

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Relación entre deterioro cognitivo, género
y niveles de ansiedad y depresión en
personas mayores institucionalizadas

Trabajo fin de estudio presentado por:	Miembro 1: Keyla Soraya Cañas-Calderon Miembro 2: Maria Bueno García-Boente
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 4. Diagnóstico e intervención en tercera edad.
Formato trabajo:	Grupal
Director/a:	Juan Carlos Ruiz Salas
Fecha:	24/06/2027

Resumen

El presente trabajo de fin de máster tiene como objetivo analizar la relación entre el deterioro cognitivo, el género y los niveles de ansiedad y depresión en personas mayores institucionalizadas. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con una muestra de $N = 30$ residentes, utilizando el test de Pfeiffer (SPMSQ) y la Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). Los resultados indicaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión ($r = ,558$; $p < ,001$). Sin embargo, no se hallaron relaciones significativas entre el grado de deterioro cognitivo y la sintomatología afectiva, ni se observaron diferencias significativas en función del género. Se concluye que la institucionalización podría actuar como un factor homogeneizador del malestar emocional en ambos sexos, destacando la necesidad de realizar estudios longitudinales con muestras más amplias para profundizar en estas dinámicas clínicas.

Palabras clave: Envejecimiento, Institucionalización, Deterioro cognitivo, Ansiedad, Depresión.

Abstract

The main objective of this master's thesis is to analyze the relationship between cognitive impairment, gender, and levels of anxiety and depression in institutionalized older adults. A quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted with a sample of $N = 30$ residents, using the Pfeiffer test (SPMSQ) and the Goldberg Anxiety and Depression Scale (EADG). The results showed a significant positive correlation between anxiety and depression ($r = ,558$; $p < ,001$). However, no statistically significant relationships were found between the degree of cognitive impairment and affective symptomatology, nor were there significant gender differences. It is concluded that institutionalization might act as a homogenizing factor for emotional distress in both sexes, highlighting the need for longitudinal studies with larger samples to further explore these clinical dynamics.

Keywords: Aging, Institutionalization, Cognitive impairment, Anxiety, Depression.

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	8
1.1 El envejecimiento en la sociedad actual.....	8
1.2 El deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	11
1.3. Salud mental: Ansiedad y depresión en personas mayores.....	13
1.3.1. Depresión en personas mayores.....	13
1.3.2. Ansiedad en personas mayores.....	14
1.4. Estado de la cuestión: Relación entre deterioro cognitivo y síntomas afectivos	16
1.4.1. El impacto de la pérdida de facultades en el estado emocional.....	16
1.4.2. Hallazgos en entornos residenciales similares:.....	17
1.5. La variable de género.....	18
1.5.1 Diferencias de género en ansiedad y depresión:.....	18
1.5.2. Género y deterioro cognitivo:.....	19
2. Justificación.....	19
3. Objetivos.....	21
3.1. Objetivo general.....	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
4. Hipótesis.....	21
5. Marco metodológico.....	22
5.1. Diseño.....	22
5.2. Participantes.....	22
5.3. Instrumentos.....	23
5.4. Procedimiento.....	25
5.5. Análisis de datos.....	25
6. Resultados.....	26
6.1. Análisis descriptivo de la muestra.....	26
6.2. Análisis descriptivo de las variables principales.....	28
6.3. Comprobación de supuestos.....	30
6.4. Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología emocional.....	31
6.5. Diferencias según género.....	32
7. Discusión.....	33
7.1. Limitaciones.....	35
7.2. Prospectiva.....	36
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	45
Anexo 1. Cribado de Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.....	45
Anexo 2. Cribado de cuestionario de PFEIFFER (SPMSQ).....	46
Anexo 3. Autorización del centro.....	47

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de frecuencias de la edad.....	28
Figura 2. Gráfico de diferencia de variables según género.....	32

Índice de tablas

Tabla 1.....	26
Características de la edad de la muestra.....	26
Tabla 2.....	26
Distribución de la muestra según sexo.....	26
Tabla 3.....	27
Distribución del deterioro cognitivo según SPMSQ.....	27
Tabla 4.....	28
Distribución de ansiedad.....	28
Tabla 5.....	29
Distribución de depresión.....	29
Tabla 6.....	29
Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables cuantitativas.....	29
del estudio.....	29
Tabla 7.....	30
Correlaciones de Spearman entre variables clínicas.....	30

1. Marco teórico

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los principales retos sociosanitarios actuales. El aumento progresivo de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han provocado un crecimiento sostenido de la población mayor, acompañado de una mayor presencia de alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. Dentro de estas alteraciones, el deterioro cognitivo puede manifestarse en distintos niveles, desde los cambios propios del envejecimiento normal hasta formas más graves como el deterioro cognitivo leve y la demencia, afectando de diferente manera a la autonomía y funcionalidad de la persona.

