

RENDIMIENTO EN PRUEBAS NEUROCOGNITIVAS EN ADULTO MAYOR CON
ALTERACION DEL ESTADO DE ANIMO EN UN HOGAR GERIATRICO EN EL
AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

FRANCYS YURIETH BADILLO RIOS

DIANA MARCELA CORTES ECHEVERRY

MG Carolina Beltrán



UNAB BIBLIOTECA

VENDEDOR	FECHA	No. CLASIFICAC
AJor	17 NOV 2010	75/37-10
PRECIO	No. INVENTARIO	B136P E.1
\$40.000=	074630	

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA, NOVIEMBRE DE 2010

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

RENDIMIENTO EN PRUEBAS NEUROCOGNITIVAS EN ADULTO MAYOR CON
DEPRESION EN LOS HOGAR GERIATRICO EN EL AREA METROPOLITANA DE
BUCARAMANGA

Presentado por:

Diana M. Cortes Echeverry

ID. U00014899

Francys Y. Badillo Ríos

ID. U00021066

Asesora: PS Carolina Beltrán

Bucaramanga, Noviembre de 2010

UNAB BIBLIOTECA

Tabla de Contenido

RENDIMIENTO EN PRUEBAS NEUROCOGNITIVAS EN ADULTO MAYOR CON ALTERACION DEL ESTADO DE ANIMO EN LOS HOGAR GERIATRICO DEL AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	5
Planteamiento del problema	7
Antecedentes	13
Objetivo	17
Objetivo General	17
Objetivo Especifico	17
Marco Teórico	17
Proceso de envejecimiento	19
Características de proceso de envejecimiento	19
Aspectos externos	19
Déficit en capacidad y rendimiento sobre tareas cognitivas	21
Factores psico-biologicos del envejecimiento	23
Deterioro a nivel familiar	24
Deterioro cerebral en los ancianos	26
¿Qué es la depresión?	28
Síndrome depresivo en ancianos	29
Que son las demencias	31

Tipos de Demencias	32
Alzheimer	32
Demencia Vascular	35
Enfermedad de Parkinson	36
Metodología	37
Criterios de inclusión	38
Criterios de exclusión	38
Instrumentos	39
Mini Mental	
Figura compleja de REY	40
Test de aprendizaje A-V de REY	40
TMT	42
Escala de Lawton y Brody	43
Escala de Hamilton	44
índice de Barthel	45
Procedimiento	47
Resultados	48
Discusión	53
Recomendaciones	57
Anexos	58
Referencias	78

Tabla

Tabla N 12	48
Tabla N 13	50
Tabla N 14	51
Tabla N 15	52

Anexo

Apéndice 1	59
Apéndice 2	60
Apéndice 3	62
Apéndice 4	64
Apéndice 5	68
Apéndice 6	69
Apéndice 7	71
Apéndice 8	73

RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON
ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO RESIDENTES EN UN HOGAR
GERIATRICO DEL AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

La presente investigación se realizó desde el programa de psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) con la colaboración de la fundación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios, en el cual se encontró gran cantidad de población para el proceso de investigación (adulto Mayor), el proyecto fue orientado hacia la búsqueda de déficit neuropsicológico en pacientes con Alteraciones de Animo en adultos mayores considerando un rango de edad de 65 a 85 años. Para el presente estudio se reunió información a partir de la escala de depresión como la de Hamilton y una entrevista semi estructurada la cual nos permitió investigar a profundidad con un muestreo no probabilístico por conveniencia en 49 adultos mayores, con el fin de encontrar síntomas actuales de Alteraciones del estado de ánimo sumado al apoyo diagnóstico realizado en forma previa. De la misma forma, se verificó el rendimiento neuropsicológico por medio de la aplicación de escalas que miden funciones como atención, memoria, función ejecutiva y percepción.

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta el concepto de pseudo-demenia en adultos mayores y depresión propuesta por Alarcón, R (2004) quien establece que la *pseudodemenia depresiva* ha generado controversia entre diferentes teóricos e investigadores sobre la validez de su existencia como proceso morboso específico, desde cuando Wernicke observó pacientes que imitaban deficiencias mentales

y presentaban cuadros de histeria crónica, posteriormente, con Maden, lo utilizó basado en trabajos previos de Mairret y Wells. Sin embargo, se continúa empleando para diferenciar un conjunto de rasgos clínicos generales donde predomina un deterioro cognitivo parcial o total. En su mayoría, son cuadros clínicos reversibles con el tratamiento médico; no obstante, una proporción de ancianos deprimidos con deterioro cognoscitivo pueden evolucionar a estados demenciales irreversibles. Algunas de las situaciones que se presentan para la discusión de los expertos e investigadores son las siguientes: Los estados depresivos en ancianos, especialmente depresión mayor, muestran déficits cognoscitivos, pero su relación causal no es clara, ya que en algunos casos pueden ser entidades que coexisten, o los ancianos pueden desarrollar un déficit cognitivo total o parcial, de desarrollo progresivo desde edades tempranas de la vida y en algún momento presentar un estado depresivo por diferentes causas. Estas deficiencias no obedecen al inicio de una demencia: son simplemente las normales del envejecimiento, y por lo tanto se mantendrán o avanzarán independientemente de la evolución del estado de Ánimo.

En conclusión la vejez es la última etapa de la vida. Está basada en el reconocimiento del paso del tiempo quien produce efectos en la persona, entra en una etapa distinta a las vividas anteriormente, al mismo tiempo similar a otras como pueden ser la niñez o la adolescencia. La vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y, por lo tanto, puede ser positivo tanto desarrollo individual y social.

Planteamiento del Problema

Se inició la investigación planteando el concepto de envejecimiento, el cual se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que ocurren con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por la suma de cambios en el proceso de maduración.

El cuerpo del ser humano a lo largo de la vida, sufre cambios en todos sus órganos y sistemas que variará entre individuos y tendrá diferente ritmo en el mismo según la localización. Estos cambios serán bien morfológicos, es decir perturbando a la estructura de los órganos, bien funcionales afectando al empleo de los mismos. Con respecto a los aspectos físicos se podría afirmar que con la edad se reduce la estatura aproximadamente 1 cm por década, a partir de los 40-50 años, esto es a causa de la disminución en la altura de los cuerpos vertebrales. El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas. Hay un aumento de la curvatura de la columna vertebral llamada cifosis, proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones la vejez, la manera de caminar cambia con disminución de movimiento de brazos, la piel pierde flexibilidad y elasticidad con pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas,

disminuyen las glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura, el pelo puede perder las células productoras del pigmento melanina y aparecen las famosas pero implacables canas. Carlos A (2002).

Actualmente, se maneja una población promedio de 60 millones de ancianos solo en Latinoamérica, quienes la mayoría se encuentran pasando por un estado económico, social y afectivo deprimente debido a que cuando llegan a la edad adulta los familiares o amigos optan por enviarlos a los asilos o también llamados casa hogar y así apartarlos para que no importunen. La vejez no es vista como realmente se debería observar, es decir, la vejez en un proceso de deterioro físico y psicológico en el cual se requiere de apoyo y vitalidad, valorar la vejez no se limita a observar las arrugas o las marcas del sufrimiento experimentado por cada persona, sino a apreciar la capacidad de integrar ciertas experiencias con armonía o nutrir con la profundidad de los consejos y experiencia que estas puedan manifestar. Iván J (1993)

El deterioro cognitivo que se presenta en los adultos mayores es un proceso de deterioro en la funcionalidad de cada uno de los procesos fisiológicos. Como parte de los síntomas manifiestos se incluyen la percepción de debilidad, la disminución del interés social, aislamiento o disminución del habla, el llanto, la culpa, la melancolía, el pesimismo, la ideación suicida o la pérdida del deseo de vivir, pérdida de apetito, los problemas del sueño y la disminución de la función cognitiva y el nivel de energía o el retardo psicomotor. La memoria es otro factor que manifiesta cambio

excesivo en el proceso de crecimiento, esta es una de las principales funciones del cerebro y su objetivo es guardar la información proveniente del mundo externo, para evocarla cuando sea necesario. El sustrato de la memoria es un sistema funcional, en el cual participan diversas áreas cerebrales, cada una de las cuales hace una contribución relativamente específica a la función normal. A modo de ejemplo, se logrará decir que el hipocampo (en la cara interna de los lóbulos temporales) es fundamental para conservar la información de lo que sucede en ese momento; que el lóbulo temporal izquierdo es importante para la memoria verbal y el derecho para la memoria viso-espacial; que las áreas pre frontales son importantes para establecer estrategias de memorización o de evocación; que en el lóbulo parietal izquierdo se almacenan habilidades motoras adquiridas.

En la edad adulta todas estas funciones se deterioran a tal medida que el sujeto se encuentra incapaz de pensar con claridad y coherencia adecuada, además de que se le dificulta identificar el mundo exterior y a las personas que lo componen, su lenguaje es incoherente y sus frases inconsistentes, presenta dificultades para mantener la atención y puede tener alucinaciones sobre todo visuales.

Donoso (2003) .

A nivel de la atención se establece que es una función neuropsicología que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Se considera importante señalar que las

alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté desarrollando, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente. Al considerar el funcionamiento intelectual en la vejez, no se debe olvidar que los límites que intenten establecerse están muy relacionados con el déficit y los cambios que en esta etapa de la vida se producen en el funcionamiento de los órganos de los sentidos, ya que dichas transformaciones van a influir en la percepción del adulto mayor. Ross A. Thompson (2000).

La percepción es la capacidad mental que permite integrar y/o reconocer aquello que llega a través de los sentidos. Logrará reconocer aquellos objetos a los que se presta atención y se crean patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad.

Otro factor de deterioro presente en los adultos mayores, a nivel personal, socio-conyugal por lo general las relaciones de pareja se convierten en un problema debido a la falta de tolerancia y adquisición de conductas inadecuadas (ronquidos, mal genio, groserías, sensibilidad, arrogancia entre otras) .

