



Seminario para acceder al grado académico de Licenciado en Psicología
“Relación entre Depresión y Deterioro cognitivo en adultos mayores de la Fundación las
Rosas de la Provincia de Melipilla”.

Elaborado por:

Pamela Guzmán Vásquez

Clarisa Jiménez Villavicencio

Patricia Lara Contreras

Jessica Muñoz Cerda

Profesor(a) Guía:

Ps. Aline Orellana Araya

Santiago, Julio de 2018

Resumen

La salud psíquica y cognitiva de los adultos mayores puede presentar cambios relacionados con el paso del tiempo, donde algunos de ellos pueden ser considerados patológicos. A medida que aumenta la edad es probable que la salud del adulto mayor pueda verse afectada por sintomatología depresiva y/o deterioro cognitivo. Donde algunos estudios desde el área médica, sostienen que la presencia de depresión puede ser un indicador de deterioro cognitivo grave en el futuro (Potter & Steffens, 2007; Butters, Becker Nebes, Zmuda, Mulsant, Pollock, Reynolds, 2000) afectando de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores, lo que sería posible evitar si se encontrase una relación entre ambas variables.

Esta investigación, basada en una metodología cuantitativa y de alcance correlacional, buscó la existencia de una correlación entre depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores en Hogares de la Provincia de Melipilla de la Fundación Las Rosas, por medio de la aplicación de la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA-S1-2), instrumento que permitió evaluar habilidades cognitivas y detectar alteraciones de este tipo y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) que permitió objetivar sintomatología de tipo depresiva. Los resultados mostraron inexistencia de correlación ($r=0.060$, $p=0.758$), de manera que planteamos que existen variables moderadoras que modulan la expresión de deterioro cognitivo frente a la sintomatología depresiva, las que deberán ser estudiadas en futuras investigaciones.

Palabras claves: Depresión, Deterioro cognitivo, Adulter mayor.

Abstract I

The mental and cognitive health of older adults can present changes related to the passage of time, where some of them can be considered pathological. As the age increases, it is probable that the health of the older adult can be affected by depressive symptoms and / or cognitive deterioration. Where some studies from the medical area maintain that the presence of depression can be an indicator of serious cognitive deterioration in the future (Potter & Steffens, 2007; Butters, Becker Nebes, Zmuda, Mulsant, Pollock, Reynolds, 2000) directly affecting the quality of life of the elderly, which would be possible to avoid if a relationship between both variables was found.

This research, based on a quantitative methodology and correlational scope, sought the existence of a correlation between depression and cognitive impairment in older adults in homes of the Melipilla Province of the Las Rosas Foundation, through the application of Cognitive Assessment Montreal (MoCA-S1-2), an instrument that allowed the evaluation of cognitive abilities and detecting alterations of this type, and the Beck Depression Inventory (BDI-IA) that allowed objectifying depressive-type symptoms. The results showed no correlation ($r=0.060$, $p=0.758$), so that we propose that there are moderating variables that modulate the expression of cognitive deterioration in the face of depressive symptomatology, which should be studied in future investigations.

Keywords: Depression, Cognitive impairment, older adulthood

Introducción

Hace una década cerca de 2 millones de chilenos tenía sobre 60 años y vivía en promedio, diez años más que en 1920 (INE, 2007). En la actualidad, la población de adultos mayores chilenos está en aumento y se espera que en el año 2020 aumente a un 17,3%, lo que implica un crecimiento del 6,5% (AMUCH, 2017). Este aumento en la expectativa de vida debe ir aparejado a buenas condiciones físicas, psicológicas y sociales de este segmento de nuestra población.

La adultez mayor es una etapa de la vida, donde existe la tendencia sociocultural a considerarla en forma negativa, donde se le asocia a la depresión, las pérdidas y el deterioro cognitivo (Monchiatti, Cabaleiro, Sánchez y Lombardo, 2000). Desde la perspectiva biomédica tradicional, el desarrollo humano experimenta un declive progresivo al transcurrir los años de vida, ya que las funciones biológicas experimentan progresivamente un deterioro. Desde la perspectiva psicológica, según Fernández-Ballesteros (2009), el desarrollo humano perdura mientras se sigan produciendo transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural en que está inserto. De manera que algunos factores psicológicos pueden experimentar ganancias y otros, pérdidas. A medida que aumenta la edad aumenta la variabilidad entre los individuos y la diferencia existente entre ellos, lo que se debe a las diversas circunstancias de vida y los contextos en que han vivido.

Diversos factores pueden favorecer el desarrollo en la vida adulta y en particular la adultez mayor. Un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva, que a su vez se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo (Calero, Navarro y Muñoz, 2008).

En esta misma línea, existe evidencia que sugieren que las personas son capaces de aprender toda su vida (Undurraga, 2004), por ende, mejorar o al menos mantener sus capacidades cognitivas. Por lo que, el clima afectivo y el mundo que les rodea podría tener gran relevancia en la mantención de dichas capacidades. Esto se sustenta también desde el punto de vista de la psicología de la salud, donde se propone una mirada biopsicosocial para ver al ser humano, donde las dimensiones biológica, psicológica y social se interrelacionan para influir en el proceso de salud-enfermedad.

Depresión y sintomatología depresiva.

La depresión es un trastorno de la afectividad, que se manifiesta con ciertos síntomas que producen molestias subjetivas que pueden ser objetivadas para su mejor identificación. Según OMS (2018), la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una enfermedad mental, que corresponde a la dimensión psicológica del ser humano y afecta la dimensión física y social del mismo

En la actualidad no se cuenta con información sobre el porcentaje de sintomatología depresiva en adultos mayores institucionalizados. Aunque se tiene conocimiento que un 11,2% de personas mayores de 65 años presenta sintomatología y son las mujeres las que contribuyen con un 16.9 % en relación al 4,1% de los hombres (MINSAL, 2010).