Ante esta realidad, variables como el deterioro cognitivo, la ansiedad, la depresión y el género adquieren una relevancia especial en personas mayores institucionalizadas. El ingreso en centros residenciales, junto con la pérdida de autonomía y los cambios en las relaciones sociales, pueden influir en el bienestar psicológico de este grupo poblacional.

Además, la coexistencia de deterioro cognitivo y sintomatología emocional plantea la necesidad de profundizar la relación existente entre ambas variables, así como en el posible papel del género dentro de esta asociación. Comprender cómo interactúan estos factores puede contribuir a una mejor comprensión de las necesidades psicológicas de las personas mayores institucionalizadas y facilitar el desarrollo de intervenciones más ajustadas a sus características.

Para ello, el presente marco teórico aborda el envejecimiento en la sociedad actual, el deterioro cognitivo en el adulto mayor y sus principales formas de evaluación, así como la ansiedad, la depresión y las diferencias de género asociadas a estas variables, con el fin de revisar la evidencia existente sobre su relación en contextos residenciales.

1.1 El envejecimiento en la sociedad actual

El envejecimiento poblacional constituye uno de los procesos demográficos más relevantes en la configuración de la sociedad actual en España. Este fenómeno, caracterizado

por el aumento progresivo de la esperanza de vida junto con el descenso de la natalidad, se enmarca dentro de la teoría de la transición demográfica, que explica los cambios estructurales en las poblaciones modernas (Lee, 2003), y ha situado a España entre los países con mayores índices de envejecimiento a nivel mundial (Naciones Unidas, 2022). Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2024), la proporción de personas mayores de 65 años representan ya más del 20% de la población total, con una tendencia ascendente que podría aproximarse al 30% en las próximas décadas. Este grupo constituye un sector poblacional con necesidades sociosanitarias específicas asociadas, en gran medida, a situaciones de cronicidad y dependencia. Los datos actuales confirman la consolidación de esta tendencia y el consiguiente incremento de la demanda de recursos asistenciales (Abellán García et al., 2020).

Este contexto demográfico ha reforzado el papel de los centros residenciales como un recurso clave en la atención y cuidado de las personas mayores. La institucionalización, entendida como el ingreso en un centro de larga estancia, supone un cambio significativo en la vida del adulto mayor. Este proceso ha sido ampliamente descrito en literatura reciente como una transición vital compleja, que implica cambios en la autonomía, las relaciones sociales y la adaptación al entorno residencial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2023).

Si bien estos recursos garantizan la cobertura de necesidades básicas, sanitarias y asistenciales, implican a su vez un proceso de adaptación progresivo que no siempre resulta sencillo. En este sentido, Zhang et al. (2023) señalan que dicha adaptación está determinada por la interacción de factores ambientales, sociales y psicológicos, que influyen directamente en el grado de ajuste al centro.

El cambio del hogar al entorno residencial conlleva cambios significativos: la persona puede experimentar la pérdida de roles habituales, una disminución de su autonomía y la necesidad de adaptarse a un modelo de convivencia compartida, marcado por normas, horarios y rutinas establecidas. Todo ello convierte este proceso en una experiencia con un notable impacto psicológico, que puede generar inicialmente un desajuste emocional y sentimientos de rechazo o estrés (Sun et al., 2021).

Desde una perspectiva clínica, la literatura científica indica que la institucionalización puede considerarse un factor de riesgo para la aparición de alteraciones psicológicas. De hecho, se ha observado que la prevalencia de trastornos mentales, especialmente aquellos de tipo afectivo como la depresión y la ansiedad, es mayor en personas mayores que viven en residencias geriátricas en comparación con aquellas que permanecen en su entorno comunitario (Seitz et al., 2010). Asimismo, revisiones más recientes apuntan a que este proceso puede afectar negativamente a la calidad de vida, al asociarse con un mayor deterioro del bienestar emocional y social (Medeiros et al., 2020). En este contexto, estas alteraciones se encuentran entre las más frecuentes y con mayor impacto en el bienestar de los residentes.