En Colombia, el concepto de calidad de vida se confunde

con nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias. En Colombia los demógrafos identifican el año de 1973 como el lugar del entrecruzamiento o momento central de la transición demográfica que vivió el país. En esa fecha el crecimiento de la población joven se redujo, tanto que fue superado por el crecimiento de la población adulta entrando el país inevitablemente a un proceso global de envejecimiento. Aunque regionalmente el fenómeno no es uniforme, este ocurrió en Bogotá y la costa atlántica en 1980 y en las regiones, central y oriental al parecer desde 1951 explicable este último caso por la emigración de la población joven generada por la violencia y los atractivos de los grandes centros urbanos. En consecuencia el problema de mayores de 60 años en Colombia en 1989 era el 6% de la población sobre la población total, en Bogotá era el 5.1% y en la región oriental mas rural era el 6.9%. De otra parte la transición demográfica entre los pobres ha sido más lenta porque en forma relativa tienen más niños y menos adultos y viejos que los estratos medios y altos; así en 1990 en los ámbitos urbanos los mayores de 60 años eran el 6.8% mientras que en los estratos bajos eran solo el 4.6%, Iván J (1993) . Hoy en día la calidad de vida en los adultos mayores se encuentra muy deteriorada ya que no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte los adultos mayores institucionalizados, experimentan sentimientos de

soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además, evidencian discapacidades más visibles y requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en el caso de las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en el centro diurno aportaron ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras. Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

El término pseudo-demencia encierra múltiples controversias. Por una parte, el prefijo "pseudo" da la impresión de que la alteración cognitiva no es real cuando las investigaciones actuales demuestran que sí. Existen defectos cognitivos en los procesos depresivos que se asemejan a los síntomas de la demencia subcortical. El síndrome de Ganser, caracterizado por la producción de para-respuestas, recibió en tal sentido la consideración de pseudo-demencia histérica por el falso deterioro cognitivo, por otro lado el aspecto de reversibilidad se puede confundir puesto que hay una gran variedad de demencias reversibles y en ocasiones, las alteraciones cognitivas no son totalmente recuperables. Por último, la consideración de la pseudo-demencia como entidad clínica propia oscila en el sentido de que el diagnóstico diferencial con las demencias es ciertamente complejo, especialmente si se considera la riqueza de manifestaciones afectivas en los distintos síndromes demenciales. De esta forma es que el término pseudodemencia no se contempla en los

sistemas diagnósticos actuales, a diferencia de esto se prefieren emplear denominaciones como síndrome demencial depresivo o demencia psiquiátrica, aunque es cierto que el frecuente empleo a lo largo de estos dos últimos siglos del termino pseudo-demencia, ha hecho que dicho concepto permanezca en la memoria y en la mayoría de los ciclos.

Antecedentes

Los antecedentes investigativos para el presente proyecto no han sido lo suficientemente extensos en las investigaciones realizadas por la comunidad científica, debido a que el tema ha sido discutido durante los últimos años.

Garay, M en el 2007 realizó un estudio sobre la "Relación entre depresión y deterioro cognitivo" en el cual comparó un grupo de 30 pacientes mujeres, entre 65 y 85 años de edad, fueron diagnosticados y tratados por episodios depresivos según del DSM IV en el año 1999; y utilizó un grupo control de 16 pacientes, entre 65 y 85 años de edad que no presentaron antecedentes de depresión. El instrumento aplicado para ambos grupos fue el ACE (addenbrooke's cognitive examination) que evalúa 6 dominios cognitivos (orientación, atención, memoria, influencia verbal, lenguaje y habilidades visuoespaciales). Se obtuvieron valores para el primer grupo con n=30, desviación típica 14.04, para el segundo grupo con n=16 con desviación típica 1.32, se aplicó la prueba T de Student, para dos muestras independientes, obteniéndose una significación bilateral de 0,005, por lo cual se rechaza la hipótesis nula siendo probable que exista relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y el desarrollo de demencia.

Hernández, Montañés, Gámez, Cano y Núñez, (2007), trabajaron sobre la "Neuropsicología de envejecimiento normal". En esta investigación se buscó establecer el perfil cognoscitivo de un grupo de sujetos entre los 60 y 100 años de edad, discriminados por un rango de edad, género, y nivel educativo, con el fin de establecer puntos de corte en una serie de pruebas cognoscitivas que conforman el protocolo de neuropsicología de la clínica de memoria del hospital universitario san Ignacio. Fueron evaluados 170 sujetos normales que asistieron al servicio de neurociencias de la Universidad Nacional de Colombia. Los resultados evidenciaron que a mayor edad, el desempeño declina en tareas atencionales, del lenguaje, de memoria y de funciones ejecutivas. Excepto en las tareas de memoria, el nivel educativo se relacionó con el desempeño en todas las pruebas cognoscitivas. Los instrumentos requeridos para la aplicación de esta prueba fueron, mini-mental (36), escala de trastornos de memoria, escala de Lawton modificada (1), escala de depresión geriátrica (37), fluidez verbal semántica y fonología (38;39), denominación viso-verbal (40), refranes y semejanzas (41), recuerdo de información ensamble de cubos (41), copia de la figura compleja de rey (43;44).

Hernando, Velandia, Cardona, Sánchez, Sánchez, Castañeda y Riviera (2007) trabajaron sobre "trastornos cognoscitivos y factores individuales y socio-familiares asociados en población de ancianos del departamento de Risaralda-Colombia". El objetivo de esta investigación se basó en determinar las alteraciones cognoscitivas en varias poblaciones de ancianos en la ciudad de Pereira, estableciendo factores de riesgo individuales, biológicos, psico-afectivos, sociales, con

morbilidad psiquiátrica orgánica e implicaciones del uso y abuso de medicamentos mediante la aplicación de la valoración geriátrica integral (VGI) en la historia clínica. La muestra estuvo constituida por 121 personas con edades comprendidas entre 60-95 años de ambos sexos, de diferentes estratos socio demográficos de área urbana de Pereira. De las 121 personas evaluadas, el 31,5% (39) correspondió a los hombres y el 68.5%

(83) a las mujeres, para una razón hombre: mujer de 1:2. Las edades estuvieron comprendidas entre los 60 y 95 años con un promedio de 71.1 mas o menos 10.2 años. El total de la población, el 28.1% (34) vivía en un hogar de ancianos y el 71.1% (87) con sus respectivas familias en cuanto la distribución por estrato en el rango de 1-6 se observo mayor participación en la evaluación en el estrato tres (45%) seguido por el estrato cuatro (20.9%), luego el cinco (15.4 %) y el dos (11%) para terminar con el estrato uno y seis con 5.5% y 2.2% respectivamente.

Los resultados del presente estudio demostraron divergencias con estudios realizados en población geriátrica en otros lugares del mundo. Llama la atención que esta población no es tan frecuente la polifarmacia y el uso de medicamentos homeopáticos. Posiblemente sea porque casi el 30% vive institucionalizada y además pertenece al estrato social 3 (45%) y esto implicaría menos recurso económico para el consumo de medicamentos.

La presencia de depresión no descarta que un paciente sufra demencia. De hecho no es raro que una demencia, se inicie con manifestaciones depresivas, complicando el diagnostico inicial.

El abordaje multidisciplinar en donde intervengan neurólogos y psiquiatras, resulta fundamental y en ocasiones solo se podrá obtener el diagnóstico de certeza comprobando la evolución presentada por el paciente. La depresión, puede ser la primera manifestación de ahí que una depresión en el anciano debe ser sometida en seguimiento prolongado.

No es infrecuente que pacientes con antecedentes de depresión desarrollen ulteriormente una autentica demencia. Con cierta frecuencia se puede observar en pacientes ancianos con manifestaciones depresivas imágenes de leucoaraiosis, entendiendo que probablemente se trate de manifestaciones distímicas de origen vascular. El empleo de antidepresivos tricíclicos para la corrección de esas manifestaciones de desánimo pueden traer consigo la presentación de un síndrome confusional. Es bastante frecuente que pacientes adultos mayores con síntomas depresivos que responden a la terapia antidepresiva, desarrollen, después de cierto tiempo un auténtico síndrome demencial debido probablemente no a que la depresión predisponga al curso demencial sino mas bien a que esta sea una expresión precoz de la propia demencia e inherente a su cuadro clínico evolutivo.

Con base en esta información se logro establecer como pregunta problema; ¿Cuál es el rendimiento en pruebas Neurocognitivas en pacientes adultos mayores con Alteraciones del estado de Ánimo.

Objetivos

Objetivo General 1

Identificar el desempeño cognitivo, comportamental y funcional en adultos mayores en edades comprendidas entre 65 y 85 años con síntomas de alteraciones del estado de ánimo, por medio de evaluación neuropsicológica y el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, con el fin de aportar nuevos conocimientos acerca del deterioro en la salud mental de este grupo poblacional.

Objetivos Específicos

Describir el rendimiento neuro-psicológico del adulto mayor con síntomas de alteraciones del estado de ánimo.

Comparar el desempeño neuro-psicológico de la muestra con variables socio-demográficas.

Identificar los cambios en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor que afectan su adaptación y desempeño al medio ambiente.

Marco teórico

La edad adulta según la psicología del desarrollo

Las raíces históricas de la psicología evolutiva o del desarrollo como disciplina científica se encuentran en el último tercio del siglo XIX. Es precisamente también en ese momento en donde se buscara el origen de la separación entre

la psicología evolutiva que trata fundamentalmente de la niñez o infancia y la psicología del envejecimiento. En esos momentos, los fundadores de esa disciplina (Preyer, Baldwin, Binet, Hall, 2001.) se ocupan casi exclusivamente de construir una psicología del niño y del desarrollo en la evolución de la infancia.

Una de las razones fundamentales que explican la tardanza en la aparición de una psicología del desarrollo adulto y de la vejez como separación de la psicología infantil radica en la presencia de un concepto de desarrollo que favorece la oposición entre desarrollo y envejecimiento. Las raíces de este concepto de desarrollo se denotaron en la psicología que se hacía antes de la Segunda Guerra Mundial. Los años 20 y 30 representan, la edad de oro del conductismo, y marco teórico que por una parte ignora el estudio de estados u procesos mentales, y por otra reduce el desarrollo a una historia de refuerzos y condicionamientos. Birren y Schroots (2001).

La psicología del desarrollo se ocupa de todos los cambios del pensamiento, actitudes vivencias y conductas durante todo el ciclo vital de la persona. El desarrollo en la edad adulta esta marcada por acontecimientos típicos, propios de la edad; la jubilación, enfermedades crónicas, nuevos roles como el de abuelos, pérdidas familiares o la proximidad de la muerte. El desarrollo es, por tanto, cualitativamente distinto al de épocas anteriores.

El desarrollo tiene lugar cuando se observan cambios duraderos. En la persona coinciden el cambio y la estabilidad, dado que los cambios de las diversas competencias personales transcurren a distintas velocidades y su

interacción produce cierta estabilidad por ejemplo en la autonomía de la persona y su bienestar (Martin y Kiegel, 2004). Las diferencias indican que el desarrollo adulto puede manifestarse multidimensionalmente, es decir en algunas competencias de manera estable y en otras aumentando o disminuyendo.

El concepto del envejecimiento normal se orienta por la norma típica como puede ser el envejecimiento sin enfermedades crónicas que sería lo contrario del envejecimiento patológico. El envejecimiento patológico, el envejecimiento exitoso se da cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones de la vida. Havighurst (1948-1972).

