



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas”

Tesina para optar al Grado de Licenciado/a en Psicología y Título Profesional de
Psicólogo/a

Profesora Guía: Nayibe Abraham De Cohen

Alumnos : Tamara Cerón Castillo.
María Salas Vega.

Santiago de Chile, Abril 2024.

Tabla de contenido

<i>“Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas”</i>	1
<i>Resumen</i>	3
<i>Abstract</i>	4
<i>Capítulo 1 :Introducción</i>	5
<i>Capítulo 2 :Delimitación y Planteamiento del problema de investigación</i>	6
2.1. Justificación Del Problema De Investigación	9
2.2. Formulación Del Problema (pregunta de investigación)	11
<i>Capítulo 3 Marco teórico</i>	12
3.1. Antecedentes De La Investigación.	12
3.2. Bases Teóricas	19
<i>Capítulo 4 Marco Metodológico</i>	25
4.1. Enfoque De La Investigación	25
4.2. Alcance y Diseño De La Investigación	25
4.3. Definición de Variables:	26
4.3.1. Definición Conceptual	27
4.3.2. Definición Operacional	27
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	30
4.5. Población, muestreo y muestras	30
4.5.1. Caracterización De La Población	31
4.5.3. Caracterización De La Muestra	32
4.6. Procedimiento De La Investigación	32
4.7. Plan De Análisis/ Técnicas De Análisis De Datos:	35
4.8. Aspectos Éticos	36
4.9. Limitaciones Del Estudio	37
<i>Capítulo 5 Resultados</i>	38
5.1. Análisis y Discusión De Resultados Obtenidos:	38
5.2. Conclusiones	42
5.3. Recomendaciones	44
<i>Referencias</i>	47
<i>ANEXOS</i>	52

Resumen

El deterioro cognitivo y la depresión son problemáticas que por lo general se presentan en conjunto, siendo la etapa de vejez la que se ve más afectada por estos.

Es por ello que por medio de una investigación bibliográfica y la implementación de test/cuestionarios se busca entregar información sobre las diversas aristas de dicha problemática con el objetivo de indagar como la presencia de depresión y deterioro cognitivo pudieran afectar a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas.

Con esto se busca dar a conocer las diversas dificultades que pudieran presentar en relación con su estado anímico y cognitivo, lo que nos permitirá dar alerta sobre una problemática que en ocasiones no es tomada en consideración, y con ello poder crear un plan de acción, buscar apoyo de así ser requerido o contactar con la autoridad o especialista competente dependiendo del caso.

Esto se llevó a cabo por medio de una investigación de tipo cuantitativa, en donde se aplicaron la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage y El Montreal Cognitive Assessment (MOCA) con el objetivo de medir las variables mencionadas (depresión y deterioro cognitivo).

La prevención temprana de signos tanto depresivos o de daños en el área cognitiva , permitirá un mejor diagnóstico y un tratamiento a tiempo ayuda a tener resultados exitosos al momento de la intervención.

Palabras claves: Depresión, Persona mayor, Deterioro cognitivo.

Abstract

Cognitive decline and depression are issues that generally occur together, with the elderly being the most affected by these conditions. Therefore, through bibliographic research and the implementation of tests/questionnaires, the aim is to provide information on the various aspects of this problem to explore how the presence of depression and cognitive decline may affect institutionalized older adults.

This seeks to highlight the various difficulties they may face in relation to their mood and cognitive state, which will allow us to raise awareness about an issue that is sometimes overlooked, and thereby create an action plan, seek support if needed, or contact the relevant authority or specialist depending on the case.

This was carried out through quantitative research, where the Geriatric Depression Scale by Yesavage and the Montreal Cognitive Assessment (MOCA) were applied to measure the mentioned variables (depression and cognitive decline).

Early prevention of both depressive signs and cognitive impairment will enable better diagnosis and timely treatment, leading to successful outcomes at the time of intervention.

Keywords: Depression, Elderly, Cognitive Decline

Capítulo 1 :Introducción

La depresión y el deterioro cognitivo representan dos de los desafíos más significativos en el cuidado de la salud mental y el bienestar de las personas mayores. Este fenómeno es cada vez más relevante en el contexto actual, marcado por el envejecimiento demográfico y el consiguiente aumento en la prevalencia de condiciones relacionadas con la edad.

En el ámbito de la atención geriátrica, la interacción compleja entre la depresión y el deterioro cognitivo ha ganado una atención considerable debido a sus efectos adversos tanto en la calidad de vida de los individuos como en su capacidad funcional. Esta dualidad de condiciones no solo conlleva un mayor riesgo de discapacidad y mortalidad, sino que también representa un desafío significativo para los profesionales de la salud que buscan intervenir de manera efectiva.

La investigación busca abordar aspectos diferentes, tales como: factores de riesgos comunes, estrategias de evaluación y diagnósticos. Desde las intervenciones terapéuticas y preventivas.

Al abordar esta problemática, se espera contribuir al desarrollo de enfoques más integradores y holísticos para la atención de la salud mental en la población geriátrica institucionalizada, con el objetivo último de mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento saludable y activo.

Capítulo 2 :Delimitación y Planteamiento del problema de investigación

Luego de un amplio análisis tanto literario como de observación (esto derivado de diversas experiencias vividas), se determinó que la problemática que se abarcara será el deterioro cognitivo y la depresión que pudieran estar presentando las personas mayores que se encuentran institucionalizadas.

La Ley N.º 19.828 define como persona mayor a todo sujeto que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Mientras que otros autores defienden que la vejez no es definible exclusivamente con la cronología sino más bien por la suma de las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas (Abaunza Forero , y otros)

A nivel nacional, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (2022), las personas mayores (personas de 60 años y más, según la Ley N° 19.828) pasaron de constituir el 11,4% de la población –equivalente a 1.708.335 personas– en el año 2002, a representar el 16,3% del total del país –2.816.160 personas– en 2017, lo cual evidencia que, de los grandes grupos etarios que componen el país las personas de 60 años o más son las que muestran la mayor alza relativa durante el periodo intercensal 2002-2017 (Sanzana Rifo, 2023). Es por ello que gracias a esta expansión en la población es que surge la demanda por servicios de cuidado. Según cifras entregadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) serían 947 Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) del país que cuentan con autorización de funcionamiento. Del total de recintos, 15 son estatales (del SENAMA), 165 reciben subsidio de SENAMA y 719 son privados (SENAMA, PANDEMIA, PERSONAS MAYORES Y SENAMA, 2021)

Considerando lo anterior podemos dar paso a nuestras otras variables que afectan a las personas mayores. En primera instancia centrándonos en la depresión, esta se define como la alteración patológica del estado de ánimo, en la cual se presenta un descenso de este que termina en tristeza, acompañado de diversos signos y síntomas, por al menos dos semanas en promedio, y que puede manifestarse como un síntoma, un signo o un diagnóstico nosológico. (Bustamante , Salazar , Zamorano, Peña , & Salazar , 2021)

En Chile la última Encuesta Nacional de Salud arrojó una prevalencia general de 15,8%, 21,7% en mujeres y 10% en hombres. Además 2,2% de la población ha presentado ideación suicida en el último año y 0,7% un intento suicida. Solo el 1,6% se encuentra en tratamiento en programa GES. (Bustamante , Salazar , Zamorano, Peña , & Salazar , 2021)

Al llevar la estadística anterior sobre la depresión en población general a una evaluación por grupos etarios, esta no sufre grandes cambios ya que no existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia.