En concreto, la depresión presenta una frecuencia elevada en población mayor institucionalizada y se relaciona con múltiples factores de tipo biopsicosocial, así como por las características del entorno de la institución residencial (Atchison et al., 2025). Asimismo, la investigación realizada por Livingston et al. (2020) apunta a que el deterioro cognitivo puede influir tanto en la forma en la que se expresan estos síntomas como en la capacidad de afrontamiento del individuo del estrés asociado al proceso de adaptación al centro.

Por último, es necesario considerar la variable de género en este proceso. La evidencia previa indica que el estado de salud mental en las personas mayores no es homogénea entre hombres y mujeres, observándose una mayor prevalencia y severidad de sintomatología ansioso-depresiva en mujeres (Girgus et al., 2017; Jalali et al., 2024). Estas diferencias se han relacionado con la interacción de factores biológicos, como la mayor vulnerabilidad hormonal a lo largo del ciclo vital, y factores psicosociales, entre los que destacan una mayor carga de cuidados, desigualdades estructurales y un acceso históricamente más limitado a recursos socioeconómicos. En el contexto residencial, esta mayor vulnerabilidad emocional también se ha observado en indicadores de autoestima, ansiedad y depresión en mujeres mayores institucionalizadas (Šare et al., 2021). En consecuencia, el análisis de la institucionalización no debería abordarse de manera generalizada, sino considerando la interacción entre el estado cognitivo, el género y la respuesta emocional de cada persona dentro del entorno residencial.

1.2 El deterioro cognitivo en el adulto mayor

La cognición se define como el conjunto de procesos mentales que permiten al individuo percibir, procesar información, aprender, recordar y adaptarse al entorno (American Psychological Association, 2020). Durante el envejecimiento, el cerebro experimenta cambios biológicos asociados a la senescencia que pueden influir en el rendimiento cognitivo, sin que estos sean necesariamente de carácter patológico (Peters, 2006).

Estos cambios, a nivel neurobiológico, se asocian con una disminución en el volumen cerebral, sobre todo en el lóbulo frontal e hipocampo; también se observa un ensanchamiento de surcos, aumento del tamaño ventricular, cambios sinápticos, reducción de neurotransmisores y menor eficiencia en la conectividad neuronal, lo que conlleva a un enlentecimiento del procesamiento de la información y algunas dificultades cognitivas (Benavides-Caro, 2017).

Es importante diferenciar entre los niveles de deterioro que se pueden presentar en el envejecimiento, ya que puede ser normal, leve o progresar hasta la demencia, es decir, convertirse en patológico.

- **Envejecimiento cognitivo normal.** Se refiere a aquellos cambios cognitivos leves esperables que no interfieren con la autonomía funcional del individuo. Entre sus características destacan: Olvidos benignos (detalles irrelevantes que luego se recuerdan), disminución en la velocidad de procesamiento, dificultades leves en la memoria episódica, flexibilidad cognitiva o atención, y conservación de funciones como memoria semántica, lenguaje y fluidez verbal, praxias y autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD). Estos cambios no implican enfermedad siempre que no exista un impacto funcional.
- **Deterioro cognitivo leve (DCL).** Se sitúa en un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia (Petersen, 2011). Se define como la presencia de déficits cognitivos mayores a los esperados para la edad y el nivel educativo, afectando dominios como memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas y habilidades visuoespaciales (Sperling et al., 2011). Sin embargo, existe un

Una diferencia relevante respecto al envejecimiento cognitivo normal es que, en el deterioro cognitivo leve, las alteraciones cognitivas no suelen revertir de forma espontánea y pueden mantenerse estables o progresar con el tiempo (Petersen, 2011). Además, hay mayor riesgo de evolución hacia la demencia, aunque puede mantenerse estable. Diversos factores psicológicos y sociales, como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad, el duelo o una escasa red de apoyo social, pueden influir en la aparición o el empeoramiento del deterioro cognitivo leve, actuando como factores moduladores del curso clínico (Livingston et al., 2020).