El proceso del Envejecimiento

El primer paso para entender el proceso de envejecimiento es distinguir entre envejecimiento primario, que comprende los cambios irreversibles que ocurren con el tiempo, y el envejecimiento secundario que se refiere a todos aquellos cambios provocados por enfermedades o afecciones específicas. El envejecimiento secundario implica cambios que a pesar de ir asociados a la edad, no son inevitables, es decir, se pueden evitar y en ocasiones cuando aparecen, se pueden remediar. Ross A. Thompson (1998).

Características del proceso de envejecimiento

Aspectos externos

Los cambios externos producidos por el envejecimiento son

características que la mayoría de los adultos se niegan a aceptar pero que son inevitables. Uno de los más evidentes es el que experimenta la piel, que es más seca, más fina y menos elástica, de modo que aparecen arrugas evidentes y se hacen más visibles los vasos sanguíneos y la acumulación de grasas (Kligman y Cois, 1985). Además las manchas oscuras en la piel conocidas como las "manchas del envejecimiento" son visibles en casi un 25% de los adultos de 60 años. El cabello también tiene cambios de forma continua ya que se vuelve fino y aparecen canas y en muchos casos termina siendo blanco. La pérdida de coloración en el cabello es el cambio físico que con mayor frecuencia se encuentra asociada al envejecimiento cronológico. Balín (1994).

Otros cambios físicos en la vejez se relacionan con la alteración general en la estatura, la silueta y el peso corporal. La mayoría de los ancianos miden unos tres centímetros menos que en su juventud debido a que las vertebras comienzan a juntarse durante la madurez. Además, la musculatura que soporta las vertebras es menos flexible lo que le dificulta mantenerse derecho. La silueta se afecta por la redistribución de la grasa, se acumula menos en los brazos, piernas y partes superiores de la cara. En la vejez, a menudo se pierde peso corporal debido a que los tejidos musculares se reducen. En ambos sexos la reducción de la fuerza muscular es evidente, sobre todo en las piernas por lo que deben caminar más lentamente y en ocasiones ayudados por un bastón o caminador.

Déficit en la capacidad y el rendimiento sobre tareas cognitivas.

Durante la juventud y la madurez aumentan o se mantienen estables gran parte de sus capacidades intelectuales. Sin embargo, a partir de los 60 años, se empieza a experimentar cierto deterioro a nivel cognitivo. En el estudio longitudinal de Seattle (1990) la persona mayor promedio mostró importantes declives en las cinco capacidades mentales principales como son: comprensión verbal, capacidad espacial, razonamiento inductivo, capacidad numérica y fluidez verbal, con declives especialmente acusados en las capacidades subyacentes de velocidad de procesamiento y capacidad numérica (Schaie, 1996) .

En este periodo algunos individuos alcanzan niveles máximos de productividad creativa, mientras muchos otros parecen mantenerlas al máximo nivel que antes o, en algunas cosas, acaban sumidos en una confusión que les hacen parecer ausentes (Powell, 1996). Teniendo en cuenta que la capacidad cognitiva en particular tiende a mostrar un grado distinto de deterioro en función de la edad. Este hecho se debe en parte a que el envejecimiento afecta de distinto modo a las diferentes partes del cerebro.

Tanto en el envejecimiento normal, como en el patológico, la disfunción amnésica, es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los

ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión. Una vez captada la información se debe trasladarla a la memoria de trabajo quien tiene como función el procesar mediante el cual se produce la actividad mental consciente que acontece en un determinado momento.

La memoria realiza dos funciones primordiales relacionadas entre sí: En primer lugar, almacena la información durante algún tiempo, de modo que esta se puede utilizar de forma consciente. Esta se carga constantemente con nueva información (a partir del registro sensorial inmediato o de la base de conocimientos) para su uso. De la misma forma, desecha o transfiere a la base de conocimientos la información antigua que ya no es necesaria para realizar las tareas actuales o cuando a la memoria de trabajo ya no le queda espacio libre. En segundo lugar la memoria de trabajo procesa la información de manera que, con la que tiene almacenada en ese momento posibilita el razonamiento integrador, hace cálculos mentales, sacan conclusiones entre otros. Es decir que la memoria de trabajo desempeña de forma simultánea las funciones de almacén temporal de información y de procesador analítico de esa información. En todo este proceso las personas mayores tienen una memoria de trabajo con menor capacidad que los jóvenes. Se les dificulta conservar varios aspectos de una información nueva al mismo tiempo además de que resulta difícil recordar material nuevo cuando se intercalan elementos que distraen su atención.

Otro factor que influye en la memoria se trata de la memoria implícita y explícita. La primera es una especie de memoria inconsciente o automática que incluyen los hábitos, las respuestas emocionales, los procedimientos rutinarios y los sentidos. La memoria explícita, en cambio, abarca palabras, datos y conceptos. La mayor parte del contenido de esta clase de memoria se aprende de modo consiente, a menudo al relacionarlo con información verbal que ya estaba almacenada y con la finalidad de recordarlo más adelante. Schacter y Tulving (1994).

Factores psicobiologicos del envejecimiento

El envejecimiento en el nivel molecular, es un proceso que resulta de crecientes desordenes en los mecanismos reguladores intracelulares e intercelulares. Esto conlleva a una reducción de la resistencia del organismo al estrés intercurrente y las enfermedades.

El sistema endocrinológico (que produce las hormonas), regula la composición del cuerpo, la acumulación de grasa, la masa ósea, la fuerza muscular, el metabolismo, el peso corporal, y el bienestar físico. Los cambios múltiples a nivel hormonal acompañan al envejecimiento de todos los seres vivos y, como es de esperarse, varias de las manifestaciones fisiológicas del envejecimiento tienen que ver con los efectos de la declinación de los niveles de hormonas. Una de las primeras investigaciones en el posible rol del sistema endocrino en el proceso de envejecimiento, fue conducido por

Charles Edward Brown-Séguard (1817-1894), un médico y profesor francés. A los 72 años, Brown-Séguard se inyectó a si mismo, de forma intramuscular, extractos acuosos del tejido fino testicular de perros jóvenes y cerdos de Guinea. Así en 1889, declaró que este tratamiento le produjo un aumento de fuerza muscular y vigor sexual, por lo que se abocó al estudio del uso médico de los extractos testiculares como medio de prolongar la vida. En los seres humanos, el envejeciendo está asociado a una disminución de la producción de estrógenos en las mujeres (menopausia) y de testosterona en los hombres (andropausia), de la secreción en las glándulas suprarrenales de deidroepiandrosterona (DHEA) y de sulfato de DHEA (Dhea-S) (adrenopausia), y a una disminución en la actividad de un sistema hormonal llamado eje hormona de crecimiento (GH)/factor de crecimiento insulino-simil (IGF) (somatopausia). Kolb (2003)

Deterioro a nivel Familiar

Actualmente la familia es una de las instituciones que más cambios ha sufrido en los últimos años a diferentes niveles: en la imagen, en los aspectos legales, en las relaciones de pareja, en las relaciones padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asumen cada individuo.

En otro tiempo, la familia (padres, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, y el respeto y la defensa del anciano. En este modelo el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y

del cuidado de los mayores.

Ciertamente este modelo tradicional está cambiando; el anciano no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque actualmente existen diferentes motivos que separan a las diferentes generaciones familiares: El sentido de cohesión familiar y solidaridad se está transformando y está dando paso a la ruptura e independencia familiar. Los cambios en la dinámica familiar, en los roles de los miembros y en las relaciones entre familiares. Los problemas de espacio en las viviendas, sobre todo en las grandes ciudades (Shalokc y Verdugo, 2003) . Muchos abuelos se tienen que enfrentar a situaciones como el divorcio de alguno de sus hijos, y a veces algunos nietos quedan a su cargo.

Se estima que 1 de cada 7 adultos de la tercera edad sufre depresión. Lo que más se le recomienda a una persona deprimida es platicar, que abra su corazón y nos permita conocer todo lo que está dentro de él, que saque todo lo que tiene adentro para que se desahogue y se sienta comprendido. Pero resulta que los ancianos viven en una perpetua soledad, están abandonados y en depresión, así que no les queda otro camino más que caer cada vez más en esa profunda tristeza que lo va agobiando, haciéndolo sentir peor, con menos deseos de vivir. No falta el día que le empiecen a atravesar por su cabeza pensamientos de suicidio, porque se siente tan mal, tan abandonado. Gilberto S (2009).

Las personas de la tercera edad también pueden sufrir maltrato social, son discriminadas por la sociedad. Los ancianos tienen derechos, pero muchas veces esos derechos no se les hacen válidos. Son personas muy débiles e indefensas y si no hay alguien que los apoye, que los ayude, que esté

velando por sus intereses, no pueden pelear por sus derechos, no tienen cómo defenderse y pues reciben maltratos. Una clase de maltrato es el psicológico que es llamado "abandono moral", que ocurre cuando al anciano lo meten a una institución y la familia se va a vivir su vida a gusto, sin hacerse cargo del anciano. El anciano está en la institución y la familia no sabe si lo tratan bien o mal, si le dan de comer o no, si lo bañan. El maltrato económico es otra forma de maltrato a los ancianos; cuando al anciano se le pensiona, es decir, termina su etapa productiva de trabajo laboral en alguna empresa, empieza a cobrar su pensión. Entonces es tachado y catalogado como una persona que ya no tiene nada que ofrecerle a la sociedad, que ya no es productiva, y en cierta forma le hacen sentir que es una carga, que ahora la gente vive para mantenerlo. Pero es muy digno que aquellas personas que ofrecieron 20, 30, 40 o hasta 50 años de su vida a la familia, a la sociedad o a una empresa, se les dé una ayuda al para que así ellos puedan tener una vida lo más digna posible y es una forma de retribuir y de reconocer lo que dieron por esa casa, familia, empresa o sociedad. Gilberto, S (2009).

Deterioro cerebral en los ancianos

El cerebro es el órgano encargado de integrar en una gran unidad dinámica la personalidad del ser humano mediante la superposición de funciones viscerales, sensoriales y mentales. Con el nombre de inteligencia se designa esta última función y gracias a ella podemos actuar de forma racional y eficiente en el contexto social.

El cerebro alcanza un peso máximo a los 20 años, aproximadamente, y a partir de entonces se produce una

regresión lineal de 90 a 100gr hasta los 90 años (Brody, 1978; Brody, 1987). Por consiguiente la mayoría de los cerebros normales envejecidos experimentan un decremento menor del 10% en su tamaño a lo largo del ciclo vital.

Una persona no necesita ser un genio para desarrollar una actividad intelectual elevada a una edad avanzada. Estudios realizados con individuos ancianos sanos de inteligencia media, por ejemplo, demuestran que estas personas continúan ampliando su vocabulario al llegar a los 80 y aun después. Granick, Patterson, (1972).

