



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 28(2):395-403, agosto - noviembre 2025
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Artículo original

Comprensión de la situación de cuidado, estado cognitivo, emocional y vivencias del envejecimiento de personas mayores

Understanding of the care situation related to the cognitive and emotional state, and experiences in aging of older people

Compreensão da situação de cuidado, estado cognitivo, estado emocional e vivências do envelhecimento de pessoas idosas

Paula Andrea Duque  

paduque@ucm.edu.co 

Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Manizales, Colombia.

Doris Hincapié-Ramírez  

dhincapie@ucm.edu.co

Unidad de Gestión Social. Universidad Católica de Manizales. Manizales, Colombia

Sara Quintero-Duque  

qdsara0@gmail.com

Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Manizales, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 24 de julio de 2024

Artículo aceptado: 01 de septiembre de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5110>

Cómo citar. Duque PA, Hincapié-Ramírez D, Quintero-Duque S. Comprensión de la situación de cuidado, estado cognitivo, emocional y vivencias del envejecimiento de personas mayores. MedUNAB [Internet]. 2025;28(2):395-403. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.5110>

RESUMEN

Introducción. El envejecimiento es un proceso continuo asociado a cambios orgánicos y deterioro cognitivo, representa un creciente problema de salud pública, con aproximadamente 10 millones de nuevos casos cada año. El objetivo de este estudio fue comprender una situación de cuidado de personas mayores pertenecientes a una fundación social, en relación con su nivel cognitivo, estado emocional y vivencias del envejecimiento. **Metodología.** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico desarrollado en dos fases. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, grabadas y posteriormente transcritas. Asimismo, se recolectaron datos sociodemográficos y se aplicaron las escalas Mini-Mental y Yesavage para la evaluación cognitiva y emocional. **Resultados.** En la primera fase participaron 35 personas mayores de una fundación social. En la segunda fase se seleccionaron 12 de



VIGILADA MINEDUCACIÓN

Contribución de los autores

PAD:

Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura, revisión y edición, visualización, supervisión, administración de proyecto. **DHR:**

Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, curación de datos, revisión y edición, visualización, supervisión, administración de proyecto.

SQD: *Validación, análisis formal, investigación, revisión y edición, visualización.*

ellas, identificadas como líderes por el grupo inicial, quienes fueron entrevistadas en profundidad. Los relatos se analizaron a partir de patrones de enfermería para otorgar significado a la situación de cuidado, identificando tres categorías centrales: autopercepción del envejecimiento, importancia de la integración social y percepción de salud. En la evaluación cognitiva, el 35% presentó estado normal, 30% deterioro leve, 25% moderado y 10% severo. En cuanto al estado afectivo, el 75% mostró nivel emocional normal, 18% depresión subsindrómica y 8% depresión establecida. **Discusión.** El deterioro cognitivo se ve influido por el envejecimiento, así como por factores familiares, sociales, educativos y el nivel de actividad física. La evaluación temprana que integre edad, estado emocional y vivencias personales permite identificar riesgos cognitivos y afectivos de manera oportuna. **Conclusiones.** En relación con las vivencias, las personas mayores conservan vínculos con su entorno, muchas se sienten socialmente aisladas debido al trato recibido. Son capaces de percibir su salud y vejez, carecen de los cuidados necesarios para un envejecimiento saludable por falta de recursos y personal capacitado. Sin ver afectadas sus creencias y valores.

Palabras clave:

Anciano; Envejecimiento; Servicios de Salud para Ancianos; Disfunción Cognitiva; Salud Mental; Emociones; Actitud Frente a la Salud; Acontecimientos que Cambian la Vida.

ABSTRACT

Introduction. Aging is a continuous process involving organic changes and cognitive decline and represents a growing public health concern, with approximately 10 million new cases of cognitive impairment each year. The objective of this study was to understand the care situation of older adults belonging to a social foundation, in relation to their cognitive status, emotional well-being, and lived experiences of aging. **Methodology.** This was a qualitative study with a phenomenological approach conducted in two phases. Individual semi-structured interviews were recorded and transcribed. Sociodemographic data were collected, and the Mini-Mental State Examination and Yesavage Scale were applied to assess cognitive and emotional status. **Results.** In the first phase, 35 older adults from a social foundation participated, and in the second phase, 12 of them, identified as leaders by the initial group, took part in in-depth interviews. Analysis of their narratives revealed three key categories: self-perception of aging, the importance of social integration, and self-perception of health. Cognitive assessment showed that 35% had normal cognition, 30% mild impairment, 25% moderate impairment, and 10% severe impairment. Regarding emotional status, 75% were within the normal range, 18% had subsyndromal depression, and 8% had established depression. **Discussion.** Cognitive impairment is affected not only by aging but also by family dynamics, social environment, educational level, and physical activity. Early multidimensional assessment that considers age, emotional state, and life experiences helps identify cognitive and emotional risks in a timely manner. **Conclusions.** In terms