- **Demencia (Trastorno neurocognitivo mayor).** Es un trastorno neurodegenerativo adquirido, de carácter progresivo, que interfiere de manera significativa con la autonomía del individuo.

De acuerdo con los criterios actuales (American Psychiatric Association, 2020), se define por:

- (A) Declive en uno o más dominios cognitivos.
- (B) Afectación de al menos dos áreas: memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades visuoespaciales, conducta o personalidad.
- (C) Impacto funcional significativo, con pérdida de independencia.
- (D) Evolución progresiva en el tiempo.

A diferencia del DCL, en la demencia hay dependencia en las actividades básicas o instrumentales, afectando la vida social, laboral y personal del sujeto. También pueden llegar a presentarse cambios conductuales, alteraciones emocionales y deterioro global de la calidad de vida.

En resumen, estos tres niveles pueden entenderse como un continuo evolutivo, que comienza con el envejecimiento normal, caracterizado por cambios cognitivos leves propios de la edad y que no necesariamente interfieren significativamente en la autonomía del individuo. A partir de este punto, en algunos casos, puede aparecer el Deterioro Cognitivo

Leve, que se caracteriza por la presencia de déficits cognitivos mayores de los esperables para la edad, pero sin llegar a comprometer de forma significativa la funcionalidad en la vida diaria de las personas. Finalmente, este proceso puede progresar, en algunos casos hacia la demencia, que supone ya un deterioro cognitivo de carácter patológico, con un impacto claro y relevante en la autonomía y el funcionamiento de las personas mayores.

La diferencia principal entre estos niveles se encuentra en la gravedad del déficit cognitivo, la ausencia o presencia de progresión y el impacto en la funcionalidad diaria.

Para su diferenciación es necesaria una evaluación del estado cognitivo y detectar de forma precoz posibles alteraciones. Unas de las pruebas de evaluación para detectar el grado de deterioro presente en las personas mayores son los cuestionarios Mini Mental y PFIFFER (SPMSQ) (Angamarca Coello et al., 2020), donde se hará mayor hincapié en el segundo mencionado para la realización de este estudio.

1.3. Salud mental: Ansiedad y depresión en personas mayores

La salud mental es un componente relevante en la vejez, siendo la ansiedad y la depresión dos de las patologías más frecuentes en este grupo poblacional (OMS, 2017; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Estas condiciones repercuten de manera significativa en el funcionamiento diario y en la calidad de vida de las personas mayores, afectando su capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), su adaptación a los cambios asociados al envejecimiento, su autonomía y sus relaciones sociales (Fernandez-Ballesteros, 2004).

1.3.1. Depresión en personas mayores

La depresión en la vejez es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza persistente, pérdida de interés o placer, baja autoestima, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga y dificultades de concentración (American Psychiatric Association, 2013).

En las personas mayores, esta sintomatología puede manifestarse de forma atípica o mediante quejas físicas, como dolor, insomnio, ansiedad o irritabilidad, lo que en muchas ocasiones dificulta su detección (Alcalá et al., 2007)

Asimismo, se han identificado factores como el deterioro de la salud física, la pérdida de autonomía funcional, la fragilidad o la disminución de redes de apoyo social como elementos que incrementan el riesgo de depresión, especialmente en personas institucionalizadas (Rojas et al., 2018; OMS, 2017).

No obstante, es importante destacar que la depresión no debe considerarse una consecuencia inherente al envejecimiento, sino un trastorno clínico que afecta de forma significativa al bienestar psicológico y a la calidad de vida de las personas mayores (OMS, 2017).

De hecho, diversas investigaciones demuestran la estrecha relación existente entre el deterioro cognitivo y la aparición de sintomatología depresiva. En este sentido, la pérdida progresiva de capacidades cognitivas puede generar sentimientos de frustración, inutilidad o dependencia, especialmente en aquellas personas que aún conservan cierto grado de conciencia sobre su deterioro (OMS, 2017; Nazar et al., 2020). Esta situación puede verse intensificada en contextos institucionalizados, donde la percepción de pérdida de control sobre la propia vida y la reducción de estímulos sociales actúan como factores que favorecen el desarrollo de depresión (Seitz et al., 2010).

1.3.2. Ansiedad en personas mayores

La ansiedad en personas mayores puede entenderse como una respuesta emocional adaptativa ante situaciones percibidas como amenazantes, que se vuelve disfuncional cuando su intensidad, duración o frecuencia interfieren en la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013).