La depresión, es causa frecuente de alteraciones de memoria y se ha encontrado una alta asociación de síntomas depresivos y deterioro cognitivo leve en la senectud (Apostolova y Cummins, 2008 citado en Roselli y Ardila 2010). Butters et all (2000), indican que las personas que presentan depresión geriátrica pueden presentar mejoría en dominios específicos después del tratamiento con antidepresivos, pero es posible que no alcancen los niveles normales de rendimiento, particularmente en la memoria y las funciones ejecutivas, por lo que presentan alto riesgo de desarrollar demencia progresiva. Por otro lado, presentar depresión en la adultez mayor es un factor de riesgo para presentar en el futuro demencia (Potter & Steffens, 2007).

Funciones cognitivas y deterioro cognitivo en la adultez mayor

Dentro de las funciones cognitivas se encuentra la atención, concentración, memoria, lenguaje. En general los adultos mayores tienen una ejecución más lenta y presentan más quejas de memoria en esta etapa de la vida. La mayor dificultad radica en la evocación y su rendimiento mejora notablemente al dar claves para guiar el recuerdo (Davis & Mumford, 1984 citado en Bentosela y Mustaca, 2005), existe declinación de la memoria semántica

(Laurent et al,1997 citado en Bentosela y Mustaca, 2005) y dificultades con la memoria de trabajo (Baddeley, 1986 citado en Bentosela y Mustaca, 2005), aunque se conserva la memoria procedural (Hashtroudi, Chrosniak & Schwartz, 1991 citado en Bentosela y Mustaca, 2005). Ante contextos emocionales no neutros, los adultos mayores presentan dificultades para evocar los recuerdos (Kensinger, Brierley, Gowdon y Corkin, 2002 citado en Bentosela y Mustaca, 2005).

Aunque el envejecer no implica necesariamente deterioro cognitivo, detectar un deterioro cognitivo leve puede presentar una oportunidad de brindar un tratamiento preventivo adecuado, consistente en intervenciones conductuales que incluyan el mantenimiento y cuidado general de la salud, una dieta y ejercicio físico adecuado y el entrenamiento específico de las funciones cognitivas (Bentosela y Mustaca, 2005). Existen varios subtipos de deterioro cognitivo: el primero corresponde al Deterioro Cognitivo Leve (DCL) que presenta alteraciones únicamente en la memoria; el segundo grupo no incluye alteraciones de memoria sino dificultades en algún otro dominio cognoscitivo, dentro de los que se incluyen atención, lenguaje, funciones ejecutivas o funciones visoespaciales; el tercero implicaría trastornos en al menos dos dominios cognoscitivos. (Roselli y Ardila, 2010).

En tanto en el deterioro cognitivo leve se presenta alteraciones de la memoria sin la existencia de demencia, vale decir, incluye quejas subjetivas de memoria con dificultades que se manifiestan al realizar pruebas objetivas, pero con conservación del funcionamiento cognoscitivo general, sin alteración en el funcionamiento de las actividades en la vida diaria (Roselli y Ardila, 2010).

Presentar una depresión geriátrica y presentar algún grado de deterioro cognitivo, aumentaría el riesgo de demencia (Potter & Steffens, 2007), donde demencia se comprende como un deterioro cognitivo asociado a un deterioro funcional en la vida diaria.

En un estudio reciente realizado en Chile por Cancino, Rehbein y Ortiz (2018) plantean el deterioro cognitivo en los adultos mayores como un factor de riesgo, ya que podría afectar el normal desempeño del diario vivir. El funcionamiento cognitivo en los adultos considera los procesos cognitivos como; memoria, atención, orientación, habilidades visoespaciales y lenguaje, incluyendo además su rol en el envejecimiento activo, es decir la forma eficiente

y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno, a esta variable se le conoce como reserva cognitiva (RC), la capacidad de responder se entiende a través de la manera en que una red neuronal es usada y modulada en un normal envejecimiento, así como también en presencia de una patología. La reserva cognitiva (RC) se va acumulando al pasar de los años tanto por medio de elementos innatos como aquellos adquiridos (escolaridad, tipo de ocupación, realización de actividades cognitivamente desafiantes, ocio en la adultez y la adultez mayor), por lo que se demuestra que los adultos mayores con mayor RC presentarán menores probabilidades de ser diagnosticados con demencia o tener un avance más lento de ésta.

En este estudio a su vez se encontró que existe relación directa entre depresión y funcionamiento cognitivo, donde la depresión en el adulto mayor sería un factor de riesgo independiente para eventual desarrollo de deterioro cognitivo (Cancino, Rehbein y Ortiz, 2018). Además, existiendo un rol moderador del apoyo social en la relación existente entre reserva cognitiva y depresión, en la cual los sujetos con alto apoyo social y altos niveles de reserva cognitiva experimentan menos depresión, disminuyendo el riesgo de disfunción cognitiva en las áreas que fueron evaluadas (Cancino, Rehbein y Ortiz, 2018).

Relevancia

La relevancia de estudiar este tema dice relación con que la población va envejeciendo y está siendo institucionalizada en hogares de ancianos, lo que junto a ciertos eventos del ciclo vital los deja vulnerables a enfermedades como la depresión, ya que según Cerquera (2008) en este espacio se precipitan estados depresivos relacionados con múltiples pérdidas: la independencia, la familia, el desarraigo de los bienes, el rol social y el trabajo. El poder contar con esta información permitiría planificar programas de entrenamiento adecuados a dicha realidad y posteriormente evaluar su efectividad. (Calero, Navarro y Muñoz, 2007).

