

# Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga\*

## Relationship between Cognitive Processes and Depression in Elder People Institutionalized at the San Antonio Elderly Home in Bucaramanga

Recibido: enero 20 de 2007 | Revisado: agosto 20 de 2007 | Aceptado: noviembre 3 de 2007

ANA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA\*\*

Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia

### ABSTRACT

The goal of this article is to identify the relationship between the state of the cognitive processes and the level of depression in elder women at the San Antonio elderly home in Bucaramanga city. In this study, information was collected by means of the application of two instruments (Mini-mental and Beck's geriatric scale of depression) and an in-depth interview with a non-probabilistic sample of 67 elder women from the population studied. Correlational elements of detriment and depression with significant events of the life cycle were found. This research is based on the necessity of finding out the actual conditions of the elder women with regards to the two variables and their correlation, in order to improve the population's mental and emotional health, beginning with actions started by the professionals who assist the elder women. The results suggest that there is a correlation between the detriment of cognitive processes and the presence of depression.

### Key words authors:

Elder Person, Geriatric Home, Depression, Cognitive Detriment, Gerontology.

### Key words plus:

Aged Psychology, Gerontology.

### RESUMEN

El objetivo del presente artículo es identificar la relación existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga. Para el presente estudio se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (el Minimental y la Escala Geriátrica de Depresión de Beck), y por medio de la entrevista a profundidad con un muestreo no probabilístico de 67 adultas mayores de la población estudiada, y se encontraron elementos correlacionales de deterioro y depresión con eventos significantes del ciclo vital. Esta investigación se basa en la necesidad de establecer condiciones reales de las adultas mayores en cuanto a las dos variables y su correlación, para así mejorar la salud mental y emocional de esta población, a partir de acciones emprendidas por los profesionales que las asisten. Los resultados permiten concluir que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

### Palabras clave autores:

Adultos mayores, asilo, depresión, deterioro cognitivo, gerontología.

### Palabras clave descriptores:

Ancianos psicología, ancianos salud mental, gerontología.

\* Trabajo de investigación del grupo de Psicología Clínica y de la Salud (Colciencias categoría B) de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga. El proyecto está inscrito en la Dirección General de Investigaciones y este departamento ayuda en su financiación.

\*\* Facultad de Psicología, grupo de Psicología Clínica, línea de investigación Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Campus Universitario, Km. 7 vía a Piedecuesta, Tel. 6796220 Extensión 101. Correos electrónicos: acerquera@upbga.edu.co, aramercedes@yahoo.com

El esfuerzo por analizar científicamente la conducta de la vejez es relativamente reciente. El interés por el proceso de envejecimiento, en general, surgió a mediados del siglo XX, cuando los científicos volvían de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población cada vez mayor. Con la lucha contra las enfermedades infecciosas, por primera vez en la historia, era habitual que la gente llegara a una edad avanzada. A finales de los años cuarenta, el Instituto Nacional de Salud en México patrocinó la creación de un instituto de la vejez. En ese mismo periodo, se constituyeron la Sociedad Gerontológica de América y la División de la Madurez y la Vejez, llamada hoy División del Desarrollo de los Adultos y de la Vejez de la Asociación Psicológica Americana. En las décadas siguientes se incrementó la investigación sobre la psicología del envejecimiento (Dulcey, 1990).

Para hablar de vejez, es necesario analizar algunas teorías psicológicas de la irrelevancia de la edad en relación con la personalidad. Así, los conductistas asumen los cambios relacionados con la edad cronológica y biológica y su interacción con el ambiente, que no es del todo coincidente; con el mismo número de años uno puede estar más o menos joven biológicamente hablando, explicando el comportamiento con los mismos principios. Por su parte, la teoría psicoanalítica ha hecho grandes aportes a los estudios sobre la psicología del envejecimiento. El concepto de motivaciones inconscientes ya ha añadido una nueva dimensión a la forma de entender el proceso de envejecimiento. La teoría del ciclo vital analiza la gran variabilidad de secuencias de la vida que explican la complejidad de la conformación de la edad y del curso vital, en la que se conjugan dimensiones dispares. El problema de la edad debe entenderse, entonces, no desde un enfoque unilateral, sino multidimensional y complejo. Por tanto, no se comparten las posturas del reduccionismo cronológico, ni del biopsicológico, que han trazado estadios de desarrollo muy rígidos y supuestamente universales, o pretendidamente determinados por los genes. Tampoco se trata de reducir el problema a la influencia cultural. La clave está en las interrelaciones entre todos estos factores. Como señala DeVos (1980), la personalidad

humana, que va cambiando constantemente, combina en sí tres aspectos íntimamente relacionados: la fase fisiológica o de maduración, las estructuras psicológicas internas y las definiciones sociales de los estatus y roles del individuo.