Los procesos biológicos involutivos son los que parecen determinar primariamente los déficits cognitivos, aunque existen coadyuvantes y/u otros determinantes de tales pérdidas. En términos generales, el primero de ellos es la privación sensorial a la que con frecuencia es sometido el anciano, la cual puede provocar trastornos en las estructuras cerebrales y, por ende, en el comportamiento cognitivo. Por otro lado está la mayor incidencia de trastornos físicos en la edad avanzada (enfermedad aguda o crónica, deterioro sensorial), a los cuales hay que añadir los efectos secundarios de la medicación administrada para aliviarlos. Por último, las pérdidas en las relaciones interpersonales que sufre el anciano así como los cambios en su vida profesional y laboral determinan trastornos afectivos que, a su vez, cursan o se ven asociados con perturbaciones en el rendimiento intelectual (José, G, 2002). Se puede afirmar que los individuos mantienen un buen nivel de competencia cognitiva hasta después de los 75 años. Sin embargo, existe una polémica entre dos líneas de investigación: los estudios

longitudinales, como los de Baltes y Schaie muestran que el deterioro es ligero hacia los 60 años y más importante a partir de los 80 años, mientras que los estudios transversales, como los de Horn y Donalson hablan de un deterioro muy marcado a partir de los 45 años. En términos generales, lo que sí parecen aceptar todos es que hay un mantenimiento hasta los 60 años, pequeños deterioros hasta los 75 años y grandes pérdidas a partir de los 80 años.

¿Qué es la depresión?

La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. El síntoma más característico es la tristeza. A lo largo de la vida podemos experimentar tristeza o desgana, especialmente cuando sufrimos una pérdida importante. Sin embargo, la tristeza y la desgana en la depresión son inapropiadas o excesivamente intensas y prolongadas, otros síntomas son: Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso, enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria. En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia. Ansiedad con irritabilidad o agitación, cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio, disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad. Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o

sexuales. Es muy frecuente la inapetencia sexual, que puede dificultar las relaciones de pareja. Todos estos síntomas causan sentimientos de inutilidad y culpa. El paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés. Muchos pacientes ven la muerte como un alivio de su sufrimiento y piensan con frecuencia en ella y, en algunos casos, en el suicidio.

Síndrome depresivo en el anciano

La depresión también puede ser signo de un problema médico. Puede ser una reacción a una enfermedad o ser causada por la enfermedad misma. Puede complicarse por trastornos cerebrales que ocurren con la edad, como la enfermedad de Alzheimer. La depresión también es un efecto secundario de muchos fármacos comúnmente recetados para los ancianos. La depresión en los ancianos es un problema generalizado que a menudo no se diagnostica y con frecuencia recibe un tratamiento inadecuado. Muchas personas mayores no confiesan que tienen signos y síntomas de depresión por miedo a ser juzgados como débiles o locos. Algunas de estas personas pueden estar conscientes de su depresión, pero creen que nada se puede hacer al respecto.

La depresión puede complicarse a causa de la enfermedad de Alzheimer o por otras formas de demencia e igualmente puede complicar otras afecciones médicas en las personas de edad avanzada. El suicidio en los ancianos es una de las causas principales de muerte relacionada con lesión, Los hombres representan la mayoría de estos suicidios, siendo los divorciados o viudos quienes están en mayor riesgo. Las

familias deben prestarles atención especial a los familiares hombres de edad avanzada que estén solos. Además de encontrarles ayuda psiquiátrica, los miembros de la familia deben retirar del alcance de los pacientes cualquier objeto que les pueda generar daño a otros o a ellos mismos como cuchillos, que pudieran utilizar para hacerse daño. *Health G* (2008.)

Un factor de riesgo en los adultos mayores causados por episodios depresivos es el suicidio; en esta etapa de la vida forma la parcela social por la que la conducta suicida alcanza con más frecuencia un nivel alto de gravedad, la terminación. Estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes.

los principales elementos a considerar en el riesgo de suicidio están constituidos por los factores psicosociales, la elevada prevalencia de síndromes depresivos en edades avanzadas se produce con marcada presencia de las depresiones en la que los factores psicosociales desempeñan un rol fundamental, dichos factores se encuentran en la situación de soledad y aislamiento afectivo, imposibilidad real de reponer el objeto perdido, muerte de familiares y amigos, jubilación, deterioro económico y pérdida de status y roles, carencia de soporte familiar, institucional o social, impacto psicológico

de los trastornos somáticos invalidantes, enfermedades psiquiátricas, enfermedades somáticas crónicas. El sentimiento de abandono, la sensación de vacío y la autopercepción de ser una persona inútil, sin proyectos.

Las consecuencias de un trastorno depresivo no reconocido ni tratado adecuadamente en el adulto mayor, suele determinar el rechazo al tratamiento, sufrimiento personal y familiar y una morbilidad y mortalidad mayor a causa, tanto de enfermedad médica, como del mayor riesgo del suicidio, en cuanto las enfermedades somáticas pueden contribuir al suicidio en el adulto mayor, a través de varios mecanismos; ya que este trastorno en enfermos orgánicos se correlaciona con la influencia fisiológica de la enfermedad sobre el estado de ánimo, la acción de los tratamientos médicos realizados y las limitaciones psicosociales derivadas de la misma enfermedad. Ciertas enfermedades orgánicas pueden cursar con trastornos tipo Delirium, caracterizado por perturbaciones sensorio-perceptivas, deterioro cognitivo y alteraciones del humor que pueden facilitar un acto suicida. Bobes Garcia J.; González Seijo; Saiz Martínez P (19981).

¿Qué son las Demencias?

Se trata de una enfermedad que se caracteriza por un deterioro mental prematuro y progresivo. Las enfermedades demenciales alteran particularmente la inteligencia. Las características de estas afecciones dependen no solo de la pérdida neuronal, sino de la localización de las lesiones y las alteraciones de la neurotransmisión. El término demencia identifica el síndrome caracterizado por el deterioro

significativo de las funciones cognitivas, en ausencia de alteraciones de conciencia o atención que justifiquen el cuadro. El incremento de edad es un factor de riesgo bien conocido para el desarrollo de la demencia (Katsman, 1989). La edad de su inicio depende de su etiología pero suele presentarse en etapas avanzadas. En el proceso de diagnóstico de la demencia, la historia clínica es fundamental, pues permite elaborar una secuencia del deterioro del paciente. En el interrogatorio debe hacerse énfasis en los cambios cognitivos y comportamentales que se hayan presentado, así como en su secuencia y evolución en el tiempo.

Una de las razones por las cuales es difícil detectar en forma temprana la demencia es la dificultad para definir las características de la inteligencia típicamente normal de los pacientes de tercera edad. Además de la pérdida neuronal, estos pacientes presentan a menudo enfermedades extraneurológicas como diabetes, hipertensión arterial, deterioro de los sentidos y enfermedades cardio-respiratorias o endocrinas que limitan el rendimiento cerebral. Todos estos factores llevan a que el límite entre lo normal y lo anormal sea algo arbitrario.

Tipos de Demencias

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia que se demuestra más a menudo. Es una enfermedad de inicio insidioso, que en general aparece después de los cuarenta años y cuya incidencia aumenta a partir de la sexta década. Los síntomas

tempranos de la EA consisten en alteraciones sutiles de la memoria, dificultad en la solución de problemas sencillos, alteraciones en la respuesta al medio en el que se desenvuelve y propensión a la distracción. Posteriormente se relaciona con compromiso del lenguaje consistente en parafasias, disnomia, lentitud en la comprensión. También se observan alteraciones en orientación, habilidad viso espacial y calculo. Al realizar el examen neurológico se pueden ver alteraciones como amnesia, apraxia, agnosia y afasia (las cuatro A) . Los cambios de personalidad se manifiestan como pasividad en las interacciones y disminución de la espontaneidad. Se han estudiado múltiples variaciones como factores de riesgo para la presentación de la EA; dentro de los más significativos están: presencia de apolipoproteina E4, historia familiar de Alzheimer o síndrome de Down y trauma craneoencefálico. Kolb Wishaw (2003).

El déficit cognoscitivo en la DA suele seguir una secuencia más o menos característica. Este aspecto es importante, debido tanto a la gravedad del pronóstico como al hecho de que el diagnóstico es eminentemente clínico. La primera de sus tres fases, cuyo inicio es siempre difícil de establecer se caracteriza por olvidos frecuentes, labilidad emocional con tendencia a la depresión, desorientación espacial y pérdida del rendimiento laboral y social. Los exámenes paraclínicos, que incluyen el EEG (electroencefalograma) y la escenografía no muestran alteraciones en esta fase. Las pruebas neuro psicológicas demuestran déficit en la memoria reciente y dificultad para generar lista de palabras.

La segunda fase consiste en un deterioro más bien rápido de todas las funciones intelectuales. Predominan las

alteraciones del lenguaje, que es fluido con parafasias frecuentes y alteraciones en la comprensión. La memoria tanto reciente como remota se ve bastante comprometida, lo mismo que el cálculo y el razonamiento abstracto. Aparecen signos evidentes de agnosia y apraxia. El EEG puede demostrar lenificación y la escenografía puede demostrar atrofia cortical. La resonancia magnética parece ser el método para evaluar la enfermedad del Alzheimer, por ser más sensible en la detección de zonas específicas de atrofia, como las relaciones del hipocampo temporal y parietal.

En la tercera y última fase, los trastornos de la conducta y de la actividad motora son más patentes. El lenguaje disminuye o está ausente, se pierde el control de esfínteres y el examen neurológico muestra signos patológicos, como Babinski y reflejos de succión y depresión. Algunas personas pueden presentar cambios de personalidad o irritabilidad excesiva en etapas tempranas; en estadios posteriores pueden presentar trastornos motores y de la marcha, eventualmente mutismo y terminar postrados en cama, Kold Wishaw (2003).

En cuanto al lenguaje los pacientes con DTA tienen dificultad para encontrar palabras lo cual produce largas latencias en el lenguaje espontáneo; también presenta reducción del lenguaje expresivo y parafasias. La comprensión y la repetición se ven comprometidas en etapas avanzadas de la enfermedad (Ardila, Rosselli, 1992). La memoria es una de las habilidades más afectadas. El paciente empieza olvidando hechos recientes y luego desarrolla amnesia tanto anterograda como retrograda; primero se ve afectada la memoria episódica y

luego la semántica. Ardila (1985).

Las habilidades espaciales se ven afectadas de manera temprana; al principio el paciente se siente extraño en lugares conocidos y al final es incapaz de reconocer todo tipo de lugares también se observa apraxia contrusional, que se pone de manifiesto en la deficiente capacidad para copiar figuras. Entre los cambios comportamentales se encuentra la agnosia como una de las principales características de estos pacientes. Dentro de los trastornos neuropsiquiátricos que acompañan la demencia de tipo Alzheimer destacan la apatía y la irritabilidad, aunque los delirios, la agitación, la ansiedad y los cambios de personalidad también acompañan a menudo la enfermedad. Es común la presencia de ideas paranoides en relación con los familiares y alucinaciones visuales. Ardila, Rosselli (1992).