of their lived experiences, older adults maintain ties with their social environment, nevertheless, many report feeling socially isolated because of how they are treated. They are aware of their own health and aging processes but do not receive the care required for healthy aging owing to limited resources and a shortage of trained personnel; however, their core beliefs and values remain intact.

Keywords:

Aged; Aging; Health Services for the Aged; Cognitive Dysfunction; Mental Health; Emotions; Attitude to Health; Life Change Events.

RESUMO

Introdução. O envelhecimento é um processo contínuo associado a mudanças orgânicas e ao declínio cognitivo, representando um problema crescente de saúde pública, com aproximadamente 10 milhões de novos casos a cada ano. O objetivo deste estudo foi compreender uma situação de cuidado de pessoas idosas pertencentes a uma fundação social, em relação ao seu nível cognitivo, estado emocional e vivências do envelhecimento. **Metodologia.** Estudo qualitativo com enfoque fenomenológico desenvolvido em duas fases. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas. Além disso, foram coletados dados sociodemográficos e aplicadas as escalas Mini-Mental e Yesavage para a avaliação cognitiva e emocional. **Resultados.** Na primeira fase, participaram 35 pessoas idosas de uma fundação social. Na segunda fase, foram selecionadas 12 delas, identificadas como líderes pelo grupo inicial, que foram entrevistadas em profundidade. Os relatos foram analisados a partir de padrões de enfermagem para dar significado à situação de cuidado, identificando três categorias centrais: autopercepção do envelhecimento, importância da integração social e percepção da saúde. Na avaliação cognitiva, 35% apresentaram estado normal, 30% comprometimento leve, 25% moderado e 10% severo. Quanto ao estado afetivo, 75% apresentaram nível emocional normal, 18% depressão subsindrômica e 8% depressão estabelecida. **Discussão.** O declínio cognitivo é influenciado pelo envelhecimento, bem como por fatores familiares, sociais,

educacionais e pelo nível de atividade física. A avaliação precoce que integra idade, estado emocional e vivências pessoais permite identificar riscos cognitivos e afetivos de maneira oportuna. **Conclusões.** Em relação às vivências, as pessoas idosas mantêm vínculos com o seu ambiente, embora muitas se sintam socialmente isoladas devido ao tratamento que recebem. São capazes de perceber a sua saúde e velhice, mas carecem dos cuidados necessários para um envelhecimento saudável devido à falta de recursos e de pessoal qualificado. As suas crenças e valores não são afetados.

Palavras-chave:

Idoso; Envelhecimento; Serviços de Saúde para Idosos; Disfunção Cognitiva; Saúde Mental; Emoções; Atitude Frente a Saúde; Acontecimentos que Mudam a Vida.

Introducción

El cuidado es un acto de alteridad que surge de la interacción entre personas y su entorno. En el encuentro con la persona mayor, la enfermería responde a llamados de cuidado mediante acciones que promueven su bienestar (1). Cuidar es una actitud, por lo tanto, abarca además de un momento de atención, celo, desvelo, ocupación, preocupación, responsabilidad y compromiso afectivo con el otro (2,3).

La visión filosófica de enfermería permite ver bajo qué perspectiva de pensamiento se aborda la práctica (4). Por tanto, el cuidado refleja reciprocidad, por la interacción con la persona, tal interacción ha de ser proactiva desde el cultivo del autocuidado en torno al propósito de vida, incentivando el mantenimiento cognitivo relacionado con las condiciones de memoria, atención, percepción y la orientación, lo que contribuye a mejores condiciones socioafectivas de la persona mayor.

Las características del envejecimiento como proceso continuo determinan pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva, en lo que influyen factores asociados a las características genéticas y a las condiciones del contexto sociocultural (5), lo que puede generar deterioro cognitivo (6,7). Las alteraciones cognitivas provocan cambios emocionales, afectando el estado de ánimo, por la incapacidad de recordar y, en general, por la inestabilidad al realizar acciones ejecutivas en la cotidianidad, y tales afecciones emocionales agravan las alteraciones cognitivas por angustia, tristeza, miedo, estrés, impotencia, hasta la desesperanza y el aislamiento.

