

Deterioro cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores Recluidos en Establecimientos Penitenciarios 1

**DETERIORO COGNITIVO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS
ADULTOS MAYORES RECLUIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS
PENITENCIARIOS DE BUCARAMANGA Y GIRÓN**

**MYRIAM ROCÍO ANAYA
MARYLEX JULIETH SEPÚLVEDA BUITRAGO**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2012**

**DETERIORO COGNITIVO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS
ADULTOS MAYORES RECLUIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS
PENITENCIARIOS DE BUCARAMANGA Y GIRÓN**

**MYRIAM ROCÍO ANAYA
MARYLEX JULIETH SEPÚLVEDA BUITRAGO**

Proyecto de grado como requisito para optar el título de psicólogas

**Directora
Ps. ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
2012**

Nota de Aceptación: _____

Presidente del Jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Floridablanca, _____

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por regalarnos la fortaleza y sabiduría que necesitamos para superar cada uno de los inconvenientes que surgieron a través de este proceso de formación. Además por ser luz en nuestras vidas y en nuestra labor y regalarnos esta vocación.

Al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, especialmente a la regional del oriente por brindarnos la oportunidad de hacer esta investigación en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón. De igual manera a las psicólogas y a las trabajadoras sociales que nos permitieron un mejor desempeño dentro de las instalaciones y a los integrantes del cuerpo de custodia y vigilancia.

A los participantes de esta investigación, ya que gracias a ellos se pudo llevar a cabo; por permitirnos observar sus vidas y dejarnos ver su realidad. También a los internos de los establecimientos penitenciarios ubicados en Bucaramanga y Girón por su apoyo, amabilidad y por ayudarnos a hacer de esta experiencia un crecimiento en nuestras vidas personales y profesionales.

A nuestra Asesora Ara Mercedes Cerquera Córdoba, quien nos brindó su apoyo incondicional y por una excelente formación como profesionales.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga por contribuir con este sueño de ser psicólogas, por su formación como grandes profesionales con valores cristianos.

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por acompañarme y darme la oportunidad de culminar con uno de mis mayores anhelos con éxito y gozo, pero sobre todo por darme la fortaleza necesaria para sobrellevar todas las adversidades que se me presentaron en el camino de la vida universitaria.

A mi padres que con su cariño, paciencia y un respaldo incondicional me alentaron a seguir en pie, a mi Tío por confiar en mí y darme la oportunidad de desarrollar y explotar mis habilidades y competencias como psicóloga

Además quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mis amigas quienes me acompañaron haciendo de esta, una experiencia única y gratificante, aportando todo su corazón, para que este logro se cumpliera

Por último a mi compañera de tesis quien con sus conocimientos y enseñanzas me orientó, y me alentó a llevar un buen trabajo, donde no solo queda un logro sino una gran amistad

Myriam Rocío Anaya.

DEDICATORIA

Primero que todo a Dios por su infinito amor, por darme paciencia y fortaleza para poder culminar esta etapa de mi vida, por guiarme fielmente en mis decisiones, por ir delante de mi ayudándome a vencer cada obstáculo que se me presentó.

A mis padres por creer en mí y por darme su apoyo incondicional. Les agradezco su educación en valores, que me han `posibilitado realizar un buen trabajo en mis quehaceres diarios. Y enseñarme que puedo lograr cada meta que me propongo en mi vida.

A mi hermano Alejandro por su compañía constante y por hacerme ver mis fortalezas y debilidades.

A mi familia y a mis amigos por sus oraciones y porque cada uno de cierta manera contribuyó a cumplir esta meta.

A Jaime Andrés por enseñarme que no hay metas inalcanzables, sino personas incapaces. También por su apoyo y motivación diaria.

A Rochy por haber aceptado este desafío conmigo, No solo eres mi compañera sino mi amiga, agradezco tu compañía y paciencia.

Marylex Julieth Sepúlveda Buitrago.

Tabla de contenido

	pág.
Resumen	
Abstract	
1. Introducción	14
2. Contextualización Institucional	17
2.1 Reclusión de Mujeres de Bucaramanga	
2.2 Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Girón Epams	
2.3 Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga	
3. Justificación	21
4. Planteamiento del Problema	24
5. Objetivos	25
5.1 Objetivo General	
5.2 Objetivos Específicos	
6. Referente Conceptual	26
7. Metodología	39
7.1 Diseño	
7.2 Lugar	
7.3 Muestra	

7.4 Consideraciones Éticas	
7.5 Instrumentos	
7.6 Procedimiento	
8. Resultados	43
9. Discusión	60
10. Conclusiones	65
11. Recomendaciones	66
12. Referencias	67
13. Anexos	80

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Histograma de edad de los participantes.	44
Gráfica 2. Nivel educativo reportado por los participantes.	45
Gráfica 3. Estrato socioeconómico.	46
Gráfica 4. Estado civil de los participantes.	47
Gráfica 5. Ocupación del participante.	49
Gráfica 6. Resultado Yesavage.	50
Gráfica 7. Resultados del SPMSQ.	53
Gráfica 8. Componentes CUBRECAVI - EPMSC	55
Gráfica 9. Componentes CUBRECAVI - RM	56
Gráfica 10. Componentes CUBRECAVI - EPAMS	57

Índice de Tablas

Tabla 1. Delitos reportados por los participantes.	48
Tabla 2. Enfermedades asociadas para al Yesavage.	51

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado.	80
Anexo B. Ficha Sociodemográfica.	81
Anexo C. Short Portable Mental Status Questionnaire (Spmsq), (Pfeiffer, 1975).	82
Anexo D. Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982).	83
Anexo E. Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi) Fernández- Ballesteros y Zamarrón (1996).	84
Anexo F. Resolución No 008430 de 1993.	93

RESUMEN GENERAL TRABAJO DE GRADO

TITULO: Deterioro Cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los Adultos Mayores Recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón

AUTORES: Myriam Rocío Anaya - Marylex Julieth Sepúlveda Buitrago

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ps. Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso que trae consigo una serie de pérdidas y ganancias; por esta razón el objetivo de esta investigación fue evaluar el deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón. Estudio trasversal de tipo cuantitativo-descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 99 internos (79 hombres - 20 mujeres) mediante muestreo no probabilístico, con un rango de edad de 55 a 84 años. Se utilizaron tres pruebas: a) Short Portable Mental Status Questionnaire, (Pfeiffer, 1975), b) Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982) y c) Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi) Fernández- Ballesteros y Zamarrón (1996). Los resultados se analizaron a través del sistema SPSS versión 18. Respecto a los datos sociodemográficos se identificaron mayor cantidad de hombres (79,8%) que mujeres (20,2%) privados de la libertad. El 78.2% tienen poca escolaridad y el 79.8% son de bajos recursos económicos. En la variable depresión se halló que el 32,3% mostró síntomas depresivos. En cuanto al deterioro cognitivo (DC) se encontró que el DC leve se presentó con un 12,1%, y el DC moderado afectó a un 2%. En la calidad de vida se pudo evidenciar que hay diferencias entre los establecimientos debido a las condiciones que hay en cada uno de ellos. El 25,5 de los participantes del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga tienen algún tipo de ingreso contrario a los demás. Respecto al componente de habilidades funcionales, que se refiere a la forma en que los sujetos de desenvuelven de manera independiente en su vida diaria; los porcentajes fueron 77,33 el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga, 86 Reclusión de Mujeres y el 92,18 Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad – Girón.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo, depresión, calidad de vida, prisionalización y adulto mayor.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITULO: Deterioro Cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los Adultos Mayores Recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón

AUTHORS: Myriam Rocío Anaya - Marylex Julieth Sepulveda Buitrago

FACULTY: "Faculty of Psychology

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

Aging is a process that involves a series of gains and losses; for this reason, the objective of this research was to evaluate the cognitive deterioration, depression, and life quality of elderly adults imprisoned in the Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón. It is a quantitative-descriptive cross-sectional study. The sample was composed of 99 interns (79 males - 20 females) chosen through random sampling. The subjects age ranges between 55 and 84 years. Three tests were used: a) Short Portable Mental Status Questionnaire, (Pfeiffer, 1975), b) Geriatric Depression Scale (reduced version), Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982), and Brief questionnaire of life quality Cubrecavi) Fernández- Ballesteros y Zamarrón (1996). The results were analyzed through 18 version of the system SPSS. Regarding the sociodemographic data, it was found that the percentage of imprisoned males was higher in comparison to the percentage of females, 79.8% and 20.2% respectively. The 78.2% have few years of education, and the 79.8% live in poverty. The results show that 32.3% presented depression symptoms, and 12.1% had slight cognitive deterioration while 2% had a moderate level of cognitive deterioration. It was possible to evidence differences between the two establishments regarding the life quality of the interns. Due to the conditions of the establishment, 25,3 of the participants from Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC) had some type of income. Regarding the component of functional abilities, which means that the subject handles itself independently on a daily basis, the percentages were 77,33 the EPMSC, 86 Reclusion de Mujeres y 92,18 Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad – Girón.

Key Words: Cognitive deterioration, depression, life quality, imprisonment, and elderly adult.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (s.f) la adultez mayor es una etapa del desarrollo que inicia a los 60 años y acaba en el momento en el que la persona muere, y se identifica por ser un estado de grandes cambios en todas las áreas del funcionamiento. En América latina hay acuerdos con relación a cómo se percibe el adulto mayor, sin embargo, las ideas varían con la cultura, el período histórico, el estrato y las etnias (Aranibar, 2001).

De esta manera algunos cambios a nivel biológico en la adultez mayor son identificados como “fracasos normativos de adaptación que producen un declive en el organismo” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003, citado por Rodríguez, Valderrama y Molina 2010).

Además a nivel psicológico, el adulto mayor pasa por un proceso de reflexión y comienza a descubrir y evaluar la manera como ha vivido su vida (Rage,1997;Uribe-Rodríguez, Buela-Casal, 2003, citado por Rodríguez, Valderrama y Molina 2010).

Algunas investigaciones en adultos mayores se han centrado en estudios hospitalarios, con personal institucionalizado o con énfasis en funcionalidad, como lo muestran los estudios realizados por Ardila (2003), Mateus (2007), Molina y Navarro (2007) y Muñoz (2009). De modo que se ha excluido a aquellos adultos mayores que se encuentran en situación de prisionalización.

De acuerdo a lo anterior es importante conocer el término “prisionalización” que hace referencia al proceso mediante el cual la persona que ingresa en un establecimiento penitenciario vive y siente cambios en sus cogniciones, en la salud mental y física y en sus pautas de

comportamiento como reacción adaptativa a las exigencias del contexto penitenciario y carcelario (Ruiz, Rodríguez & Meluk, 2009).

Estos cambios se relacionan con el grado de desadaptación que la persona puede llegar a presentar cuando se encuentra fuera del establecimiento como dificultades en los sentidos, cambios sobre su imagen personal, problemas en la sexualidad para con su pareja, sumisión frente a la ley y normas y dificultades en las relaciones interpersonales (Ruiz, 2007).

Actualmente en Colombia existe cerca de 130.614 personas privadas de la libertad, de las cuales 105.574 se encuentran en los 144 centros de reclusión. De igual manera hay 22.264 detenciones domiciliarias, 1.678 internos en cárceles distritales y 1.198 reclusos en los centros penales de la fuerza pública (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, 2012).

Con base en la estadística anterior, se puede decir que en Bucaramanga y Girón la población reclusa está distribuida de la siguiente manera: Reclusión de Mujeres de Bucaramanga (RM Bucaramanga) 449 internas, Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Girón (EPAMS Girón): 1619 reclusos y en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (EPMSC Bucaramanga):2960 internos (INPEC,2012).

Según Valverde (2007), se empiezan a evidenciar alteraciones en la imagen personal, engarrotamiento muscular, dominio o sumisión en las relaciones interpersonales, ansiedad, egocentrismo, ausencia de expectativas a futuro, alteraciones en la afectividad y fatalismo.

Es importante señalar, que estas consecuencias y otras generadas por la prisionalización han sido de gran interés para el INPEC y otras instituciones.

De este modo disciplinas como la Psicología, se han preocupado por la situación actual del adulto mayor, guiando la mayoría de sus inquietudes a los centros de institucionalización como hospitales y asilos. Es por eso que se quiere intervenir en el campo penitenciario, tomando como muestra de estudio a los adultos mayores privados de la libertad, para generar nuevos conocimientos y programas de intervención, para que de una u otra manera contribuyan a la mejora de la calidad de vida de estas personas.

1. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

2.1. Reclusión de Mujeres de Bucaramanga (RM) se encuentra ubicada en la vía Palenque – Chimitá en el área conocida como café Madrid en el predio de las empresas públicas de Bucaramanga, su extensión es de un área aproximada de 300 metros cuadrados, con capacidad para por lo menos 200 Internas.

En el año 1987 las Hermanas de la Caridad se encargaron de la Institución, pues en esta época ya se contaba con el Personal de Guardia y personal Administrativo adscrito al Ministerio de Justicia que debía hacerse cargo de la Población y crecimiento.

En 1989 las Hermanas de la Caridad entregaron la Cárcel al Ministerio de Justicia el cual nombró como Directora a la Doctora ROSALBA PLAZAS CORNEJO.

El personal Administrativo, Cuerpo de Custodia y Vigilancia, asumieron con gran responsabilidad la labor que venían desempeñando las Hermanas. La Señora Ligia Sánchez Camacho, organizó la Fundación para la construcción y desarrollo de la actual Reclusión de Mujeres de Bucaramanga, con el apoyo del Sector Privado, Gobierno Municipal, Departamental y Nacional, adquiriendo dicho terreno para la Construcción de la Cárcel.

La Cárcel de Mujeres de Bucaramanga pasa a ser el Centro de Resocialización de Mujeres ante el Instituto Nacional de Prisiones, popularmente conocida como la CÁRCEL DE MUJERES. Hoy en día a cargo del INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO INPEC.

2.2 Mediante Resolución No.2407 de Julio 7 del 2003, la Dirección General del INPEC, creó el Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad –EPAMS-, Ubicado en EL

Km. 14 en la Vía que de Girón conduce a Zapatoca, específicamente en la Vereda Palo gordo del municipio de Girón. Construida por el DIM del Ministerio de Justicia, con una capacidad real de 1444 internos y una inversión de treinta y cuatro mil ochocientos millones de pesos. La planta de Funcionarios en la actualidad corresponde a 297 Funcionarios de los cuales el 98% son miembros del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, vinculados al establecimiento en carrera administrativa, y el restante porcentaje son funcionarios administrativos vinculados bajo orden de prestación de servicios, en nombramiento provisional y en menor escala en carrera administrativa.