Siguiendo este lineamiento el Ministerio de Salud de Chile señala que los adultos mayores desde los 60 años presentan una tasa de suicidio del 12,45% por cada 100000 habitantes, cifra que en Chile se traduce en que 360 adultos mayores cometen suicidio (Luengo Martínez, y otros, 2021)

Debido a las cifras expuesta, toma relevancia el pesquisar la depresión en personas mayores, esto en relación a que un adulto mayor con depresión tiene mayor mortalidad, mayor riesgo suicida, mayor riesgo de recurrencia de depresión, más demencia, peor evolución en comorbilidades, mayor discapacidad y menor calidad de vida, más consultas ambulatorias y de urgencia, hospitalizaciones más prolongadas, mayor riesgo de consumo de fármacos, alcohol y drogas (Brüning I. & Mora M, 2019)

Con relación al deterioro cognitivo en personas mayores el escenario es muy similar, esto en relación a que se estimó una prevalencia de 10% de Deterioro Cognitivo Leve(DCL) en las personas mayores de 60 años (Olivares-Tirado, 2020)

En nuestro país, no se cuenta con un diagnóstico epidemiológico preciso, sobre la demencia. No obstante, estimaciones de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), señalan que la prevalencia de demencia en la población general sería de 1,2% y que esa cifra se triplicaría el año 2050. (Olivares-Tirado, 2020)

En los últimos 30 años, se han realizado grandes esfuerzos, estos con la finalidad de identificar con rapidez la demencia y así, poder intervenir en sus etapas iniciales, con esto se puede cambiar la historia natural de la enfermedad. En esta búsqueda, diversas definiciones han surgido o sido propuestas para poder describir las etapas intermedias entre los cambios cognitivos propios del envejecer y la demencia. Reisberg et al. (1988), introdujo el concepto de “deterioro cognitivo leve” (DCL) para describir una condición de pre-demencia. Petersen y col. (1999) sistematizó los criterios de la entidad clínica y difundió el concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), el que ha sido adoptado en la mayoría de los estudios en la actualidad. (Olivares-Tirado, 2020)

A lo anterior se le suma la estima de que entre el 5 y el 20% de las personas mayores a 65 años tienen Deterioro Cognitivo Leve (DCL). El diagnóstico es eminentemente clínico y no se dispone de tratamiento específico. La presentación clínica del DCL es heterogénea, y una amplia gama de funciones cognitivas pueden verse afectadas, pero en la mayoría de las personas, la memoria es la más afectada. Cuando las personas con DCL son seguidas en el tiempo y dependiendo, del entorno en que realiza el diagnóstico de DCL-clínicas de memoria o población general-, la tasa de conversión anual de DCL a demencia, se estima entre 5-15%. (Olivares-Tirado, 2020)

Teniendo en consideración las definiciones entregadas anteriormente podemos admitir que uno de los temas más relevantes en la actualidad son las personas mayores, pero esto no es en el sentido positivo debido a que en la mayoría de las veces que se toman la palestra es para dar cuenta de las malas condiciones en las que sus derechos se encuentran, desde las bajas jubilaciones hasta incluso las diversas vulneraciones a las que están expuestos, Según datos de las atenciones canalizadas por el programa de Buen Trato de SENAMA, durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2020, se recibieron un total de 3.110 casos y consultas con situaciones de vulneración de derechos a las personas mayores. Esta cifra indica un aumento de un 366% con respecto al mismo periodo de 2019, donde se registraron 848 casos (SENAMA, Ministerio de Desarrollo Social y Familia , 2020)

Por último es importante mencionar las delimitaciones de esta investigación, la presente se llevara a cabo en la Región Metropolitana (Chile) específicamente en la comuna de La Cisterna, entre los meses de abril – agosto, en el Establecimiento de larga estadía para Adultos Mayores (ELEAM) Nuevo Amanecer , en donde se trabajara con personas mayores de género masculino y femenino que bordean la edad entre los 65 a 85 años aprox.

2.1. Justificación Del Problema De Investigación

El tema a desarrollar es de suma importancia, esto tiene directa relación con que las personas mayores son las que predominaran en un futuro, eso es lo que informan diversas fuentes, una de ellas es la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ya que informa que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y el mundo. En 2022, viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años en la región, que representan el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030. Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. No obstante el retroceso de 2,9 años en 2021 respecto de

2019 por el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030 (CEPAL, 2022)

En Chile el panorama evidentemente no es distinto, esto teniendo en consideración las cifras entregadas por el censo de 1992 donde muestra que un 6,6% de las personas tenía 65 años o más, en comparación con el censo de 2017 en el cual este grupo etario representó el 11,4% de la población total (Luengo Martínez, y otros, 2021)

Si bien las cifras pueden constatar que la población de adulto mayor va al alza, esto no quiere decir que sean tomados en cuenta, ya que son una de las poblaciones más vulneradas, por lo cual este tipo de estudio ayuda a generar empatía y darle visibilidad a una realidad muchas veces desconocida sobre todo cuando temas como la salud mental de esta población no se le da prioridad y en donde en ocasiones son ellos mismos los que se niegan a recibir ayuda psicológica.

Tomando lo anterior, tenemos como ejemplo un estudio realizado en un hospital de Santiago de Chile en 2011, se detectó un 22,13% de depresión geriátrica, 28,12% en mujeres y 16,41% en hombres. Del total, en el 89,6% se determinó depresión leve a moderada y en un 10,3% depresión severa (Bustamante , Salazar , Zamorano, Peña , & Salazar , 2021)

Mientras que en relación al deterioro cognitivo se considera a los 60 años en adelante una etapa de riesgo de padecer DCL, considerado el sexo femenino una población con mayor incidencia de adquirir esta enfermedad.

Teniendo en cuenta las cifras expuestas tanto para depresión como para deterioro cognitivo, se considera de suma relevancia la implementación de esta investigación en pos del bienestar de las personas mayores, esto teniendo en cuenta que el saber el panorama al que nos

enfrentamos nos permitirá dar soluciones a tiempo o incluso elaborar planes de acción que sean más precisos o directos.

2.2. Formulación Del Problema (pregunta de investigación)

Siguiendo la línea de lo anteriormente planteado y desarrollado, se busca por medio de nuestras variables el esclarecer como afecta la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores por ello la gran incógnita que se pudiera instaurar en esta investigación sería: ¿Cómo se manifiesta la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas?

2.3. Objetivos

Objetivo General:

- Analizar depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas a través de test estandarizados.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la prevalencia de la depresión en personas mayores institucionalizadas por medio de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Determinar el grado de deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas por medio de El Montreal Cognitive Assessment (MOCA).
- Proponer recomendaciones para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas mayores institucionalizadas que presentan síntomas de depresión y/o deterioro cognitivo.

Capítulo 3 Marco teórico

3.1. Antecedentes De La Investigación.

Cuando se hace referencia a una persona mayor, lo podríamos definir como el individuo que ha alcanzado una etapa avanzada de la vida, esto generalmente se caracteriza por el envejecimiento físico y la jubilación de la vida laboral activa. Mientras que la edad específica que clasifica a alguien como “adulto mayor” puede variar, esto en relación con sus diferentes teorías, contextos culturales y legales.

Según la Organización Mundial de la Salud, define a las personas mayores como aquellas de 60 años de edad (Salud, 2023), mientras que para algunos autores esta etapa tiene un inicio a los 60 años de edad, para otros empieza a los 65 años. Según Papalia (2017) la adultez tardía tiene un inicio a los 65 años de edad, donde los individuos entran a una etapa de sus vidas llamada vejez joven.

Otros estipulan que las personas mayores son aquellas personas que, debido al proceso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, y dentro de la comunidad se les debe dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que requieren de cuidados especiales durante el proceso de envejecimiento (Dueñas, 2011).

En el contexto o realidad en Chile, la definición de “persona mayor” puede también sufrir de variaciones, esto según el contexto y la legislación específica del país. Hasta la última revisión de la legislación chilena, el artículo N°161 la cual promulga la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en donde en primera instancia definirá:

- Envejecimiento: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017)

Mientras que la definición de persona mayor se referirá a:

- Persona mayor: Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017)

Sin embargo, independiente de la definición o contextualización en relación con las persona mayor, es crucial tener en cuenta que las definiciones pueden variar y que la percepción cultural y social en relación con el envejecimiento también influirá en el cómo se clasifica a los adultos mayores en diferentes regiones y contexto. Además las políticas gubernamentales y las organizaciones pueden tener definiciones específicas para abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento y los servicios para adultos mayores.

Siguiendo en la línea de lo anteriormente planteado, otro de las características de esta población es el crecimiento que han tenido ya que según la OMS El número y la proporción de personas de 60 años o más están aumentando en todas las poblaciones. En 2019, el número de personas de 60 años o más ascendía a 1000 millones. Esa cifra aumentará a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050. Este aumento se está produciendo a un ritmo sin precedentes, y se acelerará en los próximos decenios, en particular en los países en desarrollo. (Salud, 2023), en conjunto a lo anterior también se plantea que se prevé un

aumento del problema por el envejecimiento de la población en muchos países. La población mundial de mayores de 60 años se duplicará con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en 2050. (Cotrado Huamán & Guido Angelo , 2017)

Este panorama no se ve distinto en nuestro país, esto en relación con los resultados entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile luego de realizar un estudio en relación con esta población en donde nuestro país se encamina a una etapa muy avanzada de envejecimiento poblacional debido a la persistente baja en los niveles de fecundidad, la reducción de la mortalidad en edades tempranas y la mayor esperanza de vida, la que superaría los 85 años en 2050. (Godoy, 2022)

Según el INE, el porcentaje de personas de 60 años y más que vive en Chile, respecto a la población total, ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas, y si bien en 1992 este grupo etario equivalía al 9,5% del total de habitante del país, en 2022 aumentó al 18,1% y se espera que en 2050 las personas mayores equivalgan al 32,1% de la población. (Godoy, 2022)

Siguiendo con lo anterior lo que se plantea en esta investigación tiene relación a como las personas mayores se ven afectadas en torno al deterioro cognitivo o depresión del cual pudieran ser afectadas.