Demencia Vascular

La expresión demencia vascular (DV) hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico, siendo necesario un nexo temporal entre ambas condiciones. Es un síndrome de etiopatogenia multifactorial, reflejo de la gran heterogeneidad de la patología vascular cerebral. Las lesiones histopatológicas que clásicamente se relacionan con la demencia vascular son los infartos corticales, los infartos lacunares y la afectación isquémica difusa de la sustancia blanca, aunque el espectro de las lesiones subyacentes y su contribución al desarrollo de una demencia aún se encuentran sometidos a análisis. Los infartos

lacunares son lesiones cavitadas de entre 1 y 20 mm de diámetro producidas por la oclusión de arterias perforantes o por el desarrollo de pequeñas hemorragias. Son subcorticales y predominan en los ganglios basales, tálamo, protuberancia o sustancia blanca hemisférica. Son causa suficiente para el desarrollo de una demencia según su número y distribución topográfica, y cuando se presentan en determinadas localizaciones (lóbulos frontales, cuerpo calloso, tálamos) su relación causal con la demencia es más clara. El estado criboso es el resultante de pequeñas y múltiples cavidades en la sustancia blanca, con membrana pial-glial y arteriola central. Representan dilatación de los espacios perivasculares de Virchow-Robin y su relación aislada con la demencia está menos establecida, aunque acompaña con frecuencia a otras lesiones vasculares isquémicas. Bermejo, P, Román, G (2002).

Enfermedad de Parkinson (EP)

La enfermedad de Parkinson (EP en adelante) es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central incurable, sólo aliviado mediante fármacos o neurocirugía, no prevenible, progresiva, con tendencia a la invalidación. No es mortal. Se produce por la degeneración de las neuronas que segregan un neurotransmisor específico, la Dopamina, en la zona mesencefálica conocida como ganglios basales; en concreto se pierden hasta un 70% de las neuronas dopaminérgicas de la "sustancia negra" y del núcleo estriado. La dopamina es un importante neurotransmisor necesario para la regulación de los movimientos, la marcha y del equilibrio. La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa después de la enfermedad de

Alzheimer. Están afectadas en España unas 110.000 personas. Afecta por igual a varones que a hembras, y sobre todo a las personas mas provecas (1,7% de los mayores de 60 años), aunque un 20% de los pacientes tienen menos de 50 años. Sus causas son múltiples y aún no totalmente conocidas: genéticas, metabólicas, apoptosis, oxidación celular, tóxicos ambientales, micro- traumatismos cerebrales antiguos, entre Otras (Rodríguez, Alfredo, 2005) . En la mayoría de los estudios se observa que la demencia en la EP presenta una relación significativa con la edad avanzada. Las funciones cognitivas predominantemente afectadas en la EP son; memoria reciente, funciones ejecutivas y funciones visuo-espaciales. En el caso de la memoria esta principalmente afectada la recuperación del material ya almacenado. Las funciones ejecutivas están precozmente alteradas, apreciándose un aumento requerido para completar las tareas, disminución de la flexibilidad del pensamiento y disminución de la capacidad de aprender procedimientos motores.

Metodología

Diseño y tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal ya que los símbolos numéricos que se utilizan para la exposición de los datos provienen de un cálculo o medición. Se pueden medir las diferentes unidades, elementos o categorías identificables, en este caso tendremos en cuenta los resultados expuestos por las pruebas Neurocognositivas aplicadas y la entrevista semiestructurada.

Muestra

Se contó con una muestra conformada por 49 adultos mayores en edades comprendidas entre 65 y 85 años, con Alteraciones del estado de Ánimo institucionalizados en un centro del adulto mayor, quienes a su vez firmaron un consentimiento informado.

Criterios de Inclusión

Edades comprendidas entre 65 y 85 años

Que tengan aprendizajes de lectura y escritura

Población vinculada a una Institución geriátrica

Criterios de exclusión

Que presenten enfermedades neurológicas o psiquiátricas actuales.

Que tengan alguna enfermedad sistémica confirmada.

Instrumentos

Para realizar la toma de datos necesarios para la investigación se utilizaron escalas y test psicológicos que tendrán como objetivo evaluar el desarrollo y destreza de salud mental en el adulto mayor. Estos instrumentos son:

Entrevista semiestructurada. Escalas funcionales; (Barthel, Hachinski, Inventario neuropsiquiátrico, Lawton y Brody, Lobo: Escalas neuropsicológicas (TMT, Figura compleja de rey, Test

de retención visual de Benton, vocabulario de Boston, Test semejanzas del WAIS, Test de Aprendizaje verbal de Rey, Escala de memoria Weschler y FAS).

Entrevista Semi-estructurada

La entrevista semiestructurada debe adaptarse al contexto: al entrevistado, al entrevistador, al objeto del caso y en general a las condiciones socio culturales, jurídicas y psicológicas.

Para lo anterior se debe asumir el objeto de la entrevista como un "problema de investigación" el cual abarca la exploración de la situación, el diseño de intervención y la preparación del trabajo de campo. De este último se deriva la clasificación del tiempo que se proyecta en demora de recolección de información y la organización de los mismos datos. Ya en la práctica de la entrevista como tal se debe ser hábil en el procesamiento de la información y en la observación que se realiza al entrevistado.

Todo lo anterior apunta a un proceso de identificación de patrones culturales que permitan al investigador corroborar, descartar o descubrir elementos relacionales de su entrevistado y así finalmente presentar el informe que se requiere.

Figura compleja de rey

La "figura-compleja" fue diseñada por Rey (1941), para investigar, tanto la organización perceptual, como la memoria visual en individuos con lesión cerebral.

La ejecución de este test consiste en solicitar al sujeto examinado que copie una figura compleja a mano y sin límite de tiempo, valorándose la capacidad de organización y

planificación de estrategias para la resolución de problemas así como su capacidad visuoconstructiva. Posteriormente, sin previo aviso y sin la ayuda del modelo, el examinado debe reproducir inmediatamente y a los 30 minutos de nuevo la misma figura, con el fin de evaluar su capacidad de recuerdo material no verbal. Cada uno de estos intentos se puntúa sobre una escala validada que oscila desde un mínimo de 0 a un máximo de 36 puntos (normalidad). La puntuación media de un adulto es de 32 puntos.

Una puntuación de exactitud, basada en el sistema de la unidad de puntuación, puede obtenerse para cada sesión del test.

Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey

El aprendizaje mediante la audición es una de las formas más esenciales que utiliza el ser humano. Este se presenta en la vida cotidiana y los individuos recurren a él a menudo. El test de aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, es un test que acentúa diferentes fases del aprendizaje y para ello se debe tener una máxima concentración, fuera de estímulos distractores.

Este Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de REY (Rey,1964) es una prueba que valora la curva de aprendizaje verbal, memoria inmediata, memoria tras interferencia, recuerdo y reconocimiento. Es esencial describir términos que van a ser importantes para el entendimiento del trabajo a presentar:

> Curva de aprendizaje verbal: Describe el grado de éxito obtenido durante el aprendizaje en el transcurso del tiempo. Es un diagrama en que el eje horizontal representa el tiempo transcurrido y el eje vertical el número de éxitos alcanzados en ese tiempo.

> Memoria inmediata: Es cuando entra la información que no ha sido procesada y que viene de los sentidos. Esta información entra, permanece un lapso de tiempo y luego se procesa o se pierde

> Memoria tras interferencia La información retenida se va perdiendo porque otra nueva va entrando y ocupando su lugar, es decir, la información nueva va interfiriendo la que ya se posee.

>■ Recuerdo: Es la re-creación de sucesos vividos filtrados a través de los sentidos. Más tarde esos recuerdos aflorarán a la conciencia bien de manera casual o evocación conscientemente por el sujeto.

>• Reconocimiento: Nos permite identificar algo que hemos percibido anteriormente, como el rostro de una persona, palabras, etc.

> Confabulaciones: Se refiere al tipo de error de memoria que con frecuencia se comete bajo condiciones de alta motivación o excitación, si se es incapaz de recordar cierto asunto, se puede fabricar algo que parezca apropiado

Trail Making Test (TMT)

Es uno de los test neuro-psicológicos más utilizados. Existen dos formas: Forma A y Forma B. Ambas pruebas implican la unión de 25 círculos que el sujeto tiene que conectar.

La Forma B es más compleja que la Forma A porque requiere la conexión de números y letras de forma alternante. En términos de validez del TMT, existen una serie de factores que hacen que esta forma sea más complicada:

1. Las distancias entre los números son mayores en la Forma B, lo que se traduce en la inversión de más tiempo para unir ordenadamente los círculos.
2. La forma de distribución de los círculos en la forma B pueden provocar una interferencia visual.
3. La diferencia en los tiempos para completar la Forma B puede atribuirse a los procesos cognitivos más complejos necesarios para tener en cuenta la alternancia de letras y números.

Esta forma puede ser un buen indicador de disfunciones frontales generales del lóbulo. En general, puede indicar la incapacidad del sujeto para ejecutar y modificar un plan de acción. Así mismo, puede ser útil como indicador de lesiones frontales focales, no obstante es importante señalar que la prueba, en sí misma, no es ordinariamente un indicador de la disfunción frontal. Los sujetos con lesiones en el hemisferio

izquierdo muestran peores resultados en esta prueba.

La parte B se asocia con los siguientes procesos: distinguir entre los números y las letras, la integración de dos series independientes, la capacidad de aprender un principio de organización y de aplicarlo sistemáticamente, la retención y la integración serial, solucionar el problema verbal, y planear.

Cada una de las partes debe ser puntuada separadamente mediante la medición del tiempo requerido para completar cada prueba. La ejecución es evaluada usando datos normativos, teniendo en cuenta la correlación entre el TMT y factores tales como la edad, educación y CI. Por lo general, el tiempo necesario para completar ambas formas oscila entre los 5 y 10 minutos.

Escala de Lawton y Brody

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado

de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.

Escala de Hamilton

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos. La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista

clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

índice de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado este mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básica\ de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa a del grado de dependencia del sujeto. El índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesta en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones. Además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. El IB se comenzó a utilizar en

los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo.