La relevancia, que también se destaca desde lo práctico, es que permite aportar información a la relación que puede existir entre sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo en adultos mayores y desde lo teórico, entrega a la psicogerontología del país información

actualizada en relación a la sintomatología depresiva y el deterioro de procesos cognitivos. Con ello aspirar a la prevención de la presencia de los estados ya mencionados, por medio de la implementación de programas que ayuden a la estimulación cognitiva y una evaluación más sistemática de la sintomatología depresiva, anticipándonos de este modo a consecuencias negativas, que afecten el bienestar del adulto mayor a nivel emocional y cognitivo.

De relevancia será comparar los resultados obtenidos con dos investigaciones realizadas que reportan correlación negativa baja de -0.242 en Colombia (Cerquera, 2008) y $-0,27$ en México (Durán-Badillo, Aguilar., Martínez, Rodríguez., Gutiérrez. y Vázquez, 2013). De encontrar alguna correlación entre depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores institucionalizadas, sería posible establecer un plan de detección precoz y apoyo psicoterapéutico.

Por lo tanto, el presente estudio se resume en la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta la sintomatología depresiva en las funciones cognitivas en personas adultas mayores de la Fundación las Rosas de la provincia de Melipilla?, correlacionando estas dos variables, es decir, si al aumentar el nivel de depresión, aumentará el grado de deterioro cognitivo en el momento de la medición. Teniendo como objetivo general determinar si existe relación entre la sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo en adultos mayores que viven en los hogares residenciales de la provincia de Melipilla.

De manera que se estima como hipótesis, que al aumentar la sintomatología depresiva en adultos mayores aumenta el deterioro de las habilidades cognitivas.

Del objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos a trabajar:

- 1.- Conocer qué habilidades cognitivas están más alteradas (orientación temporo-espacial, la memoria reciente, el registro y la capacidad aritmética) en relación con la presencia de sintomatología depresiva
- 2.- Establecer cuál es el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve y avanzado dentro de los hogares de la Provincia de Melipilla de la Fundación las Rosas

- 3.- Identificar el porcentaje de adultos mayores que presentan sintomatología depresiva en Hogares de la Provincia de Melipilla de Fundación las Rosas.
- 4.- Analizar la relación que existe entre sintomatología depresiva (sospecha significativa, mínima sospecha) y deterioro cognitivo (leve, sospecha significativa de deterioro cognitivo).

Metodología

El presente estudio se proyectó en base a una metodología de tipo cuantitativa de corte transversal no experimental, considerando la perspectiva de que las variables tanto independiente (sintomatología depresiva) como dependiente (deterioro cognitivo) no se manipularon de ninguna forma, por lo cual no hubo control directo ni influencia en los efectos de los fenómenos, sólo han sido observados tal y como surgieron según la realidad de las respuestas de los adultos mayores que participaron. (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Participantes

Se proyectó un diseño de muestreo no probabilístico, atendiendo a los criterios de inclusión, primordialmente que los participantes cumplan la condición del rango de edad de adultos mayores entre los 65 y los 95 años aproximadamente, así mismo cumplan con la condición de residencia permanente dentro de los tres hogares de la Fundación Las Rosas correspondientes a la provincia de Melipilla en la Región Metropolitana de Chile: Hogar San José de Melipilla, Hogar Corazón de Jesús de la Isla de Maipo y el Hogar Nuestra Señora de las Mercedes de La Islita.

Tomando en consideración aquellos criterios tanto de inclusión como de exclusión que son exigidos según los instrumentos de medición psicométrica estipulados para el estudio, se descartaron los participantes que presentaron dificultades de carácter psicológico u orgánico, por lo cual se podría invalidar los criterios de estudio y la limitación en la

aplicación y posterior conclusiones de la investigación, dentro de los impedimentos mencionados principalmente estaría: una hipoacusia severa, déficit visual, dificultades del habla, trastornos psicomotores, analfabetismo, demencias severas, enfermedades psiquiátricas no compensadas.

Instrumentos

Para la medición fueron aplicados dos instrumentos psicométricos validados para la población de Chile: inventario de depresión de Beck I (BDI-I) para la medición del estado depresivo del participante al momento de tomar la prueba y Montreal Cognitive Assessment test (MoCA test) para la estimación de sospecha de deterioro cognitivo. Además, de una encuesta socio demográfica para proveer información relativa a la dinámica demográfica y el estado de salud de los participantes, con el fin de aportar antecedentes relevantes para describir la población.

a) El Montreal Cognitive Assessment test (MoCA-S1-2)

Herramienta de tamizaje para detectar el deterioro cognitivo leve (DCL) desarrollado por Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings, Chertkow (2005), estandarizado en la población chilena mayor de 60 años por Delgado, Araneda y Behrens (2017). A opinión de Delgado y Salinas (2009), el test MoCA es una de las pruebas más completas y sensibles. Se han demostrado numerosos estudios de contraste del MoCA con el MMSE, que demuestran su superioridad para la detección de DCL, siendo altamente confiable en validaciones internacionales.

El test MoCA evalúa funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades viso-constructivas, cálculo y orientación. Es de fácil administración, con una duración aproximada de 10 min. El puntaje máximo es de 30 puntos, con un punto de corte para Deterioro cognitivo leve y demencias < 26 en países desarrollados.