En primera instancia definiremos depresión guiándonos principalmente por lo que nos indica el DSM-V en donde se destaca que , el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la

mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor (Psiquiatría, 2013)

Para poder diagnosticar un episodio de depresión mayor se deben seguir los siguientes criterios según el DSM-V:

A. Al menos 5 de los siguientes síntomas debe incluir 1 de los 2 primeros, al menos 2 semanas, con cambio en funcionalidad previa:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución del interés o placer por casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida o ganancia significativa de peso (sin dieta), o disminución o aumento del apetito, casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia, casi todos los días.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor, casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la concentración o capacidad de pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas/plan/intento suicida.

B. Síntomas causan malestar significativo o deterioro social, laboral o en otra área importante.

C. No se atribuye a efectos de una sustancia o afección médica.

D. No se explica por trastorno del espectro de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico.

E. Nunca ha presentado episodio maníaco o hipomaníaco.

De igual manera se entiende que la depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. La depresión es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. (San Molina & Arranz Martí, 2010)

Desde una vereda similar tenemos al deterioro cognitivo, La palabra cognitivo, deriva del latín cogoscere, que significa conocer y La Real Academia española (RAE), describe lo cognitivo como relativo o perteneciente al conocimiento y desde ese significado, se entiende que el deterioro cognitivo son cambios en el pensamiento, la capacidad de aprendizaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones se consideran indicadores de deterioro cognitivo. Este se manifiesta a través de síntomas como pérdida de memoria, dificultad para concentrarse, realizar actividades, comprender, recordar, seguir instrucciones y resolver problemas.

El DSM V lo define como un trastorno neurocognitivo mayor, en el que existe evidencia de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) y que al momento del diagnóstico se debe especificar si existe alteración clínicamente significativa del comportamiento (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales), junto con la gravedad actual: Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero), Moderado:

Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse), Grave: Totalmente dependiente. (Wilson F, 2019)

- Deterioro cognitivo leve (DCL)

En épocas anteriores, se creía que este tipo de desgaste de memoria era propio del curso de la ancianidad, que se manifestaba al existir un avance del padecimiento. Por su parte, Petercen (2001 citado en Escobar & Ramos, 2012) define como “una alteración de la función cognitiva que es insuficiente para constituir una demencia” (p.1). De tal manera, que se considera que DCL es causado por un bajo porcentaje de déficit a nivel cognitivo, sin cumplir con los criterios diagnósticos clínicos suficientes para clasificar como un trastorno de la memoria como tal. Sin embargo, es considerado como un precursor para el desarrollo de las demencias, sin afectar su autonomía en las acciones diarias. Además, se considera a los 60 años en adelante una etapa de riesgo de padecer DCL, considerado el sexo femenino una población con mayor incidencia de adquirir esta enfermedad. Cabe destacar, que este tipo de daño en la cognición presenta dos tipos que son el DCL amnésico y no amnésico, el cual depende de la influencia que tenga esta afección en el funcionamiento de la memoria (Cancino & Rehbein, 2016)

- Deterioro cognitivo moderado (DCM)

Este tipo de deterioro, se considera como una alteración de la cognición donde las pérdidas amnésicas, se presentan de manera frecuente y afecta las diferentes esferas de la persona, como la dificultad en la comprensión de tareas, interrupción en su aprendizaje, desorientación visoespacial, identificación sensorial, fallas en el cálculo, alteraciones del comportamiento en el sujeto, estados ansiosos y depresivos, interrupción en el funcionamiento para la

organización de las actividades básicas de la vida diaria de manera evidente y de forma gradual (Cancino & Rehbein, 2016).

- Deterioro cognitivo grave (DCG)

Se encuentra clasificado dentro del marco de los trastornos neurocognitivos según el DSM-VTR (2005), se basa en los dominios de las funciones principales del sistema nervioso central le lleva a una dependencia en el paciente y altera su funcionalidad en las actividades básicas de la vida cotidiana, como es el comer, el vestirse, bañarse, arreglarse, afeitarse, micción, deambulación etc. De esta manera, se clasifica como grave al establecer criterios en el funcionamiento adecuado en atención compleja, continua, dividida, selectiva, velocidad de procesamiento. Como consecuencia, la persona perderá su funcionalidad en cuanto a la retención de información, memorización, recuerdo de un número telefónico, acontecimientos recientes, incapacidad en la realización de cálculos mentales, facilidad de distracción en actividades diarias e incluso en el trabajo, demasiada inversión en el tiempo para la evocación y recuerdo de pensamientos.

Cabe destacar que, dentro de la intervención, una de las principales dificultades en la detección de los trastornos depresivos, normalmente las personas consultan por otros síntomas: dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, por mencionar algunos. Es por ello, la importancia de precisar y profundizar en el diagnóstico para no errar en el tratamiento adecuado y oportuno.

3.2. Bases Teóricas

El envejecimiento tiene múltiples dimensiones y es por ello que debe verse desde diferentes perspectivas que son las encargadas de desencadenar dicho proceso, es por ello que existen diversas teorías que pretenden explicar este suceso que hace parte de la vida del ser humano, tomando como base los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)

Para dar explicación al envejecimiento han surgido diferentes teorías biológicas, dentro de las que encontramos dos grandes grupos los cuales son: la teoría de programación genética y las teorías de tasa variable (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)

En primer lugar tenemos las teorías de programación genética las cuales afirman que el cuerpo humano envejece de acuerdo a un plan de desarrollo normal que se encuentra en los genes, mientras que las teorías de tasa variable que explican el envejecimiento biológico como resultados de proceso variables de una persona a otra y que están influenciados por el ambiente interno y externo (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)

Así como se presenta un deterioro en la parte física, la etapa de la vejez se acompaña de cambios a nivel psicológico. (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)En el ámbito de la psicología encontramos diversas investigaciones sobre los cambios y la manera en cómo a nivel psicológico los individuos afrontan esta etapa de la vida, Erikson formuló la teoría epigenética en la que describe las fases del desarrollo de la personalidad teniendo en cuenta las variables psicosociales, en el estadio de los 60 años hasta la muerte, que corresponde a la tercera edad, se pasa por un fase denominada por Erikson “integridad del yo frente a la desesperación” en ese momento el individuo deja de ser productivo, o disminuye su

capacidad de productividad, la forma de vivir se altera, se enfrenta al duelo de la muerte de personas cercanas, afronta cambios que causa la vejez, pero también aumenta la sabiduría , se intenta alcanzar el sentido de integridad, aceptar las imperfecciones y si esto no se logra se produce desesperación (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)

Así como expusimos anteriormente teorías que nos ayudan a comprender de mejor manera el envejecimiento, también se expondrán teorías que nos permitirán ver desde otra perspectiva la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores.

En primer lugar en relación a la depresión tenemos la perspectiva cognitiva / conductual, en el estudio actual se utiliza esta teoría como explicación de la depresión, la perspectiva conductual sobre envejecimiento también tiene en cuenta el concepto de perdida, pero hace énfasis en la perdida tangible de reforzamiento en el ambiente de la persona lo que lleva a una reducción de las conductas emitidas por el individuo, esto se manifiesta en síntomas de alejamiento social y actividad disminuida; el alejamiento social hace que se disminuya aun más el reforzamiento lo que empeora la situación y hace que su conducta se inhiba más. Mientras que desde un enfoque más cognitivo se tiene en cuenta la forma de pensar del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro que los hace vulnerables a la depresión, el estilo de pensamiento disfuncional no es suficiente para causar depresión, sino que debe ir acompañado de una acontecimiento vital estresante, luego de que un estresor ha activado un estilo cognitivo disfuncional comienzan a atender selectivamente y a interpretar la información de su mundo de forma negativa, se culpan de acontecimientos negativos y no tienen en cuenta los aspectos positivos de su ambiente; plantea que las formas negativas de pensamiento influyen de forma directa en las emociones y conductas del individuo que lo llevan a presentar síntomas de depresión (Cubillos Rios & Castañeda Rojas, 2020)

Para medir depresión existen diversas formas, cuestionarios o test, pero estas principalmente van dirigidas a diferentes poblaciones y en distintas condiciones, es por ello que se crea la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), creada en 1982, principalmente para aplicaciones clínicas en adultos mayores. Sus autores la crearon bajo el supuesto de que las escalas para jóvenes eran inapropiadas para ser aplicadas a adultos mayores. (Méndez Chacón, 2021)

La escala GDS fue creada como una herramienta de detección, para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores. Posteriormente, la derivación a profesionales especializados en salud mental, completa el diagnóstico final (Nease & Maloin, 2003). Yesavage (1988) priorizó los síntomas psicológicos y las quejas cognitivas, ante los síntomas somáticos, ya que los primeros presentaban mayor poder de discriminación para sintomatología depresiva. Dado que es un instrumento auto aplicado, el autor omitió preguntas sobre sexualidad e ideación suicida, por considerar que podrían generar interpretaciones erróneas y resistencia en los entrevistados.) (Hermida, Tartaglino, Ofman, Feldberg, & Freiberg-Hoffmann, 2021)

En relación al deterioro cognitivo tenemos la teoría bifactorial de la inteligencia (inteligencia fluida e inteligencia cristalizada) de Horn(1967) y Cattell (1968).

