiares

Grupo 1. Desde antes de su institucionalización ya tenían una relación distante con sus familiares, por ello no lo resienten tanto. No quieren ser una preocupación para sus familiares.

- "De estar sola en mi casa, mejor aquí".
- "No vienen muy seguido, cada 3-4 meses"
- "No me gustaría presionarlo. Viene cuando puede. Y eso también lo acepto".
- "Ellos tienen su vida, sus actividades. Yo iría a interrumpir su vida".
- "Uno debe saber que los hijos son prestados".
- "Me separé de ellos completamente".

Grupo 2. Aquí se presentan dos grupos, quienes se sienten abandonados por sus familias, extrañan la convivencia y que vean por ellos, y quienes son visitados regularmente y quieren regresarse con ellos. Tienen mucha preocupación por la cuestión económica, resienten que ellos trabajaron mucho y todo terminó en manos de sus hijos.

- "No tengo con quién platicar lo que me pasa".
- "Me viene a visitar una vez por semana".
- "Cuando viene, es muy rápido".
- "Se aburren de uno".
- "Se casó y se alejó".

Categoría: Noción sobre vejez

Grupo 1. Consideran que la vejez es una bendición de Dios y agradecen vivirla, sienten que ellos ya vivieron lo que tenían que vivir y no quieren ser una preocupación para sus familiares.

- "Es una forma de vida, un tiempo que hay que vivir."

- “Es natural, sabes que llega el momento que se termina para ti”.
- “Hay que estar preparado y listo para la vejez”.
- “Te debes convencer que son tus últimos años”.
- “Es una bendición de Dios, siempre y cuando tú la puedas dirigir, depende de nosotros”.
- “Tomas la vejez según como te va en la vida”.

Grupo 2. Viven la vejez con resignación y le adjudican características negativas, que ya no escuchan, que ya no ven, que ya no recuerdan y que discuten la mayor parte del tiempo.

- “Se descontrola la mente y te equivocas de todo”.
- “Yo le pido a Dios morir”.
- “Es cuando uno se está acabando y ya las funciones no son las mismas”.
- “Cuando ya no puedes ver, comer y te estás quejando todo el tiempo”.
- “Vivirla aquí no me gusta, debes estar en convivencia con tu familia”.
- “Está de la patada”

Cada grupo posee percepciones muy parecidas, llama la atención que quienes se encuentran felices y tranquilos con su institucionalización llevan más tiempo en el asilo, esto comprobaría los planteamientos teóricos de que, a mayor tiempo, mayores redes sociales como base de su experiencia y forma de vida. De igual forma, este grupo tiene una relación muy lejana con su familia desde hace tiempo, por lo que se sienten más atendidas y procuradas en el asilo.

Por el contrario, el segundo grupo tienen menor tiempo de institucionalización y son visitados por sus familias más recurrentemente, por lo que resienten sus partidas, además de que sus visitas suelen ser de una hora a la semana. Como dato descriptivo, de los diez adultos mayores entrevistados, cuatro son los que se encuentran felices y tranquilos y seis son los que viven su

institucionalización de manera triste o enojada, por lo que representan la mayoría de esta muestra.

La mayoría de las mujeres que fueron institucionalizadas, fue después de que enviudaron, resulta evidente que fueron dos cambios muy drásticos en sus vidas (pérdida de su compañero de vida y reclusión en un instituto). Su percepción de la familia depende mucho de las nuevas familias que ellos tengan ahora, es decir, de las nueras y su relación con ellas, esto hará que reclamen o acepten la convivencia actual con sus hijos.

Es posible notar que ambos grupos tienen ciertas connotaciones negativas a la vejez, aunque en un grupo existe mayor aceptación que en otro.

III.4.5 Conclusiones

A lo largo del tiempo de la investigación, se han observado cambios en el comportamiento y físico de los adultos mayores. Siendo el tiempo una causa de ello (y factores alrededor de éste), quienes tienen menor tiempo de institucionalización mostraban una actitud más animada y un buen semblante, sin embargo, en pocos meses se mostraron más decaídos.

Con algunos adultos mayores (mujeres específicamente), fue un poco complicado obtener datos ya que son personas muy reservadas, por otro lado, creían ser evaluadas o vigiladas y eran muy cautelosas con lo que decían. Estaban al pendiente de que nadie escuchara lo que decían.