La planta física del Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Girón se encuentra integrada por áreas comunes, sociales, de salud, trabajo, estudio o enseñanza, pabellones y celdas acorde a la siguiente Clasificación:

1. Pabellones Carcelarios: destinados para albergar internos que ostenten la calidad jurídica de sindicados.

2. Pabellones Penitenciarios: destinados para albergar internos condenados, entendiéndose por tales aquellos contra quienes la autoridad judicial competente, haya proferido en su contra sentencia condenatoria y ésta se encuentre debidamente ejecutoriada. Todas las celdas destinadas para albergar internos, así como las transitorias, se encuentran dotadas de batería sanitaria, camarote en concreto, energía eléctrica, agua potable y sistema de ventilación.

El establecimiento se encuentra dotado con tres patios multifuncionales, los cuales son utilizados para dar cumplimiento a la vista familiar, y conyugal acorde a los requerimientos del Reglamento de Régimen interno. En lo Referido a la vista íntima los patios se encuentran dotados de celdas diseñadas conforme a los requerimientos establecidos en la Ley.

Igualmente el EPAMS, se encuentra dotado de un área para entrevistas de abogados con los internos –Locutorios-, una cancha de fútbol al interior del establecimiento, el colegio Enrique Low Murtra, aprobado mediante resolución oficial, donde se imparte educación formal y no formal , en primaria, bachillerato y pregrado en convenio con la Universidad Francisco de Paula Santander. Al interior de cada pabellón, se ha dotado de una cancha poli funcional –Baloncesto, Volleyboll, Microfútbol- batería sanitaria. El rancho cuenta con cuarto frío, y calderas en el área de preparación de alimentos. Desde el momento de su creación, en el establecimiento no se asignó pabellón alguno como centro de Reclusión Especial ERE, ni áreas de reclusión femenina.

2.3 El Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga (Epmsc Bucaramanga), comenzó a funcionar desde 1908 en una antigua casona ubicada en el barrio la Concordia en un lugar donde hoy son los talleres de reparación mecánica del departamento de Santander. Con el crecimiento de la ciudad y de la población carcelaria, se hace inminente la necesidad de poseer un lugar arquitectónicamente acorde para la convivencia humana de los reclusos. Entonces comienza en la década del 50, la construcción de un nuevo centro penitenciario en un predio de la calle 45 entre las carreras 4 y 6 del barrio Alfonso López.

Allí fueron construidos los primeros pabellones, el 1 y el 2 con total de 120 celdas, donde fueron albergados 250 internos, los que alimentaban con la comida enviada por el rancho de la concordia, ya que allí no funcionaba, situación que continuo hasta 1961. El 10 de marzo del año en mención, se inicia la remisión de 550 reclusos restantes de la concordia para inaugurar los patios 3, 4, 5, 6 y 7 construidos con una capacidad para albergar 650 internos. El traslado y la remisión se prolongan hasta el mes de mayo cuando se organizó el rancho penitenciario.

El régimen disciplinario incluía el trabajo obligatorio, razón por la cual, los mismos internos contribuyeron a la construcción del establecimiento.

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en el mundo se ha presentado un aumento en la población de adultos mayores y quizás muchos de ellos no cuentan con la intervención adecuada. Sumado a esto, las personas que los rodean o conviven con ellos no cuentan con el espacio necesario para dar la atención suficiente, dejando de lado sus pensamientos, sentimientos, ideales, y necesidades.

Según el boletín informativo: Los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe (2002) se encontró que en la actualidad hay 57 millones de adultos mayores aproximadamente, incorporándose a los 41 millones ya existentes, y para los años 2025 a 2050 aumentará a 86 millones. De acuerdo a estas proyecciones, el envejecimiento poblacional de los países subdesarrollados está ocurriendo a una velocidad mayor de la experimentada por los países desarrollados ya que en el año 2000 los adultos mayores correspondían a un 8% de la población, y para el 2025 se espera que incremente al 14.1%.

Además de las grandes cifras que se muestran, el fenómeno del envejecimiento viene siendo un problema social que vive actualmente el mundo entero y Colombia no es la excepción.

Según proyecciones del DANE (2006), en Colombia la población mayor ha aumentado notablemente, para el quinquenio 90-95 la población mayor de 55 años representó el 8.9% del total, y para el 2025 constituirá el 18.5% de la población total. En Colombia la esperanza de vida en 1950 era de 50 años, en 1995 pasó a 69.3 años, manteniéndose después del 2000 a más de 70 años. Además, se observa en el análisis inter censal de Colombia que la esperanza de vida para quienes llegan a los 60 años ha mejorado y parece haberse estabilizado y aumentando 15 años más.

De igual manera el censo realizado por el DANE (2005) demostró que en Santander había un aproximado de 244.921 adultos mayores equivalentes a un 12.8% de la población total. Es por ello que al hablarse de envejecimiento poblacional, es necesario referirse a los cambios que trae a nivel social, económico, cultural y sobre las diversas áreas del ser humano como lo son: familia, salud, economía y relaciones sociales. Es así, como distintos países se hacen cuestionamientos acerca del trabajo, jubilación, calidad de vida, salud, etc. (Jaspers & Fajier, 2005, citados por Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010).

Teniendo en cuenta las estadísticas anteriores, y considerando que cerca del 10% de la población mayor de Colombia sufre de depresión, Gómez, et al. (2004) y Azpiazu Garrido et al, (2002) afirman que su calidad de vida está determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente y su deterioro cognitivo va enmarcado a las pérdidas que sufre a nivel intelectual (Lobo, A, Saz, P & Roy, J. ,2003).

Es por esto que surge la necesidad de evaluar cómo se están manifestando estas deficiencias y qué consecuencias tienen en la vida cotidiana de los adultos mayores que la padecen, más aún cuando estos adultos se encuentran en condiciones especiales, como aquellos que están recluidos en un establecimiento penitenciario, donde deben afrontar las causas y efectos que les propicia la prisionalización.

Según el INPEC (2012) en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón se encuentra un 6,32% de adultos mayores recluidos, lo cual genera inquietudes sobre su estado psicológico, físico y social.

Por esta razón, se considera importante medir la calidad de vida, el deterioro cognitivo y la depresión que son algunas de las variables que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar los

diferentes temas que abarca esta problemática en las personas mayores que están privadas de la libertad, ya que estos tipos de estudios han sido poco abarcados en Colombia.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Los adultos mayores privados de la libertad que se encuentran en un Establecimiento Penitenciario de Bucaramanga y Girón, presentan deterioro cognitivo, depresión y baja calidad de vida?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Determinar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores en situación de prisionalización.

4.2.2 Identificar si los adultos mayores privados de la libertad presentan depresión.

4.2.3 Describir los componentes de la calidad de vida de los adultos mayores recluidos en un establecimiento penitenciario.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

La vida es sin duda un proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico y existencial. Las formas de envejecer están atadas a procesos culturales, sociales y por supuesto a los estilos de vida individuales que enfrentan los sujetos (Larrea, Clua, Baez, Ramírez & Prieto, 2000).

Cada cultura tiene interpretaciones distintas de lo que es el envejecimiento, enmarcado en un sistema de valores y formas en las que se desarrollan las relaciones entre los sujetos, es por ello que desde una visión antropológica la vejez se entiende desde el papel que desempeña el denominado “viejo” en su entorno cultural y su grupo étnico (Huerchan, 2003). No obstante, el medio no es un determinante infalible por lo cual Dulcey (2002) señala que “las formas de envejecer son tantas como individuos existen” (p.19).

De acuerdo con lo anterior, el significado de la vejez y las formas en las que se desarrolla es quizás una de las cuestiones más importantes que se plantea el hombre. Hay siempre un debate clásico entre las posiciones de Platón y Aristóteles, el primero hace referencia al envejecimiento en términos de declive y enfermedad, mientras que el segundo se refiere a ello como una etapa de la vida (Fernández, 2007).

Por otro lado al hablar de la tercera edad desde la perspectiva del ciclo vital, se considera la longevidad como algo que trasciende lo biológico, tal como lo plantea Osorio (2006), esta visión, entiende cada etapa como un proceso dinámico en el cual influye en las experiencias, los significados que las personas dan a sus vidas y los cambios sociales.

De igual manera el ciclo vital mantiene un abordaje evolutivo del envejecimiento, con una amplia perspectiva del desarrollo, planteando la adaptación como un concepto fundamental que se da a través de la vida, entendiendo que es un proceso subjetivo y social (Villar & Posada, 2000, citados por Pinazo & Sánchez, 2003).

Además, el envejecimiento es una etapa en la cual se experimentan pérdidas y ganancias. No obstante, envejecer tiene un componente biológico importante que conlleva algunos cambios físicos: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, retroceso progresivo de algunas facultades mentales, disminución de la fuerza y rapidez para algunas actividades físicas y disminución de funciones inmunológicas contra las infecciones y el cáncer (Arce, Contreras & Gutiérrez, 2006).

De acuerdo a lo anterior es importante mencionar el crecimiento de la población geriátrica como un fenómeno demográfico con alto impacto social. En Colombia se estima que hay alrededor de un 7,2% de población adulta mayor y se cree que en el 2020 esta cifra alcanzará el 11,5% (Cepsiger, 2004) dichas proyecciones exigen que se realicen cada vez más investigaciones que permitan entender la situación de los adultos mayores en distintos contextos Nacionales.

El Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2005 encontró que el 6,31% de la población tenía más de 65 años y que el 28,8% de los adultos mayores se concentraban en las ciudades colombianas. En esta misma línea Cardona, Estrada & Agudelo (2006) encontraron en Bogotá, Cali y Medellín que desde 1964 al 2001 la población adulta mayor experimentó un crecimiento del 168% y que esta tendencia al incremento se mantiene hasta la finalización de su estudio.

Según, informes de las Naciones Unidas calculan que para el 2025 el 14% de la población en América Latina y el Caribe tendrá 60 años o más. Nieto y Alonso (2007) en un artículo de reflexión “¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el Envejecimiento Poblacional?”, esbozan dos conclusiones en cuanto a la situación del adulto mayor en nuestro contexto:

“La primera, el hecho de que la población mayor está creciendo más rápido que la población total en América Latina, y la segunda, que Colombia parece tener aún más acelerado el envejecimiento, en la medida en que el diferencial entre el ritmo de crecimiento de la población total y el de la población “envejecida” es mayor”(p294).

En el estudio de Nieto y Alonso (2007) presentan los datos de crecimiento de la población en Colombia, la población menor de 60 años tiene una tasa de crecimiento anual de 1,69% mientras que los mayores de 60 años crecen al 3,26% anual.

Es por esto que el envejecimiento poblacional conlleva a nuevas perspectivas sobre lo que es la vejez, cuáles son las condiciones sociales que se deben establecer para darle calidad de vida a esta etapa de la vida y qué necesidades presenta.

En este sentido Heckhausen y Shulz (1993, citado por Fernández, 2007, p.3) dieron a conocer que:

“Si bien es cierto que en los primeros años de vida se producen máximamente cambios positivos, también es cierto que se produce una cierta meseta de estabilidad comportamental en la edad adulta (hasta los 70) y se experimentan amplios declive

partir de los 70 años, los autores concluyen que existen ganancias y mejoras, en distinta medida y proporción a lo largo de todo el ciclo de vida”

Sin embargo, el envejecimiento no debe ser visto como una enfermedad, ya que los adultos mayores desarrollan mecanismos de compensación que permiten una vivencia plena de esta etapa de la vida, pero sí se presentan casos en que las circunstancias vitales y los trastornos psicológicos pueden llegar a afectar algunas capacidades cognitivas.

Al referirse al deterioro cognitivo, Pérez (2005) sostiene que no hay límites claros y consensos definitivos y que en general expresa una disminución del rendimiento de al menos, una de las capacidades mentales: memoria, orientación, pensamiento abstracto, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial. También se observa pérdidas en las funciones del lenguaje como nominación, articulación, fluidez, abstracción, comprensión, planificación, o ejecución (Lobo, Saz & Roy, 2003).

Estas pérdidas se asocian con el deterioro progresivo de algunas de sus funciones neurológicas, que según una gran variabilidad interindividual, pueden afectar de modo destacado las regiones fronto-temporales de la corteza (Benedet, Martínez y Alejandre, 1998).

Por otro lado Gómez, Bonin, Gómez de Molina, Fernández & Gonzales, (2003) hacen referencia al deterioro cognitivo como un síndrome: “Conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social” (p.1).

De igual manera Pérez (2005), afirma que el incremento del deterioro cognitivo como síndrome con respecto a los adultos mayores es explicado por la forma de organización social que limita los estímulos vitales de las personas mayores y las centran en su salud y ello termina generando estrés y preocupación.

Más aún, autores como Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro cognitivo, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento; presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

Por otra parte, en la tercera edad las enfermedades mentales más comunes son la demencia y la depresión. La demencia se presenta aproximadamente en el 5% de las personas mayores de 65 años, mientras la depresión afecta al 10% de los adultos mayores (Sánchez, López, Calvo, Noriega & López, 2009).

Sin embargo, el 50% de las ocasiones, la depresión pasa desapercibida al ser considerada una consecuencia más del envejecimiento (Bacca, A., González, A. & Uribe, 2004).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2002) la depresión ha sido definida como un trastorno del estado de ánimo que involucra, principalmente, un humor bajo y una respuesta reducida a estímulos que eran antes placenteros.

Adicionalmente, es acompañada de otros síntomas como retardo psicomotor, disrupciones del sueño, cambios significativos en el apetito y una marcada afectación cognitiva manifestada en incapacidad para pensar o concentrarse y/o indecisión, entre otras. (DSM-IV, 2002)

Además a través de la historia y la ciencia, la depresión se posiciona como un trastorno multi variado y multicausal que puede ir desde las formas más leves hasta las más crónicas o severas como lo es la depresión mayor (Sadek & Nemeroff, 2000).

A partir de un estudio a nivel Nacional, sobre la prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana realizado por Gómez, et al. (2004) demostró que el 10% de la población estudiada había presentado un episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y el 8,5% sufrieron algún episodio durante el último mes.