La inteligencia fluida hace referencia a la habilidad para enfrentar problemas nuevos y se vincula a la posibilidad del individuo para adaptarse al medio ambiente. Se evalúa por medio de pruebas con alto contenido manipulativo o de ejecución y menor contenido semántico o cultural. Este componente está ligado a los aspectos biológicos y genéticos, con poca

incidencia del componente ambiental o educacional. (Grasso, Torrecilla, Moreno, & Aceiro, 2017)

Por el contrario, la inteligencia cristalizada, es un componente formado por las habilidades adquiridas a lo largo del desarrollo y que están influidas por factores educativos y por la experiencia. Según este enfoque, el desarrollo de la inteligencia fluida presenta una curva ascendente entre los 25 y 30 años, luego se estabiliza unos pocos años y desciende hasta una rápida caída en las últimas décadas de la vida. Por el contrario, la inteligencia cristalizada presenta un patrón de estabilidad o incluso de crecimiento durante la juventud y la adultez y en edades avanzadas comienzan a aparecer los declives (Grasso, Torrecilla, Moreno, & Aceiro, 2017)

Otra de las teorías que se establecen son las teorías lifespan que consideran el desarrollo como un proceso continuo de cambios guiados por influencias genético-biológicas y socio-culturales. Desde esta perspectiva se postula que en cada etapa del ciclo vital existen diferencias cuantitativas y cualitativas de las ganancias y las pérdidas y el desarrollo se describe como trayectorias de crecimiento y disminución. (Grasso, Torrecilla, Moreno, & Aceiro, 2017)

La prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) fue creada en el año 2005 por Nasreddine y col., como un instrumento para detectar Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Enfermedad de Alzheimer (EA).

El presente Test nace por la necesidad de analizar y evaluar el deterioro cognitivo el cual se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea por las alteraciones en proceso evolutivo propio del envejecimiento u otros factores que lo provocan.

La palabra cognición de origen latino (cognitivo = conocimiento, acción de conocer), es el proceso por el cual las diferentes personas, alcanzan conocimientos. Según Rivas el 2008, enuncia que los procesos cognitivos son el canal a través del cual se adquiere, almacena, recupera y se usa el conocimiento. (Teulé, 2015)

La teoría del desarrollo cognitivo se la debemos a Jean Piaget (1896-1980). Tras años de investigación empírica, el psicólogo suizo formuló un modelo explicativo sobre el aprendizaje basado en el concepto de la “acción”, de la experiencia.

¿Quién descubrió el deterioro cognitivo?: Fue alrededor del año 1900, que Alois Alzheimer precisó las lesiones patológicas de dos entidades clínicas distintas, la primera descrita por él mismo, y la segunda por Arnold Pick (conocidas hoy como enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal respectivamente).

¿Qué autores hablan sobre los procesos cognitivos?: Los procesos cognitivos en educación definidos por Vega (1998), Gimeno y Pérez (1996), y Banyard y otros (1995) son procedimientos u operaciones utilizadas por los alumnos para construir, reconstruir y descubrir conocimientos de los objetos y fenómenos de la realidad. (La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos., 2008)

Todos ellos coinciden que el Test de Moca es un instrumento breve, de fácil aplicación, que ha mostrado una adecuada capacidad para la detección del deterioro cognitivo es la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA por sus siglas en inglés). Este instrumento fue desarrollado para la detección de deterioro cognitivo en pacientes que presentan un perfil cognitivo complejo, como el deterioro cognitivo leve (determinado cuando existe una declinación de las funciones mentales pero que no cumple criterios para considerarse demencia), incluyendo reactivos que exigen mayor estabilidad cognitiva para calificarse

como normales, sobre todo en el área de las funciones ejecutivas y la evocación de memoria. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve en población de pacientes con Alzheimer y ha sido validado en múltiples entidades neuropsiquiátricas y cerebrovasculares. Así mismo ha mostrado mayor sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo comparado con el MMSE en pacientes geriátricos y con demencia. En cuanto al uso de la MoCA en la esquizofrenia, existe limitada información acerca de su validación y los resultados reportados requieren ser ampliados. (Salud Mental, 2014)

Capítulo 4 Marco Metodológico

4.1. Enfoque De La Investigación

El enfoque que se utilizara para realizar esta investigación será el cuantitativo, esto debido a que es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

Otro punto que fundamenta el enfoque de esta investigación es como se llevara a cabo la recolección de los datos en donde se fundamenta la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

Con lo anterior planteado se infiere que la investigación será de análisis, en donde se implementaran cuestionarios/ test estandarizados para la recopilación de datos para luego ser analizados.

4.2. Alcance y Diseño De La Investigación

Para comprender el alcance de nuestra investigación se describirán los siguientes ámbitos y profundidad que tendrá el estudio, esto comprende:

- La o las variables a medir (depresión y deterioro cognitivo)
- Población o muestra, la cual serán personas mayores (de 65 años en adelante) que se encuentren institucionalizadas en el establecimiento de larga estadía para adultos mayores (ELAM)
- Por último la cobertura geográfica (región metropolitana, comuna de la cisterna) o temporal (entre los meses de abril - julio)

Mientras que nuestro diseño de investigación, como ya lo nombramos anteriormente será cuantitativo, con un método descriptivo ya que se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (citar) en nuestro caso será el medir las variables (depresión y deterioro cognitivo) para luego ser descritos.

De igual manera es una investigación no experimental esto debido a que no se realizara una manipulación deliberada en la variable, se trata de estudios en los que **no** hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables (cita)en otras palabras es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos, que es lo que se pretende hacer al medir depresión y deterioro cognitivo en personas mayores. Por ultimo dicha investigación será llevada a cabo en un momento o tiempo determinador es por ello que tiene un carácter transeccional en donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

4.3. Definición de Variables:

Nuestras variables son dos: depresión y deterioro cognitivo.

En primer lugar tenemos a la depresión la cual sería una variable cuantitativa (esto en relación a que será medida con la escala de Yesavage), y de igual forma el deterioro cognitivo, es una variable cuantitativa (que será medida con el test de MOCA).

4.3.1. Definición Conceptual

Jerome Yesavage , si bien no define depresión como tal, si trabaja en la creación de la escala de depresión geriátrica con la finalidad de evaluar síntomas depresivos en la población indicada, es por ello que en el contexto de dicha escala se definirá conceptualmente o se hará referencia a la depresión, como un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse a través de síntomas como tristeza, apatía, desesperanza, fatiga y otros sentimientos asociados con la depresión. (Hoyl M, Valenzuela A, & Marín L., 2000)

Mientras que la definición conceptual que Ziad Nasreddine entrega sobre deterioro cognitivo es la siguiente, lo ve como un estado transicional entre los cambios neuropsicológicos debidos al envejecimiento normal y un estadio más grave de demencia. En sus investigaciones, Nasreddine destaca la importancia de diferenciar entre el deterioro cognitivo leve y la demencia, señalando que las demencias son enfermedades neurológicas progresivas que generan un deterioro en funciones cognitivas superiores como la memoria, el cálculo, el pensamiento, el aprendizaje, la orientación y el juicio. (MONTERO ALMIRÓN)

4.3.2. Definición Operacional

Según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se entrega una definición operacional en donde se obtienen tres categorías de acuerdo con los puntajes obtenidos:

- Normal a un puntaje en 0-5.
- Depresión leve o moderada con una puntuación de 6-9.
- Depresión establecida, sobre los 10 puntos.