Como inconveniente que presenta es poseer un alto sesgo educacional, por lo que la versión original entrega la recomendación de la adición de un punto si la escolaridad es entre 8 y 12 años y dos puntos si es menor a 8 años. La exclusión de la aplicación se estipula para pacientes analfabetos, con alteraciones sensoriales importantes, patologías médicas descompensadas, enfermedades psiquiátricas y demencia moderada a severa.

Punto de Corte

Según Delgado et al (2017), el test MoCA-S1-2 validado en Chile **con punto de corte < 21** muestra una muy buena discriminación para DCL-a (con ABC = 0,903, especificidad del 82% y sensibilidad del 75%).

La variable deterioro cognitivo utiliza los siguientes rangos para calificar la gravedad de dicho deterioro:

26 -30 = Normal

21-25 = Deterioro Cognitivo Leve

< 21 = Sospecha significativa de deterioro cognitivo.

b) Inventario de Depresión de BECK (BDI-I)

El inventario de depresión de Beck I (internacionalmente conocido como BDI-I), es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas.

Valdés, Morales-Reyes, Pérez, Medellín, Rojas, Krause (2017), con el objetivo de evaluar las características psicométricas del BDI-IA en la población chilena, en términos de su consistencia interna, su estructura factorial y para establecer el puntaje de corte que permita distinguir entre una muestra clínica y una muestra no clínica respecto a la patología depresiva., realizaron una estandarización de dicho instrumento con una muestra total que estuvo compuesta por 1.105 adultos (18-73 años, 94% mujeres) provenientes de tres

estudios independientes, desarrollados en el marco del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

Confiabilidad: Demostrando una consistencia interna del instrumento, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, de 0,92 para la muestra total con datos completos ($n = 1.007$, 21 ítems); alcanzando valores de $\alpha = 0,91$ en el grupo mixto usado para el AFE y de $\alpha=0,92$ en el grupo mixto usado en el AFC.

Puntaje de corte:

Fue calculado a partir de la curva ROC para la totalidad de la muestra, tomando el puntaje total del BDI-IA, calculado como la suma de los puntajes en cada uno de los ítems y la separación entre el grupo con diagnóstico clínico de depresión y el grupo sin diagnóstico conocido.

El método de Youden entregó un punto de **corte óptimo igual a 13/14**, presentando una especificidad de 85,72% y una sensibilidad de 90,81%. El puntaje de corte óptimo entregado por el método de cercanía al vértice superior izquierdo es de 11.5, presentando una especificidad de 85,73% y una sensibilidad de 86,73%. Lo recomendado por Valdés et al (2017) es utilizar un puntaje de corte de 13/14, donde valores menores a 13 indica la ausencia de sintomatología depresiva y valores mayores e iguales a 14, presencia de sintomatología depresiva.

Recolección de datos

Se contactó la población estudiada para la recolección de datos por medio de visitas a la Fundación Las Rosas de la Provincia de Melipilla. Los adultos mayores, que fueron invitados a participar en el estudio; cumplieron los criterios de inclusión, aceptaron participar en éste y firmaron el consentimiento informado, se les aplicó los instrumentos de evaluación, para lo que se dispuso de un espacio privado y libre de distracciones.

El reclutamiento de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico, inicialmente se comenzó reclutando a los adultos mayores residentes en el Hogar San José de Melipilla. Debido a la baja población apta para participar de la investigación, se seleccionaron participantes de los Hogares de Isla de Maipo y La Islita, mediante autorización formal donde se expusieron los objetivos, el protocolo de implementación, consentimiento informado de los participantes, duración de las pruebas, aspectos éticos. Fueron puestos a nuestra disposición las últimas evaluaciones psicológicas realizadas (mediante Mini mental MMSE) en la población de residentes de cada centro, principalmente un reporte del estado de las funciones cognitivas de los adultos mayores con el fin de determinar parámetros de inclusión según del instrumento MoCA-S1-2. Luego de la evaluación detallada de los registros, se encontró un bajo porcentaje de personas en condiciones aptas para ser consideradas según los requerimientos de la batería psicométrica proyectada en el estudio, puesto que se reporta alto índice de deterioro cognitivo y criterios de exclusión que hicieron imposible su consideración como participantes.

De la aplicación en terreno en los tres centros se detalla la siguiente información:

Centro N°1 Hogar de Melipilla: de un total de la población de 85 residentes registrados, se seleccionaron 15 personas, las que calificaron dentro de la condición de deterioro cognitivo leve o intacto según MMSE, donde se logró evaluar efectivamente a 9 adultos mayores que estaban en condiciones de participar y firmaron el consentimiento informado, sólo un 10,58% se encontraban en condiciones aptas al momento de la aplicación de las pruebas.

Centro N°2 del Hogar de La Isla de Maipo: de una población total de 36 residentes registrados, se seleccionaron 15 personas que califican con el estado de sus funciones cognitivas conservadas según evaluación MMSE, de las cuales se logró evaluar a 10 de ellas, solo un 27,77% de adultos mayores que se encontraban en condiciones aptas al momento de la aplicación de las pruebas.

Centro N°3 Hogar de la Islita: de una población total de 36 residentes registrados, se seleccionaron 14 personas con el reporte del estado de sus funciones cognitivas

conservadas según los resultados obtenidos mediante evaluación con MMSE, de los cuales se logró evaluar 10 de ellas, sólo un 27,77 % de adultos mayores que se encontraban en condiciones aptas al momento de la aplicación de las pruebas.