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Procedimiento

La selección del tema se presento como fin el aportar nuevos conocimientos acerca del deterioro en la salud mental en los adultos mayores con Alteraciones del estado de Animo y la influencia de los factores externos, afectivos y psicosociales que afectan esta transformación. Se establecieron los permisos para la aplicación de los instrumentos en la población, además

de aplicar entrevistas semi-estructuradas con el fin de recopilar información para la satisfactoria aplicación de Test e Instrumentos. Para la realización de este proyecto inicialmente se reunió a la población evaluada y se dialogó con cada uno de ellos sobre los objetivos y finalidades de esta investigación, logrando establecer una aceptación por parte del adulto mayor para la aplicación de la entrevista y las pruebas establecidas. Se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de enriquecer los conocimientos y amplitud del tema, además de seleccionar los instrumentos para estandarizar los procedimientos de aplicación y garantizar así el control de variables externas que puedan afectar la recopilación de los datos. Posteriormente se llevó un seguimiento de cada uno de los posibles participantes en compañía de personas con acceso a la medicación de los sujetos (médicos, enfermeras) con el apoyo de los datos ofrecidos por las historias clínicas archivadas en la institución, con el fin de controlar variables tales como demencia, trastornos de Depresión y antecedentes psiquiátricos diferentes a estos.

Resultados

En el mes de Mayo se aplicaron un total de 6 pruebas psicológicas las cuales se encargaron de medir estados de ánimo, memoria, razonamiento entre otros factores, además de la aplicación de una entrevista semi-estructurada. A continuación se observan los resultados dados por dichas pruebas.

Tabla N. 12. Resultados percepción de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

VARIABLES	% del N valido de tabla
Actividad lúdica	67,30%
Deporte o ejercicio	55,10%
Alimentación	46,90%
Visita	87,80%
Satisfacción con la institución	57,10%
Realizar mayor actividad	65,30%
Fuma	28,60%
	51,00%

La entrevista puede ser definida como un mecanismo de aproximación que permite profundizar nuestro conocimiento sobre un determinado proceso, grupo, situación o vivencia. Para su desarrollo es útil contar con una guía de conversación en la cual los tópicos son determinados de manera general. Nuevas preguntas y asuntos a tratar pueden ser resultado de la interacción con el entrevistado lo cual es viable siempre y cuando no nos aparte de nuestro objetivo de indagación.

Según los resultados obtenidos en la estadística;

demuestran que la población evaluada anteriormente, un 67.30% no se encuentra de acuerdo con las actividades lúdicas que se presentan en la institución, debido a que manifiestan bajos niveles de adaptabilidad hacia las dinámicas realizadas dentro de la institución, cabe resaltar que no toda la población puede realizar cierto tipo de actividades, dadas por su baja condición física; en cuanto el ítem de visitas arrojan un porcentaje de 87.80% lo cual nos dice que la población evaluada no se encuentra a gusto con la cantidad de visitas recibidas, puesto que la mayoría de la población no es visitada frecuentemente, lo cual probablemente estaría influenciando en el estado de ánimo de la población encuestada.

Estadísticos

Tabla N. 13. Resultados promedios en las escalas Neuro-psicológicas (n=49)

	Pruebas			
	REY	MM	TMT A	TMT B
TOTAL		TOTAL		
		19,29	209,61	379,61
	29,9 (DE	(DE	(DE	(DE
Media	12,9)	4,49)	235,5)	502,3)
Mediana	31	19	200	260
Moda	19	17	0	0
Mínimo	0	8	0	0
Máximo	59	28	1200	31, 2

Se presenta el resultado total por cada uno de las pruebas realizadas a la población asignada, en la cual demuestra

variabilidad en la media y una distribución típica por encima del promedio general del grupo según edad. Según estos resultados no se lograría establecer una relación directa, puesto que existe variabilidad en las respuestas que podría calificarse como inexactas y poco significativas. Esto probablemente fue causa de una inentendible y poca sostenibilidad en la explicación de la realización de cada prueba.

Tabla N. 14. Menores Resultados

N.49. Prueba cognitivas de menores resultados MM			
	MM atención y calculo	MM recuerdo	MM total
Media	2,14	1,78	19,29
Mediana	2	2	19
Moda	2	2	17
D.T	1,443	0,963	4,491
Máximo	0	0	8
Mínimo	5	4	28

Un test que se usa para evaluar una posible demencia es el Mini-Mental (MM), que da un puntaje máximo de 30 puntos. Es un test que se usa para evaluar la función cognitiva y para hacer seguimiento en etapas posteriores. Se evalúan cinco aspectos (Orientación, Registro de información o Memoria inmediata, Concentración y Cálculo, Recuerdo diferido, Comprensión del lenguaje), a través de once pruebas. Los resultados arrojados por el estadístico demuestran que el ítem con menor puntuación en la prueba de Mini Mental fue de recuerdo con 0.963 y el ítem de atención y Cálculo, lo que podría suponer que son las áreas con mayor dificultad y en las cuales la muestra se ve más afectada a nivel de desempeño y rendimiento (físico, cognitivo, social

etc.) diario.

Tabla N. 15. Resultados promedios en las escalas Neuropsicológicas
(n=49)

Estadísticos de Depresión o alteración del estado de animo			
	Escala de Lawton y Brody	Escala de Depresión de Hamilton	índice de Barthel
Media	5,2	17,41	74,9
Mediana	5	18	95
Moda	3	16	100
Desv.			
Tip	2,732	6,314	28,948
Mínimo	1	3	25
Máximo	12	36	100

Se presenta el resultado de cada uno de los estadísticos de Depresión o alteraciones del estado de ánimo y determinamos que en la escala de Depresión de Hamilton y la escala de Lawton y Brody la desviación típica se encuentra por debajo del promedio estándar, demostrando que la población posiblemente presente alteraciones del estado de ánimo y no se asegurarla un diagnostico de Depresión, debido a que no se manifiestan la sintomatología característica del diagnostico de depresión. Según el índice de Barthel la media y desviación típica se encuentra bajo las medidas reglamentarias en las cuales demuestra estabilidad permitiéndoles realizar las actividades básicas.

Tabla N.15. Resultados índice de Memoria

N=49	MEDIA	DESVIACION TIPICA	ERROR TIPICO DE LA MUESTRA
Aprendizaje Auditivo verbal de Rey A1	4.47	2.257	0.399
Aprendizaje Auditivo verbal de Rey A5	3.41	2.538	0.449
Aprendizaje Auditivo verbal de Rey A6	2.94	1.9	0.336
Aprendizaje Auditivo verbalde Rey A7	3.13	1.98	0.35
Aprendizaje Auditivo verbal de Rey Total	28.91	13.703	2.422

Los índices de memoria evaluados por la prueba de aprendizaje Auditivo Verbal de REY, determinan que la población posiblemente presente un déficit cognitivo, én el

cual dificulte la producción y mantenimiento de las palabras pronunciadas, a diferencia de esto el resultado es negativo ya que disminuyen, por otro lado, no podríamos asegurar que la mayoría de la muestra manifieste dicho deterioro sin necesidad de determinarlas como Alzheimer.

Discusión

Los resultados expuestos según la estandarización vista, estipulan que del 100% de la población evaluada un mínimo porcentaje de esta se encuentra sin alteraciones del estado de ánimo, puesto que a diferencia demuestran altos niveles de afectación emocional, influidas por su endeble núcleo familiar y falta de actividades lúdicas; además de los cambios fisiológicos y deterioro cognitivo que presenta el adulto mayor, no les permite desenvolverse ágil y sistemáticamente.

Según los análisis arrojados en la estadística, se integran ahora en el presente punto y se organiza de acuerdo con los objetivos e hipótesis de la investigación, en ese orden de ideas, se señalan la dirección de la discusión iniciando por determinar el tipo de relación existente entre la relación permanente de la depresión y la pseudo-demencia.

Los resultados obtenidos del análisis de las medias y la desviaciones (Tabla N. 13.) realizado con la escala de Rey, Mimimental y TMT, indicaron que aquellos adultos mayores que no llevan a cabo ningún tipo de actividad lúdica y no son visitados con frecuencia presentan un nivel significativo de depresión que quienes realizan dichas actividades y son visitados con frecuencia.

Cabe resaltar que aunque los resultados obtenidos arrojen una relación negativa entre la depresión y el deterioro cognitivo, la investigación no da por hecho la conexión causal.

Afirmando lo anterior, los resultados del estudio realizado, indican que el 70% aproximadamente de la población con la cual se llevo a cabo la investigación, presentan alteraciones del estado del ánimo sin diagnóstico depresivo, esto puede ser por causa de los bajos recursos dados por el área de salud en las instituciones geriátricas públicas; por esta razón sería necesario mayor atención en este campo, puesto que se podría detectar con mayor facilidad neurocognitivas y fisiológicas en el adulto mayor.

De acuerdo a lo anterior, los problemas de depresión en el adulto mayor, para esta investigación, parecen estar vinculados, con la falta de interacción familiar y de actividades lúdicas, debido a que la mayoría de la muestra manifiestan apatía e inconformidad en cuanto a la carencia de afecto por parte de sus familiares, así mismo, es importante aclarar que la muestra establecida no debe estar bajo tratamiento farmacológico que claramente esté relacionado con el trastorno depresivo, no haberlos tomado durante las dos semanas anteriores y no presentar ninguna enfermedad neuropsicológica.

Un factor a reconocer es la falta de atención y déficit de memoria establecidos según los resultados; se podría clasificar que la duración y mantenimiento de información por la muestra se caracterizaría como memoria a corto plazo la cual puede ser doblemente disociada de la memoria a largo

plazo según el tipo de lesión, es decir, teniendo en cuenta los factores ambientales y psicofisiológicos del adulto mayor se logra determinar si el motivo de la memoria a corto plazo es producida por los cambios normales de la edad o por algún factor externo como podría ser; un golpe, resultados de un daño cráneo-cefálico, hereditario o enfermedades sistémicas que produzcan dicho deterioro.

En este sentido el hallazgo más seguro e indiscutible es que adultos mayores en edades comprendidas de 65 a 85 años presentan alteraciones del estado de ánimo y déficit neuropsicológico influido por cambios físicos y degeneraciones biológicas propias de la edad.

Según Hernández, Montañés, Gámez, Cano y Núñez, (2007), quienes trabajaron sobre la "Neuropsicología de envejecimiento normal", cuyos resultados evidenciaron que a mayor edad, el desempeño declina en tareas atencionales, del lenguaje, de memoria y de funciones ejecutivas. Excepto en las tareas de memoria, el nivel educativo se relacionó con el desempeño en todas las pruebas cognitivas; con relación a la presente investigación podríamos establecer una similitud entre los resultados obtenidos en cuanto a tareas atencionales, y funciones ejecutivas; sin embargo en las tareas de memoria se evidenció un bajo nivel de respuesta en la prueba Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, puesto que el procesamiento automático de la muestra pudo no haber sido procesada de manera sensorial o mediante un corto entrenamiento.