Así mismo en Bucaramanga, se ha demostrado que el 43,6% de la población presenta sintomatología depresiva y el 17,3% de la muestra estudiada reunía criterios para un episodio depresivo mayor (Campo, Díaz, Rueda, Cadena & Hernández, 2007). Dichas cifras, particularmente en el contexto local, incitan a la realización de estudios que puedan aportar a la comprensión del trastorno.

Por otro lado los estudios de Channon, Baker y Robertson, (1993) citado por Harvey et al (2004) se han dedicado a investigar el desempeño de pacientes depresivos en tareas que involucran la memoria de trabajo, encontrando un desempeño inferior en los que padecían depresión. De igual manera Steffens et al. (2000) demostraron que individuos con depresión, presentaron un menor desempeño general en tareas que involucraban el uso de la memoria de trabajo, específicamente, las que incluían pensamientos automáticos de manera predominante o un procesamiento que exigía un mínimo control, en comparación con los sujetos saludables.

De la misma forma Montorio e Izal (2000), hacen alusión a los factores estresantes que pueden acelerar la sintomatología depresiva, algunos de los que se pueden encontrar son: menor frecuencia de sucesos agradables con menor capacidad de disfrute, percepción negativa de salud, actitudes disfuncionales con distorsiones cognitivas con respecto a la edad, la jubilación, las relaciones familiares y los problemas de salud; atribuciones desadaptativas e inadecuadas de su enfermedad e incremento de la auto atención negativa como consecuencia de la soledad.

Al respecto cabe decir que, este trastorno psicológico puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad (Steffens, et al. 2000), ya que su presencia podría afectar de forma severa la calidad de vida de quien lo padece (Duran, Valderrama, Uribe-Rodríguez & Uribe, 2007)

Es por ello que al hablar de calidad de vida, no existe un consenso frente al concepto, sin embargo se define como una expresión subjetiva que se asocia con la forma de ser, el bienestar y el grado de satisfacción con la vida que se ha llevado hasta el momento, lo cual se refleja en la experiencia personal, la salud y las relaciones sociales que se mantienen (Vera, 2007).

Además las confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes se debe a la falta de claridad alrededor de lo que es la CDV y la forma en la que ha sido definida tradicionalmente engloba términos de naturaleza subjetiva difíciles de cuantificar (Casado, J. et al. 2001).

Debido a esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993, citado por Casado et al, 2001), propuso una definición de consenso de calidad de vida: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (p.26).

Al respecto Pinazo y Sánchez (2003); Badia, Salamero y Alonso (2002) y Vera (2007) se encuentran de acuerdo en los aspectos fundamentales que propone la (OMS) en su conceptualización de la Calidad de vida: el nivel de vida como contexto material y físico, en total relación con el bienestar psicológico y de la salud.

De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar el concepto de calidad de vida y la forma en que se evalúa, Ortiz (2004) quien la define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta habilidad de desempeño, movimiento o representación positiva de su vida.

En los adultos mayores la calidad de vida está especialmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente (Azpiazu, et al. 2002). Badia, et al. (2002) consideran que la interpretación del concepto de calidad de vida ha llevado a que muchos investigadores tomen un enfoque operativo del constructo y con ello se centren demasiado en aspectos ligados a la detección psicopatológica y evaluación cognitiva del mismo.

Igualmente otros autores como Neugarten (1974), citado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2002), consideran que la satisfacción de la vida de los adultos, se define teniendo en cuenta: satisfacción en las actividades diarias, significado de la vida haciéndose responsable de la misma, percepción del logro de metas de vida, autoimagen y actitud hacia la vida. En concordancia con este planteamiento Cardona, Estrada y Agudelo (2006) en una investigación con adultos mayores de Medellín encontraron que la seguridad económica y las redes de apoyo social son fundamentales para que se constituya la calidad de vida.

De igual manera Helvik, Engedal y Selbaek (2010) encontraron que la sensación de seguridad, la privacidad, la realización de actividades significativas, el reconocimiento de su

familia junto con los espacios físicos adecuados hacen que la percepción de los adultos institucionalizados perciba una mayor calidad de vida. Conclusiones similares aportan Lázaro y Gil (2011) que evaluaron las preferencias de los adultos mayores en referencia a sus viviendas y las instituciones, siendo los servicios, la comodidad de los lugares y la afectividad lo que relacionan los ancianos con la satisfacción.

Con base en ello la evaluación de calidad de vida se realiza por medio de tres factores: quien expresa la valoración, los criterios y las variables que se tienen en cuenta a la hora de la medición y el enfoque que se utilice, que hace referencia a los aspectos a valorar, los intereses y la finalidad con la que se haga la valoración (Fernández, 2009). Se deben tener en cuenta una amplia gama de variables que logren describir un espectro tan amplio del individuo.

Autores como Fernández (1997) plantean que “durante la vejez, la posición social, la edad y el género son más importantes que vivir en el propio domicilio o en una residencia para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida” (p.21). En contraste Duran, Valderrama, Uribe, A & Uribe, J. (2007) no encuentran diferencias de género en su evaluación habilidades funcionales e integración social (como componentes de la calidad de vida), pero si hallan incidencia del estado civil y la edad en su muestra de adultos mayores colombianos.

Otros estudios, han desarrollado una tendencia en las investigaciones a establecer una relación entre la calidad de vida y la salud física. Por ejemplo Casado et al. (2001) en su trabajo “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria” relaciona calidad de vida con percepción de la salud, y estado físico de los adultos, Azpiazu. et al. (2002) con un enfoque similar centrado en la auto percepción de salud no encuentra diferencias entre género.

Siguiendo esta tendencia Helvik, Engedal y Selbaek (2010), se enfocan en adultos mayores con hospitalización médica, concluyendo que la mejora en la salud de los pacientes y el buen estado funcional pueden mejorar la calidad de vida.

De igual forma, en algunos países de Latinoamérica se ha visto que las medicinas, los trastornos emocionales, los daños cognitivos y la falta de dientes son algunas causas de la mala alimentación de los adultos mayores. Dentro de las consecuencias de la malnutrición están las enfermedades cardiovasculares, anemia, úlceras, deterioro cognoscitivo, fracturas y caídas, etc. (Ramírez 2009).

Además Ramírez (2009) menciona que a lo largo de los años se ha relacionado vejez con enfermedad ya que la mayoría de ancianos perciben su salud como mala, así mismo se ha visto como una persona siente su salud mejor cuando hay una menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida.

Por el contrario en el contexto local las investigaciones de la calidad de vida en adultos mayores se han centrado en estudios hospitalarios, con personal institucionalizado, como lo muestran los estudios de Ardila (2003), Mateus (2007), Molina, Meléndez y Navarro (2008) Davicino, Muñoz, Barrera y Donolo (2009). De modo que se ha excluido a aquellos adultos mayores que se encuentran dentro de un establecimiento penitenciario.

Sin embargo, las primeras investigaciones sobre la prisionalización hechas por Clemer (1986) y Cornelius (1992) (citados por Ruiz, et al (2009).) afirmaban que ésta surge como una reacción adaptativa a las exigencias del ambiente penitenciario, entre ellas, la asunción de la cultura carcelaria, además investigaciones más recientes como la de Echeverría (2010) plantean la prisionalización, como una institución que exige de las personas un esfuerzo adaptivo al encierro, donde lo despoja totalmente de su autonomía y bienestar.

“ El término “prisionización” se refiere al proceso mediante el cual la persona que ingresa en prisión vive cambios en sus cogniciones (Beleña y Baguera, 1992), y emociones (Jaimes, Montenegro, Morales, Ortiz y Quiroga, 1995; Ruiz 2007), en la salud mental y física, en la sexualidad (Neuman, 1987) y en sus pautas de conducta como reacción adaptativa a las exigencias del ambiente penitenciario, entre ellas, la asunción de la cultura carcelaria (Clemmer, 1940, en Caballero, 1986; Cornelius, 1992).” (Ruiz, J. et al. (s.f) p. 46).

Es por ello que Abad, et al. (2003) definen la prisión como un espacio que limita la libertad del ser humano ya que por sí misma es una institución que puede generar un alto poder dañino sobre la vida mental de los internos.

Cuando estos ambientes se acompañan de los cambios de la vejez, surge una gran cantidad de necesidades físicas, psicológicas y psiquiátricas que generan preocupación en relación a la atención de los adultos mayores en este ambiente (Coid, Fazel & Kahtan N. 2002; Fazel & Danesh, 2006). Por otro lado Dean y Cols (1992) citados por Ramírez, (2008), encontraron que los adultos mayores que vivían solos se encontraban más deprimidos y que había más afectación en los hombres.

De igual forma, el sistema penitenciario no se escapa de esa realidad socio demográfica, el envejecimiento de la población penal sumado a la pérdida de su libertad, son elementos importantes por considerar cuando se estudian los factores que inciden sobre la salud de las personas recluidas (Leal & Salazar, 2004). “También se ha señalado que muchos viejos son institucionalizados en contra de su voluntad y que ello les provoca estrés y depresión al sentirse abandonados por sus familiares.” (Ramírez, 2008, p. 8). Así mismo Banda, (1992) realizó un

estudio en México, en la ciudad de Monterrey con un grupo de ancianos aislados y encontró que el 49% de los adultos mayores evidenciaba depresión.

Es así, como lo que refiere a salud mental, nueve de cada diez presos presentan algún tipo de alteración en su estado mental, por diagnósticos, tasas del 2-4% de trastorno esquizofrénico, del 10-12% de trastorno depresivo o el 50-75% de trastornos de personalidad son datos que ponen una buena muestra de la prevalencia existente (Arroyo et al.,2009). La revisión de Leal y Salazar (2004) concuerdan en que la prevalencia de los trastornos depresivos es 9% en la población adulta mayor privada de la libertad.

De acuerdo a un estudio realizado por Murdoch, Morris y Holmes (2008) en una prisión de mediana seguridad en Albany (Reino Unido) con 183 hombres adultos mayores que cumplían condenas largas, se encontró que la depresión en condiciones de prisionalización está asociada a la mala salud en prisioneros y no a los efectos específicos de la cárcel. Autores como Karp (2010) plantean que en el caso de los hombres, los constructos culturales de masculinidad generan una hiper masculinidad en la prisión que resulta un correlato del crimen y puede perturbar las conductas de los hombres.

De igual forma las condiciones carcelarias en América Latina, no son las mejores; las personas privadas de la libertad se encuentran hacinadas, no tienen una alimentación adecuada y carecen de una óptima atención a la salud. Además la mayoría de los establecimientos penitenciarios no cuentan con medicinas suficientes y en algunos casos no hay profesionales de la salud que atiendan dichas necesidades (Noel, 2004).

Según la Procuraduría Delegada en lo Preventivo para Derechos Humanos y Asuntos Étnicos, Grupo de Asuntos Penitenciarios y Carcelarios (2006) mencionaron que otros aspectos que hay que tener en cuenta son: a) Las personas que se encuentran privadas de libertad son de

bajos recursos económicos, por lo que dificulta que sus familias y amigos puedan visitarlos con frecuencia. b) En relación con los niveles de escolaridad, el 48% de la población cuenta con estudios de primaria, el 40% hicieron bachillerato mientras que sólo un 6% tiene estudios universitarios y el otro 6% son iletrados. C) El 43.48% de las mujeres que se encuentran en un establecimiento penitenciario están procesadas por delitos relacionados con estupefacientes. Lo que demuestran estos resultados son el aumento de estas infracciones en los últimos años, que han venido a sustituir al hurto calificado, delincuencia común, extorción, terrorismo y otras; las cuales ocupan el primer lugar de las causas de delincuencia femenina en otros países.

Finalmente, se puede decir que la prisionalización altera el funcionamiento normal que ha tenido la persona a lo largo de su vida y cómo perturba aspectos fundamentales cuando se es privado de la libertad, es por esto que se hace necesario que disciplinas como la psicología contribuyan con el diseño de investigaciones, que generen conocimientos y programas de intervención que se preocupen por conocer mejor estas temáticas, y favorezcan de una u otra forma al cambio conductual, a la evaluación y seguimiento de estos nuevos temas, para que así estos tópicos que no han sido abordados ampliamente desde la perspectiva del deterioro cognitivo y la depresión en los diferentes centros penitenciarios de Colombia sean más amplios y generen nuevos temas de investigación.

6. MÉTODOLOGIA

7.1 Diseño

Estudio transversal de tipo descriptivo. Con enfoque cuantitativo

7.2 Lugar

Se trabajó con internos e internas, recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón: Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga, Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Girón y la Reclusión de Mujeres de Girón.

7.3 Muestra

Para la realización de este estudio, se tomó una muestra de 99 sujetos (20 mujeres y 79 hombres), que se encuentran Recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón.

El diseño muestral fue no probabilístico, y el tipo de muestreo por conveniencia. Teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio, los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron los siguientes: hombres y mujeres mayores de 55 años, quienes son considerados adultos mayores desde los centro penitenciarios, sindicados (as) y condenados (as), distribuidos en los diferentes patios y pabellones, que no estén diagnosticados con algún trastorno mental y que acepten participar de manera voluntaria en el estudio.

7.4 Consideraciones Éticas

El presente estudio se rigió por las normas colombianas para la investigación con humanos expuestas por el Ministerio de Salud en la resolución N° 008430 de 1993. Se empleó un

Consentimiento Informado escrito, en el cual se explicaron los objetivos, procedimiento y beneficios; así mismo, se especificó la participación voluntaria, la confidencialidad de la información obtenida y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin dar justificaciones (Anexo F).

7.5 Instrumentos

Para dar cumplimiento a los objetivos del presente estudio se ha propuesto la utilización de los siguientes instrumentos:

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ), (Pfeiffer, 1975): Consta de 10 ítems que detectan deterioro cognitivo en personas mayores. Valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación e información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Esta es una versión traducida y validada al castellano por Montalvo, Rodríguez y Ruipérez (1992). Se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria. Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores. La forma de puntuación es la siguiente: Puntuación normal: 0 - 2 errores, alteración cognitiva leve: 3 - 4 errores, deterioro cognitivo (“patológico”): 5 - 7 errores, deterioro cognitivo importante: 8 - 10 errores. Cuenta con una Sensibilidad: 68% y Especificidad: 96%. La fiabilidad del test oscila entre 0,82 y 0,85.

Esta prueba fue utilizada en el contexto Colombiano por Uribe, Valderrama y Molina (2007) en el estudio: Salud subjetiva y salud psíquica en adultos mayores Colombianos.

Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982): Considerada el único auto informe construido específicamente para

mayores, no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivos-conductuales que se relacionan con las características específicas de la depresión en el anciano. Puede categorizarse la depresión en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9), y establecida (10 o más).

Esta prueba fue validada en el contexto Colombiano por Bacca, González y Uribe (2005). El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268, lo que quiere decir que es altamente confiable.

Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi) Fernández- Ballesteros y Zamarrón (1996). Consiste en 18 preguntas que evalúa nueve áreas de la calidad de vida en las personas mayores; los componentes son: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad en el ambiente, satisfacción con la vida, educación, servicios sociales y sanitarios e ingresos. La medición se hace objetiva y subjetivamente y se puntúa directamente. El nivel de consistencia de esta prueba y la fiabilidad oscila entre 0.92 y 0.70 en las diferentes áreas mencionadas anteriormente; menos para integración social.

Esta prueba fue utilizada en el contexto Colombiano en el 2007 por Uribe, Valderrama y Molina en el estudio: Salud subjetiva y salud psíquica en adultos mayores Colombianos.

Finalmente, cabe resaltar que para este estudio, se diligenciará con cada uno de los participantes el consentimiento informado, (véase anexo A) ya que es un deber ético de los investigadores, salvaguardar los derechos de los participantes. Es importante que la muestra escogida, conozca con detalle la información pertinente al estudio de investigación; entre la que se encuentra: el propósito, procedimiento, la inexistencia de riesgos, beneficios, reserva y secreto

de la información y el derecho a retirarse de la investigación. y luego de que se les dé respuesta a las inquietudes que presenten sobre el estudio, del cual serán partícipes de manera voluntaria.

7.6 Procedimiento

-Etapa 1: Autorización de los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón, para llevar a cabo el Trabajo de Grado.

-Etapa 2: Revisión del estado del arte sobre los temas a abordados, elaboración del consentimiento informado, de igual manera revisión de los instrumentos seleccionados y preparación del listado de los sujetos (mujeres y hombres), participantes.

-Etapa 3: Selección de los 99 sujetos (mujeres y hombres) recluidos en los Establecimientos Penitenciario de Bucaramanga y Girón, condenados y sindicados, que cumplan los criterios de inclusión.

-Etapa 4: Acercamiento inicial con los internos para la explicación de la investigación, del consentimiento informado y firma del mismo.

-Etapa 5: Aplicación del Short Portable Mental Status Questionnaire (Spmsq), Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) y el Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi).

-Etapa 6: Sistematización de los resultados del Short Portable Mental Status Questionnaire (Spmsq), Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) y el Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi), aplicado a los participantes.

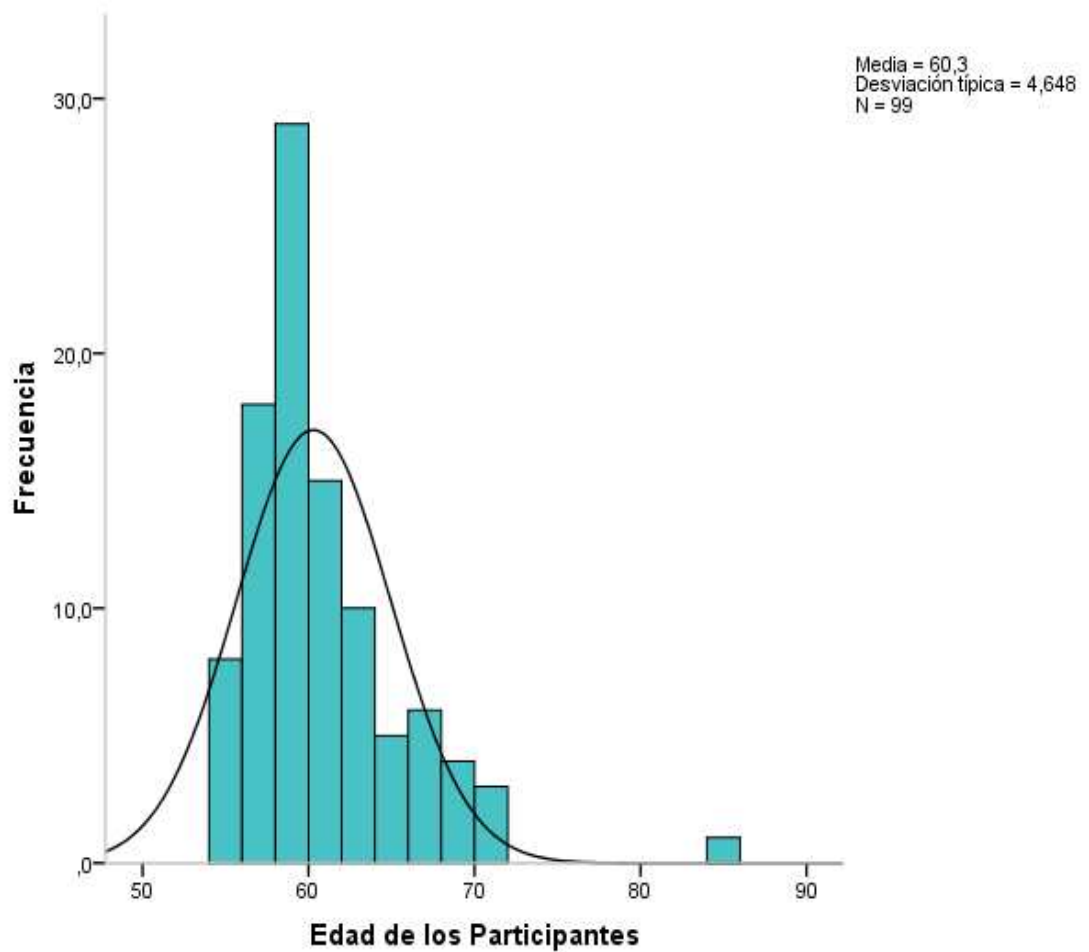
-Etapa 7: Análisis e interpretación de los resultados con el programa SPSS versión 18 elaboración de la discusión.

-Etapa 8: Socialización y publicación de resultados.

7. RESULTADOS

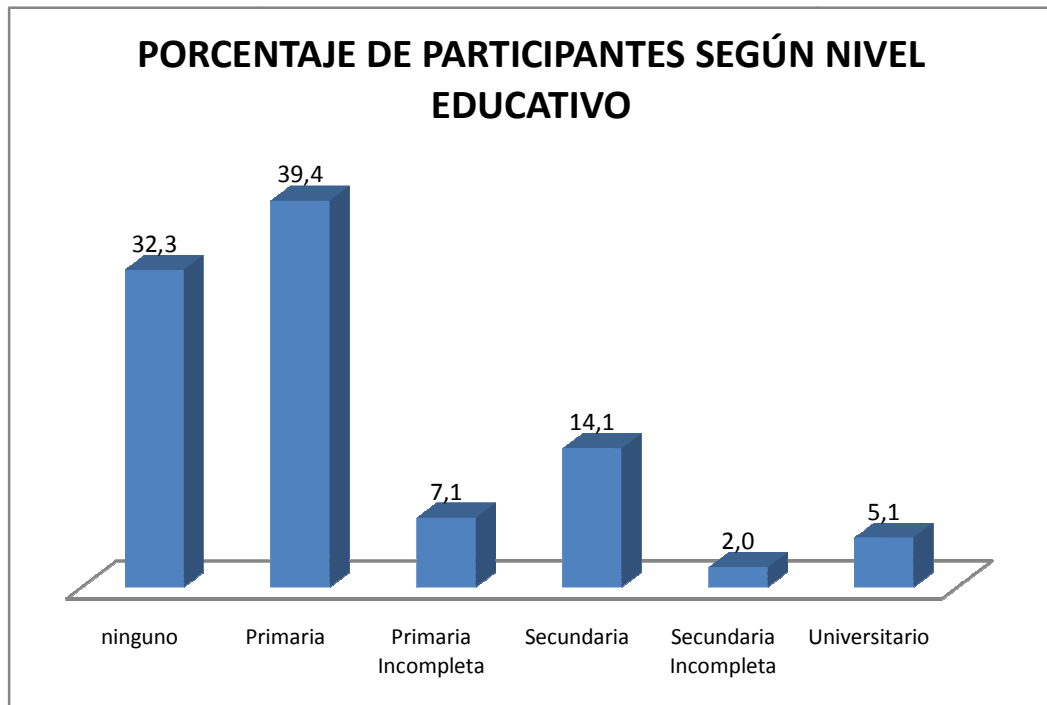
A continuación se presenta el producto final de la investigación obtenido mediante la aplicación de de las pruebas: *Short Portable Mental Status Questionnaire*, *Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (versión reducida)* y *el Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi)*. De igual manera se aplicó una ficha sociodemográfica para hacer caracterización de la población.

Se evaluaron 99 reclusos de los cuales, 30 eran del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga, 20 de la Reclusión de Mujeres y 49 del Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Girón. La población evaluada está compuesta por 20 (20,2%) mujeres y 79 (79,8%) hombres.



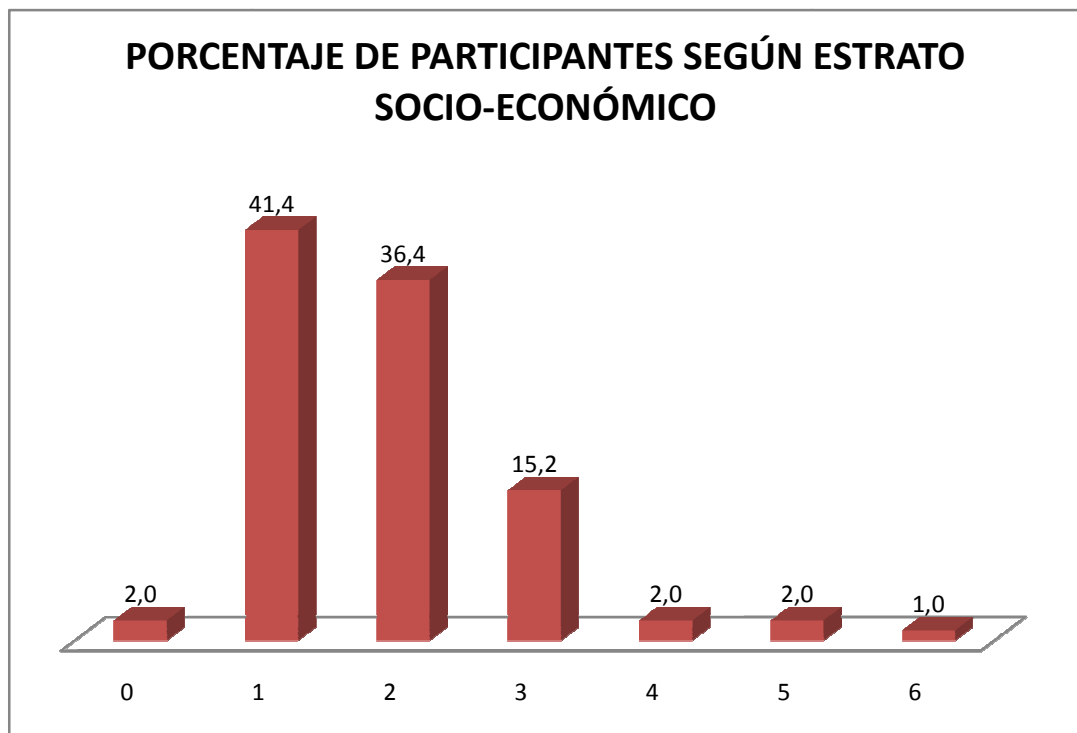
Gráfica 1. Histograma de Edad de los participantes

La Gráfica 1 revela la distribución de la edad de los participantes que se encuentra entre los 55 y 84 años con una media de edad 60,3 años ($\pm 4,648$), con una curva normal definida alrededor de la media.



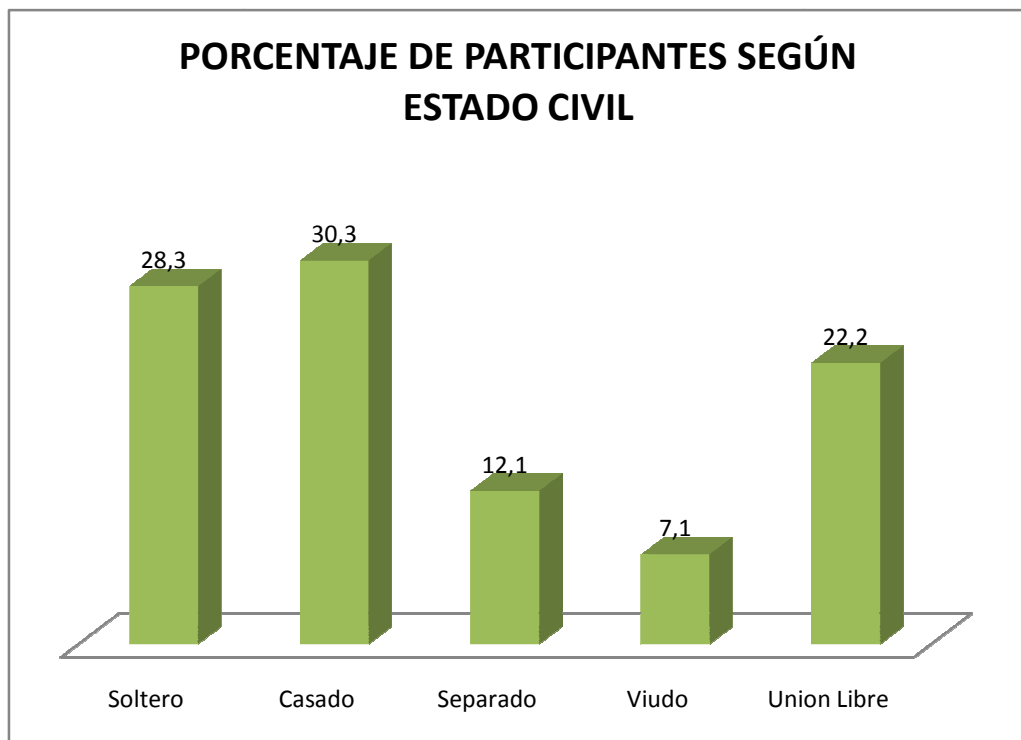
Gráfica 2. Nivel Educativo Reportado por los Participantes.