En este grupo poblacional, la ansiedad suele estar asociada a factores como el miedo a la dependencia, la soledad, el deterioro de la salud o la pérdida de control sobre la propia vida, lo que conlleva la aparición de síntomas como preocupación excesiva, temores

Por otra parte, resulta importante diferenciar entre una ansiedad adaptativa, propia de determinadas situaciones vitales, y una ansiedad de carácter patológico, que interfiere en el funcionamiento diario de la persona (American Psychiatric Association, 2013). En las personas mayores, esta diferenciación no siempre es sencilla, ya que la sintomatología ansiosa puede presentarse de forma atípica o solaparse con problemas físicos, contribuyendo a su infradiagnóstico (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Además, en el contexto de deterioro cognitivo, la ansiedad puede manifestarse de forma más intensa en fases iniciales, cuando la persona es consciente de sus dificultades, y va disminuyendo en etapas más avanzadas.

En conjunto, la ansiedad y la depresión constituyen dos de los principales problemas de salud mental en personas mayores, especialmente en aquellas que se encuentran institucionalizadas (OMS, 2017). La interacción entre estas variables y el deterioro cognitivo pone de manifiesto la necesidad de abordarlas de forma conjunta, con la finalidad de comprender mejor su impacto en el bienestar psicológico. Es por ello que analizar estas relaciones resulta clave para avanzar en el conocimiento de los factores que influyen en la salud mental de este grupo poblacional.

En cuanto a la evaluación de la ansiedad y la depresión en personas mayores existen diversos instrumentos de cribado, entre los que destacan la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Sin embargo, en el presente estudio se utilizará la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg por su adecuación a contextos de investigación con población general e institucionalizada.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) es un instrumento de autoaplicación diseñado para detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, permitiendo la evaluación de ambas dimensiones de forma independiente. Sin embargo, esta escala no proporciona un diagnóstico clínico, sino una medida de cribado de la sintomatología emocional (Lobo et al., 2000).

En concreto, la escala permite identificar, por un lado, síntomas de ansiedad como la inquietud, la preocupación excesiva o la tensión psicológica, y por otro, síntomas depresivos como la tristeza, la pérdida de interés o la baja energía. Esta diferenciación facilita el análisis de ambas dimensiones de forma separada, lo cual resulta especialmente útil en población mayor institucionalizada.

Asimismo, la EADG presenta adecuadas propiedades psicométricas, con buena fiabilidad y validez, y destaca por su brevedad, facilidad de aplicación y utilidad en contextos clínicos y de investigación, especialmente en atención primaria y población general (García-Campayo et al., 2012).

1.4. Estado de la cuestión: Relación entre deterioro cognitivo y síntomas afectivos

El estudio de la relación entre las funciones cognitivas y el estado emocional constituye una de las líneas de investigación más relevantes dentro de la psicogerontología actual (Duarte-Díaz et al., 2025). La evidencia disponible indica que el deterioro cognitivo y los síntomas afectivos mantienen una relación bidireccional, de manera que ambos procesos se influyen mutuamente y contribuyen de forma significativa al deterioro de la calidad de vida en las personas mayores (Cummings et al., 2019; John et al., 2019).

1.4.1. El impacto de la pérdida de facultades en el estado emocional

La disminución progresiva de capacidades como la memoria, la orientación o las funciones ejecutivas suele ir acompañada de una vivencia subjetiva de pérdida de control y autonomía. En las fases iniciales, cuando la persona aún conserva cierto grado de conciencia sobre sus dificultades, pueden aparecer respuestas emocionales como ansiedad, tristeza o preocupación ante la percepción de cambio y la incertidumbre sobre el futuro (John et al., 2019).

En esta línea, Babulal et al. (2016) señalan que las alteraciones del estado de ánimo no sólo coexisten con el deterioro cognitivo, sino que también pueden estar relacionadas con

los propios cambios neurobiológicos subyacentes. Esta interacción favorece un círculo de retroalimentación en el que el malestar emocional y el deterioro cognitivo se potencian mutuamente: el deterioro cognitivo incrementa el malestar emocional (ansiedad o tristeza), lo que a su vez dificulta la atención, la memoria y el rendimiento cognitivo, agravando el proceso inicial. (Bennett y Thomas, 2023).