El deterioro cognitivo es un problema de salud pública de rápido crecimiento, con 10 millones de casos nuevos diagnosticados cada año (8). En 2021, 57 millones de personas padecían deterioro cognitivo grave, de las cuales el 60% se encontraba en países de ingresos medios o bajos; según el observatorio mundial de demencia, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presupuesta que esta cifra aumente a 157 millones para el 2050 (9). Así mismo, el deterioro cognitivo tiene un impacto económico directo e indirecto a nivel mundial; en 2019 el costo total asociado a esta condición se estimó en 1.3 billones de dólares (10). Un estudio en Estados Unidos estimó que para el 2020 el 12% de la población adulta mayor de etnia blanca padecía deterioro cognitivo leve, estas cifras fueron mayores en la

población hispana y afroamericana, con un 14% y 19%, respectivamente. Para el 2060 estas cifras podrían doblarse (11).

Las alteraciones cognitivas y emocionales están relacionadas con factores fisiológicos como la pérdida de volumen y el adelgazamiento de la corteza frontal, disminución del volumen neuronal, cambios sinápticos en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen en número y tamaño, además pérdida de neurotransmisores (12). Lo anterior conlleva a pérdida de la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento (13). Estos déficits desencadenan estados depresivos por la impotencia de querer recordar vivencias y a mantener estados de ánimo óptimos, lo que, con frecuencia, se traduce en una pérdida de la autoestima (14), cambio de roles, generando alteraciones familiares y sociales que hacen que se presente aislamiento y soledad por miedo a ser rechazados socialmente (15).

Los profesionales de enfermería han de comprender las características del envejecimiento para responder adecuadamente en la práctica, considerando factores psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales desde una visión integral (16). El objetivo del presente estudio fue comprender una situación de cuidado, relacionada con el estado cognitivo, estado emocional, y vivencias en el envejecimiento de personas mayores.

Metodología

Estudio cualitativo fenomenológico para comprender cómo las personas mayores, de acuerdo con sus vivencias, interpretan el mundo de la vida desde lo cognitivo y lo emocional, realizado en la ciudad de Manizales, Colombia. Los participantes se captaron en una fundación social que brinda asistencia alimentaria a 81 personas mayores y en donde los investigadores hacen inmersión desde prácticas formativas de enfermería, es decir, los participantes fueron contactados antes del estudio y esto permitió un mejor acercamiento a la población. El estudio se desarrolló en dos fases: la primera contó con la participación de 35 personas mayores que cumplieron los criterios de inclusión, como asistencia con regularidad al sitio de reunión, desplazamiento físico sin dificultad, y leer un texto básico, escribir oraciones sencillas, y narrar

experiencias de vida; la edad mínima fue de 60 años. Se excluyeron personas mayores, que no tenían ningún nivel de escolaridad o un muy bajo nivel, así como también personas con deterioro cognitivo profundo. Una vez seleccionados los participantes fueron invitados a hacer parte del estudio y se aplicó el consentimiento informado para caracterizar su perfil sociodemográfico, Mini-mental y estado de depresión.

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes se valoró sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil y estrato socioeconómico. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos Mini-mental Test de Folstein (MMSE) para valoración cognitiva y Escala de Yesavage (GDS) para depresión geriátrica. La prueba de Folstein es un instrumento utilizado para medir el deterioro cognitivo, tiene una escala de puntuación que va de 0 a 30 puntos (17), explora: memoria, orientación y cálculo, evocación y lenguaje, su puntuación total máxima es 30.

La escala de Yesavage consta de 15 ítems con patrón de respuesta dicotómico (sí o no) (18), las respuestas afirmativas son indicativas de trastorno afectivo, y las negativas de normalidad. La puntuación total tiene un rango de 0-15. El procesamiento de los datos se organizó y analizó en el software Excel.

En la segunda fase del estudio fueron incluidos 12 participantes que permitieron comprender las vivencias en la trayectoria de vida de personas mayores. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, individuales y presenciales con las que se llegó a la saturación teórica de los datos. Las preguntas estuvieron orientadas por los patrones de conocimiento de enfermería, con el fin de explorar percepciones, sentimientos y relatos que configuran las experiencias de la vejez y la vida, identificando narrativas relacionadas con la cognición y la emocionalidad. Las entrevistas fueron registradas mediante notas de voz (NV), con una duración entre 40 y 55 minutos. No fue necesario repetir entrevistas, dado que las respuestas presentaron coherencia y consistencia. Tampoco se consideró necesario el uso de notas de campo.

Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas por los investigadores y validadas por el total de participantes del estudio (n=35). Las preguntas centrales incluyeron: ¿Cómo se siente consigo mismo como persona mayor? ¿Qué rol desempeña y le permite reconocerse dentro de su familia, con sus vecinos y las personas que lo rodean? ¿Cuál es su forma de sobrellevar situaciones difíciles?

Para el análisis se siguió un esquema secuencial basado en el método comparativo constante, mediante codificación abierta, axial y selectiva. El procedimiento se desarrolló en tres etapas: (1) transcripción textual de las entrevistas, (2) codificación inductiva realizada de manera independiente

por dos investigadoras, seguida de la agrupación de códigos y establecimiento de categorías según las vivencias relatadas, y (3) una interpretación minuciosa de los datos. Los participantes fueron identificados con los códigos EE1 a EE12 (entrevistados) y E1 (entrevistador).

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada mediante comité de ética de la Universidad Católica de Manizales bajo acta No. 221121-1054. El estudio se consideró de mediano riesgo según la resolución 8430 de 1993, debido a que las personas mayores podían evocar emociones que provocaran afectaciones en sus vidas, para lo que se adecuó el espacio, propiciando tranquilidad y seguridad. Se garantizó la autonomía de los participantes, previo consentimiento informado.

Resultados

Primera fase. Con relación al perfil sociodemográfico de las 35 personas mayores, se encontró que el promedio de edad fue de 68 años, con un dato mínimo de 60 años y un máximo de 75 años; en cuanto al estado civil, el 64.6% estuvo sin pareja, y el 35.4% con pareja. En cuanto al estrato socioeconómico, el 82.9% pertenecía al 1; y el 17.1%; al 2. En lo que respecta al nivel de escolaridad, el 80% cursó hasta 4° de primaria, ninguno tenía estudios de secundaria (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	f	%
Sexo	Femenino	20	57.1
	Masculino	15	42.9
Grupos De Edad	60-65	12	34.3
	66-70	12	34.3
	71-75	11	31.4
	Soltero	16	57.8
Estado Civil	Casado	8	22.9
	Viudo	2	6.8
	Unión libre	4	12.5
Estrato Socio Económico	Estrato 1	29	82.9
	Estrato 2	6	17.1
Escolaridad	Primaria incompleta	28	80.0
	Primaria completa	7	20.0

*(f) frecuencia

Fuente: elaborado por los autores.

Estado cognitivo y emocional

Con relación al Mini-mental test de Folstein, se encontró que el 35% de las personas mayores no presentan deterioro cognitivo, el 30% deterioro cognitivo leve, el 25% moderado y el 10% severo, lo que requiere una atención oportuna debido a que la inactividad cognitiva y física puede desencadenar una evolución rápida del deterioro actual (Tabla 2).

Tabla 2. Deterioro cognitivo según Mini-mental test de Folstein

Clasificación	%
Sin deterioro cognitivo	35%
Deterioro cognoscitivo leve	30%
Deterioro cognoscitivo moderado	25%
Deterioro cognoscitivo severo	10%

Fuente: elaborado por los autores.

Con relación a la escala de Yesavage, el 75% evidenció no presentar depresión; sin embargo, mencionan tener ciertos episodios depresivos a causa del abandono de actividades que solían realizar, como trabajar, hacer actividad física, dormir, cocinar, entre otros; así, el 17% mostró depresión subsindromal, y el 8% depresión establecida (Tabla 3).

Tabla 3. Depresión geriátrica según escala de Yesavage

Clasificación	%
Sin depresión	75%
Depresión subsindromal	17%
Depresión establecida	8%

Fuente: elaborado por los autores.

Segunda fase. Las 12 personas mayores seleccionadas para la entrevista fueron designadas por el grupo total de participantes (n=35) por ser reconocidas como líderes y voceros del colectivo. Estas personas destacaban por su capacidad de comunicación y reflexión, lo que les permitía expresar de forma fluida y significativa sus vivencias relacionadas con la vejez y el proceso de envejecimiento. Con esta muestra se alcanzó la saturación teórica de los datos, dado que sus relatos ofrecieron coherencia, profundidad y riqueza narrativa para la comprensión de su trayectoria de vida.