El nivel educativo de los evaluados, gráfica 2, muestra que tienen un nivel educativo bajo, ya que el 32,3% de la muestra no tiene ningún tipo de educación, el 39,4% reporta educación primaria completa y el 7,1% no finalizó la primaria. De igual manera el 14,1% terminó sus estudios secundarios, 2,0% no terminó la secundaria y solo el 5,1% realizó estudios universitarios.



Gráfica 3. Estrato Socioeconómico

La gráfica 3 muestra el nivel socioeconómico de los evaluados. El estrato 1 tiene la mayor concentración de personas con el 41,4% de los evaluados, seguido por el estrato 2 en el que se encuentra el 36,4% de las personas.



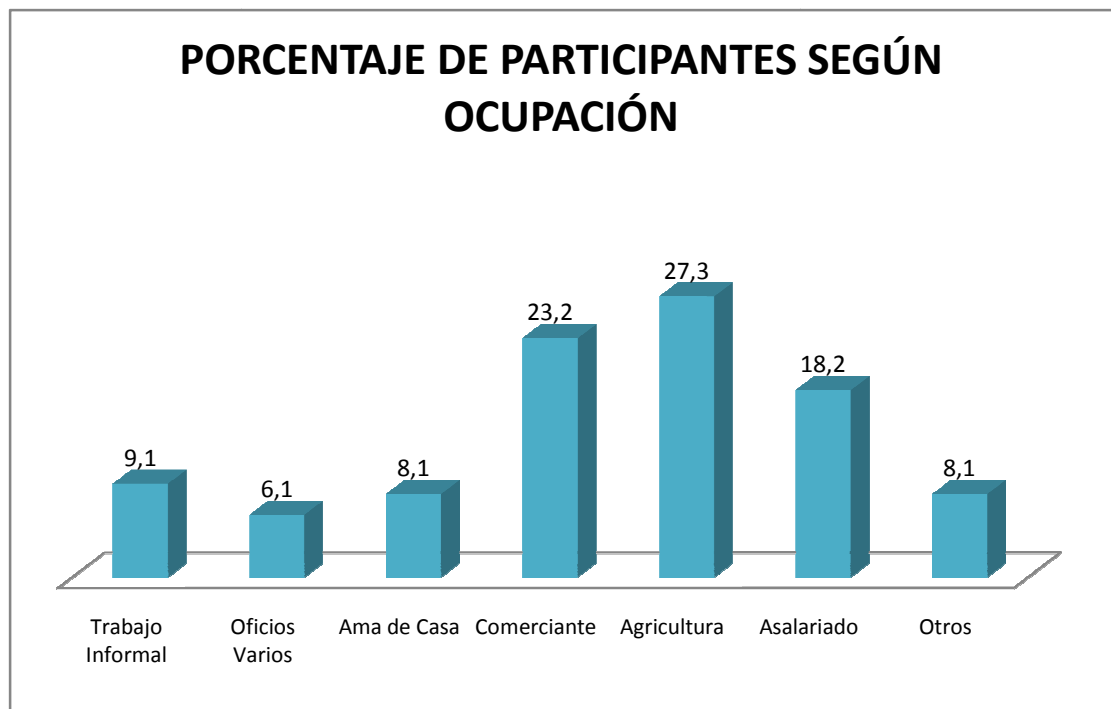
Gráfica 4. Estado Civil de los Participantes

En lo que refiere al estado civil la gráfica 4 evidencia que el estado civil con mayor frecuencia es el casado con un 30,3% seguido del soltero con un 28,3%, el 22,22% se encuentra en unión libre, 12,1% separados y el 7,1% viudos.

Tabla 1. Delitos reportado por los participantes.

Delitos	Frecuencia	Porcentaje
Homicidio	28	28,3%
Delitos Sexuales	27	27,3%
Tráfico de estupefacientes	24	24,2%
Otros	8	8,1%
Hurto	5	5,1%
Inasistencia Alimentaria	4	4,0%
Extorción	3	3,0%
Total	99	100,0%

Los delitos reportados por los participantes, se encontró que entre los 15 presentados en la Tabla 1, los evaluados estaban recluidos principalmente por tres delitos: Ley 30 (Estupefacientes) con un 24,2% de la población, Homicidio con 28,3% y finalmente 27,3% se encontraba purgando cualquier tipo de delito sexual. Estos últimos incluyen los actos abusivos con menor de 14 años, acceso carnal violento y abuso sexual.

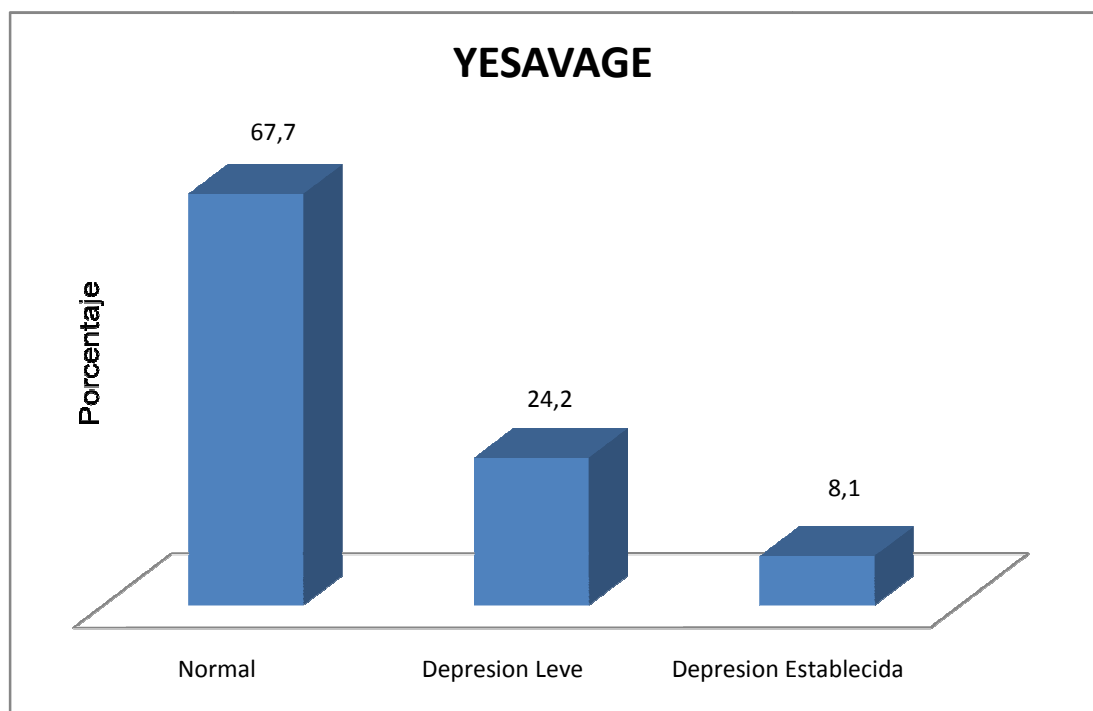


Gráfica 5. Ocupación de los Participantes.

En la gráfica 5, se observa que el 27,27% se desempeña como agricultores, el 23,23% fueron comerciantes y el 18,2% constituye los asalariados que se encuentran en diversas profesiones técnicas como zapateros, carpinteros o conductores que no reportan tener trabajo ambulante ni informal.

DEPRESIÓN

La aplicación del YESAVAGE arrojó que no hay prevalencia de la depresión en la población adulta mayor que está recluida en las prisiones de Bucaramanga y Girón.



Gráfica 6. Resultados Yesavage.

El 24,2% de los evaluados puntuó depresión leve y el 8,1% obtuvo depresión establecida en la escala, es decir, el 32,3% de la población tiene algún tipo de sintomatología depresiva. Sigue existiendo una mayoría de sujetos sanos compuestos por el 67,7% de la población tal como lo muestra la gráfica 6.

Tabla 2. Enfermedades Asociadas al YESAVAGE

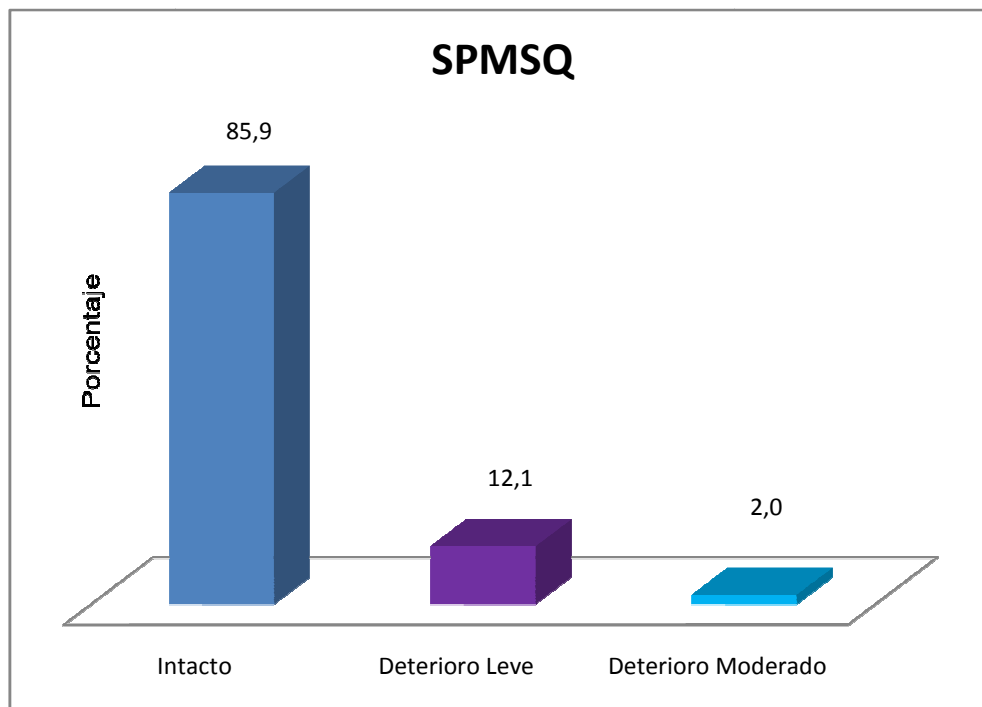
Edad	Enfermedad	Yesavage
60	Diabético	Depresión Establecida
60	Diabético - Hipertenso	Depresión Establecida
57	Diabetes	Depresión Establecida
62	Diabético	Depresión Leve
55	Diabético	Depresión Leve
59	Diabetes	Depresión Leve
68	Diabetes, colesterol, hipertensión	Normal
61	Diabetes	Normal
57	Diabetes, colesterol	Normal
55	Diabetes	Normal
68	Hipertensión	Depresión Establecida
56	Hipertensión	Depresión Leve
60	Hipertensión	Depresión Leve

Deterioro cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores Recluidos en Establecimientos Penitenciarios 52

63	Hipertensión, Colesterol, triglicéridos	Depresión Leve
61	Hipertensión	Normal
58	Hipertensión, Colesterol, gastritis	Normal
60	Hipertensión – Dolor lumbar	Normal
70	Hipertensión	Normal
62	Hipertensión	Normal
65	Corazón	Depresión Establecida
59	Corazón – respiración	Depresión Leve
58	Corazón – Cáncer	Normal
58	Corazón – colesterol	Normal

En la tabla 2 se presentan algunas de las enfermedades reportadas por los internos y el resultado de la aplicación de la prueba Yesavage.

DETERIORO COGNITIVO



Gráfica 7. Resultados del SPMSQ

La gráfica 7 revela que el deterioro cognitivo leve se presenta con un 12,1%, un grado mucho menor que el deterioro cognitivo moderado que afecta a un 2%, mientras que el 85,9% de los evaluados tienen sus funciones cognitivas intactas.

CALIDAD DE VIDA

Para medir el concepto multidimensional de calidad de vida se utilizó el Cubrecavi, que contiene 8 escalas que en su conjunto dan una visión de la calidad de vida de los internos.

Hay que tener en cuenta que los tres establecimientos tienen puntuaciones altas en los componentes de educación aunque la mayoría de la muestra tiene educación primaria. Hay que tener en cuenta que esto se debe a los baremos del CUBRECAVI ajustados para la población institucionalizada.

Para la calificación de la prueba se utilizan unas categorías que se deben tener en cuenta:

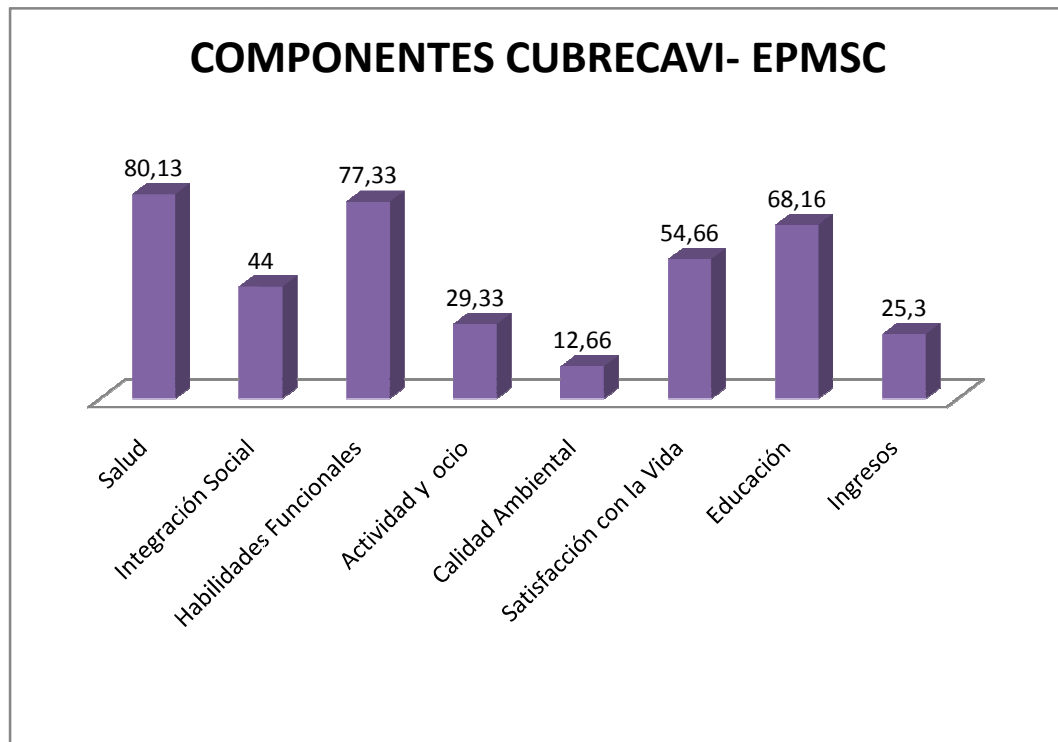
Muy bajo: 1-10

Bajo: 11-30

Medio: 31-50

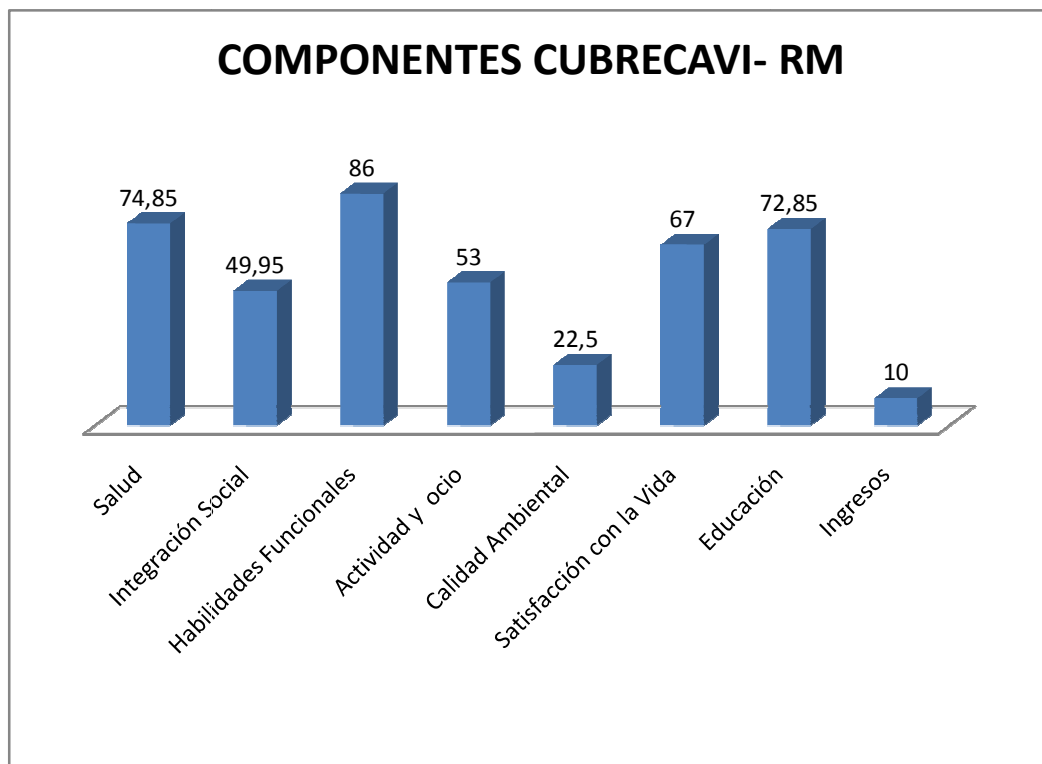
Alto: 51-90

Muy alto: 91-99



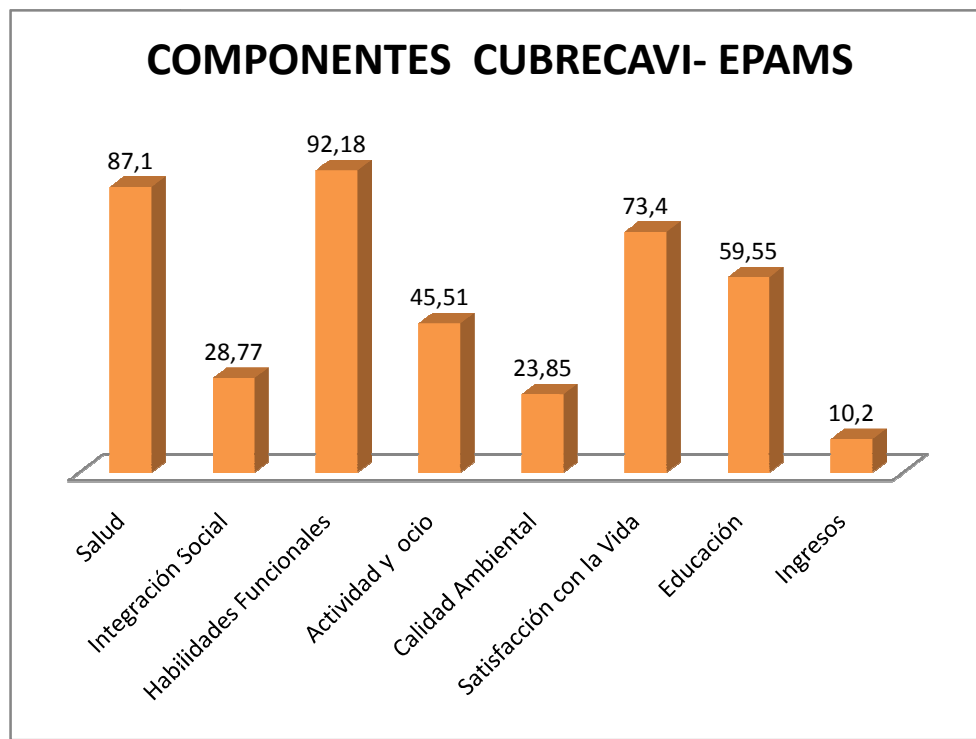
Gráfica 8. CUBRECAVI- EPMSC

La gráfica 8 evidencia que los componentes con mayor puntuación del Establecimiento Penitenciario Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga fueron, salud (80,13), habilidades funcionales (77,33) y satisfacción con la vida (54,66), y el componente con menor puntuación fue el de calidad ambiental con un (12,66).



Gráfica 9. CUBRECAVI- RM

La gráfica 9 evidencia que los componentes con mayor puntuación de la Reclusión de Mujeres fueron, Habilidades funcionales (86), salud (74,85) y satisfacción con la vida (67), y el componente con menor puntuación fue ingresos con un (10).



Gráfica 10. CUBRECAVI- EPAMS

La gráfica 10 evidencia que los componentes con mayor puntuación del Establecimiento Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad fueron, Habilidades funcionales (92,18), salud (87,1) y satisfacción con la vida (73,4), y el componente con menor puntuación fue ingresos con un (10,2).

9. DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación fue evaluar si los adultos mayores privados de la libertad que se encuentran en un Establecimiento Penitenciario, presentaban deterioro cognitivo, depresión y baja calidad de vida.

El nivel educativo, reportado por los participantes es: 32.3% no presenta ningún tipo de educación, el 46.5% cuenta con estudios primarios, 16.1% tienen estudios secundarios y solo el 5.1% realizó estudios universitarios; dichos resultados concuerdan con lo encontrado en el estudio realizado por la Procuraduría Delegada en lo Preventivo para Derechos Humanos y Asuntos Étnicos, Grupo de Asuntos Penitenciarios y Carcelarios, - Briceño (consultora) (2006), en donde el 48% de la población cuenta con estudios de primaria, el 40% con bachillerato mientras que sólo un 6% tiene estudios universitarios y el otro 6% son iletrados. De acuerdo a lo reportado por los adultos mayores encuestados, algunos vivían en áreas rurales y desde muy pequeños trabajaban en la agricultura, lo cual no permitía que dedicaran tiempo a su educación.

Adicionalmente se encontró en este estudio que las personas que están privadas de la libertad manifiestan ser de bajos recursos económicos; lo cual coincide con la presente investigación ya que el 79,8% de la muestra evaluada no supera el estrato 2.

Asimismo, en la variable de estado civil, se encontró que el 30,3% de la muestra están casados, seguido a esto están los solteros con un 28,3%, el 22,2% se encuentra en unión libre, el 12,1% separados, y el 7,1% son viudos. Tal como lo señalan Castillo y Átala (2008) el 38,5% de la población evaluada son casados, le siguen los viudos con un 26,6%, el 15% están en unión libre, solteros 12,6 % y por último se encuentra los separados con un 7,4%.

En lo que refiere a criminalidad femenina, el 85% de las mujeres evaluadas, están recluidas por tráfico de estupefacientes; en el estudio: *Mujeres y prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos y género* realizado por la procuraduría Delegada en lo Preventivo para Derechos Humanos y Asuntos Étnicos, Grupo de Asuntos Penitenciarios y Carcelarios- Briceño (consultora) (2006), se demostró que el 43,48% de las mujeres en Colombia se encuentran detenidas por delitos relacionados con estupefacientes, siendo éste el más común. Este estudio concluye que el aumento de este delito en las mujeres se debe a que muchas de ellas son cabeza de familia y no cuentan con recursos para mantener a sus hogares. De igual manera se involucran en el narcotráfico por sus familiares o por su compañero sentimental, lo cual les permite seguir desempeñándose como madre, esposa, y ama de casa.

Por otra parte, el delito reportado por los participantes masculinos, con mayor frecuencia es el homicidio con un 28%, relacionándose con el estudio realizado por Ruiz et al. (2002) en donde el 31,5% de la población de las cárceles de Bogotá está por este delito. Muchos de los participantes expresan haber cometido el delito en defensa propia o por venganza.

De igual modo, Acosta, Sarno y Yépez (2008) mencionan que las personas privadas de la libertad se dedicaban a los sectores informales de la economía, al comercio, agricultura o al “rebusque”. De tal manera que se relaciona con el presente estudio ya que el 27,2% se desempeñaban como agricultores y 23,2% trabajaban como comerciantes, siendo que muchos no culminaron sus estudios y otros realmente no estudiaron por los bajos recursos económicos.

Con respecto a la variable de depresión, Ojeda, Aldana y Pedraza (2012) revelan que la prevalencia global de la depresión es de un 9,5% en los adultos mayores de Colombia, al igual que Sánchez et al. (2009) reveló que el 10% de la población del Municipio Playa en Ciudad de

La Habana presenta depresión; estos resultados son similares con la muestra evaluada ya que con un 67,7% no presentan síntomas de depresión 24,2% depresión leve y 8,1% depresión establecida. Estos resultados coinciden con lo que mencionan Cifuentes y Vallejas, (2005); que los adultos mayores que están dentro de un establecimiento no se deprimen porque asumen una actitud de resignación ya que no poseen otra elección de vida.

Por otra parte, la depresión puede relacionarse con algunas enfermedades reportadas por los participantes, como las metabólicas y cardiovasculares. Ojeda, Aldana y Pedraza (2012) encontraron que las enfermedades presentadas con una mayor prevalencia de la depresión son: discapacidad, Alzheimer, dificultades respiratorias y problemas neurológicos, pero hay que tener en cuenta que por el tipo de estudio no se puede establecer si las enfermedades inciden en la depresión.

Por otro lado, un estudio realizado por Alanís, Garza y González (2007) sobre la prevalencia de demencia en pacientes geriátricos, se evidenció que la incidencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años y se encontró deterioro cognitivo leve en 30.5 % de la población, el cual no tiene ninguna relación con la muestra del presente estudio ya que los resultados dejan ver que el 2,0% presenta deterioro cognitivo moderado, 12,1% deterioro leve y 85,9% está intacto. En este sentido los hombres y mujeres evidencian tener buena memoria de corto y largo plazo porque realizan cálculos matemáticos, recuerdan números y nombres y hacen comentarios acerca de lo que vivieron, lo que implica una valoración subjetiva positiva de algunas funciones cognitivas. Además están activos de una u otra manera ya que muchos de ellos están estudiando o trabajando para poder bajar el tiempo de condena (Ley 65 de 1993).

Ahora bien, se evidencian los resultados del Breve Cuestionario de Calidad de vida Cubrecavi, los cuales presentan nueve componentes que evalúan la calidad de vida.

En lo que refiere al componente de satisfacción con la vida, los participantes del estudio manifiestan sentirse complacidos con la vida que han llevado hasta el momento, independiente de las condiciones en las que se encuentran. En contraste con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Sepúlveda, Rivas, Bustos e Illesca (2010) llamado Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre las casas y nueva imperial, los adultos mayores institucionalizados argumentan que sienten que su vida ha sido un fracaso y que han desperdiciado su vida. Al referirse a la satisfacción con la vida de los adultos mayores hay que tener en cuenta lo mencionado por Inga y Vara, (2006) manifiestan que las relaciones positivas con los familiares, especialmente con los hijos ayudan a incrementar la satisfacción con su vida.

De acuerdo al componente de habilidades funcionales se encontró que la muestra evaluada realiza actividades de autocuidado como: aseo personal, lavar y organizar su ropa. Jaramillo y Benjumea (2007) encontraron que la mayoría de internas se bañan, cepillan los dientes y realizan sus actividades diarias de forma individual; refiriéndose así al grado de independencia que mantienen los sujetos para realizar actividades en su vida diaria.

Del mismo modo, el componente de actividad y ocio de acuerdo al estudio realizado por Jaramillo y Benjumea (2007) muestran que las mujeres distribuyen el tiempo a tejer, coser, leer, hacer ejercicios, ver televisión, bordar y dibujar. De igual manera las mujeres del estudio reportan trabajar en la mayor parte del tiempo, sin destinar tiempo a ver televisión, leer, escuchar radio o hacer deporte.

En cuanto al componente de integración social, se encontró una investigación realizada por Rodríguez, (2004) donde señala que la mujeres internas de los establecimientos penitenciarios son pocas veces visitadas por su pareja y familiares, mientras que los varones reciben constantemente visita de sus esposas, hijos, amigos y demás. Según los resultados obtenidos, se encontró que las mujeres son poco visitadas, pero de acuerdo al componente de integración social, obtuvieron una puntuación de 49,95 donde ellas reportan que las relaciones son buenas con sus familiares y demás internas. Los hombres del EPMSC obtuvieron una puntuación de 44 y del EPAMS de 28, 77.

En el componente de Salud se encontró una investigación realizada por Molina, (2007) donde muestra las consecuencias de la prisión sobre el recluso a nivel físico y psicológico entre ellas están: desarrollo de alguna enfermedad, perturbaciones espaciales, pérdidas de la imagen de su propio cuerpo, falta de cuidado personal, alteraciones del sueño, ansiedad y estrés por las condiciones en que se encuentran. Por el contrario los participantes del presente estudio manifiestan tener sentirse bien de salud, logran conciliar el sueño y se interesan por su cuidado personal; esto se ve reflejado en las puntuaciones, EPMSC 68.16, RM 74.85 y EPAMS 87.1. Sin embargo reportan tener enfermedades como diabetes e hipertensión, que no afectan su calidad de vida.