En el reclutamiento de participantes de los tres hogares de la provincia de Melipilla pertenecientes a la Fundación las Rosas, se contó con un total de 157 residentes, luego del procedimiento de selección han calificado en la calidad de excluidos la cantidad total de 128 adultos mayores, un 81,5 % quienes no pudieron ser considerados según la evaluación dentro de los factores estipulados de deterioro cognitivo severo o debido a algún motivo funcional de restricción del test medición MoCA-S1-2, siendo efectiva finalmente la aplicación a un total de 29 participantes, sólo un 18,5 % de la totalidad de la población institucionalizada, quienes cumplieron con los criterios de inclusión proyectados para la investigación.

Como segunda fase del procedimiento, al momento de la aplicación se hizo una encuadernación de los cuatro documentos que debían ser implementados con cada participante los cuales son: Consentimiento Informado, Encuesta Demográfica, MoCA-S1-2 y BDI-IA como instrumentos psicométricos, según consideración de tiempo y no generar mayor cansancio de los adultos mayores se decidió que la implementación de las pruebas fuera tomada por las mismas encargadas del proyecto de tesis. Para lo cual en cada centro se proporcionó un lugar tranquilo donde se pudiera explicar a cada participante de forma pausada el fin del estudio y luego pudieran responder sin mayores interrupciones y distractores.

Los datos posteriormente fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 20 para Windows. En el análisis se utilizó estadística descriptiva para caracterización de la muestra, tablas de contingencia y coeficiente de correlación paramétrica de Pearson.

Resguardos Éticos

Se siguieron las consideraciones éticas contenidas en el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile. Capítulo tercero normas éticas específicas Artículo 11°, numeral 5 que se refiere a Aspectos Relativos al Cliente y al Secreto profesional. El secreto

profesional es un derecho del paciente o cliente establecido en su beneficio, Artículo 11, numeral 6. Confidencialidad, se refiere a la confidencialidad de los antecedentes del paciente, constituye un deber para el psicólogo (Colegio de Psicólogos de Chile, 2008). Se presentó por escrito el consentimiento informado y se recabó la firma de los adultos mayores.

Resultados

La muestra se caracterizó por estar conformada por un predominio de participantes del sexo masculino (65,5%) por sobre el femenino (34,5%), con un promedio de 83,24 años (mínimo 71, máximo 93). Con respecto al nivel de estudios, se establece que la mayoría de las personas presentó un nivel de estudio básico incompleto 48,3%; seguido por un 34,5% de personas con educación media incompleta y un 17,2% de personas con algunos estudios superiores.

Respecto a las enfermedades más relevantes que padecen los residentes, estos informaron un 55,2% de hipertensión, 41,4 % de diabetes, 17,2% de artritis, osteoartritis y reumatismo, 17,2% de enfermedad pulmonar, entre otras. Del total de la muestra, un 86,2% es autovalente y un 13,8% de personas presenta alguna restricción de movilidad. Respecto al apoyo familiar con que cuentan los residentes, un 37,93% es visitado regularmente todos los meses; luego un 20,7% es visitado semanalmente y un 17,2% de residentes informaron ser visitados quincenalmente. Respecto a visitas más esporádicas, un 6,9% dice tener visitas ocasionales una o dos veces por año y un 13,8% dice no tener contacto con familiares. Sólo un 3,4% dice ser visitados diariamente.

[Aquí va Tabla 1]

En la población de estudio de adultos mayores, cerca del 65,5 % de las personas presentan sospecha significativa de sintomatología depresiva y un 34,5 % presenta sintomatología depresiva mínima no considerada patológica, lo que contrasta con el 11,2% de personas mayores de 65 años que presenta sintomatología depresiva en Chile (MINSAL, 2010). Las cifras por género indican que tanto un 31,0 % de mujeres y 34,5% de hombres de la

población muestral presenta sospecha significativa de sintomatología depresiva, lo que contrasta con el 16,9 % de mujeres y el 4,1% de los hombres a nivel nacional (MINSAL, 2010).

[Aquí va tabla 2]

En la muestra se presenta un 79,3 % de sospecha significativa de presentar sus habilidades cognitivas deterioradas y un 20,6 % de sospecha de presentar un deterioro cognitivo leve, en comparación al 10,4% de la población nacional que se muestra con la posibilidad de presentar deterioro cognitivo (MINSAL, 2010).

Con respecto del deterioro cognitivo por género, se encontró que existe sospecha significativa de deterioro cognitivo en un 31,03 % de las mujeres y un 3,4% de habilidades cognitivas indemnes. En la población masculina se encontró una sospecha significativa de deterioro cognitivo en un 48,27 % y un deterioro cognitivo leve de un 17,24 %, lo que arroja un 65,5% de deterioro cognitivo en la población muestral masculina. Datos que serían significativamente mayores a la población nacional, donde un 10,6% de mujeres y 10,1% de los hombres presentan deterioro cognitivo, mediante el test MMSE (MINSAL, 2010).