Los relatos se enmarcaron en patrones de enfermería para dar significado a la situación de cuidado en torno a las personas mayores, quienes se describieron a sí mismos como pertenecientes a una familia y comunidad, se consideran personas con valores, honestas y trabajadoras. De acuerdo con el patrón empírico, son personas que siguen tratamientos médicos de manera organizada y creen que, un estilo de vida saludable basado en descanso, ejercicio y buena alimentación lleva a una mejor vejez. El patrón estético se refleja en un estilo de vida cuidadoso, que incluye el respeto por los horarios de las actividades diarias, como dormir, levantarse y caminar durante períodos prolongados. Estas prácticas contribuyen a mantener una rutina equilibrada y saludable. Patrón espiritual: los entrevistados dieron a conocer que el mantener la paz y tranquilidad es bueno para poder resolver las situaciones que se presenten, ser mejor persona es una manera de vivir diariamente tranquilos consigo mismo y con los demás. Patrón emancipatorio: evidenció la capacidad para mantener vínculos familiares y de amistad, comprender el envejecimiento y afrontarlo con gratitud y serenidad.

Los relatos expresados direccionaron a la identificación de tres categorías, las cuales se fundamentaron en la *autopercepción como persona mayor sobre su vejez, la importancia manifiesta de Integración social y autopercepción de salud*.

Categoría 1

Autopercepción como persona mayor sobre su vejez

E1. Los entrevistados se encontraban tranquilos, respondieron sin dificultad, reflejando aquella imagen que la persona construye a lo largo de la vejez y es estructurada de acuerdo a las vivencias, su entorno y la forma en la que cada elemento interviene en la persona mayor. En sus relatos expresan:

[...](NV)EE1 “Me siento bien, en todo. [...] Como que yo me sienta raro, no. Ya para atrás ya pasamos, ahora vamos para adelante, hay muchas que se hicieron de juventud y entonces ya no puede hacer lo mismo que se hacía anteriormente”.

(NV)EE4 “No me siento el mejor de todos, pero sí estoy mejor que otros. Uno aún puede hacer muchas cosas, no como cuando era joven, pero hay quien vea por uno, no nos falta nada”.

[...](NV)EE5 “Como viejo me siento una persona con valores, no soy rabioso, la decencia es lo de uno”.

La autopercepción es un elemento presente en todas las etapas del curso vital, incluyendo la vejez, ya que condiciona la organización del propio comportamiento, como vía de crecimiento y de integridad personal. La autopercepción de la vejez en la persona mayor se establece de acuerdo con el estilo de vida, el cual incluye lo biopsicosocial, esto

determina las creencias y costumbres que adquiere a lo largo de la vida y en la vejez. Según lo expresado por las personas mayores se evidencia una percepción sana.

Categoría 2

La importancia manifiesta de integración social

E1. Los entrevistados presentaron una sonrisa al iniciar la entrevista que fue cambiando poco a poco, manifestado en el semblante, dándose a notar un poco más serio el asunto al hablar del trato dado por otros y el reconocimiento social.

(NV) EE3 “Hay gente que no se relaciona con los viejos, me gusta relacionarme con todo el mundo, si la gente me muestra que pueda dialogar, al menos saludar. Sea un niño, un joven, una persona adulta, como sea”.

[...] (NV) EE2 “Nosotros los viejos en ocasiones somos menospreciados, como que no valemos nada, porque tenemos dificultades para caminar o para escuchar, entonces nos miran mal, y hasta en la casa lo sacan a uno”. “A mí por ejemplo todos los días mis nietos me dicen que me vaya, y a las 8:00 de la mañana tengo que salir a rebuscarme la comida, entonces yo me siento en el parque, y cuando llegan los del comedor me voy a charlar con ellos, porque ellos son mis amigos y para mí es muy importante hablarles”.

(NV) EE6 Yo cuido de mi esposa, los medicamentos, porque ella no está bien. Me levanto para darle a tiempo el desayuno, almuerzo, es que ella es mi compañera en la vida. Me gusta mucho caminar, para ver gente y encontrarme con amigos y vecinos.

Los relatos evidencian sentimientos de tristeza ante el rechazo percibido, resaltando la relevancia del componente social en la construcción del sentido de vida. En la vejez, la dimensión social adquiere un valor profundo, ya que el reconocimiento por parte de la sociedad como sujetos activos permite reafirmar la identidad y dignidad.

La integración social en la vejez se manifiesta a través de vínculos afectivos y roles activos en espacios como voluntariados, organizaciones, clubes o iglesias. Actividades como caminar o cuidar a otros fortalecen el sentido de pertenencia, fomentan el diálogo afectivo y otorgan significado a la vida.