La calidad ambiental Según Molina (2007) dentro de una prisión tiene alteraciones porque el ambiente se ve influenciado por diferentes causas como: hacinamiento, sensación de peligro, rigidez en las relaciones, restricción de movilidad, mayor riesgo de drogadicción. Según los resultados obtenidos EPMSC 12.66, RM 22.5 y EPAMS 23,85, demuestran que todas las instituciones presentan baja calidad ambiental y los internos argumentan ser agredidos verbalmente por otros y que están hacinados.

10. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y de los análisis realizados se puede concluir que la muestra seleccionada son personas con bajo nivel educativo con un 78.2%, donde la primaria concentra la mayor cantidad de sujetos. De igual manera, el 79.8% pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2 y el 30.3% de los adultos mayores están casados.

El 28,3% de los hombres que se encuentran privados de la libertad están por homicidio y se dedicaban a la agricultura en el momento de ser capturados. En cuanto a esta misma variable, el delito más común entre las mujeres se relaciona con estupefacientes con un 85% y eran amas de casa.

Por otra parte se puede decir que la situación de prisionalización no genera depresión en los adultos mayores del estudio y pueden existir otros factores que pueden llegar a influir en los síntomas depresivos.

La aplicación del Cubrecavi en los Establecimientos Penitenciarios, permitió ver en términos generales que las puntuaciones varían de un establecimiento a otro, dejando ver que el que tiene mejor calidad de vida es el EPAMS, le seguiría la RM y en última estancia con puntuaciones bajas el EPMSC.

11. RECOMENDACIONES

Desarrollar esta investigación en otras ciudades de Colombia, para poder observar y discutir si la cultura y el contexto influyen en los resultados.

Realizar más investigaciones con adultos mayores en situación de prisionalización, tendientes a mejorar las condiciones de vida

Realizar estudios correlacionales con las pruebas utilizadas en los diferentes Establecimientos Penitenciarios.

REFERENCIAS

- Abad, A., Dueñas, C., Carmona, J., Carrasco, J., Fernández, C., Fernández, F., Hernández, M., Herrera, R., Márkez, I., Ramos J., Rendueles G., Santos F & Roig, A. (2003). La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa. Conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista Norte de Salud Mental*,(17), 64–67.
- Alanís, G., Garza, J. & González A. (2007). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 46, (1), 27-32.
- Aldana, R., Pedraza, J. & Ojeda, G. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3002/3/93206082-2012.pdf>
- Álvarez, L., Flórez, L. & Mateus, D. (2008). Validación convergente de la narrativa prototipo de la depresión en grupos de adultos intermedio y tardíos en Bucaramanga. *Diversitas. Perspectiva en Psicología*, 4, (001), 93- 100.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Serie Población y desarrollo*, 21, 3-70. Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/9260/lc11656p.pdf>

Arce, H., Contreras, P. & Gutiérrez, B. (2006). La vejez (Tesis de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperado de <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=desavejez>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, (002), 161-164.

Arroyo, J. y Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11-15.

Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N & Alvear, F. (2002). Factores Asociados A Mal Estado De Salud Percibido O A Mala Calidad De Vida En Personas Mayores De 65 Años. *Revista Española de Salud Publica*, 76, (6), 683-699.

Bacca, A., González, A. & Uribe, A. (2004, Diciembre). *Validación de la Escala de Depresión de Yesavage en adultos mayores colombianos*. Cali, Colombia, 1, (4),53-63

- Baddia, X., Salamero, M. & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guías de medición en español. Barcelona: Edimac.*
- Banda, J & Salinas, R. (1992). Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo. Salud Pública de México. *Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 35,(5), 546-553.*
- Benedet, M., Martínez, R & Alejandre, A. (1998). Diferencias con la edad en el uso de estrategias, en el aprendizaje y en la retención. *Anales de Psicología, 14, (2), 139-156.*
- Campo, A., Díaz, L., Rueda, G., Cadena, L & Hernández, N. (2007). Propiedades Psicométricas de la Escala CES-D en la Población Adulta Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38, (3), 664-674.*
- Cardona, D., Estrada, A & Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Revista del Instituto Nacional de Salud, 26, 206-215.*

Casado, J., González, N., Morales, S., Orueta, R., Carmona, J & Gómez, R. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Revista Atención Primaria*. 28, (03), 167-174.

Cifuentes & Vallejos.(2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Tesis para optar al grado académico de licenciada en trabajo social, Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.

Coid, J., Fazel, S & Kahtan, N. (2002). Elderly patients admitted to secure forensic psychiatric services. *Journal of Forensic Psychiatry*, 2, (13), 416–427.

Davicino, N., Muñoz, M., Barrera, M., Donolo, D. (2009). El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4, (1), 6-11.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, (2012). Censo General 2005.

Recuperado de:

http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=

DSM- IV- TR. (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Cuarta edición. Barcelona: Masson, S.A.

Dulcey, E & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1-2, (34), 17-27.

Duran, D., Valderrama, L., Uribe, A & Uribe, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7, (1), 263- 270.

Echeverria, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 6, (11), 157- 166.

Fazel, S & Danesh, J. (2006). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545–550.

Fernández, J (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/10297>

Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., Ramírez, M & Prieto, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, (1), 6-12.

Fernández, R. (1997). Calidad de vida en la vejez, condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.

Fernández, R. (2007). La psicología de la vejez. Encuentro multidisciplinarios. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinarios.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

Gómez, N., Bonin, B., Gómez, M., Fernández, B & González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 42, (1), 12-17.

Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M & Díaz, N. (2004). Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, (6), 378-386.

Guzmán, J., Sosa, Z., Muñoz, C., Jiménez, J & Espinoza, E. (2002). Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Documento Presentado al Foro de Países Iberoamericanos Preparatorio para la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España.

Harvey, P., Bastard, L., Pochon, J., Levy, R., Allilaire, J., Dubois, B & Fossati, P.(2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38, (6), 567-576.

Helvikabc, A., Engedaldef, K & Selbaek, G. (2010). The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly. *Journal Aging & Mental Health*, 14, (7), 861–869.

Huerchan, S. (2003). Simposio: Antropología en la vejez. Recuperado de <http://www.rehue.csociales.uchile.cl/antropología/congreso>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2002). Recuperado de <http://www.sedesol.gob.mx>

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC (2012). Recuperado de <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/SeccionInpeccomoinstitucion/EstablecimientosPenitenciarios/Establecimientos?regional=6>

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). (2005, Noviembre). Resolución 7302 de 2005. Recuperado de http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46476/r_inpec_7302_2005.html

Jaramillo, C. y Benjumea, M. (2007) Diagnóstico situacional de las internas del reclusorio de mujeres de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 109- 122.

Karp, A., Andel, R., Parker, M., Wang, H., Winblad, B., y Fratiglioni, L. (2009). Mentally Stimulating Activities at Work During Midlife and Dementia Risk After Age 75: Follow-Up Study From the Kungsholmen Project. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (3), 227- 236.

Lázaro, V & Gil, A. (2000). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. Recuperado de http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/2276/revista7articulo2.pdf

Leal, M & Salazar, R. (2004). Prevalencia de depresión en la población privada de la libertad del centro de atención institucional adulto mayor del ministerio de justicia. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 13, (25), 55-59.

Ley 65(1993). Por la cual se expide el código Penitenciario y Carcelario, agosto 19, 1993.

Recuperado de

http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/INPEC%20INSTITUCION/INPEC%20HOY-PRESUPUESTO PLANES/LEYES/LEY%2065%20DE%201993.pdf

Lobo, A, Saz, P & Roy, J. (2003, Julio). Deterioro Cognoscitivo en el Anciano. Hospital Clínico Universitario y Universidad de Zaragoza. España.

Molina, C., Meléndez, J., Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24, (2), 312-319.

Montorio, I. & Izal, M. (2000). Intervención Psicológica en la Vejez [Versión DX Reader].

Recuperado de http://books.google.com.co/books?vid=ISBN8477386714&redir_esc=y

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G & Ozols, A. (2004). Perspectivas subjetivas de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Red Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 1, (1), 1-12.

Murdoch, N., Morris, P & Holmes, C.(2008). Depression in elderly life sentence prisoners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23,957–962.

Nieto, A. & Alonso, L. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el Envejecimiento Poblacional? .*Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 23, (2), 292-301.

Noel, M. (2004). *Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina*. Fundación para el Debido Proceso (DPLF). Washington, DC.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f). Género y el envejecimiento. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>

- Ortiz, J. (2004). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en sus aspectos físicos, emocional, cognitivo y social en personas ancianas. *Revista asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 1-2,(18),606-612.
- Osorio, P. (2006). La longevidad más allá de la Biología. Aspectos socioculturales. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2, 1-28.
- Páez, M. (2008). Influencia de los años de condena en el sentido de vida de mujeres reclusas. Tesis de Grado Obtenido no Publicada. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-2, (21), 1-8.
- Pinazo, S. & Sánchez, M. (2003) Gerontología: Actualización, Innovación y propuestas. [Versión DX Reader]. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-gerontologia-actualizacion-innovacion-y-propuestas/9788420543581/1046234>.

Procuraduría Delegada en lo Preventivo para Derechos Humanos y Asuntos Étnicos, Grupo de Asuntos Penitenciarios y Carcelarios. (2006). Mujeres y prisión en Colombia: Análisis desde una perspectiva de derechos humanos y género. Recuperado de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/publicaciones/mujeresyprisio nencolombia.pdf>

Ramírez, J. (2009). *Profundización Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor*. Seminario “Situación Actual de las Personas Adultas Mayores en Colombia, Legislación y Programas de Atención al Adulto Mayor”, Universidad Sur Colombiana, Neiva, Huila

Ramírez, T. (2008). Envejeciendo en reclusión: un estudio de caso de los adultos mayores mexiquenses en situación de cárcel. *Revista Kairòs Sao Paulo*, 12,(1), 1-48.

Rodríguez, A., Valderrama, L & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 25, 246-258.

Ruiz, J. (2007.). *Manual de psicología penitenciaria*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

Ruiz, E., Mantilla, G., Carvajal, L. & Camacho, G. (2004, Junio). *Envejecimiento, comunicación y política*. Centro de Psicología Gerontológica – CEPSIGER. Ministerio de Comunicaciones. Bogotá, Colombia.

Ruiz, J., Rodríguez, L & Meluk, E. (2009). Estado del Arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al Contexto Penitenciario. Recuperado de <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinares/psicologia.pdf>

Sadek, N & Nemeroff, C. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 3, (64), 462-484.

Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Fernández, L & López, J. (2009). Depresión Y Deterioro Cognitivo. Estudio Basado en la Población Mayor De 65 Años. *Revista Habanera para las Ciencias Medicas*, 8, (4), 1-8.

- Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L. e Illesca, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre las casas y nueva imperial. *Ciencia y Enfermería*, XVI, (3), 49-61.
- Steffens, D., Byrum, D., McQuoid, D., Greenberg, D., Payne, M., Blitchington, T., MacFall, J. y Krishnan. R. (2000). Hippocampal Volume in Geriatric Depression. *Society of Biological Psychiatry*. 48, 301-309.
- Steffens, D., Skoog, I., Norton, M., Hart, A., Tschanz, J., Plassman, B., Wyse, B., Welsh, K. y Breitner J. (2000). Prevalence of depression and Its treatment in an Elderly population. The cache county study. *Arch Gen Psychiatry*. 57, 601-607.
- Uribe, A. (2009). Depresión, deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Colombia, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Sello Editorial Javeriano.
- Valverde, J. (2007). Los efectos de la cárcel sobre el preso: consecuencias de internamiento penitenciario. Recuperado de http://www.me.gov.ar/currifom/publica/valverde_efec_carcel.pdf
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 284 – 290.

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La facultad de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, en convenio con los Establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón, está desarrollando el Proyecto denominado “Calidad de vida, depresión y deterioro cognitivo en los adultos mayores recluidos en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón” al cual usted ha sido convocado; su decisión de participar en él es voluntaria, por tanto es importante que lea este documento y si está de acuerdo lo firme. Recuerde que el estudio es de carácter gratuito, por lo cual usted no pagará ningún tipo de costo económico por los procedimientos que en él se efectúen y no será retribuido económicamente si participa en éste. De igual manera se respetará su libre elección y sin coacción alguna, por lo tanto usted puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que se genere alguna sanción o perjuicio.

El objetivo principal del estudio: Evaluar cuál es la calidad de vida, depresión y deterioro cognitivo en los adultos mayores detenidos en un centro penitenciario. Para el cumplimiento del mismo, se aplicarán tres pruebas, 1. Short portable mental status questionnaire (Spmsq) 2. Escala de depresión geriátrica (versión reducida) de Yesavage 3. Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi); de tal modo que con sus resultados se pueda hacer la intervención adecuada.

El presente estudio se rige por las Normas Éticas Colombianas que garantizan que no existe ningún riesgo a nivel físico, psicológico ni personal que lo afecten como consecuencia de la participación en la investigación. Tampoco afectará su ámbito religioso, familiar, laboral o social.

La información que usted proporcione será de carácter confidencial, respetando su integridad y dignidad como participante. Se protegerá su privacidad, siendo su nombre y datos personales, manejados mediante códigos a los cuales tendrá acceso exclusivamente el personal investigador; así mismo, se omitirá su identidad en los resultados obtenidos, éstos se publicarán por cualquier medio científico sólo como informe colectivo.

Su participación en este estudio es voluntaria, respetando su libre elección y sin coacción alguna, por lo tanto usted puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que se genere alguna sanción o perjuicio.

Usted tiene garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios (en este caso será un plan de intervención para mejorar los aspectos evaluados) y otros asuntos relacionados con la investigación.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ accedo participar en el estudio y conozco los procedimientos que se llevarán a cabo, así como sus ventajas y riesgos.