La **depresión establecida** se caracteriza por síntomas severos que interfieren con la vida diaria del paciente, mientras que la **depresión leve o moderada** puede manifestarse como

un trastorno depresivo persistente (distimia) con síntomas menos intensos pero persistentes, o como una depresión menor con síntomas menos graves y de duración más corta. (Hermida, Ofman, Feldberg, & Freiberg-Hoffmann, 2021)

El Test de MOCA creado por Nasreddine y colaboradores, es una prueba breve que consta de varias tareas diseñadas para evaluar diferentes aspectos de la función cognitiva (Mejía-Arango S, 2007).

1. Atención y concentración: El paciente escucha una lista de letras y debe identificar todas las letras "A" que hay en esa lista.
2. Memoria a corto plazo: El paciente escucha una lista de palabras y debe recordarlas inmediatamente después.
3. Habilidades visuales-espaciales: Se le pide al paciente que dibuje una versión del reloj que indique una hora específica.
4. Lenguaje y fluidez verbal: El paciente debe nombrar tantos animales como pueda en un minuto.
5. Habilidades ejecutivas: Se le pide al paciente que realice una tarea de "trail-making", que implica conectar números y letras alternativamente siguiendo un patrón específico.

Este define operacionalmente al deterioro cognitivo de la siguiente manera: un puntaje máximo de 30 puntos se considera normal, sin embargo, se establecen ciertos puntos de corte para identificar diferentes niveles de deterioro cognitivo: normal con un puntaje mayor o igual a 26, deterioro cognitivo leve con un puntaje entre 18 y 26, y un deterioro cognitivo más significativo con un puntaje menor a 18, que puede ser asociado con la demencia y otros trastornos cognitivos más graves.

Mapa de variables:

Variables	Definición Conceptual	Definición Operante
Depresión	<p>si bien no define depresión como tal, si trabaja en la creación de la escala de depresión geriátrica con la finalidad de evaluar síntomas depresivos en la población indicada, es por ello que en el contexto de dicha escala se definirá conceptualmente o se hará referencia a la depresión, como un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse a través de síntomas como tristeza, apatía, desesperanza, fatiga y otros sentimientos asociados con la depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal a un puntaje en 0-5. • Depresión leve o moderada con una puntuación de 6-9. • Depresión establecida, sobre los 10 puntos.
Deterioro Cognitivo	<p>Ziad Nasreddine entrega sobre deterioro cognitivo es la siguiente, lo ve como un estado transicional entre los cambios neuropsicológicos debidos al envejecimiento normal y un estadio más grave de demencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, con un puntaje mayor o igual 26. • Deterioro leve con un puntaje entre 18 a 26 • Deterioro cognitivo con un puntaje menor a 18.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizara para la recolección de dato será por medio de cuestionarios y test estandarizados y validados.

En primer lugar tenemos la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el cual es un instrumento cuantitativo que cuenta con 15 preguntas que ayudaran a medir el nivel de depresión en personas mayores, esta fue traducida al español y estandarizada para el contexto requerido.

Mientras que por otra parte tenemos el test el Montreal Cognitive Assessment test (MoCA) desarrollado por Nasreddine en el año 2005, el cual nos permitirá detectar DCL, a este se le valido en nuestro país ya que se buscaba dar otra opción, que fuera más completa a la que se usaba, esto debido a que por lo general se administraba el Mini-Mental State Examination (MMSE) que es la prueba de tamizaje cognitivo, más ampliamente usada para la evaluación de pacientes con problemas de memoria. Sin embargo, tiene varias limitaciones, tales como el no evaluar abstracción ni funciones ejecutivas, tiene un fuerte sesgo por variables socioeducativas, con variaciones de alrededor de 7 puntos en población sana con distinta escolaridad (Delgado, Araneda, & Behrens, 2017) es por esto que se tomaron las siguientes consideraciones al momento de validar el test de MoCA: 1) estudiar las propiedades psicométricas del test de MoCA-S; 2) estudiar la validez discriminativa del MoCAS para el diagnóstico de DCL y demencia leve en población chilena, y compararla con el MMSE, la prueba de tamizaje validada en Chile, y 3) determinar los ítems más sensibles del MoCA para la detección de DCL y demencia. (Delgado, Araneda, & Behrens, 2017)

4.5. Población, muestreo y muestras

En los siguientes puntos se hará un desglose en relación a población, muestreo y muestra.

4.5.1. Caracterización De La Población

La población a la cual va dirigida esta investigación son personas mayores, que residan en el establecimiento de larga estadía “Nuevo amanecer” el cual esta ubicado en la región metropolitana, comuna de la cisterna, en donde en total viven 33 personas, hombres y mujeres de entre 65 a 90 años.

4.5.2. Tipo y Procedimiento De Muestreo

En la siguiente investigación el tipo de muestreo que se implementara será el de una muestras no probabilísticas, que se define como la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)es por ello que nuestra muestra depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

También suelen ser llamadas muestras dirigidas, ya que suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

En otras palabras es una muestra intencionada, en donde se busca la participación tanto de hombre y mujeres institucionalizadas de entre 65 a 90 años , que sean autovalentes esto quiere decir que puedan ser capaces de responder los cuestionarios o test.

4.5.3. Caracterización De La Muestra

La muestra se caracteriza principalmente por incluir a 33 personas mayores que se encuentran institucionalizadas en el ELAM un “Nuevo Amanecer”, dicho centro se encuentra ubicado en la comuna de La Cisterna, región metropolitana, el cual es un centro mixto donde residen 20 mujeres (de entre 65 a 90 años) y 13 hombres (de entre 65 a 90 años).

En lo relacionada a lo socio- económico, las personas mayores que residen en este centro se podrían calificar dentro del rango de clase media emergente a clase media acomodada esto en relación con los ingresos y gastos que conlleva el poder estar internalizado en dicho centro.

En la siguiente tabla se hará un desglose con los datos en relación a edad y género:

Genero	Edades	Cantidad
Mujeres	Entre 65-75	15
Mujeres	Entre 75-85	5
Hombres	Entre 65-75	9
Hombres	Entre 75-85	4

4.6. Procedimiento De La Investigación

En primer lugar se buscó un centro el cual cumpliera con las condiciones básicas para que se pudiera llevar a cabo la investigación (que fuera un recinto registrado dentro del registro nacional de establecimientos de larga estadía reconocidos por el gobierno, y que fuera un centro en el cual residieran personas mayores de ambos géneros), una vez que esto fue revisado, se prosiguió a contactar con el director del centro para obtener los permisos necesarios para poder entrar al centro a interactuar con las personas mayores.

Una vez que se obtuvo el permiso de parte del director del centro, se procedió a la implementación de dos test/ cuestionario, cada uno de ellos para medir depresión y deterioro cognitivo respectivamente.

Al momento de aplicar los test/ cuestionario se le pidió la autorización o consentimiento a cada persona mayor de manera verbal, en donde se les explico que su participación era importante mas no era obligatoria, luego de ello se procedió a aplicar y trabajar con toda persona que fuera apta (menta o físicamente) y que quisieran participar en la investigación.

Dentro de la Fundación Nuevo Amanecer (fundación en la cual se llevó a cabo la investigación), prevalece la existencia de personas mayores con deterioro cognitivo y con evidencia de patologías asociadas. Por lo cual, para la presente investigación es determinante conocer la prevalencia del deterioro cognitivo de personas mayores que son parte de esta residencia e identificar la relación del deterioro cognitivo y el diagnóstico asociado con variables, tales como: socio-demográfico, sexo, edad y nivel académico.

Explicado lo anterior, se sugiere un Procedimiento de la investigación basado en las siguientes etapas:

1. Definir le problema: En este caso, es identificar Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas.
2. Seleccionar la muestra: Personas Mayores Institucionalizadas en la Fundación Nuevo Amanecer, tener 60 años o más, poseer una valoración cognitiva realizada al ingreso y que la presencia de deterioro cognitivo fuera permanente.
3. Determinar instrumentos para aplicar: De acuerdo a lo expuesto en puntos anteriores y en relación a lo que se espera analizar, se aplicaran dos test: Test de

MoCA y La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, este último para medir el grado de depresión y el primero, permite evaluar puntos fundamentales:

- a. Lenguaje: Repetición de palabras y frases con el fin de evaluar la memoria
- b. Memoria: repetición de las mismas palabras al principio y fin del test.
- c. Orientación: Se espera que el paciente señale: fecha, año, lugar, ciudad y día.
- d. Atención: Repetir series numéricas, hacia adelante y atrás
- e. Función ejecutiva y habilidad viso-espacial: Se evalúan con una prueba llamada Trails B
- f. Abstracción: el paciente debe comparar dos objetos, utilizando el razonamiento abstracto.
- g. Denominación de animales: se le pide al paciente que señale, que animales se le muestra.
- h. Reloj de arena: La persona debe dibujar un reloj de arena y marcar cierta hora señalada.