[Aquí va tabla 3]

Respecto a habilidades cognitivas en adultos mayores según nivel educacional, se encontró que un 48,26% de sospecha de deterioro cognitivo corresponde a personas que cursaron, a lo más, ocho años de estudio; un 34,47% en personas que cursaron entre 8 y 12 años; en tanto un 17,2% en adultos mayores que estudiaron más de 12 años, lo que contrasta con el 17.2%, 3.2% y 3.0% de deterioro cognitivo respecto los mismos tramos de nivel educacional nacional (MINSAL,2010)

[Aquí va tabla 4]

Respecto a las habilidades cognitivas observadas en la aplicación del test psicométrico MOCA-S1-2, la media fue 16,79 (min= 9, máx.= 26, DS= 4,395) de un total de 30 puntos, por lo que se puede inferir que la persona promedio en la población estudiada presentaría una sospecha significativa de deterioro cognitivo. En el análisis de resultados específicos, un 24,1% de las personas no logra contestar la parte del test que se refiere a las funciones viso espaciales y ejecutivas, donde el puntaje que más se repite son 3 puntos de un total de 5, resultado que se logra en el 27,6 % de los adultos mayores. En el ítem recuerdo diferido un 58,6% tiene dificultades para recordar las palabras en forma posterior. Algo similar ocurre en el ítem abstracción donde un 48,3% de los adultos no pueden responder a este tipo de preguntas que requieren dicha habilidad. Cabe destacar asimismo el ítem que resulta con mejor puntaje es la orientación espacio temporal con un 68,9% de respuestas correctas en la mayoría de los casos (con 5 - 6 de un total de 6 puntos).

En la población estudiada se corrobora que a mayor nivel educacional se logra un mayor resultado en la prueba de habilidades cognitivas, lo que es concordante con lo que plantea la validación chilena del test MOCA-S1-2 donde se encontró una alta correlación con la escolaridad (Delgado et all, 2017).

[Aquí va Tabla 5]

[Aquí va Tabla 6]

En esta población se encontró que no existe una correlación significativa entre las variables depresión y deterioro cognitivo ($r=0.060$, $p=0.758$), por lo que no es posible concluir las habilidades cognitivas que pudieran estar más deterioradas en relación con la presencia sintomatología depresiva. Este hallazgo presenta concordancia con estudios anteriores, donde no existe una asociación fuerte entre ambas variables, sino una correlación baja de -0.242 en Colombia (Cerquera, 2008) y -0,27 en México (Durán-Badillo, Aguilar., Martínez, Rodríguez., Gutiérrez. y Vázquez, 2013).

[Aquí va la Tabla 7]

Discusión

Si bien no se encontró correlación en las variables estudiadas, se cree que los resultados pueden estar influido por diversos factores, entre ellos un factor relevante es la edad promedio (83,24 años) y los bajos niveles de escolaridad de la muestra, que pueden estar influyendo en el bajo desempeño en ciertas habilidades cognitivas. Por lo que un estudio posterior debiera considerar un grupo con mayor número de individuos, con mayor variabilidad de nivel educacional, socioeconómico y con mayor amplitud de rango de edad. Otra causa probable de este hallazgo es que al aumentar la edad ocurre un aumento de la variabilidad de los individuos y las diferencias entre ellos, debido a los contextos y circunstancias de vida (Fernández-Ballester, 2009). Por lo que es posible que la historia vital de cada individuo presente elementos que influyan en la mantención de ciertas habilidades cognitivas aún en presencia de sintomatología depresiva.

Con relación a esto, se considera que puede ocurrir que existan algunas variables que influyan intermediando entre depresión y deterioro cognitivo en este grupo de personas, o bien moderando la expresión de ellas, razón por la que sería importante realizar futuros estudios que analicen otras variables que pueden estar influyendo en los resultados encontrados. Desde la observación directa, es posible plantear que la historia vital ofrece ciertas diferencias en los individuos, lo cual permite que ciertas personas a pesar de presentar sintomatología depresiva puedan mostrar un desempeño adecuado de sus capacidades cognitivas, por lo que es posible que existan algunas variables moderadoras como lo muestran recientes hallazgos (Cancino, Rehbein y Ortiz, 2018)). En este estudio se observó que algunas ocupaciones o labores desarrolladas anteriormente por los participantes, logran facilitar su desempeño en ciertas habilidades cognitivas, como haber realizado actividades específicas que permitan enfrentar adecuadamente desafíos numéricos, por ejemplo, si una persona se ha dedicado al comercio, o haber tenido hábitos de lectura, funciones que permanecen en el tiempo.

En el futuro sería relevante efectuar un estudio de tipo longitudinal, que permita detectar sintomatología depresiva que permanezca por un tiempo mayor en el individuo, con objeto de determinar el efecto real en el desempeño de las habilidades cognitivas, para así poder discriminar entre un proceso natural de envejecimiento de uno patológico, producto del establecimiento de dicha sintomatología depresiva.

Respecto a las pruebas psicométricas utilizadas, el MoCA-S1-2 ha sido de gran utilidad y en este estudio presentó ventajas, ya que permitió medir las reales habilidades cognitivas de las personas participantes, debido a que las respuestas del MMSI comúnmente utilizado para la evaluación cognitiva en los hogares de la Fundación Las Rosas, son de amplio conocimiento de los participantes. Por lo que se concluye que es un instrumento que permitió mayor discriminación del deterioro cognitivo. Sin embargo, presenta algunas desventajas respecto a que restringe el universo de personas que pueden responder, debido a que se requiere contar con habilidades como la motricidad fina de las manos y capacidades visuales, que muchas veces no se encuentran en condiciones óptimas en algunos adultos mayores.

La utilización del Test de Beck-AI presentó ventajas, ya que permitió un amplio rango de posibilidades de respuestas más allá de la dicotomía de respuestas de tipo Si/No, las que muchas veces no representan el sentir de los entrevistados. Lo que entrega una amplia gama de respuestas, verbalizando adecuadamente las percepciones subjetivas de los adultos mayores respecto a sus estados internos como: tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y/o apetito, sensación de cansancio, falta de concentración; y de esta manera objetivarlos más adecuadamente.