Se observa que entre hombres y mujeres viven cierta incomodidad en su relación ya que las mujeres dicen que los hombres son atrevidos o groseros con ellas. Los hombres consideran que ellas discuten la mayor parte del tiempo y

desacuerdan en todo lo que ellos dicen o hacen, esto provoca discusiones recurrentes donde en varias ocasiones llegan a alzarse la voz y ser un tanto ofensivos entre ellos; lo cual se relaciona con los problemas que presentan en funciones ejecutivas y lóbulos frontales ya que, a menor funcionamiento de lóbulos frontales, empieza a haber menos control sobre los impulsos.

III.5 Aproximación mixta y triangulación de datos

El desarrollo de la propia investigación permitió analizar sus variables y datos desde la metodología cuantitativa y cualitativa, convergiéndolos para tener resultados y una representación con mayor riqueza y distintas fuentes de información. Ambas metodologías respetan la naturaleza del fenómeno estudiado y las técnicas empleadas permitieron acceder a ello. (Zapata, 2005).

Dicho esto, cabe destacar que “la relación de conocimiento que se construya -ya sea cuantitativa o cualitativa- contiene exigencias de objetivación que afectan la índole del problema en términos del modo de recortarse” (Zemelman en Zapata, 2005, p. 143), por ello, ante la amplia información recabada desde las entrevistas semi-estructuradas, era imprescindible centrarse en los categorías establecidas sin alterar su contenido variable, de igual manera, los datos cuantitativos y su problemática desarrollada fueron acotados desde las propias evaluaciones aplicadas.

Para ello, la observación resulta muy importante durante todo el proceso de la investigación ya que como menciona Zapata (2005) es crucial para el desarrollo de ésta al conocer sus significados y contextos. La observación fue de las principales herramientas utilizadas en el transcurso de la investigación y se hizo un registro de cada día en el diario de campo, estos datos corroboran lo que fue abordado en las entrevistas semi-estructuradas.

Sobre la triangulación, Denzin (1970) menciona que es la combinación de diferentes fuentes de datos o métodos. Señala que existen diferentes tipos de realizarlo y esto depende lo que se desarrollará, estos tipos son: triangulación de datos, que confronta las fuentes de datos ya sea que haya similitudes o diferencias; de investigadores, que se realiza cuando hay equipos interdisciplinarios; múltiple, que combina alternativas de triangulación; teórica, que contrasta la teoría con resultados empíricos. Los métodos se dividen en dos: inter-métodos combina métodos cualitativos y cuantitativos, puede ser simultáneo o secuencial, con orden deductivos (de cuantitativo a cualitativo) o con orden inductivo (de cualitativo a cuantitativo); y la triangulación de intra-métodos es analítica y combina los análisis de datos.

Para esta investigación, se realizó una triangulación de datos que compara similitudes entre los resultados y se siguió el inter-método secuencial con orden deductivo. Para correlacionar los datos, se recuperaron los resultados de las pruebas BANFE y GDS-20 de la metodología cuantitativa, ya que resultaron con correspondencias significativas y de la metodología cualitativa se recuperaron las cuatro categorías obtenidas que fueron noción de vejez, experiencia de institucionalización, apoyo familiar y relación con compañeros y percepción del instituto.

A partir de los resultados de ambas metodologías, se observa que en la mitad de los adultos mayores con los que se trabajó, concuerdan los resultados de la metodología cuantitativa y cualitativa, en tanto que presentan altos niveles de depresión y deterioro cognitivo severo y por otro lado, su diálogo y percepción de las categorías mencionadas es que no disfrutaban de su estancia en el asilo, observan muchas deficiencias del instituto, trato asistencial y relación con sus compañeros, no tienen apoyo familiar o casi no son visitados y su noción de vejez está relacionada con un sentimiento de inutilidad y finitud.

La otra mitad de los adultos, está dividida en dos grupos: el primer grupo presenta deterioro cognitivo leve, sin niveles de depresión y con una percepción de las categorías cualitativas totalmente opuesta a la primera mitad, es decir, disfrutan y agradecen su estancia en el asilo, consideran adecuado y agradable la dinámica del instituto y el trato asistencial, quisieran fortalecer lazos con sus compañeros y su noción de vejez es de agradecimiento y aceptación. Por último, el segundo grupo de la segunda mitad presenta deterioro cognitivo moderado, sin niveles de depresión y con una percepción de las categorías similar al primer grupo.