4.7. Plan De Análisis/ Técnicas De Análisis De Datos:

En la siguiente investigación se trabajara con datos cuantitativos, se utilizara un método de recolección de datos por media de escala/ cuestionarios estandarizados y un análisis estadístico descriptivo.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento utilizado para medir niveles de depresión Geriátrica en adultos mayores. Y explora síntomas cognoscitivos en manifestaciones de depresión mayor.

La presente escala asigna un punto por cada respuesta que se concordante con la indicada en la columna de del lado derecho de formulario, asignando los siguientes valores: 0-10: Normal y 11-14: Depresión con los siguientes porcentajes (sensibilidad 84%; especificidad 95%). (Ricardo de la Vega y Antonio Zambrano, 2024)

Para el caso de Depresión, la escala evaluativa funciona, asignando un punto a cada pregunta que de indicios depresivos, mas puntaje, significa mayor presencia de síntomas depresivos. El máximo es de 15 puntos.

Existen cuatro escalas utilizadas, que permiten medir evaluar la presencia de depresión:

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD),
2. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS),
3. Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y
4. El Inventario de depresión de Beck (BDI).

Sigue siendo el diagnóstico clínico a través de la entrevista Terapeuta-paciente, la forma más idónea., para determinar a un paciente con depresión y en ese instante se aplica la escala Yesavage. Donde el paciente debiese presentar un máximo de 30 puntos, de acuerdo a los indicadores ubicados al lado derecho de la hoja evaluativa (Trinidad Hoyl M, Eduardo Valenzuela A, Pedro Paulo Marín L., 2000)

Por su parte, cómo ya se ha mencionado el test de MoCA, evalúa disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades viso constructivas, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal. (Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA), 2017)

4.8. Aspectos Éticos

En lo relacionado con la ética que se implementa al momento de llevar a cabo esta investigación, se le da gran relevancia al respeto mutuo, de igual manera se establece que la investigación se desarrolla gracias a la autorización del representante legal del establecimiento, quien a su vez se le hizo entrega de una carta informática esclareciendo la razón de ser de la investigación, así como de igual forma se informara a los participantes y se les pedirá su autorización verbal siempre antes de realizar los cuestionarios o test.

Siguiendo estos lineamientos también se establece que toda la información recopilada será utilizada con fines académicos, ya que esta es de carácter confidencial en donde prima el respeto tanto por la información delicada entregada, como por la dignidad del informante.

4.9. Limitaciones Del Estudio

Los principales limitaciones del estudio podrían estar enlazadas en lo siguiente:

- Reticencia de la persona mayor a entregar información que pudieran considerar delicada o importante.
- La negativa de querer visualizar una problemática la cual en muchas oportunidades se oculta por diversas razones.
- La poca importancia o relevancia que se le tiene a las personas mayores, el desinterés por trabajar o realizar investigaciones en torno a estos.
- Probabilidad de entrega de información falsa.

Capítulo 5 Resultados

5.1. Análisis y Discusión De Resultados Obtenidos:

Luego de la administración de los cuestionarios en la fundación “Nuevo amanecer”, los resultados fueron diversos.

En primera instancia la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage entrego diversos resultados, y como dato relevante se destaca que la disposición a responder esta escala fue más positiva y cooperativa.

Esta se logró aplicar a 23 personas mayores en un universo global de 33 esto quiere decir que existe un muestreo no probabilístico (esto debido a que no todos los participantes pudieron participar), una muestra intencionada de personas mayores que fueran autovalentes al momento de responder los cuestionarios.

Es por ello que se destacan los siguientes resultados:

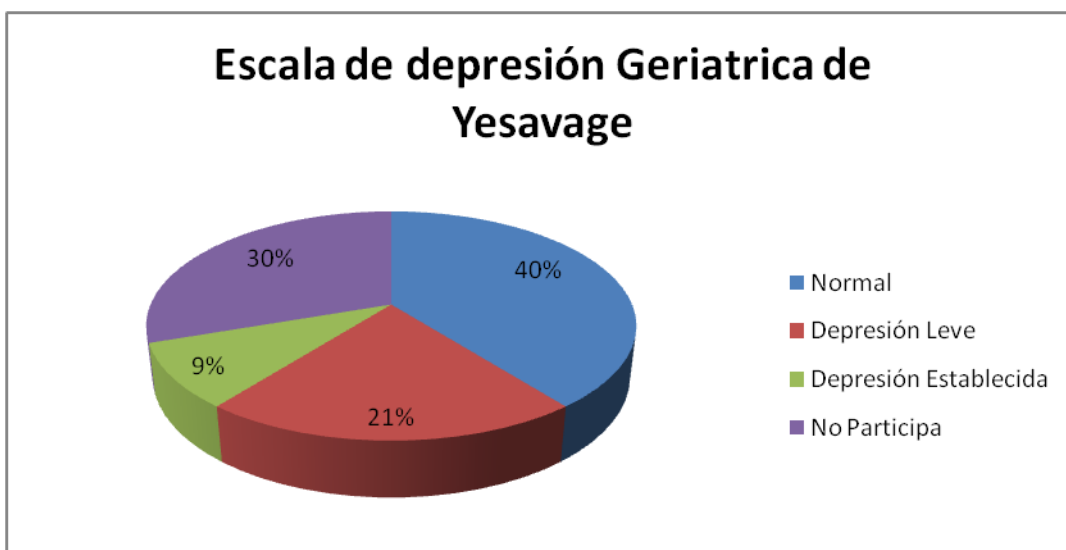
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage		
Normal	13	39,3%
Depresión Leve	7	21,2%
Depresión Establecida	3	9,1%
No Participa	10	30,3%

Como se refleja en la tabla anterior, con relación a depresión 13 personas mayores se encontrarían en el rango de normal que significaría un 39,3%, mientras que un 21,2% correspondiente a 7 personas se encontrarían en una depresión leve, y por ultimo 9,1% se

encontrarían en una depresión establecida. (a esto se debe considerar 10 personas que no pudieron o quisieron participar y estos representan a un 30,3%)

Es por esto que si sacamos los porcentajes solamente con las personas a las que se les aplico el test los resultados seria: normal representaría un 56,5%, depresión leve 30,4% y depresión establecida un 13,1%.

En el siguiente grafico se puede apreciar:



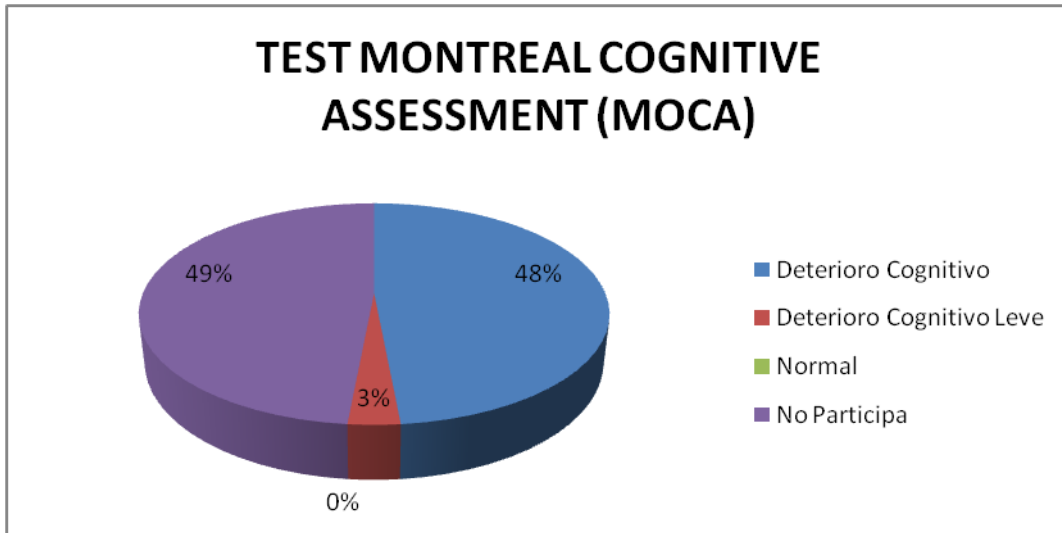
Si a los resultados entregamos los dividimos por género, en la categoría de depresión leve tenemos la cantidad de 2 hombres y 5 mujeres, mientras que en depresión establecida serian 3 mujeres, esto nos entrega una perspectiva en donde deja a la vista que el género femenino se ve más afectado que el otro dando como resultado que las principales afectadas en relación a su salud mental son las mujeres que se encuentran viviendo en la residencia de larga estadía. Los resultados globales nos indicarían que menos de la mitad de la población encuestada que reside en un residencia de larga estadía presenta algún nivel de depresión.