Estos tres niveles de análisis suponen, cada uno, su propia dinámica subyacente al comportamiento y su específica transformación en el tiempo. El plano biológico, por ejemplo, entraña una dinámica genética, fisiológica, de mecanismos biopsicológicos, y su transformación temporal consiste en el proceso de maduración orgánica. El plano psicológico pone en acción mecanismos de adecuación y mecanismos de defensa, en un proceso de desarrollo psicosocial, mediante asimilación cognitiva y acomodación, y mediante crisis libidinales. En el plano social-cultural, moviliza mecanismos de interacción adaptativa y promueve las transiciones temporales por medio de los ritos de paso.

Los tres niveles, que abarcan a su vez una pluralidad de variables, constituyen dimensiones interdependientes, en un proceso causal complejo. Pero la correspondencia entre características biológicas, psicológicas y sociológicas no es estricta ni necesaria. Ninguna de ellas determina literalmente a las restantes. No hay paralelismo, ni sincronía entre ellas. Hay umbrales de indeterminación, y esto es lo que permite las diferentes periodizaciones o secuencias del curso vital.

Dentro de los autores que han trabajado el tema de la vejez, y las corrientes y enfoques que se aproximan a dicho tema, se encuentran en los ámbitos de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría, investigaciones encaminadas al conocimiento del envejecimiento como proceso individual. En estos campos se consideran aspectos como la depresión, la institucionalización y la cognición, entre otros. Una de las investigaciones en mención fue la realizada por Buendía y Riquelme (1997; como se citan en Salvarezza, 1998), quienes evaluaron la experiencia depresiva en las residencias geriátricas de España, encontrando un elevado índice de depresión, lo que los llevó a plantear alternativas importantes a la institucionalización.

El trabajar con adultos mayores representa para la psicología un avance, particularmente en lo que

se refiere a los estudios que se vienen llevando a cabo en el área de la psicología del ciclo vital, tendientes a reconceptualizar la vejez y a determinar qué procesos psicológicos se desarrollan en esta fase.

Dentro de ese marco de referencia, se encuentran estudios relacionados con la salud física y mental, el desarrollo social, afectivo y cognitivo, entre otros. Al respecto se ha trabajado sobre la salud física y cómo ésta depende de los cambios inherentes a la edad y al desgaste natural, producidos por factores extrínsecos e intrínsecos al ser humano. Aunque el cerebro cambia con la edad, el de una persona saludable de mayor edad, es muy parecido al de una persona saludable más joven. En cuanto al desarrollo cognitivo, se ha generado controversia sobre el mantenimiento o declinación de la inteligencia en las personas de edad adulta mayor. Los resultados de las pruebas aplicadas sugieren que la inteligencia fluida parece declinar, pero la inteligencia cristalizada, que está basada en el aprendizaje y la experiencia, tiende a mantenerse e incluso a aumentar (Belsky, 1996).

Por otra parte, no se puede desconocer el papel de los afectos en la adultez mayor, especialmente en el caso del adulto institucionalizado. En este espacio se precipitan estados depresivos relacionados con múltiples pérdidas, entre otras, la de la independencia y la familia, así como el desarraigo de los bienes, el rol social y el trabajo. A esto se suma el trato propiciado por el personal asistencial y los tratamientos, muchas veces no oportunos, lo que genera en el adulto mayor sentimientos de desamparo e impotencia, que lo llevan en ocasiones a la depresión e, incluso, a la muerte (Krassoievitch, 1993).

Investigaciones recientes apuntan a identificar las representaciones que sobre la vejez se construyen. Una de ellas es la realizada por Monchiatti, Cabaleiro, Sánchez y Lombardo (2000), quienes identificaron la tendencia a considerar a la tercera edad en forma negativa, asociada a la depresión, las pérdidas y el deterioro cognitivo.