Categoría 3

Autopercepción de salud

E1: Con relación a la salud, los entrevistados evidencian ansiedad, responden de manera lenta con la mirada al suelo, demostrando cómo percibe su capacidad funcional de acuerdo con las actividades que puede llevar a cabo en función de un esfuerzo cognitivo.

[...](NV) EE7: [...] Para mantenerme saludable hago ejercicio, voy con los amigos a caminar; me acuesto temprano, pero a veces en casa no dejan descansar, me gusta mucho madrugar.

[...](NV) EE6: Hablar de la salud es un tema difícil porque uno ya no se siente tan aliviado, a mí me duelen mucho las articulaciones y voy al médico, tomo los medicamentos, pero lo que a mí más me sirve es la oración, me pongo a orar y entro en una paz interior que me permite sentirme mejor.

La salud es un asunto que preocupa a las personas mayores, puesto que limita sus funciones y altera su bienestar, la persona mayor relaciona su salud con la consulta médica y la interacción social, es común que se refieran a estar con amigos para sentirse bien.

Discusión

El estudio que se enmarca en una población activa con bajo nivel escolar, que asiste a una fundación social para participar en los programas de enfermería para el mantenimiento y mejora de las condiciones cognitivas y afectivas, al respecto un estudio realizado sobre la capacidad funcional y el nivel cognitivo de personas mayores, destacó que el personal de enfermería ante el riesgo de déficit cognitivo, debería proponer planes de cuidado dirigidos a la autonomía e independencia, promoviendo el desarrollo de habilidades específicas hacia un envejecimiento activo (23). Similar a otros estudios que resaltan el impacto de las acciones de enfermería con enfoque preventivo y de autocuidado en la capacidad funcional y la importancia de las situaciones de cuidado relacionadas con las vivencias de las personas mayores (19,24-26).

En el presente estudio se encontró que el 30% de las personas mayores tenía deterioro cognitivo leve, y un 35% tenía deterioro entre moderado y severo, relacionado con un 25% de depresión, por tanto, el deterioro cognitivo puede ser subsecuente a la depresión, aspectos que pueden mitigarse o disminuirse mediante planes de estimulación cognitiva por la posibilidad de encontrarse activo tanto mental como socialmente. Esto se contrasta con otros estudios que concluyen que el deterioro cognitivo se asocia con otros trastornos, como la depresión o la presencia de sintomatología depresiva. Por lo tanto, la progresión del deterioro cognitivo puede ser secundaria a la presencia de depresión (20,22,27).

La evidencia sugiere que los síntomas depresivos interfieren en el correcto procesamiento cognitivo y, a la vez, las alteraciones cognitivas son un factor de riesgo para que se presenten síntomas depresivos, es decir, estos dos factores mantienen una correlación bastante marcada (21), contrastando con el presente estudio, en donde el 55%

tiene deterioro cognitivo leve y moderado con un estado depresivo subsindromal y establecida de 24%.

En el estudio, los relatos se orientaron hacia categorías relacionadas con autopercepción de la vejez y de la salud, lo que constituye la base del funcionamiento integral del ser humano, mediado, a su vez, por factores biopsicosociales que afectan el estilo de vida desde el contexto familiar y social, otros estudios realizados afirman que la autopercepción de la salud es un elemento importante en las personas mayores y condiciona la organización del propio comportamiento, como vía de desarrollo y de integridad personal (11,15). La autopercepción está relacionada con el rol que desempeña la persona mayor en la sociedad, el cual reúne un conjunto de expectativas y proyectos acerca de hábitos y conductas que debe adoptar de manera determinada (28). Lo que hace importante los vínculos que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de amigos, organizaciones laborales, clubes, iglesias para prácticas religiosas entre otros, como se evidenció en el presente estudio.

Entre los relatos de las vivencias de la vejez, en el presente estudio se relacionan con sentimientos de rechazo por sus seres queridos, repercutiendo en el bienestar emocional y el mantenimiento cognitivo, puesto que, si quisieran expresar sus dolencias, necesitan ser escuchados y sentir la aprobación de los demás, y no encuentran con quien, por el contrario, son excluidos, les hacen parecer inútiles. Esto es señalado en otros estudios que reiteran cómo la exclusión altera las condiciones mentales y de vida en las personas mayores (24,29), la calidad en las relaciones de amistad y la aceptación familiar son importantes para potenciar la confianza como factor protector (30).