IV. Discusión

En el entendido de que el ser humano es un ser biopsicosocial, permite el estudio y práctica de forma integral al reconocer que los procesos cerebrales, cognoscitivos y sociales tienen gran correlación. Y a partir de esto, procurar tener un conocimiento global de las distintas esferas internas y externas al individuo en sus distintas etapas del desarrollo, como los fundamentos biológicos, factores sociales y particularidades psicológicas.

En cuanto a la cognición y estados anímicos, su relación y efectos recíprocos son más sólidos de lo que se cree. Se ha subestimado el papel de las emociones dentro del desarrollo del ser humano. Sus influencias pueden resultar tanto positivas como negativas para el comportamiento, estados cognoscitivos, etc.

Purves et al (2004) declaran que las emociones se manifiestan como resultado de una capacidad cognitiva. Por lo tanto, los sentimientos implican el procesamiento emocional derivado de los circuitos de la amígdala y el procesamiento del pensamiento de la neocorteza. De igual manera, a partir de observaciones clínicas de pacientes con lesiones en la región orbital y medial de la

corteza prefrontal, dichos autores han evidenciado las influencias emocionales en la toma de decisiones. Ello sugiere que la amígdala y la corteza prefrontal, participan en el procesamiento de las emociones y procesamiento neuronal del pensamiento racional.

Siendo las funciones ejecutivas, el conjunto cognitivo principalmente deteriorado que se observó en los adultos mayores de la presente investigación, resulta pertinente mencionar en cuanto al curso de la memoria, el lóbulo frontal no tiene tal intervención como el lóbulo temporal, sin embargo, el área prefrontal regula el procesamiento de la memoria, permitiendo así la acción de las funciones ejecutivas. De igual manera, dadas las conexiones del sistema límbico y área prefrontal, ésta se encarga de regular los procesos emocionales, ubicándose como el eje principal para el control de procesos cognitivos y emocionales. (Portellano y García, 2014).

Aunque hay un envejecimiento inevitable de distintas funciones del organismo, es importante conocer las distintas etapas y procesamiento de las estructuras cerebrales para saber intervenir oportunamente con los adultos mayores, mejorando así su calidad de vida. Incluso con el deterioro natural de funciones mentales en la vejez, se debe puntualizar que los padecimientos o patologías no son parte de un envejecimiento exitoso.

El sistema político, económico, social y de salud están obligados a responder ante este panorama, pero la creación de normas en estos distintos ámbitos se ha visto un tanto imposibilitada o no tan promovida. Se esperaría mayor contribución de Instituciones privadas y públicas hacia la investigación y cuidado de estos pacientes, de igual manera, la creación de programas para familiares, cuidadores y sociedad en general que informe sobre el desarrollo y pautas en estas enfermedades.

En el trabajo con adultos mayores existen ciertos aspectos a destacar: ser adulto mayor no significa que deja de participar activamente en la recepción de información; se puede manejar cierta cantidad de información en un momento dado, no debe intentarse sobresaturarlos de datos o acciones, ya que tanto la atención como otras funciones psicológicas han experimentado modificaciones; la información obtenida a través de motivación, apoyo y aprobación tiene efectos positivos tanto cognitivamente como emocionalmente.

En cuanto a la integración de los adultos mayores a una participación activa y colectiva, se enfatiza que delimitar papeles basados en la edad es una visión muy anticuada ya que no solo los jóvenes son estudiantes, no todos los trabajadores son de la juventud temprana o media y no todos los adultos mayores se encuentran jubilados. No resulta nada prometedor experimentar las etapas del desarrollo pensando en las limitaciones o carencias para la posterior etapa. El aprendizaje, juego y trabajo deben estar al alcance de todas las edades y sin temor a intercalar los periodos.