En relación con deterioro cognitivo, en la aplicación del Test Montreal Cognitive Assessment (MOCA) la participación fue menor por diversos motivos, entre ellos que algunos participantes no estaban aptos para responder o no quisieron participar, es por ello que de un universo de 33 personas solo respondieron 17, en donde los resultados fueron los siguientes:

TEST MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)		
Deterioro Cognitivo	16	48,5%
Deterioro Cognitivo Leve	1	3,0%
Normal	0	0%
No Participa	16	48,5%

Esto se puede interpretar en que un 48,4%(16 personas), presentan signos de deterioro cognitivo, un 3,1% presenta deterioro cognitivo leve, mientras un 48,4% no respondió el cuestionario, si nos concentramos solo en las personas que contestaron un 94,1% se encuentra en la categoría de deterioro cognitivo mientras solo un 5,8% presenta signos de deterioro cognitivo leve.

Esto se puede apreciar de mejor manera en el siguiente grafico:



Al igual que lo hicimos con el test de depresión, si separamos los resultados por genero encontramos que en deterioro cognitivo encontramos 3 hombres y 13 mujeres mientras que en deterioro cognitivo leve tenemos 1 hombre, es por ello que nuevamente el género femenino se ve mas afectado.

Pero cuando hablamos de resultados globales, se podría llegar a la inferencia que más de la mitad de la población que reside en una residencia de larga estadía se ve afectada cognitivamente, ya que casi un 100% de los encuestados presentan deterioro (esto teniendo en consideración que de las 17 personas encuestadas todas presentan deterioro)

5.2. Conclusiones

Luego de la aplicación de ambos test/cuestionarios podemos llegar a variadas conclusiones o inferencias, en primer lugar al analizar la depresión y deterioro cognitivo en personas mayores podemos llegar a concluir que si se ven afectados con estas dos variables, ya que los resultados reflejan esto, en donde la mayoría de los participantes presentan ambas problemáticas, es por ello que podemos inferir que es necesario una mayor preparación o la implementación de servicios que tengan como finalidad el mejorar el bienestar mental de los pacientes institucionalizados y analizar las razones para ello.

Siguiendo con el análisis de resultados entregados, es cierto que el porcentaje de mujeres que se encuentra en este tipo de centros o establecimientos es mayor esto se debe a múltiples razones, una de ellas podría ser que la expectativa de vida en las mujeres es mayor en comparación con la de los hombres. Esto se refleja en los datos de McKeown de Inglaterra y el País de Gales para el período entre 1841 y 1971, donde las tasas de mortalidad fueron superiores en los hombres, y se verifica en las estadísticas de Doll del siglo XX, que recogen una mayor esperanza de vida en las mujeres americanas. (Ramos, 2020)

Aclarando este punto podemos inferir por los datos que fueron entregados por los dos cuestionarios que fueron aplicados, que es el género femenino al ser el que tiene un mayor número de participantes y residentes, el que se vio más afectado tanto en relación a signos depresivos como con deterioro cognitivo .

Mas allá de los géneros, una de las conclusiones principales y más importantes sería el hecho de que el estar en un centro de larga estadía en el cual se entregan ciertos servicios en pos del bienestar de los residentes, esto no significa un bienestar real en relación a sus funciones cognitiva o en el estado de su salud mental, este estudio nos indica que los servicios

entregados no son los competente, o no están siendo los adecuados, ya que sin importar el género se ve un deterioro importante en las personas mayores, un deterioro que podría ser menor si recibiera las atenciones necesarias.

Por último otro punto importante a destacar fue la diferencia en la participación en los test ya que existió una mejor disposición a responder o participar al que tenía relación a depresión contra la participación del deterioro cognitivo esto también se pudiera adjudicar a muchas razones siendo las principales en primer lugar que algunas personas no eran aptas para responder (se encontraban en situación de postrados o con alguna enfermedad que les imposibilitaba el responder) y también los que no quisieron participar aludiendo que no les interesaba.

Teniendo lo anterior planteado este tipo de estudio nos ayuda y sirve para poner en la palestra a las personas mayores y sus dificultades o necesidades, dándoles visibilidad.

5.3. Recomendaciones

Teniendo en consideración que tanto como la depresión como el deterioro cognitivo son afecciones que tienen múltiples causas, de igual formada es importante tomar medidas para prevenir y mitigar el deterioro cognitivo y depresión en personas mayores,

En primera instancia para el deterioro cognitivo se recomiendan varias estrategias, estas basadas en la actividad física, la dieta, la estimulación cognitiva y la vida social activa.

- **Actividad física:** El ejercicio físico se ha asociado con un menor deterioro cognitivo y un menor riesgo para su aparición tanto en estudios observacionales como en los ensayos aleatorizados controlados (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015) es por ello que el ejercicio físico previene el deterioro cognitivo. Sugiriendo un mínimo de dos horas de paseo tres veces por semana (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015)
- **Dieta mediterránea:** Diferentes estudios han demostrado que el seguimiento de la conocida como dieta mediterránea reduce la incidencia de DCL en la población y además puede reducir la tasa de conversión de DCL a enfermedad de Alzheimer (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015), esta dieta consiste en ingesta elevada de pescado (preferentemente azul), verduras, legumbres, frutas, cereales y aceites de oliva y semillas. Disminución en la ingesta de carnes (especialmente rojas) y grasas saturadas (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015)
- **Estimulación cognitiva:** Esta puede enlentecer la progresión del deterioro cognitivo en las personas mayores. En contra de las creencias mantenidas durante décadas, las neuronas no detienen su desarrollo en la infancia, sino que siguen creciendo durante

toda la vida, en la edad adulta e incluso en la edad avanzada. Constantemente, y durante toda la vida, incluso cuando envejecemos, se desarrollan nuevas neuronas. Por consiguiente, nuestro cerebro posee la capacidad de regenerarse y rejuvenecerse. (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015) es por ello que desde la ‘orientación en la realidad’ y las intervenciones cognitivas dirigidas hasta los ejercicios diarios (pasatiempos como las ‘sopas de letras’ o los juegos de atención), hasta los juegos de ordenador dirigidos (brain training). Basado en la teoría de la neuroplasticidad ayudaran a prevenir el DC.

- Vida social activa: Soledad y aislamiento son factores que se asocian con mayor deterioro cognitivo por ello es importante evitar esto, maneras de hacerlo podría ser la práctica de aficiones tales como: jardinería, cocina, viajes. Estas estimulan las funciones cognitivas y previenen su deterioro (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015)

Las recomendaciones en depresión en personas mayores son similares, en donde nuevamente le daremos énfasis a la actividad física, dieta mediterránea, estimulación cognitiva, y una vida social activa

- Actividad física: realizar ejercicio con regularidad como caminar, nadar o hacer yoga, esto debido a que mejora la salud cardiovascular y el rendimiento cognitivo, evitar el sedentarismo y hacer pausas para moverse y estirarse (Gómez Conte & Cases Jordán, 2021)
- Dieta mediterránea: seguir una dieta rica en frutas, verduras, legumbres y carnes blancas, limitando el consumo de carnes rojas y grasas animales según diversos

estudios ayudara a prevenir la depresión y mejorara el rendimiento cognitivo al igual que aumentar la ingesta de ácidos grasos omega-3 que esta presente en los pescados azules y frutos secos, ya que pueden tener efectos protectores (Gómez Conte & Cases Jordán, 2021)

- Estimulación cognitiva: el jugar juegos cognitivos tales como crucigramas, sudoku o aprender nuevas habilidades ayudara a mantener la mente activa.
- Vida social: el mantener conexiones sociales y participar en actividades grupales, esto debido a que las interacciones sociales estimulan emociones positivas y mejoran la memoria, evitar el aislamiento social ayudara a prevenir la depresión.