Otros estudios refieren de manera similar al presente, la importancia significativa de las personas cercanas, lo que retroalimenta el componente espiritual por la paz, armonía, tranquilidad y plenitud personal que genera el encuentro con el otro, lo que le da sentido a la vida y la seguridad de lograr mayor bienestar (31-33). En los discursos de las personas mayores hay confianza en los tratamientos médicos, lo que complementan con el componente social, estudios similares expresan la necesidad que tienen las personas mayores por los encuentros con amigos, ser aceptados por diferentes grupos y sentirse socialmente activos (34,35).

De acuerdo a lo expresado por las persona mayores, la falta de reconocimiento social, la disfuncionalidad en los vínculos familiares conlleva alteraciones afectivas y emocionales, por el vacío del calor de hogar como lugar de refugio o por falta de interacciones sociales positivas, similar a lo relatado en un estudio sobre soledad que argumenta que con el tiempo desencadena alteración en las funciones biológicas, hasta llegar a trastornos depresivos, manifestados con sentimientos de tristeza, desesperanza,

anhedonia, apatía, insomnio o hipersomnia, retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas (36), hasta generar depresiones severas, incluso trastornos neurocognitivos mayores como la demencia (37).

Conclusiones

Este estudio permitió comprender que el envejecimiento se vive de manera integral, donde la autopercepción, la integración social y la valoración de la salud constituyen pilares fundamentales para el bienestar de las personas mayores. Se evidenció una percepción positiva de la vejez, enmarcada en experiencias de vida y valores personales, pero también emergió la necesidad de reconocimiento social y de mantener vínculos significativos que otorguen sentido y dignidad a esta etapa. La salud se comprende desde lo físico, sujeto al autocuidado, la espiritualidad y la interacción con el entorno.

A pesar de mantener conexiones con su entorno, muchas personas mayores se sienten socialmente aisladas debido al trato recibido, lo que limita su desarrollo cognitivo y emocional. Además, aunque son capaces de percibir su salud y vejez, carecen de los cuidados necesarios para un envejecimiento saludable por falta de recursos y personal capacitado. La sociedad no reconoce su sabiduría y experiencia, lo que contribuye a su aislamiento, lo que afecta su desarrollo cognitivo y emocional.

Estos hallazgos aportan una visión profunda de la experiencia del envejecimiento desde la voz de las propias personas mayores, y resaltan la importancia de que los profesionales de enfermería desarrollen intervenciones sensibles al contexto, que promuevan el sentido de vida y favorezcan un cuidado humanizado.

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a **Juan David Gómez Hincapié (†)**, estudiante de Medicina de la Universidad de Manizales. Un joven comprometido, sensible y entusiasta, cuya dedicación, ternura y espíritu colaborativo hicieron posible un trabajo agradable y significativo. Honramos su memoria y reconocemos con gratitud su valiosa contribución a este estudio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Para la realización de este estudio, no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