En investigaciones relacionadas con la depresión, se ha encontrado relación entre la depresión y la memoria, y se concluye que existe una in-

fluencia significativa de una variable sobre otra. Sin embargo, en la correlación entre depresión y cognición no se han encontrado a nivel regional avances importantes.

La presente investigación tiene como objetivo relacionar las variables depresión y estado cognitivo de las adultas mayores de un asilo de la ciudad de Bucaramanga, el Asilo San Antonio, a partir del establecimiento de las condiciones reales en las que se encuentran dichos procesos. De esta manera, se espera contribuir al desarrollo de programas específicos en áreas del desarrollo cognitivo y afectivo de los adultos institucionalizados.

## Método

### Muestra

La muestra estuvo conformada por 67 adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga, pertenecientes a los diversos pabellones de la Institución. Sus características principales fueron: ser adultas mayores funcionales sin ninguna limitación física ni enfermedad crónica significativa, cuyas edades estuvieran entre 60 y 80 años; pertenecieran a un nivel socioeconómico medio bajo; tuvieran un nivel cultural fluctuante entre ninguna escolaridad y bachillerato completo; carecieran de ocupación estable dentro de la institución; por último, su periodo de institucionalización superaba los tres meses. Sus habilidades de comunicación y lenguaje estaban preservadas y tenían la disposición para participar en la investigación.

### Instrumentos

Para la evaluación de la depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Beck, y para evaluar el nivel cognitivo la prueba de Minimal.

*Minimal*—*Mini Examen Cognoscitivo (MMSE) de Geneco* (reproducido por Álvarez et al., 1997; como se cita en Orozco et al., 2004). Evalúa las capacidades cognitivas teniendo en cuenta aspectos tales como orientación, retención, atención,

cálculo, evocación, lenguaje y praxia. Consta de 19 ítems agrupados en 6 partes. La parte A está conformada por ítems de características sociodemográficas; las partes B, C, D, E, F y G evalúan, respectivamente, orientación, retención, atención y cálculo, evocación, lenguaje y copia. Geneco considera los años de escolaridad para establecer los puntos de corte de la siguiente manera: 0-6 años = 21 puntos; 6-12 años = 24 puntos; más de 12 años = 26 puntos.

*Escala de Depresión Geriátrica de Beck.* Esta escala está estructurada por 15 preguntas cerradas que indagan por la ausencia o presencia de depresión en las adultas mayores, a partir de la siguiente calificación total: un puntaje de 0 a 5 considerado como normal, y un puntaje mayor de 5 que sugiere depresión (Beck, 1996).

*Relato de vida.* En la investigación, el relato logra captar el rol fenoménico de la experiencia, el modo como los miembros interpretan el desarrollo de sus propias vidas y el mundo que los rodea. Mejor que cualquier otra técnica, puede dar sentido a la noción de proceso. Conocer la vejez desde la historia de vida permite acceder al punto de vista del sujeto del relato, dato subjetivo, que es justamente lo que se busca, la verdad del sujeto (Serrano, Latorre & Montañés, 2005).

*Ficha sociodemográfica.* Permite obtener información acerca de la edad, el género, años de escolaridad, estado civil, estrato y tiempo de institucionalización.

### Procedimiento

Se inició con un reconocimiento de la población objeto del presente estudio, para posteriormente seleccionar la muestra, mediante el muestreo no probabilístico, durante seis meses, un total de 67 adultas mayores. Posteriormente se aplicaron las pruebas propuestas y se procedió a la tabulación de las mismas, proceso que tardó ocho meses. En otro momento se realizó la entrevista a profundidad, paso que se llevó a cabo en el tiempo de aplicación de pruebas, teniendo en cuenta el relato de vida, para así conocer el punto de vista del sujeto con relación a sus vivencias en el centro geriátri-

co. Se establecieron las siguientes categorías de análisis: conformación del grupo familiar, tiempo de institucionalización y sentimientos generados al respecto, voluntariedad en el ingreso, estado de salud, nivel de actividad, apoyo social y condiciones institucionales. Finalmente, se procedió a la tabulación de los datos, análisis y discusión de los resultados, a lo largo de cinco meses. El tiempo total empleado en el procedimiento fue de 19 meses, en el periodo comprendido entre enero de 2005 y agosto de 2006.