Si se revisan las alusiones a la vejez a través de la historia de la humanidad, se hallan por doquier concepciones antagónicas. Las concepciones positivas o negativas varían según contextos y periodos históricos (Perales y Dulcey, 2002). Ejemplo de ello puede ser el “nuevo papel” que hoy en día tienen los adultos mayores dentro de la sociedad globalizada, industrializada y más mecanicista donde los años ya no representan conocimiento o sabiduría como hace varias décadas, si no que indirectamente se les ha atribuido falta de actualización y de interés a las nuevas dinámicas sociales, económicas y tecnológicas, por lo que, en lugar de reintegrarlos a la sociedad, se ha alejado su participación, voz y acción. Evidentemente esto repercute en la noción de vejez que tienen tanto los adultos mayores como la sociedad en general.

El hecho es que el aprendizaje se da durante toda la vida, hay ancianos que quieren y pueden contribuir a la sociedad, pero las oportunidades son escasas o inadecuadas por la delimitada idea de cómo se concibe la educación y el trabajo.

El trabajo se vuelve parte significativa para autodefinirse y cómo nos conciben los demás, conlleva aspectos del desarrollo y factores físicos, intelectuales, sociales y emocionales; es un aspecto que incide fuertemente en otras áreas de la vida.

Es importante tomar en cuenta que el hecho de que un adulto cese ciertas actividades laborales (ya sean salariables o de hogar) tiene grandes implicaciones en lo que su desarrollo refiere, ya que, si bien algunos pueden experimentarlo como una nueva etapa y de quietud, otras personas pueden considerarlo como improductividad y falta de capacidad, lo que llevaría a estados depresivos, de melancolía o amargura.

Es importante estar al cuidado de las actitudes emocionales de los adultos mayores, saber distinguir de estados transitorios de aflicción o si son señales de caracteres depresivos, donde además de sentimientos de tristeza, desesperanza, ideas desalentadoras del futuro, también se experimentan desórdenes alimenticios y de sueño, poca concentración y sentimientos de culpa.

Asimismo, si el contexto no favorece o impulsa la actividad física y cognitiva en el adulto mayor, dichos estados pueden acelerar su aparición y desarrollo. Tomando en cuenta esto, un asilo no debería presuponer inactividad, aun siendo una casa de descanso, es importante informar, proponer y promover las actividades del adulto mayor para desarrollar sus destrezas cognitivas, emocionales y sociales.

Referido al Asilo San Sebastián, se destaca el hecho de que los adultos mayores institucionalizados conforman un sector en el que igualmente se puede realizar intervención comunitaria, donde es importante tomar en cuenta que primeramente requiere conocerse el modo de orden y dinámicas de la institución para a partir de ello crear acciones planificadas dirigidas a las problemáticas del sistema y procesos sociales ya que ambos influyen en el bienestar psicológico y social.

V. Conclusiones

A partir de ambas metodologías y la revisión de literatura, se rescata la relación entre estados anímicos y funcionamiento cognitivo; altos niveles de depresión están relacionados con altos niveles de deterioro cognitivo. En caso particular de la investigación, sobre las funciones ejecutivas y por ende lóbulo frontal como base neurobiológica, el cual se relaciona con las estrategias para codificar y recuperar la información.

Por otro lado, se recupera la cuestión de los efectos y consecuencias de la institucionalización principalmente relacionados con características del instituto en sí (trato asistencial y falta de dinámicas o actividades), lazos familiares y relación con compañeros.

Lo anterior sin proponer que las casas asistenciales para el adulto mayor o casas de retiro son negativas y deben abolirse; no se pretende dar un calificativo a la institucionalización, sino revisar las circunstancias individuales y grupales alrededor de ésta para encontrar un ambiente propicio. Si bien es un arduo trabajo, se sigue la premisa de que cada individuo es digno y merecedor de calidad de vida, sin importar edad, contexto, etc. Tomar en cuenta que es una atmósfera en la que todos pueden contribuir: profesionales de salud del instituto,

personal administrativo, familiares, voluntarios e inclusive la sociedad en general desde distintas colaboraciones (económicas, sociales y políticas).

Los adultos mayores representan un grupo vulnerable y dada la poca atención en el cuidado de todas sus esferas psicológicas, les impide tener una buena calidad de vida. Es importante que la población en general y sobre todo los profesionales de la salud, investiguen las características económicas, de salud física y mental, redes de apoyo o relaciones familiares y sociales que rodean su situación y en particular con los adultos mayores institucionalizados que suelen tener factores más inestables.