Referencias

- Amuch (2017). Los adultos mayores en las comunas de Chile: actualidad y proyecciones. Recuperado el 14/03/2018 de https://www.google.com/search?client=firefox-b&q=porcentaje+de+adultos+mayores+en+chile+2017&sa=X&ved=0ahUK EwjI7bD7nO3ZAhUKf5AKHYJuAq4Q1QIIZCgA&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=a9apWv-XBKPDXuKzleAL
- Bentosela, M. & Mustaca, A. (2005). Cognitive and emotional effects of aging: Basic research contributions to rehabilitation strategies. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235. Recuperado en 09 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200005&lng=es&tlng=en.
- Butters M., Becker J., Nebes R., Zmuda M., Mulsant B., Pollock B., Reynolds C. (2000). 3rd. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):1949-54. PubMed PMID: 11097959 Recuperado el 14/03/2018 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11097959>
- Calero, Navarro, Muñoz (2008). Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. Recuperado con fecha 03/06/2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2878009>
- Cancino, M., Rehbein, L., Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. Recuperado de <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/6138/3845>
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281. Recuperado 15/03/2018 de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100020&lng=en&tlng=.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100020&lng=en&tlng=)

Colegio de Psicólogos de Chile (1999). Código de Ética Profesional. Recuperado con fecha 28/05/2018 de <http://goo.gl/15419G>

Delgado, C., Araneda, A. y Behrens, M. (2017). Validación del Instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Rev. Neurología*. 2017. Recuperado con fecha 28/05/2018 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>.

Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Recuperado con fecha 09/04/2018 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). La psicología de la vejez. D - Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid. ProQuest Ebook Central. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniaccsp/detail.action?docID=3179159>.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5^o ed.). México: McGraw-Hill Latinoamericana Editores S.A.

INE (2007). Adulto mayor en Chile. Enfoque estadístico. Recuperado con fecha 14/03/2018 de <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>

MINSAL (2010). Encuesta Nacional de salud 2009-2010. Recuperado con fecha 09/05/2018 de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

- Monchietti, A., Cabaleiro, I., Sánchez, M. & Lombardo, E. (2000). Representaciones de la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3), 519-536. Recuperado el 14/03/2018, de <http://www.ingentaconnect.com/content/doi/01200534/2000/00000032/000003/art00006>
- Navarro, E., Calero, M., López, A., Gómez, A., Torres, I., Calero, M., (2008) Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos de psicología*, ISSN 1138-2635, Vol. 2, Nº 1, 2008, págs. 74-84. Recuperado el 14/03/2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2878009>
- OMS (2018). Depresión. Recuperado con Fecha 28/05/2018 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Potter, G & Sttefens, D. (2007). Depression and Cognitive Impairment in Older Adults. *Psychiatric Times*. Recuperado con fecha 26/03/2018 de <https://pdfs.semanticscholar.org/5789/5bac39349d8d8d84a7f58e34d71f1bbc8527.pdf>
- Rosselli, M., Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. Recuperado con fecha 17/03/2018 de http://acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_59-68.pdf
- Undurraga, C. (2004). Variables Cognitivas. En *¿Cómo aprenden los adultos? Una mirada psicoeducativa* (1ª. ed.). Chile. Ed. Universidad Católica de Chile.
- Valdés, C.; Morales-Reyes, I.; Pérez, C.; Medellín, A.; Rojas, G.; Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck IA en población chilena. Recuperado con fecha 28/05/2018 de <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación sobre relación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores del Hogar _____ - Fundación Las Rosas

UNIACC - Escuela de Psicología

Usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación que busca la relación entre depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores. Su participación consiste en que responda dos cuestionarios que pesquisan la presencia de estados depresivos y algún grado de deterioro cognitivo, los que tardan aproximadamente 30 minutos en ser contestados. Para cumplir con este objetivo se explorarán habilidades cognitivas como, la atención, memoria, uso del lenguaje, orientación espacial y temporal; además de indicios de sintomatología depresiva.

Es importante que usted tenga presente que su participación en este estudio es voluntaria y usted podrá desistir de continuar con su participación en cualquier momento sin que tenga consecuencias para usted y sin necesidad de explicar las razones para ello. Si tiene preguntas o dudas puede hacerlas en cualquier momento y está en pleno derecho de expresarlas.

Su participación le reportará el beneficio de una evaluación sin costo económico y le evitará tener que estar en una lista de espera en algún consultorio, para lo que contará con privacidad necesaria a la situación de evaluación. Además, cabe señalar que su participación no presenta riesgos de ningún tipo que atente en contra de su salud física y psicológica.

Toda la información de este estudio será usada de manera confidencial, de manera que su nombre será reemplazado por un código con el fin de mantener el anonimato. Si el resultado de alguna evaluación indica algún grado de depresión y/o deterioro cognitivo, este será informado a la dirección del Hogar _____, para que tome los resguardos pertinentes en favor de su salud. Esto permitirá a la institución contar con información para planificar, en el futuro, alguna intervención física-psicológica-social en beneficios de su salud y de los demás integrantes de este hogar y entregar herramientas de apoyo a los cuidadores directos.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Yo, _____ ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE
PROYECTO.

Nombre del Participante

Nombre del Investigador

Firma

Firma de la Investigadora

ANEXO 2: DATOS DEMOGRÁFICOS

ENCUESTA DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Lugar de residencia: 1. Hogar de Melipilla

2. Hogar Isla de Maipo

3. Hogar de Islita

1.NOMBRE:CÓDIGO.....