Los índices de memoria evaluados por la prueba de aprendizaje Auditivo Verbal de REY, determinan que la

población posiblemente presente un déficit cognitivo, en el cual dificulte la producción y mantenimiento de las palabras pronunciadas, a diferencia de esto el resultado es negativo debido a su disminución, por otro lado, no se pudo asegurar que la mayoría de la muestra manifieste dicho deterioro sin necesidad de determinarlas como Alzheimer. Una de las dificultades presentes en el en la realización del proyecto hace referencia a las incidencia de distractores ambientales que influyeron en los índices de atención durante la aplicación de cada una de las pruebas.

El adulto mayor es un ser igual de importante a las demás personas ya sean niños, jóvenes o adultos jóvenes, son de gran importancia para la vida de muchos seres, los adultos representan la experiencia y sabiduría adquirida por los años. Son las raíces y el principio de vida, son la fuerza que día a día impulsan a salir adelante y ofrece ejemplo de vida y triunfo. El ser un adulto mayor no significa comodidades o beneficios, por el contrario significa para mucho el convertirse en una carga, concepto que en realidad no debería ser tenido en cuenta con forme al esfuerzo y tazón de cada uno de estos sujetos. Por otro lado, no es viejo aquel que pierde el cabello o al que le salen las arrugas o el que simplemente pierde la facilidad o resistencia física, sino aquel que pierde la esperanza, fe y actitud positiva. El hecho de que su edad sumen algunos años no quiere decir que no compartan ideales o costumbres, es un ser sociable y de intereses que en su caso radican en el detalle emocional, afectivo e interpersonal el cual lo motiva a llevar una vida activa, dejando a un lado pensamientos derrotistas y que a diferencia de esto lo hacen sentir una persona útil y productiva.

Como sociedad, la única forma de recompensar todos sus tesoros brindados, es seguir su ejemplo, fundado en los valores de la honestidad, fuerza y respeto, entre otros, recordando que un día ocuparemos su lugar.

Recomendaciones

Retomando la investigación sobre la pseudo-demencia y la depresión, de los análisis de los resultados obtenidos y la discusión teórica; se plantean las siguientes proposiciones:

Para una mejor aplicación de los instrumentos de la investigación, es recomendable la selección de mejores preguntas en la entrevista, siendo más específicos en las áreas que se quiere investigar y abordar, puesto que los adultos mayores por establecer un contacto con otras personas abren dichos espacios de entrevista más amplios, dejando observar mejor la investigación.

Tener presente factores de riesgo y ejecutar estrategias de prevención y promoción en la población del adulto mayor, con el fin de aumentar los niveles de actividades lúdicas y así obtener mayor gratificación y mejoramiento del estado de ánimo; sin dejar a un lado la propuesta de mejoramiento en el área de la salud; puesto que los profesionales de la medicina juegan un papel muy importante en la salud del ser humano y más específicamente en el diagnóstico y tratamiento en la población geriátrica, por tal razón esta investigación no puede asegurar que en los participantes su totalidad no presenta trastorno de depresión o demencias.

Se sugiere para las próximas investigaciones, profundizar en la historia clínica y diagnóstico de cada uno de los participantes, puesto que se obtendría resultados más exactos.

Apencice 1

ENCUESTA

1. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO ESPECIAL?
SI-NO

2. REALIZA ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD LUDICA? SI-NO

3. REALIZA ALGUN TIPO DE DEPORTE O EJERCICIO? SI-NO

4. CNSIDERA QUE SU ALIMENTACION ES BALANCEADA? SI-NO

5. TIENE ALGUN TIPO DE VISITA O FORMA PARTE DE ALGUN GRUPO? SI-NO

6. SE ENCUENTRA AGUSTO CON LA ISNTITUCION Y LAS ACTIVIDADES QUE
REALIZA DENTRO DE ELLA? SI-NO

7. LE GUSTARIA REALIZAR MAS ACTIVIDADES FISICAS Y
DEPORTIVAS? SI-NO

8. HA FUMADO O FUMA ACTUALMENTE? SI-NO

CALIFICACION

SI: 1

NO:0

Apéndice 2

FIGURA COMPLEJA DE REY-OSTERRIETH copia

Tiempo: _____ Orden: 1. 2. 3. Puntaje _____

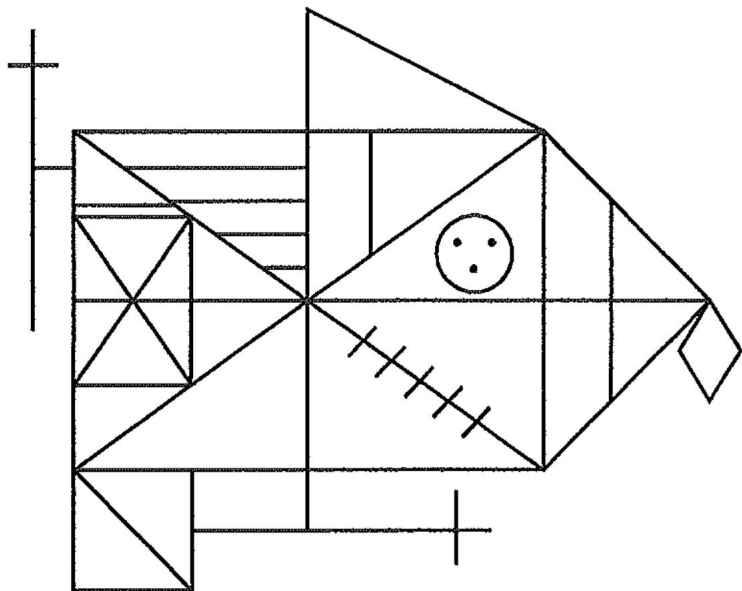


FIGURA COMPLEJA DE REY-OSTERRIETH Memoria

Tiempo: Orden:
Puntaje

1. 2. 3.

Apéndice 3

Escala de memoria

*Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey***TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY**

Lista A	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	Lista B	B	A 6	No dar A	A7 (20" >
Tambor						Pupitre			<i>Tambor</i>	
Cortina						Pastor			<i>Cortina</i>	
Campaña						Gorrion			<i>Campaña</i>	
Café						Zapato			<i>Café</i>	
Escuela						Pipa			<i>Escuela</i>	
Padre						Montaña			<i>Padre</i>	
Luna						Gafas			<i>Luna</i>	
Jardín						Española			<i>Jardín</i>	
Sombrero						Lámina			<i>Sombrero</i>	
Campeño						Barco			<i>Campeño</i>	
Nariz						Cordero			<i>Nariz</i>	
Pavo						Fusil			<i>Pavo</i>	

Apéndice 4

Escalas atencionales

Trial Making Tests (TMT)

T.M.T.

PARTE A

Nombre: _____

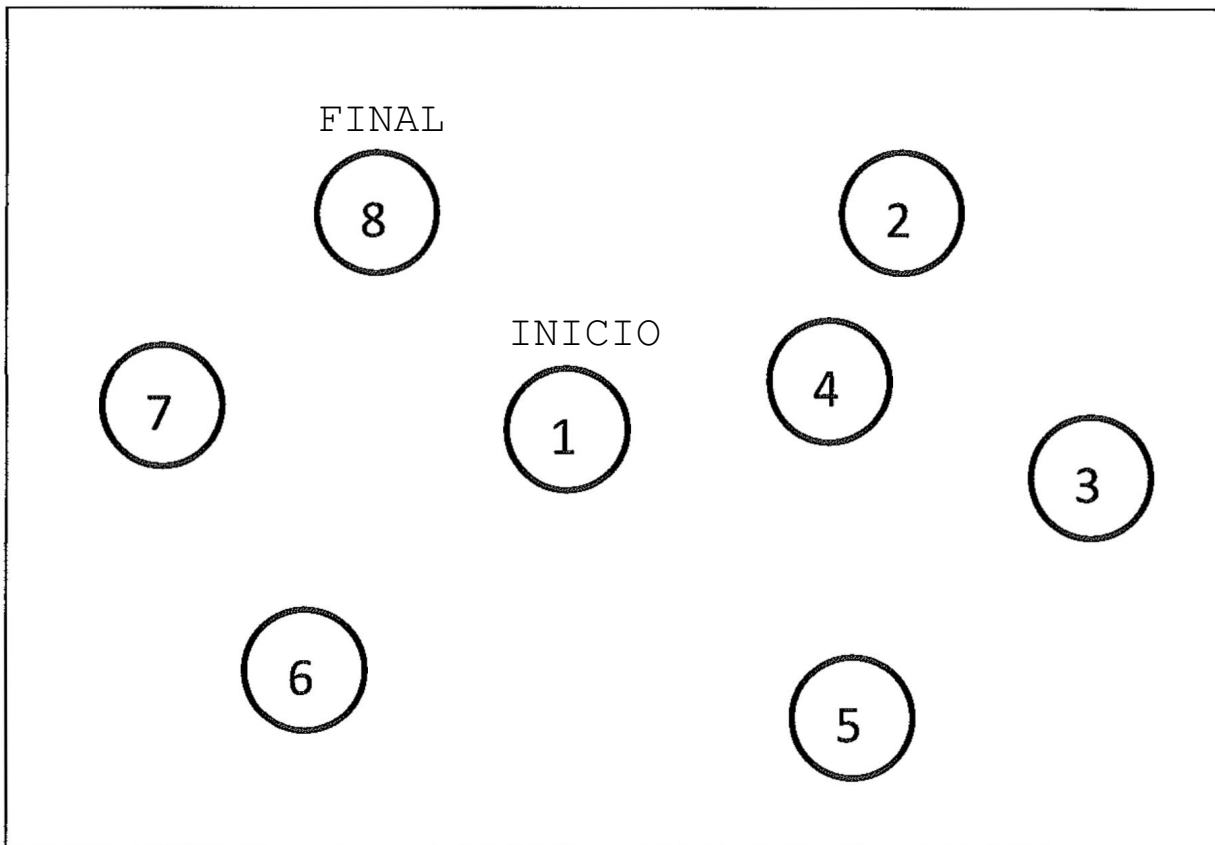
Edad:

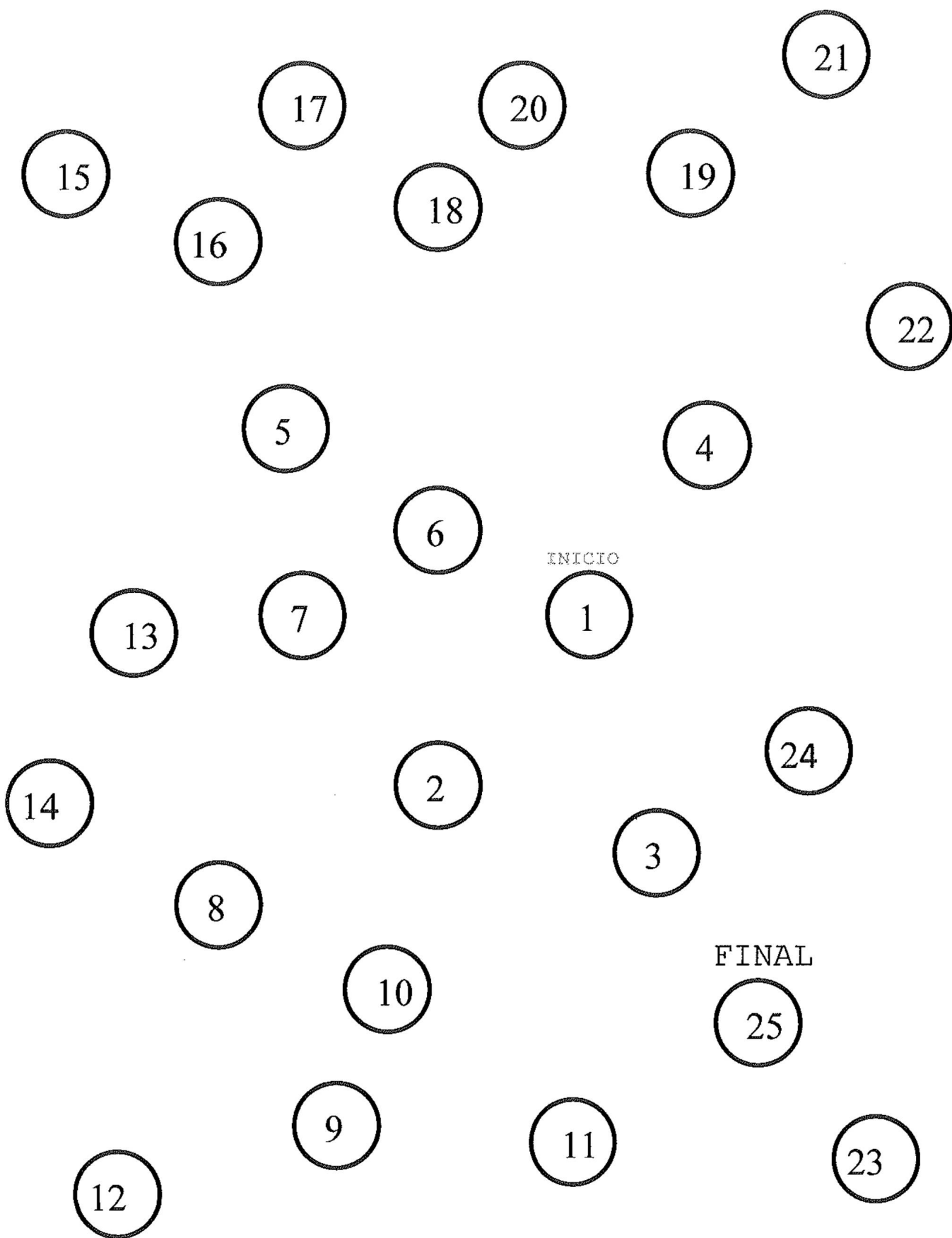
Fecha de Nacimiento:

Escolaridad:

Lateralidad:

EJEMPLO

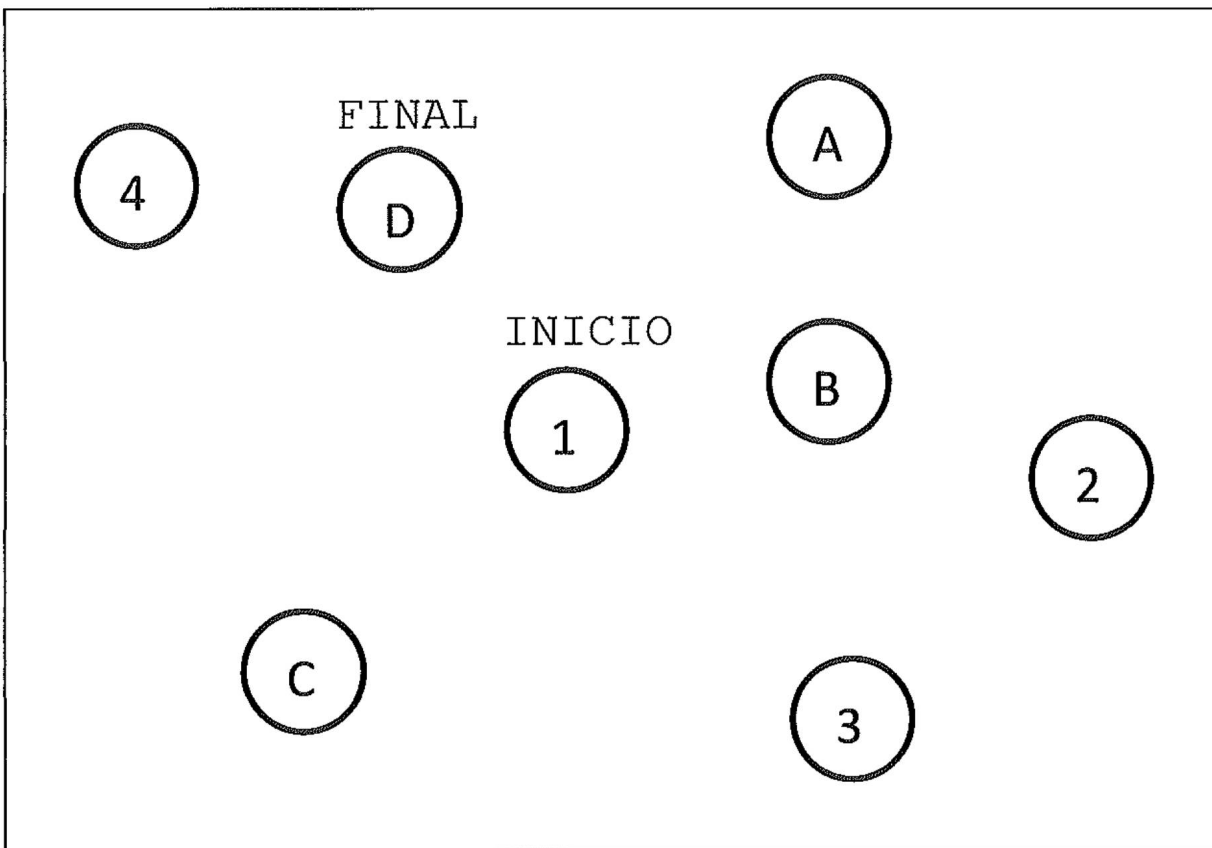




T.M.T.

PARTE B

EJEMPLO



13

9

r

10

8

4

D

B

3

7

TNTCTO

1

5

u

c

2

e

2

Λ

O

O

F

6

F

11

O

Apéndice 5

MINT MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

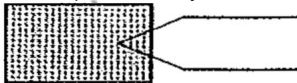
Paciente Edad :

Teléfono : Fecha : //Dx presuntivo :

ORIENTACION	1. TIEMPO Día Mes Año Día de la semana Hora	Máx.5,
	2. ESPACIO Piso/Opto Hospital Barrio Ciudad? País	Máx.S.
MEMORIA	3. RECORDAR EL NOMBRE DE 3 OBJETOS Repetir 6 veces (a prueba si es necesario) Papel Bicicleta Cuchara	Máx.3.
ATENCION Y CALCULO	4. CONTAR HACIA ATRÁS ríe 7 en 7, a partir de TOO 93— 86— 79,... 72 ... 65—	Máx.5.
MEMORIA DIFERIDA	5. RECORDAR LOS OBJETOS DEL PUNTO TRES Papel..... Bicicleta,.... Cuchara,....	Máx.3.
Lenguaje	6. DENOMINACION Reloj Lápiz	Máx.2.
	7. REPETICION DE LA FRASE *Ni sí, ni no, ni pero"	Máx.1.
	8. COMPRESION VERBAL Agarre este papel con la mano derecha..... Dóblelo por la mitad..... Póngalo en el suelo	Máx.3.
	9. LEOTURA-COMPRESION "Cierre los ojos"	Máx,1.
	10. ESCRITURA Una frase con verbo, sujeto y predicado	Máx.1.
	DIBUJO H. COPIA	Máx.1.

Puntaje total;

11- Copia de un dibujo



ESCALA DE EVALUACION
21 a 30 puntos = Normal
Menos de 21 puertos = Deterioro

Apéndice 6

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	«Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo»	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5

Pruebas neurocognitivas en el adulto mayor 70

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Apéndice 7

Escala de Lawton y Brody

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	asignar: 1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	asignar: 1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	asignar: 1 0 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	asignar: 1 1 1 1 0
Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	asignar: 1 1 0
Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	asignar: 1 1 1

Pruebas neurocognitivas en el adulto mayor 72

- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	asignar:
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	asignar:
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

Apéndice 8

Escala de Hamilton

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.
- 2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
- 3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.
- 4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto " Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
- 3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
- 4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto " Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
- 2 puntos - Desearla estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
- 3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.
- 4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto ~ Ligero retraso en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.

Respiratorios: hiperventilación, suspiros

Frecuencia urinaria.

Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligeras.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos " Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A. - Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B. - Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio),

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio),

Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

Referencias

- © Birren y Schroots. (2001). Historia de la Geronto-psicología. En, Birren y Schaie. (2001). Manual de la psicología del envejecimiento p: 3-28. (5ª ed.). Editorial Academic Press. San Diego, California, Estados Unidos.
- o Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J. y Zamarrón, M.D. (1999). Qué es Psicología de la vejez. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- © Lefrangois, G. (1999). El Ciclo de la Vida (6ª ed.). Editorial International Thomson Editores. México.
- Martín, M. Y Kliegel, M. (2004). Fundamentos psicológicos de la gerontología. Editorial interamericana McGraw-Hill. México D. F.
- e Thompson, R. A. (1998). competencia emocional y el desarrollo del yo. Revista de Investigación Psicológica.
- Vega y Bueno, (1995) Desarrollo adulto y envejecimiento. Editorial
- © Kolb-whishaw . (2003) Neuropsicología Humana
- o Lerner. (1989) La vida un secreto al alcance de la ciencia.
- Stephrn M. (1998) Psicofarmacología esencial.

Pruebas neurocognitivas en el adulto mayor 79

- Trastornos cognositivos y factores individuales y sociofamiliares en población de ancianos del departamento de risalralda, colobia-luis Hernando garcia Ortiz, Rafael Alarcón velandia, dora Cardona, Mónica Sánchez, Daniel Riviera-rev.asoc.colomb.geriatr.vol.21.no.1/2007
- Universidad nacional de la plata (2007). Relación entre depresión y deterioro cognitivo (Mariana G.)
- Ancianos sometidos a ventilación mecánica con delirium: una caracterización clínica y socio demográfico. (R.Aso.colomb.gerontol.geriatr.vol.21no.1-2007) Diego A. Osomo.