Otras recomendaciones importantes a tener en cuenta podría ser:

- Dormir entre 7-8 horas por noche y establecer una rutina de sueño regular.
- Acudir a controles médicos regulares para monitorear factores de riesgo y detectar cambios en la salud cognitiva a tiempo. (Gómez Conte & Cases Jordán, 2021)

Referencias

SENAMA. (15 de Junio de 2020). *Ministerio de Desarrollo Social y Familia* . Obtenido de Senama registra un aumento de casi 4 veces en los casos y consultas sobre maltrato a las personas mayores durante los meses de pandemia:

<https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/senama-registra-un-aumento-de-casi-4-veces-en-los-casos-y-consultas-sobre-maltrato-a-las-personas-ma>

Bustamante , J., Salazar , R., Zamorano, C., Peña , M., & Salazar , A. (2021). Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria , 197-203.

Rojas M, I., & Pemjean G, A. (s.f.). *ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEPRESIÓN EN EL AUGE*.

Brüning I., K., & Mora M, I. (2019). *DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR*. Santiago.

Luengo Martínez, C., Ocares Bravo, J., Sandoval San Martín, P., Santana Uribe, T., Vásquez Carrasco, K., & Morales Ojeda, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 216-220.

Olivares-Tirado, P. (2020). *Deterioro Cognitivo y Trastornos Metabólicos en Adultos Mayores*. Santiago .

- CEPAL. (2022). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores* . Santiago.
- Abaunza Forero , C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (s.f.). *Concepción del adulto mayor*. Bogotá.
- Sanzana Rifo, D. (2023). *Personas Mayores Institucionalizadas y su Evaluación sobre la Influencia de un Taller de Psicología en sus Niveles de Bienestar Subjetivo*. Santiago.
- SENAMA. (2021). *PANDEMIA, PERSONAS MAYORES Y SENAMA*. Santiago.
- Salud, O. M. (2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_2
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. (1 de septiembre de 2017). Obtenido de <https://bcn.cl/2fl09>
- Cotrado Huamán, S. R., & Guido Angelo , G. A. (2017). Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 160-173.
- Godoy, G. (27 de Septiembre de 2022). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Obtenido de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion/2022/09/27/cerca-de-un-tercio-de-la-poblaci%C3%B3n-de-chile-en-2050-estar%C3%ADa-compuesta-por-personas-mayores>
- Psiquiatría, A. A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- San Molina, L., & Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona : amat.

- Wilson F, C. (2019). *EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y PRUEBAS CONGNITIVAS DE DEMENCIAS EN APS*. Santiago.
- Cubillos Rios, K. J., & Castañeda Rojas, C. E. (2020). *Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá*. Cundinamarca: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Grasso, L., Torrecilla, M., Moreno, C., & Aceiro, M. A. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Buenos Aires : La Ley .
- Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* , 99-121.
- Mejía-Arango S, M.-J. A.-A.-R. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *salud pública de méxico*, 475-481.
- Silvia Mejía-Arango, PhD. Alejandro Miguel-Jaimes, MD.) Antonio Villa, MD. Liliana Ruiz-Arregui, M en C.) Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, MC, PhD. (2007). *Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México*. mexico .
- MONTERO ALMIRÓN, J. (s.f.). *EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE: ESTUDIO DE CASO ÚNICO*. Universidad de Almería.
- Hoyl M, T., Valenzuela A, E., & Marín L., P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión

de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile* , 1199-1204.

Méndez Chacón, E. (2021). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *interdisciplinaria* .

Hermida, P. D., Tartaglino, M. F., Ofman, S. D., Feldberg, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* , 99-121.

Teulé, J. (23 de junio de 2015). Procesos cognitivos relacionados con el aprendizaje. Lérída, España.

La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos. (2008). *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 187-202.

Salud Mental. (Noviembre de 2014). Validez de la escala de evaluación cognitiva de montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo. Ciudad de Mexico, Mexico.

Delgado, C., Araneda, A., & Behrens, M. (2017). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español ~ en adultos mayores de 60 años ~ . *NEUROLOGÍA*, 376-385.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Ricardo de la Vega y Antonio Zambrano. (17 de junio de 2024). Obtenido de <https://www.hipocampo.org/yesavage.asp#:~:text=0%2D10%3A%20Normal.,80%25%3B%20especificidad%20100%25>).

Trinidad Hoyl M, Eduardo Valenzuela A, Pedro Paulo Marín L. (2000). Revista médica de Chile. *scielo* . Obtenido de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003

(2017). *Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA)*.

Olivera-Pueyo, J., & Pelegrín-Valero, C. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría* , 45-55.

Gómez Conte, R., & Cases Jordán, C. (05 de abril de 2021). *Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso*. Obtenido de Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso.:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300013&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

Anexo 1

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0-5: **Normal.**
 - 6-9: **Depresión leve.**
 - >10: **Depresión establecida.**

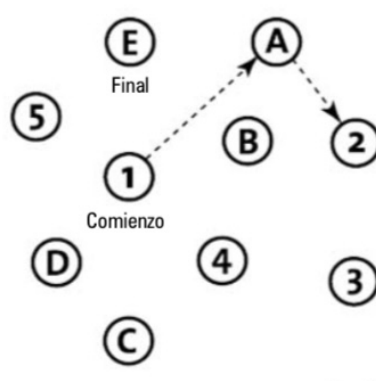

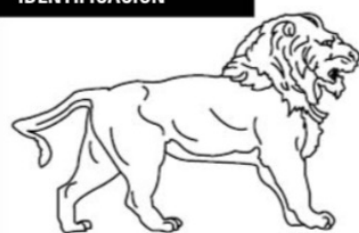
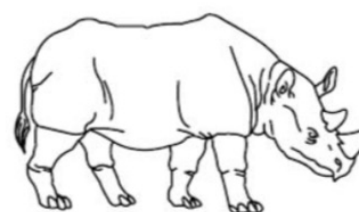
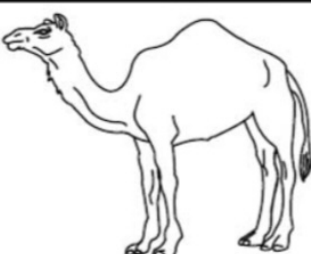
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Anexo 2

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos ___/5			
IDENTIFICACIÓN								<input type="checkbox"/>		___/3			
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO		SEDA		IGLESIA		CLAVEL		ROJO	
		1er intento										Sin puntos	
		2º intento											
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4		El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2		___/2					
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		___/1							
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos , 2 o 3 correctas: 2 puntos , 1 correcta: 1 punto , 0 correctas: 0 puntos .		___/3					
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.		<input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.		<input type="checkbox"/>		___/2					
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)		___/1							
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		<input type="checkbox"/> tren-bicicleta		<input type="checkbox"/> reloj-regla		___/2					
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO		SEDA		IGLESIA		CLAVEL		ROJO	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
Optativo		Pista de categoría											
		Pista elección múltiple											
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha)		<input type="checkbox"/> Mes		<input type="checkbox"/> Año		<input type="checkbox"/> Día de la semana		<input type="checkbox"/> Lugar		<input type="checkbox"/> Localidad	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/6	
		© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

Anexo 3



Santiago, 3 de junio de 2024

Señor
Miguel Tello
Director Casa de Reposo Nuevo Amanecer
Comuna de La Cisterna
PRESENTE

De mi consideración:

La asignatura de Tesina del IX Semestre de la malla curricular de la Escuela de Psicología de nuestra Universidad contempla, en su desarrollo, algunos pasos prácticos que deben realizar los estudiantes que cursan esta Cátedra.

En este contexto, me es muy grato presentar a Ud. a Tamara Cerón, RUT: 20451919-6 y María Paula Salas, RUT: 18866108-4, quienes son alumnas regulares de la carrera de Psicología y están interesadas en realizar un paso práctico en vuestra institución, relacionado con su tesina.

A tal fin, realizarán un trabajo de campo que consiste en la aplicación de un instrumento para la medición de Deterioro Cognitivo y Depresión, a un grupo de personas mayores, residentes de la institución que usted dirige. La información recabada tiene sólo fines académicos, por lo tanto no se publicará ni utilizará para otros propósitos que no sean la de realizar su trabajo final de investigación, y no derivarán en un diagnóstico que pueda comunicarse a los residentes, a sus familias, o a personal de su institución.

Agradezco de antemano la acogida que pueda prestar a la solicitud de nuestras estudiantes y estoy a vuestra disposición para cualquier información adicional que se requiera, pudiendo contactarme al teléfono directo 229273413, o bien a través del e-mail: chernandez@corp.umc.cl

Atentamente,




Carolina Hernández Villar
Directora
Escuela de Psicología

CHV/chv
cc: Archivo Escuela

Mac Iver 370 – Santiago – Chile / Fono (56-2) 2927 3400 / info@umcervantes.cl / www.umcervantes.cl