2. EDAD:

3. GÉNERO: (F).... (M).....

4. NIVEL EDUCACIONAL: curso que llegó... ..

Uso interno (menos de 8 años) (entre 8-12 años)

5. Estado de salud 1. autovalente 3.- Dependiente con restriccc movilidad

2. autovalente con riesgo 4.- Postrado

6.- Tiempo de institucionalizaciónmeses

7.- Antecedentes mórbidos:

hipotiroidismo

Depresión

Hipertensión

Colesterol alto

Artritis osteoartritis reumatismo

Diabetes o azúcar elevado

Insomnio

Ataque cardiaco enf.corazón

Cáncer o tumor maligno

Parkinson

Enf. Pulmonar crónica (enfisema /asma/ bronquitis crónica)

Derrame cerebral o enf. vascular cerebral

8. Apoyo familiar

0. sin visitas

1.- visitas regulares diaria

2.- visitas regulares c/semana

3.- visitas cada 15 días

4.- visitas regulares c/mes

5.- visitas 1 a 2 veces al año

ANEXO 3: MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA-S1-2)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

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

ANEXO 4: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-IA)



ID Participante	
Fecha	

BDI-I¹

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso puede marcarla también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio.	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	H
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	I
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy hart/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera
E	J
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

¹ Traducción basada en el original en inglés de Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961).

K	Q						
. No estoy más irritable de lo normal 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Las cosas que antes me irritaban ya ni siquiera me importan	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada						
L	R						
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito de siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito						
M	S						
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mí mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO						
N	T						
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa						
O	U						
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo.						
P							
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Subtotal Página 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subtotal Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> </tr> </table>	Subtotal Página 1		Subtotal Página 2		Total	
Subtotal Página 1							
Subtotal Página 2							
Total							

TABLAS

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

Variable	Categoría	Mín.	Máx	Media	Frec.	%
Edad		71	93	83.24		
Sexo	Femenino				10	34.5%
	Masculino				19	65.5%
Educación	Menos de 8				14	48.3%
	Entre 8 y 12				10	34.5%
	Más de 12 años				5	17.2%
Salud	Autovalente				25	86.2%
	Dependiente				4	13.8%
Instituc. (meses)		3	252	53.3	36	
Enfermedad	Hipertensión				16	55.2%
	Artritis/Osteoartritis/ Reumatismo				5	17.2%
	Cáncer				1	3.4%
	Enf. Pulmonar crónica				5	17.2%
	Enf. Vascular cerebral				3	10.3%
	Colesterol				2	6.9%
	Diabetes				12	41.4%
	Enf. corazón				3	10.3%
	Parkinson				1	3.4%
	Sin visitas				4	13,8%
	Diarias				1	3,4 %
	Semanales				6	20,7%
Apoyo familiar	Cada 15 días				5	17,2%
	Mensuales				9	31%
	1-2 anual				2	6,9%
	Sin datos				2	6,9%

Tabla 2*Sintomatología Depresiva según test de Beck (BDI-I)*

Categoría	Género	Cant	Porcentajes	Porcentajes Totales
Sintomatología Depresiva mínima	Femenino	1	3,44	
	Masculino	9	31,03	34,47
Sospecha de Sintomatología Depresiva	Femenino	9	31,03	
	Masculino	10	34,48	65,51
Sub Total Total		29	100,00	100,00

Tabla 3*Habilidades cognitivas por género*

	Mujeres	Porcentaje mujeres	Hombres	Porcentaje hombres	total	Porcentajes
Normal	1	3,4%	0	0	1	3,4%
Deterioro cog. Leve	0	0	5	17,24%	5	17,2%
Sospecha deterioro cog.	9	31,03%	14	48,27%	23	79,3%
Totales	10	34,43%	19	65,51%	29	100,0%

Tabla 4*Habilidades cognitivas por nivel educacional*

Educación	Total por Género	Deterioro Cognitivo	Frecuencia por Género	%
Menos de 8 años de escolaridad	F =5 M=9	Sospecha de deterioro Cognitivo	F =5 M=7	17,24% 24,13%
		Det. Cog. Leve	F =0 M=2	6,89%
		Normal	F =0 M=0	
		Total		48,26%
Entre 8 y 12 años	F =4 M=6	Sospecha de deterioro Cognitivo	F =4 M=5	13,79% 17,24%
		Det. Cog. Leve	F =0 M=1	3,44%
		Normal	F =0 M=0	
		Total		34,47%
Más de 12 años	F=1 M=4	Sospecha de deterioro Cognitivo	F =0 M=2	6,89%
		Det. Cog. Leve	F =0 M=2	6,89%
		Normal	F =1 M=0	3,44%
		Total		17,2%
TOTAL	F =10 M=19		F =10 M=19	100%

Tabla 5*Pruebas de normalidad de resultados test MOCA-S1-2*

Nivel educacional		Shapiro-Wilk ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Menos de 8 años de estudio	Montreal Cognitive Assessment (MoCA-S1-2)	.926	14	.270*
Entre 8 Y 12 años	Montreal Cognitive Assessment (MoCA-S1-2)	.968	10	.876*
Más de 12 años	Montreal Cognitive Assessment (MoCA-S1-2)	.976	5	.914*

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 6*Anova de un factor: Nivel educacional versus Montreal Cognitive Assessment (Moca-SI-2)*

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	140.920	2	70.460	3.693	.039
Intra-grupos	496.114	26	19.081		
Total	637.034	28			

Tabla 7*Correlación de Pearson entre depresión y habilidad cognitiva*

		Depresión	Habilidad cognitiva
Depresión	Correlación de Pearson	1	,060
	Sig.(bilateral)		,758
	N		29
Habilidad cognitiva	Correlación de Pearson	,060	1
	Sig.(bilateral)	,758	
	N	29	