En constancia se firmo el día _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo B

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Nombre: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Documento de identidad: _____ T.D: _____

Judicializado por: _____ Sindicado: _____ Condenado: _____

Tiempo de pena: _____ Tiempo de reclusión: _____

Ocupación: _____ Estrato socioeconómico: _____

Nivel de escolaridad: N: _____ Pr: _____ Ba: _____ Tec: _____ U: _____

Estado civil: Soltera: _____ Casado: _____ Unión libre: _____ Viudo: _____ Separado: _____

Número de hijos: _____ Lugar de residencia: _____

Relaciones sociales dentro de la reclusión: Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____

Padece de alguna enfermedad física o psicológica: Si: _____ No: _____ Cual: _____

Anexo C

Nombre: _____

TD: _____ Fecha: _____ Comunidad: _____

SPMSQ (PFEIFFER. ADAPTACION ESPAÑOLA VALIDADA)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? ¿Qué día es hoy? Día: _____ Mes: _____ Año: _____
2. ¿Qué día de la semana es hoy? _____
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio, lugar o edificio? _____
4. ¿Cuál es su número de teléfono? _____
5. ¿Qué edad tiene? ____ ¿En qué fecha nació? Día: _____ Mes: _____ Año: _____
6. ¿Dónde ha nacido? _____
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno colombiano? _____
8. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno? _____
9. ¿Cuál es el apellido de su madre? _____
10. ¿ Si a 20 le quitamos 3 quedan ... y si le quitamos 3 ...? (Restar de 3 a 20 y seguir de 3 en 3 hasta el final) 20 17 14 11 8 5 2

TOTAL NUMERO DE ERRORES _____

0-2 errores = intacto	5-7 errores = deterioro intelectual moderado
3-4 errores = deterioro intelectual leve	8-10 = deterioro intelectual severo

Permitir 1 error + si el sujeto solo tiene educación primaria.

Permitir 1 error – si el sujeto tiene una educación de grado medio y más.

Permitir 1 error + en personas procedentes de grupos segregados.

OBSERVACIONES:

Anexo D

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSION REDUCIDA)

Las respuestas que indican sintomatología potencialmente depresiva están indicadas a continuación con mayúsculas y negrita. Cada respuesta de estas puntúa 1 punto.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa que salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

0- 5 (NORMAL), 6-9 (DEPRESIÓN LEVE), 10- MÁS (DEPRESIÓN ESTABLECIDA)

Anexo E

**BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)
Fernández Ballesteros, R y Zamarrón M.D.
(Protocolo para el entrevistador. Cuestionario 1)**

1. SALUD

1.1 Salud Subjetiva

P.1. ¿Se siente usted satisfecho con su actual estado de salud?

- 1. Nada
- 2. Algo
- 3. Bastante
- 4. Mucho

1.2 Salud Objetiva

P.2. En las dos últimas semanas ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes dolores o síntomas?

		NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
1	Dolor de huesos, columna o de las articulaciones.	4	3	2	1
2	Mareos o vahídos	4	3	2	1
3	Tos, catarro o gripe	4	3	2	1
4	Tobillos hinchados	4	3	2	1
5	Cansancio sin razón aparente	4	3	2	1
6	Dificultad para dormir	4	3	2	1
7	Flojedad en las piernas	4	3	2	1
8	Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.	4	3	2	1
9	Palpitaciones	4	3	2	1
10	Dolor u opresión en el pecho	4	3	2	1
11	Manos o pies fríos	4	3	2	1
12	Adormilado durante el día	4	3	2	1
13	Boca seca	4	3	2	1

14	Sensación de náuseas o ganas de vomitar	4	3	2	1
15	Gases	4	3	2	1
16	Levantarse a orinar en las noches	4	3	2	1
17	Escapársele la orina	4	3	2	1
18	Zumbidos en los oídos	4	3	2	1
19	Hormigueos en los brazos o en las piernas.	4	3	2	1
20	Picores en el cuerpo	4	3	2	1
21	Sofocos	4	3	2	1
22	Llorar con facilidad	4	3	2	1

Media= (1+2...22/22) TOTAL: _____

1.2 Salud psíquica

P.3. ¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurren a usted las siguientes cuestiones que le voy a indicar?

		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	NC
1	Sentirse deprimido, trise, indefenso, nervioso o angustiado.	4	3	2	1	9
2	Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o donde puso sus objetos personales.	4	3	2	1	9
3	¿ Se desorienta o se pierde en algún lugar?	4	3	2	1	9

Media= (1+2+3/3) Total: _____

2. INTEGRACIÓN SOCIAL

P.4. ¿Con que frecuencia suele usted verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

	TODOS LOS DIAS O CASI	MINIMO 1 VEZ POR SEMANA	MINIMO UNA VEZ AL MES	MENOS DE UNA VEZ AL MES	NC

1	Hijos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
2	Nietos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
3	Familiares que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
4	Vecinos	4	3	2	1	9
5	Amigos	4	3	2	1	9

Media= (1+2+3+4+5/5) Total: _____

P.5. ¿En qué medida está usted satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas a usted en lo que voy a indicar? (Si procede)

		SATISFECHO	INDIFERENTE	INSATISFECHO	NC
1	Su cónyuge	3	2	1	9
2	Sus hijos	3	2	1	9
3	Sus nietos	3	2	1	9
4	Otros familiares	3	2	1	9
5	Vecinos	3	2	1	9
6	Amigos no vecinos	3	2	1	9

Media= (1+2+3+4+5+6/6) Total: _____

3. HABILIDADES FUNCIONALES

P.6. ¿Considera usted que se puede valer por sí mismo?

- 4. Muy bien
- 3. Bien
- 2. Regular
- 1. Mal
- 9. Nc

P.7. ¿En qué medida tiene usted dificultades para realizar las siguientes actividades?

		NINGUNA	ALGUNA	BASTANTE	MUCHA	NS/NC
1	Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)	4	3	2	1	9
2	Realizar tareas caseras	4	3	2	1	9
3	Caminar	4	3	2	1	9
4	Realizar tareas fuera de la casa	4	3	2	1	9

Media= (1+2+3+4)/4 TOTAL _____

4. ACTIVIDAD Y OCIO

P.8. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que usted tiene diariamente?

1. Casi completamente inactivo (leer, ver tv, etc.)
2. Actividad normal doméstica (gestiones, ir a la compra, ir al cine).
3. Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en alguna bicicleta, jardinería o gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.).
4. Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipos, etc.).
5. Entrenamiento físico varias veces a la semana.
9. Ns/ Nc

P. 9. ¿Con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

		FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA	NS/NC
1	Leer un libro/periódico	3	2	1	9
2	Visitar amigos/parientes	3	2	1	9
3	Ver la televisión	3	2	1	9
4	Escuchar la radio	3	2	1	9
5	Caminar	3	2	1	9
6	Jugar con otras personas a juegos recreativos	3	2	1	9
7	Cuidar niños	3	2	1	9
8	Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto)	3	2	1	9
9	Hacer recados o gestiones	3	2	1	9

Deterioro cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores Recluidos en Establecimientos Penitenciarios 87

10	Ir de compras	3	2	1	9
11	Viajar	3	2	1	9

Media= (1+2+3+...+11)/ 11 Total _____

P. 10. ¿En general está usted satisfecho de la forma en que ocupa su tiempo?

- 3. Satisfecho
- 2. Indiferente
- 1. Insatisfecho
- 9. Ns/ Nc

5. CALIDAD AMBIENTAL

P. 11. ¿Qué grado de satisfacción tiene usted en relación con los siguientes aspectos de la casa/ residencia donde vive?

		SATISFECHO	INDIFERENTE	INSATISFECHO	NS/NC
1	El ruido/ silencio	3	2	1	9
2	La temperatura	3	2	1	9
3	La iluminación	3	2	1	9
4	Orden/ limpieza	3	2	1	9
5	El mobiliario	3	2	1	9
6	Las comodidades (electrodomésticos)	3	2	1	9

Media= (1+2+3+4+...+6)/6 Total _____

P. 12. ¿Qué grado de satisfacción tiene usted con la vivienda/ residencia en general?

- 3. Satisfecho
- 2. Indiferente
- 1. Insatisfecho
- 9. Ns/Nc

6. SATISFACCION CON LA VIDA

P. 13. ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?

- 1. Nada
- 2. Algo
- 3. Bastante
- 4. Mucho
- 9. Ns/Nc

7. EDUCACIÓN

P. 14. Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados alcanzados por usted?

Menos de estudios primarios, no sabe leer	0
Menos de estudios primarios, sabe leer	1
Estudios primarios completos	2
Formación profesional 1er grado	3
Formación profesional 2do grado	4
Bachiller elemental, EGB	5
Bachiller superior. BUP, COU	6
Estudios de grado medio	7
Universitarios Superiores	8
NC	9

8. INGRESOS

P.15. ¿Podría decirme los ingresos mensuales, que por todos los conceptos entran en su hogar?

Hasta 776.000 pesos	0
De 776.001 a 1.294.500 pesos	1
De 1.294.501 a 1.726.000 pesos	2
De 1 726.001 a 2.589.000 pesos	3
De 2.589.001 a 3.452.000 pesos	4
De 3.452.001 a 4.746.500 pesos	5
De 4.746.501 a 6.041.000 pesos	6
De 6.041.001 a 7.767.000 pesos	7
Más de 7.767.001 pesos	8
Ns/ Nc	9

9. SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

P. 16. ¿Con qué frecuencia utiliza los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad/ residencia?

1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Nunca

9. Ns/ Nc

P. 17. ¿En qué medida está usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- 4. Muy satisfecho
- 3. Bastante satisfecho
- 2. Algo satisfecho
- 1. Nada satisfecho
- 9. Ns/ Nc

10. CALIDAD DE VIDA

P. 18. Cómo usted sabe, hoy en día un objeto importante es lograr una buena calidad de vida. ¿Podría decirme qué importancia concede usted a cada uno de los aspectos que le voy a indicar para determinar su calidad de vida, indicando cual es el primero más importante, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto y el sexto más importante?

		1º	2º	3º	4º	5º	6º
1	Tener buena salud	01	01	01	01	01	01
2	Poder velarse por si mismo	02	02	02	02	02	02
3	Mantenerse activo	03	03	03	03	03	03
4	Tener buenos servicios sociales y sanitarios	04	04	04	04	04	04
5	Mantener buenas relaciones con la familia y sociales	05	05	05	05	05	05
6	Tener una vivienda buena y cómoda	06	06	06	06	06	06
7	Tener buena pensión o renta	07	07	07	07	07	07
8	Sentirse satisfecho con la vida	08	08	08	08	08	08
9	Calidad del medio ambiente del barrio o de la ciudad	09	09	09	09	09	09
10	Tener oportunidades de aprender y conocer cosas nuevas	10	10	10	10	10	10
11	Otras ¿Cuáles?	11	11	11	11	11	11
12	Ninguna	12	12	12	12	12	12
13	Ns/ Nc	13	13	13	13	13	13

RESUMEN DE RESULTADOS

1.SALUD	RANGO	P.D	P.E
P.1 Salud subjetiva	(1-4)	()	
P.2 Salud objetiva	(1-4)	()	

Deterioro cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores Recluidos en Establecimientos Penitenciarios 90

P.3 Salud psíquica	(1-4)	()	
*Media de salud (P1+ P2+ P3) /3	(1-4)	()	()
2.INTEGRACION SOCIAL			
P.4	(1-4)	()	
P.5	(1-3)	()	
*Media int. Social (P4+P5) / 2	(1-3,5)	()	()
3.HABILIDADES FUNCIONALES			
P.6	(1-4)	()	
P.7	(1-4)	()	()
*Media hab. Funcionales (P6+ P7) /2	(1-4)	()	
4.ACTIVIDAD Y OCIO			
P.8	(1-5)	()	
P.9	(1-3)	()	
P.10	(1-3)	()	
*Media actividad y ocio (P8+P9+P10)	(1-3,6)		()
5.CALIDAD AMBIENTAL		()	
P.11	(1-3)	()	
P.12	(1-3)	()	
*Media calidad ambiental (P11+P12)/ 2	(1-3)		()
6.SATISFACCION CON LA VIDA			
P. 13	(1-4)	()	
7.EDUCACIÓN			
P. 14	(1-8)	()	
*Indice (P14)/2	(1-4)	()	()
8.INGRESOS			
P. 15	(0-8)	()	

Deterioro cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores Recluidos en Establecimientos Penitenciarios 91

*índice(P15)/2	(0-4)	()	()
9.SERVICIOS			
P. 16	(1-3)	()	
P. 17	(1-4)	()	
*Medida servicios (P16+P17)/ 2	(1-3,5)	()	()
10.CALIDAD DE VIDA			
1. _____	4. _____		
2. _____	5. _____		
3. _____	6. _____		

Anexo F

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993

(4 DE OCTUBRE DE 1993)

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTICULO 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Etica en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

ARTICULO 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud.

TITULO II

DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

CAPÍTULO 1

DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTÍCULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTÍCULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

ARTÍCULO 13. Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

ARTÍCULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada , en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

ARTÍCULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b. Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.
- c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- e. Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

PARÁGRAFO PRIMERO. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste deberá ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, o de la institución donde se realizará la investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

PARÁGRAFO TERCERO. Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá acudir a un neurólogo, siquiátra o sicólogo para que evalúe la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto, de acuerdo con los parámetros aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora.

PARÁGRAFO CUARTO. Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el Consentimiento Informado de éste o, en su defecto, de su representante legal, deberá ser avalado por un profesional (neurólogo, siquiátra, sicólogo) de reconocida capacidad científica y moral en el campo específico, así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

PARÁGRAFO QUINTO. Cuando el sujeto de investigación sea un enfermo siquiátrico internado en una institución, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores, será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

CAPÍTULO II

DE LA INVESTIGACIÓN EN COMUNIDADES

ARTÍCULO 17. Las investigaciones, referidas a la salud humana, en comunidades, serán admisibles cuando el beneficio esperado para éstas sea razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos.

ARTÍCULO 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

ARTÍCULO 19. Cuando los individuos que conforman la comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, el Comité de Ética en Investigación de la entidad a la que pertenece el investigador principal, o de la Entidad en donde se realizará la investigación, podrá autorizar o no que el Consentimiento Informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no obtener autorización por parte del Comité de Ética en Investigación, la Investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria.

ARTÍCULO 20. Las investigaciones experimentales en comunidades solo podrán ser realizadas por establecimientos que cuenten con Comités de Ética en Investigación y la autorización previa de este Ministerio para llevarla a cabo, sin perjuicio de las atribuciones que corresponden a otras dependencias del Estado, y hubieren cumplido en todo caso con los estudios previos de toxicidad y demás pruebas de acuerdo con las características de los productos y el riesgo que impliquen para la salud humana.

ARTÍCULO 21. En todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

ARTÍCULO 22. En cualquier investigación comunitaria, las consideraciones éticas aplicables a investigación en humanos, deberán ser extrapoladas al contexto comunal en los aspectos pertinentes.