### Resultados

El objetivo de la investigación es determinar la correlación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo de las adultas mayores institucionalizadas del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga, empleando una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas. Entonces, para el análisis cuantitativo se utilizaron los índices de correlación de Spearman, cuyo resultado fue de  $-0.242$ , lo que indica una baja correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga. Las siguientes tablas muestran los índices de correlación que sustentan el presente estudio.

Para el análisis de los datos cualitativos, se trabajó el relato de vida con una muestra de 20 adultas mayores participantes en la investigación, quienes en el momento de la investigación presentaban depresión moderada. Así como Buendía y Riquelme (1997), se toma como criterio principal para evaluar depresión los eventos significativos de la vida de cada adulta mayor asociados a la depresión, tanto en el momento actual como antes de estar institucionalizadas.

Se obtuvieron las siguientes categorías inductivas a partir de las proposiciones agrupadas, teniendo en cuenta la teoría propuesta.

En la categoría conformación del grupo familiar se obtuvo que doce adultas mayores pertenecen a una familia nuclear completa; esto hace que, al encontrarse en aislamiento, se sienta aún más la

**TABLA 1**  
Correlaciones de Spearman entre depresión y estado cognitivo

|                     |                             | Depresión | Estado Cognitivo |
|---------------------|-----------------------------|-----------|------------------|
| Depresión           | Coefficiente de correlación | 1.000     | -0.242           |
|                     | Sig. ( 2-colas)             |           | 0.048            |
|                     | N                           | 67        | 67               |
| Procesos Cognitivos | Coefficiente de correlación | -0.242    | 1.000            |
|                     | Sig. (2-colas)              | 0.048     | -                |
|                     | N                           | 67        | 67               |

soledad, lo que las puede llevar a presentar estados depresivos. La familia nuclear completa está integrada por dos generaciones, con vivienda separada del grupo familiar extenso (Echeverry, 1994).

Con respecto a la categoría del tiempo de institucionalización y los sentimientos generados al respecto, se encuentra que dieciséis de ellas han estado allí como mínimo hace tres meses, se sienten solas con relación a su familia de origen y son pocas las visitas que reciben de ellos.

En cuanto a la categoría de la voluntariedad en el ingreso, nueve de ellas expresaron en sus relatos que salieron de la casa en contra de su voluntad, lo que nos lleva a pensar sobre las condiciones emocionales en que se encuentra este grupo de adultas mayores.

El estado de salud, entendido como la percepción subjetiva del cuerpo, en nueve de ellas se encuentra deteriorado. Estos datos coinciden con la teoría de Salvarezza (1998), quien afirma que la percepción subjetiva del cuerpo influye en el concepto de "viejismo" y en las relaciones que tiene el adulto mayor con su cuerpo, lo que produce en ocasiones enfermedades psicosomáticas importantes.

El nivel de actividad es tomado como la ocupación que tenían las adultas mayores antes de llegar al asilo y durante su permanencia en él. Un total de trece, de las veinte tomadas como muestra se ocupaban en labores del campo muy pesadas; las restantes, en oficios varios, muchos de ellos domésticos. Relacionando los datos con la depresión, se

puede considerar el cambio radical en el estilo de vida de los sujetos, lo que lleva a transformaciones frecuentes en el estado de ánimo.

Analizando el apoyo social considerado como las redes de primero, segundo y tercer orden que visitan a la abuela, se encuentra que once de ellas no son visitadas por nadie. Además, se aíslan de las actividades propias del asilo, lo que las lleva nuevamente a la soledad, y a sentimientos de tristeza y abandono. Es importante resaltar que durante los días de visita, aquellas adultas que no reciben ninguna conservan la esperanza de que pronto alguien vendrá, y no se mueven de un sitio específico hasta que termina el horario de visitas dispuesto por la Institución. Las personas que visitan a las adultas mayores generalmente no son sus familiares cercanos, sino amigos o parientes lejanos, lo que alimenta la idea de abandono, soledad y aislamiento. Esto genera estados depresivos, una vez termina el día de visita.

Con respecto a las condiciones institucionales en las que se encuentran, diecisiete están ubicadas en los pabellones de caridad y tres en los pabellones de pensión, dato significativo, pues se asocia con las relaciones interpersonales y la falta de independencia e individualidad que se experimenta en una residencia geriátrica.