Referencias

- Duque PA, Flórez-Pulido LM, Mejía-Ramírez LF. Revisión de literatura integradora del conocimiento disciplinar de la enfermería y el currículo. Univ. Salud [Internet]. 2023;26(1):C1-C10. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.242601.306>
- Abusafia AH, Khraisat AMS, Tableb OK, Al-Mugheed K, Alabdullah AA, Abdelaliem SMF. The impact of a nursing spiritual care module on nursing competence: an experimental design. BMC Palliat Care [Internet]. 2024;23:21. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01356-z>
- Espinoza C, Martella D. Funciones cognitivas y salud mental en personas mayores durante la pandemia por COVID-19, factores de riesgo y factores protectores: una revisión sistemática cualitativa. Rev Méd Chile [Internet]. 2022;150(6):802-20. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000600802>
- Rodríguez-Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horiz Sanitario [Internet]. 2018;17(2):87-8. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es
- Luna-Solis Y, Vargas-Murga H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2018;81(1):9-19. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Borrás-Blasco C, Viña-Ribes J. Neurofisiología y envejecimiento: Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016;51(Supl1):3-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6)
- Puello-Alcocer EC, Amador-Ahumada CA, Ortega-Montes JE. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Univ Salud [Internet]. 2017;19(2):152-62. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.171902.78>
- World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Recuperado a partir de: <https://iris.who.int/handle/10665/312180>
- World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de la respuesta de salud pública a la demencia [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/publications/item/9789240033245>
- Rajan KB, Weuve J, Barnes LL, McAninch EA, Wilson RS, Evans DA. Population estimate of people with clinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in the United States (2020-2060). Alzheimers Dement [Internet]. 2021;17(12):1966-1975. doi: <https://doi.org/10.1002/alz.12362>
- Izquierdo-Guerra KI, Montoya-Arenas DA, Franco JG, Gaviria AM. Relationship between depressive symptomatology and cognitive performance in older people. Int J Psychol Res [Internet]. 2018;11(2), 35-45. doi: <https://doi.org/10.21500/20112084.3520>
- Zamora-Macorra M, Amorín-de Castro EF, Ávila-Funes JA, Manrique-Espinosa BS, López-Ridaura R, Sosa-Ortiz AL, et al. The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2017;68:113-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.005>
- Guerrero-Martelo M, Galván G, Vásquez-de la Hoz F, Lázaro G, Morales D. Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad. Psicogente [Internet]. 2015;18(34):303-310. doi: <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.506>
- Soria-Trujano R, Santiago-Santiago L, Mayen-Aguilar AA, Lara-de Jesús N. Hábitos de salud y autoestima en mujeres y hombres adultos mayores. Psicología Iztacala. 2018;21(4):1318-41. Recuperado a partir de: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/68019>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. 2014-2024 [Internet]. Colombia: MinSalud; 2015. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>
- Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. J Intern Med [Internet]. 2014;275(3):214-28. doi: <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Yesavage JA, Sheikh JJ. 9/Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. Clinical Gerontologist [Internet]. 1986;5(1-2):165-173. doi: https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Gracia-Rebled AC, Santabarbara J, Lopez-Anton R, Tomas C, Lobo E, Marcos G, et al. Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo libre de demencia en una muestra de sujetos mayores de 55 años de Zaragoza. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018;53(3):134-140. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.001>
- Lehert P, Villaseca P, Hogervorst E, Maki PM, Henderson VW. Individually modifiable risk factors to ameliorate cognitive aging: a systematic review and meta-analysis. Climacteric [Internet]. 2015;18(5):678-89. doi: <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1078106>
- Parada-Muñoz K, Guapisaca-Juca JF, Bueno-Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL [Internet]. 2022;9(2):77-93. doi: <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

22. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enferm Glob* [Internet]. 2015;14(37):1-11. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.196461>
23. Camargo-Hernández KC, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga-Santander, Colombia. *Univ Salud* [Internet]. 2017;19(2):163-170. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.171902.79>
24. Domínguez-Guedea MT. Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. *CES Psicol* [Internet]. 2016;9(1):150-64. doi: <https://doi.org/10.21615/cesp.9.1.10>
25. Cancino M, Rehbein-Felmer L, Ortiz MS. Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Rev méd Chile* [Internet]. 2018;146(3):315-22. doi: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
26. Grimaldo-Salazar SP, Mancera-Ortiz, LF. Salud mental y deterioro cognitivo en adultos mayores del municipio de Girardot Colombia. *Conrado* [Internet]. 2019;15(70):460-4. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500460&lng=es&tlng=es
27. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Ter Psicol* [Internet]. 2016;34(3):183-189. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
28. Cardona-Jiménez JL, Villamil-Gallego MM, Henao-Villa E, Quintero-Echeverri Á. Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *MedUPB* [Internet]. 2015;34(2):102-14. doi: <https://doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a03>
29. Navarro RM, Salazar-Fernández C, Schnettler B, Denegri M. Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Rev méd Chile* [Internet]. 2020;148(2):196-203. doi: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000200196>
30. Llorente-Barroso C, Viñarás-Abad M, Sánchez-Valle M. Mayores e Internet: La Red como fuente de oportunidades para un envejecimiento activo. *Comunicar* [Internet]. 2015;22(45):29-36. doi: <https://doi.org/10.3916/C45-2015-03>
31. Guerrero-Castañeda RF, García-Gallardo A, Aguilar-Villagómez P, Albañil-Delgado S. Significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2021;37(4). Recuperado a partir de: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3981>
32. Haugan G, Moksnes UK, Løhre A. Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016;30(4):790-801. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12307>
33. Duque PA, Hincapié-Ramírez D, Henao-Trujillo OM. Efectividad de un programa de estimulación cognitivas en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2022;22(1):99-108. doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>
34. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Mental health in older adults: major neurocognitive, affective, and sleep disorders. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2016;33(2):342-50. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
35. Medeiros GC, Prueitt WL, Minhajuddin A, Patel SS, Czysz AH, Furman JL, et al. Childhood maltreatment and impact on clinical features of major depression in adults. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;293:113412. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113412>
36. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2021;32(1):22-5. doi: <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
37. Mosquera-Losada ME, González-Cabanach R, Gómez-Conesa A. Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas. *Gerokomos* [Internet]. 2023;34(3):158-63. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300002&lng=en