Las investigaciones realizadas en pequeños o grandes grupos de adultos mayores pueden dar un esclarecimiento de su situación para así generar estrategias de intervención a los focos de atención y vincular los trabajos realizados para que se optimicen los recursos sociales hacia la población a nivel nacional.

El trabajo realizado en el asilo San Sebastián surgió primeramente de la necesidad de conocer el estado cognitivo y emocional de los adultos mayores ante el aislamiento en que se encuentran. Posteriormente, se consideró indispensable indagar en los factores que rodean su situación individual ya que al estar alejados de sus familias y contextos en los que vivían, las débiles redes dentro del asilo, la falta de personal y actividades recreativas, voluntarios o practicantes, los adultos encuentran reconfortante el hablar de su historia personal y convivir más que lo que podría ser realizar pruebas y escalas psicométricas.

Hay una preocupación común por la situación que los llevo al asilo en primer lugar, hay quienes muestran un semblante más tranquilo y cierta resignación, han aprendido a adaptarse a su nueva forma de vida. No obstante, hay quienes cuestionan y lamentan experimentar la institucionalización. Se detectó

que en la mayoría hay una concepción de diversas faltas en el asilo y el personal, de igual manera, la mayoría sabe que no han creado o fortalecido relaciones cercanas entre ellos, pero no tienen interés en hacerlo al estar conscientes de sus diferencias y fallas para manejarlas.

Es importante mencionar que, vincular el olvido con el proceso de envejecimiento, puede provocar que pasen desapercibidos focos de atención hacia deterioros cognitivos, imposibilitando su oportuna intervención. Por otro lado, la acumulación de años no significa la aparición de enfermedades o patologías, igualmente la soledad y desesperanza no son característicos de la vejez.

Por último, es recomendable hacer un análisis y reflexión de las propias nociones sobre la vejez, ya que un cambio de pensamiento positivo hacia ello, influirá en la experiencia particular del desarrollo y en la integración y participación activa de los adultos mayores en la sociedad.

Bibliografía

- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla 19(1), 49 - 56.
- Agüera, L. Cervilla, J. Martín, M. (2006). Psiquiatría geriátrica. Elsevier – Masson. Barcelona.
- Ballesteros, S. (2001). Habilidades cognitivas básicas: formación y deterioro. UNED.
- Badii, M. Guillen, O. Aguilar, J. (2014). Correlación No-Paramétrica y su Aplicación en la Investigación Científica. Daena: International Journal of Good Conscience. 9(2)31-40. México.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E.M., Andreu-Catalá, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. Revista de Neurología; 28(4): 323-326. España.
- Canto, H., Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e investigación en Psicología de la Universidad del Mayab, 9(2), 257-270.
- Castillo, R., Flores Fajardo, Q., Gallegos, M., & Rosas, O. (2013). Demencia en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriátria. http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20ancia no/2parte2013/X_demencia_am.pdf
- Castro, M., Brizuela, J., Gómez, M. (2010). Adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. Universidad Nacional de Catamarca. Argentina.
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Universitas Psychologica, 7(1). Colombia.

Delgado, J., Gutiérrez, J. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis. Madrid.

Denzin, N. (1970). Sociological Methods: a Source Book. Aldine Publishing Company. Chicago.

Deus, J. (2006). Estimulación cognitiva en demencias: placebo. Informaciones psiquiátricas. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estado Mundial de la población 2011. Recuperado el 1 de octubre de 2014, de: http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011_Final.pdf

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J. & Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica, 12(1), 81-94.

Feria, M. (2006). Alzheimer: una experiencia humana. Pax. México.

Fernández, Lissette. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona.

Flores, M., Vega, M., González, G. (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia. Ediciones de la noche, Universidad de Guadalajara. México.

Frausto, M. (2011). Introducción a las neurociencias. Pax. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. 2010. Cuéntame: Número de Habitantes: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>.

Marcuse, Herbert. (1972). El hombre unidimensional. Seix Barral. Barcelona

Mejía-Arango, Silvia, Miguel-Jaimes, Alejandro, Villa, Antonio, Ruiz-Arregui, Iliana, & Gutiérrez-Robledo, Luis Miguel. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores

asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s475-s481. Recuperado en 22 de mayo de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006&lng=es&tlng=es.