Teniendo en cuenta que el lugar les proporciona seguridad y recogimiento, por ser una residencia de orientación religiosa, no hay que desconocer que la mayoría de ellas se encuentran solas y abandonadas, y es por esto que hallan en la religión

**TABLA 2**  
 Ficha sociodemográfica

| Sujetos | Grupo familiar           | Tiempo de institucionalización | Voluntariedad en el ingreso | Estado de salud | Ocupación antes del ingreso | Apoyo social        | Condiciones institucionales |
|---------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| 1       | Familia nuclear completa | 1 mes                          | Voluntaria                  | Aceptable       | Labores del campo           | No tienen visitas   | Pabellón de pensión         |
| 2       | Familia incompleta       | 2 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Oficios varios              | No tienen visitas   | Pabellón de caridad         |
| 3       | Familia disgregada       | 5 años                         | Involuntaria                | Deterioro       | Labores del campo           | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 4       | Familia nuclear completa | 2 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Oficios varios              | No tienen visitas   | Pabellón de caridad         |
| 5       | Familia disgregada       | 3 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Labores del campo           | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 6       | Familia incompleta       | 5 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Labores del campo           | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 7       | Familia nuclear completa | 2 meses                        | Involuntaria                | Deterioro       | Oficios varios              | No tienen visitas   | Pabellón de pensión         |
| 8       |                          | 1 mes                          | Voluntaria                  | Aceptable       | Oficios varios              | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 9       | Familia nuclear completa | 6 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Labores del campo           | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 10      | Familia incompleta       | 1 mes                          | Voluntaria                  | Aceptable       | Labores del campo           | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |
| 11      | Familia disgregada       | 5 años                         | Voluntaria                  | Aceptable       | Oficios varios              | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad         |

Continúa

|    |                          |        |              |           |                   |                     |                     | Continuación |
|----|--------------------------|--------|--------------|-----------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| 12 | Familia nuclear completa | 6 años | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |
| 13 | Familia nuclear completa | 7 años | Involuntaria | Deterioro | Oficios varios    | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |
| 14 | Familia nuclear completa | 4 años | Voluntaria   | Aceptable | Labores del campo | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad |              |
| 15 | Familia nuclear completa | 2 años | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |
| 16 | Familia disgregada       | 1 año  | Voluntaria   | Aceptable | Oficios varios    | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |
| 17 | Familia nuclear completa | 7 años | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | No tienen visitas   | Pabellón de pensión |              |
| 18 | Familia nuclear completa | 8 años | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | Visitas esporádicas | Pabellón de caridad |              |
| 19 | Familia nuclear completa | 3 años | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |
| 20 | Familia nuclear completa | 1 año  | Involuntaria | Deterioro | Labores del campo | No tienen visitas   | Pabellón de caridad |              |

un punto de apoyo fundamental en su proyecto de vida.

Para efectos de la triangulación se tomó la variable depresión y se observa que, evidentemente, las adultas mayores que no presentaron depresión grave son aquellas que tienen una visión positiva de la vida, manejan las dificultades de forma acertada y plantean que en esta residencia geriátrica sus condiciones son buenas. En contraposición se encuentran quienes tienen una visión negativa del yo y del mundo, factor de riesgo para desarrollar depresión.

La Tabla 3 presenta el número de adultas mayores que fueron evaluadas por depresión, indicando que diecisiete de ellas obtuvieron un puntaje de 2, que equivale a un 25.4%, lo que no indica depresión. Trece de ellas, o sea un 19.4%, presentan un estado límite para desarrollar depresión, sin desconocer las veinte adultas que puntuaron como depresivas.

En cuanto al deterioro cognitivo, es importante destacar, que si bien no existe deterioro significativo, la mayoría de ellas no posee una ocupación permanente en el asilo, lo que las puede llevar a un deterioro paulatino de todas sus capacidades. Son muchos los factores que se consideran influyentes en la conservación de las facultades intelectuales y en el estado de ánimo. Sin embargo, la relación entre cognición y afecto, no ha sido claramente establecida por las investigaciones, a pesar de que algunos consideran que la ocupación y el mantenerse activo mejoran los procesos afectivos en los adultos mayores.

## Discusión

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear y en la vivienda que sirve de nicho de lo que se llama

**TABLA 3**  
Frecuencias variable depresión

| Numero De Ítems | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Validado | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|------------|------------|---------------------|----------------------|
| 1               | 9          | 13.4       | 13.4                | 13.4                 |
| 2               | 17         | 25.4       | 25.4                | 38.8                 |
| 3               | 3          | 4.5        | 4.5                 | 43.3                 |
| 4               | 5          | 7.5        | 7.5                 | 50.7                 |
| 5               | 13         | 19.4       | 19.4                | 70.1                 |
| 6               | 8          | 11.9       | 11.9                | 82.1                 |
| 7               | 4          | 6.0        | 6.0                 | 88.1                 |
| 8               | 1          | 1.5        | 1.5                 | 89.6                 |
| 9               | 1          | 1.5        | 1.5                 | 91.0                 |
| 10              | 1          | 1.5        | 1.5                 | 92.5                 |
| 11              | 2          | 3.0        | 3.0                 | 95.5                 |
| 12              | 1          | 1.5        | 1.5                 | 97.0                 |
| 13              | 1          | 1.5        | 1.5                 | 98.5                 |
| 14              | 1          | 1.5        | 1.5                 | 100.0                |
| Total           | 67         | 100.0      | 100.0               |                      |



hogar. A lo largo de la vida existen pocos individuos que están institucionalizados y tienen que salir de su contexto familiar. Cuando esto ocurre, generalmente se vive como algo transitorio, algo que pasará una vez se superen las razones que han llevado al individuo fuera del hogar. Sin embargo, durante la vejez cambian estas pautas culturales y con mucha más frecuencia las personas se trasladan a una residencia. Incluso, uno de los más extendidos estereotipos o creencias irracionales sobre la vejez es que la mayor parte de los mayores habitan en residencias (Salvarezza, 1998).

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las condiciones reales de una muestra significativa de adultas mayores con relación a los estados depresivos y la cognición en condiciones de institucionalización. Se obtuvo un resultado importante, en la medida en que no existe un deterioro cognitivo en ellas, y la depresión se da en un porcentaje bajo. Sin embargo, la relación es significativa. Mediante la triangulación de técnicas se encontró que, si bien las adultas mayores según prueba realizada no presentan estados depresivos mayores, en sus relatos las categorías deductivas están vinculadas con una gran tristeza y estados de melancolía profunda, no sólo por su permanencia en el hogar, sino por eventos pasados que marcaron de una forma u otra su condición actual.

Estos resultados ayudarán a romper con estereotipos en cuanto a la presencia de estas dos variables en las adultas mayores, de tal forma que sea posible aproximarse a esta población, no desde los "supuestos" de sus condiciones, sino desde su propia realidad.

Los resultados muestran una correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión, aspecto que contrasta con información previa que señala que la institucionalización en sí misma genera depresión. Pero el deterioro se presenta sólo en el nivel atencional, e influyen en éste aspectos como la soledad, el aislamiento, las dificultades en los tipos de control y la dependencia, entre otros (Salvarezza, 1998). Según la prueba utilizada para el presente estudio, el deterioro cognitivo no se manifiesta en las áreas evaluadas.

Es importante resaltar que el estado depresivo afecta la visión general ante la vida y el mundo, y el nivel de atención del sujeto (Salvarezza, 1998). Tal aspecto se constata en las historias de vida, pues cada una de ellas expresaba sus sentimientos con relación a la pérdida de control cognitivo, conductual y decisional, por el hecho de estar institucionalizadas.

Después de realizar la presente investigación y romper con estereotipos sociales o culturales que son construidos alrededor de las características del adulto mayor, se evidencia la necesidad de realizar posteriores estudios que permitan conocer las características reales del adulto mayor institucionalizado, y sus condiciones de institucionalización en residencias gerontológicas. Éstas son concebidas como lugares de asilamiento y reclusión a los cuales el adulto mayor es llevado, la mayoría de las veces sin ninguna consideración por su edad, ni la sabiduría que representan sus años.

Posteriormente habría que llevar a cabo aproximaciones en el campo de la validación de pruebas para medir depresión y estados cognitivos en poblaciones colombianas y en hogares geriátricos nuestros, a fin de encontrar datos ajustados a la realidad de esta problemática. Además, es necesario tomar una población mayor y establecer si realmente las categorías inductivas obtenidas en este trabajo pueden ser aplicadas en el total de la población, no sólo del Asilo San Antonio, sino de otras residencias gerontológicas de la ciudad de Bucaramanga.