Murray, E., Wise, S., & Drevets, W. (2011). Localization of dysfunction in major depressive disorder: Prefrontal cortex and amygdala. *Biol Psychiatry*. 69(12), 43 - 54.

Osornio P., Torrejón M. y Vogel N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de la Universidad de Chile*. No. XVII. 101 - 108.

Petersen, R. Doody, R. Kurz, A. Mohs, R. Morris, J. Rabins, P. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*.

Perales, J. Dulcey, R. (2002). La Construcción Social del Envejecimiento y de la Vejez: Un Análisis Discursivo en Prensa Escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol., 34 Núm., 1.

Portellano, J., García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Editorial Síntesis. España

Price, J. & Drevets. W. (2012). Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. PubMed, 53. 192 - 216.

Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., LaMantia, A., McNamar, J., Williams, S. (2004) *Neuroscience: Third Edition*. Sinauer Associates, Inc. United States of America.

Redolat, R. Carrasco, C. (1998). ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? *Anales de Psicología*. España.

Rodríguez, Susana y Sánchez, R. (1994). Ilusiones y desencantos aproximaciones a la subjetividad. Jean Baptiste. México.

Sánchez, J. Torrellas, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. Rev. Neurol. España.

Sánchez, A. (1988): Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención. PPU. Barcelona.

Snyder, H. (2013). Major Depressive Disorder is Associated with Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado Boulder. Psychol Bull. 139(1), 81 - 132.

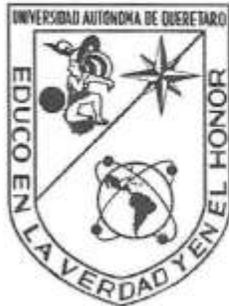
Urbina, J., Flores, J., García, M., Buisán, L., Torrubias, R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados Gac Sanit V.21 N. 1. Barcelona.

Vázquez, María de la Luz, Consuela Gómez y Carolina Lugo. (2005). Historia de la cultura. Thompson. México.

Ventura, L. (2012). Intervención cognitiva en el Deterioro Cognitivo y la Demencia. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Vol.12, Nº1, pp. 258-265. Universidad de Guadalajara. México.

Zamarrón, D. Tárraga, L. Fernández, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. Psicothema. Madrid

Anexo



Carta de consentimiento informado

Por este medio, hago constatar que yo Juan Antonio Perez Martinez como responsable del Asilo San Sebastián, estoy de acuerdo en la continuación del proyecto de investigación "Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados", del cual he sido informado con anterioridad. Estoy enterado de que se realizarán entrevistas a los adultos mayores con los que se trabajó previamente y dichas entrevistas serán grabadas en audio con fines de posterior redacción. De igual forma, entiendo que la información recabada es confidencial en su totalidad.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Juan Antonio Perez Martinez".

20/Enero/2016.

NOMBRE Y FIRMA



Carta de consentimiento informado

Por este medio, hago constatar que yo, _____

estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación "Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados", del cual he sido informado con anterioridad. Estoy enterado de que se me realizarán las escalas de depresión GDS-30 y la de Beck; así como la Bateria Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales 2, el MINI examen de Folstein y la escala breve de inteligencia Shipley 2. Estoy consciente de que no recibiré pago ni tampoco se me realizará ningún cobro por dichas aplicaciones. De igual forma, entiendo que mis datos son confidenciales en su totalidad y que puedo retirarme del proyecto si así lo deseo.

NOMBRE Y FIRMA



Carta de consentimiento informado

Por este medio, hago constatar que yo

_____ estoy de acuerdo en continuar mi participación en el proyecto de investigación "Depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados", del cual he sido informado con anterioridad. Estoy enterado de que se me realizará una entrevista, la cual será grabada en audio con fines de posterior transcripción. Estoy consciente de que no recibiré pago alguno ni tampoco se me realizará un cobro por formar parte del proyecto. De igual forma, entiendo que mis datos son confidenciales en su totalidad y que puedo retirarme del proyecto si así lo deseo.

NOMBRE Y/O FIRMA