Los profesionales que prestan su asistencia a las adultas mayores dentro del asilo podrán, a partir de los resultados del estudio, redireccionar su labor propiciando actividades que estimulen los procesos cognitivos para mantener su buena condición, de tal forma que no se les excluya de las actividades por sus limitaciones, sino que, por el contrario, se sientan integradas. De esta forma, a partir de su participación, es posible evidenciar un mayor rendimiento y el mejoramiento de sus condiciones cognitivas.

De igual forma, las adultas mayores que están desarrollando un cuadro de depresión o que actual-

mente lo presentan podrían, a partir de actividades propuestas, integrarse y descubrir sus potencialidades y fortalezas, cambiando la desesperanza por una visión mucho más positiva ante la vida que las haga sentir valiosas, tanto para sí como para los demás.

Se evidencia que existe una visión sociocultural del adulto mayor institucionalizado acorde con las condiciones sociales del medio en el que se desarrolla. Es así como se hace necesario unir esfuerzos para cambiar la percepción del adulto mayor institucionalizado como “inválido cognitivo”, y sin posibilidad de ser productivo, que se encuentra sumido en una enorme tristeza que le impide desarrollarse e integrarse con el resto de la gente. Si bien es evidente, que sí se encuentran adultos mayores en estas condiciones, como muestran los resultados de la presente investigación, se necesita de la adecuada intervención y tratamiento para mejorar sus condiciones de salud mental y emocional.

Si se llega a cambiar esta visión de la adulta mayor por parte del grupo profesional y de las personas que asisten al asilo y tienen contacto con ellas, será mucho más fácil demostrarles que su estado de salud mental y emocional puede encontrarse en condiciones mucho más óptimas, pues ellas se sienten incapaces de iniciar actividades propuestas porque han sido catalogadas como incapaces a partir de sus características particulares. Además, ellas han empezado a actuar en concordancia con dichos prejuicios y estereotipos, concepto conocido como el fenómeno del “viejismo”.

Envejecer en nuestro tiempo implica otro fenómeno nuevo: el desarraigo de la propia cultura, llegar a ser extranjero en el tiempo y en el espacio, que no se pueden reconocer como propios. El análisis de los relatos de vida de las adultas mayores pertenecientes a este estudio permite señalar que ellas perciben su vida como una estructura esquemática general con localizaciones temporales, no siempre coincidentes con la edad cronológica, sino determinada por acontecimientos significativos como nacimientos, matrimonios, separaciones y muertes, entre otros.

Es necesario propiciar investigaciones sobre los diferentes periodos del ciclo vital, para resignificar

el concepto de “viejismo”, y proponer, tanto a la academia como a la profesión, nuevas estrategias de manejo del adulto mayor, a fin de propiciar un mejoramiento de la calidad de vida, a partir de la vivencia de los propios sujetos.

En los últimos años han aumentado las investigaciones tendientes a generar estrategias formales distintas a las residencias geriátricas o gerontológicas, con el objetivo de permitir la permanencia del adulto mayor en su propio entorno. Se presenta, sin embargo, una dificultad adicional para la efectividad de estos programas, y es la carencia de un sistema de seguridad social que garantice la asignación de recursos viables para este grueso de la población que cada día va en aumento. En este sentido, se hace necesario realizar investigaciones que conjuguen las alternativas a la residencias geriátricas con una política de ecología social, con rigurosos estudios de viabilidad económica.

## Referencias

- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson.
- Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- DeVos, G. (1980). *Antropología psicológica*. Barcelona: Anagrama.
- Dulcey, E. (1990). La gerontología en la perspectiva de la psicología de la salud. *Cuadernos de Psicología*, 10, 3-19.
- Echeverry, A. L. (1994). *Familia y vejez: Realidades y perspectivas en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Krassoievitch, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Monchietti, A., Cabaleiro, I., Sánchez, M. & Lombardo, E. (2000). Representaciones de la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3), 519-536.
- Orozco, L. V., Orozco, M. V., Ardila, A., Claros, A., Garzón, S., & González M. (2004). Validación de un instrumento para medir la calidad de vida en sus aspectos físico, emocional, cognitivo y social en

- personas ancianas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 18, 606-612.
- Salvareza, L. (1998). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. México: Paidós.
- Serrano, J., Latorre, J. & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40 (4). Recuperado el 3 de julio de 2007, de <http://www.crib.uclm.es/pdfs/articulos/revespgerontol.2005.40.228.235.pdf>