1.4.2. Hallazgos en entornos residenciales similares:

Las investigaciones realizadas en instituciones residenciales han mostrado resultados consistentes en esta línea. Revisiones sistemáticas como la de Seitz et al. (2010) indican que la prevalencia de depresión en residencias geriátricas se sitúa en torno al 25%, mientras que los trastornos de ansiedad afectan aproximadamente a uno de cada cinco residentes. Estos datos ponen de manifiesto la especial vulnerabilidad psicológica de esta población en contextos institucionalizados.

En el ámbito clínico, también se ha observado que la presencia de deterioro cognitivo se asocia con una mayor frecuencia de sintomatología neuropsiquiátrica, incluyendo ansiedad, depresión y apatía. En este sentido, García-Alberca et al. (2010) señalan que, a medida que progresa el deterioro cognitivo, aumentan las alteraciones conductuales y emocionales, lo que sugiere una estrecha relación entre el funcionamiento cerebral y la expresión afectiva.

Asimismo, el entorno residencial, caracterizado por la adaptación a nuevas rutinas y la posible desvinculación del contexto habitual, puede intensificar estas manifestaciones cuando no se acompañan de intervenciones de apoyo adecuadas. Por otro lado, la literatura continúa evidenciando la influencia del género en este ámbito, siendo las mujeres mayores quienes presentan, en general, una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa (Girgus et al., 2017; Jalali et al., 2024).

A pesar de la existencia de estudios que analizan por separado el deterioro cognitivo, el género y la sintomatología ansioso-depresiva en personas mayores institucionalizadas, la evidencia que aborda la interacción conjunta de estas variables en centros residenciales del sur de España sigue siendo limitada. Esta carencia dificulta la generalización de los resultados

a este contexto asistencial específico (Sánchez-Izquierdo y Fernández Ballesteros, 2021). De este modo, la presente investigación pretende aportar datos actualizados que contribuyan al diseño de estrategias de intervención más ajustadas a la realidad de la población mayor institucionalizada.

1.5. La variable de género

El estudio de la salud mental en la vejez requiere incorporar la perspectiva de género para comprender mejor las diferencias observadas entre hombres y mujeres. Diversas investigaciones coinciden en señalar que no existe un patrón homogéneo en la salud mental según el género, sino que se observa una brecha en la prevalencia y expresión de los trastornos emocionales, con una mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva en mujeres mayores (Girgus et al., 2017; Jalali et al., 2024). Estas diferencias se manifiestan tanto en la frecuencia de aparición como en la intensidad de los síntomas, lo que refuerza la necesidad de incluir esta variable en el análisis de los problemas de salud mental en la vejez.

1.5.1 Diferencias de género en ansiedad y depresión:

La literatura coincide en señalar que las mujeres presentan, en términos generales, mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres durante la etapa de la vejez. Tal y como señalan Matud et al. (2022) y Jalali et al. (2024), estas diferencias no responden únicamente a factores biológicos, sino que están estrechamente vinculadas a variables sociales. Entre ellas destacan la asunción prolongada de roles de cuidado, una mayor probabilidad de experimentar soledad no deseada y una situación económica más vulnerable, derivada de desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital.

En el contexto residencial, estos factores pueden mantenerse o incluso intensificarse, lo que se refleja en puntuaciones más elevadas en instrumentos de evaluación como la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).

1.5.2. Género y deterioro cognitivo:

En lo que respecta al deterioro cognitivo, la asociación con el género es compleja, ya que intervienen tanto factores biológicos, como la mayor esperanza de vida en mujeres, como factores psicosociales, entre los que se incluyen diferencias en los estilos de afrontamiento y la expresión emocional de los síntomas (Matud et al., 2022).

Estudios recientes, como el de Sánchez-Izquierdo y Fernández-Ballesteros (2021), señalan que la mayor prevalencia de deterioro cognitivo en mujeres podría estar vinculada, en parte, a su mayor esperanza de vida. No obstante, también se han descrito diferencias en cómo este deterioro repercute en el estado emocional. En los hombres, puede manifestarse con mayor frecuencia mediante irritabilidad o apatía, mientras que en las mujeres suele asociarse a niveles más altos de ansiedad y a una autopercepción más acusada de pérdida de capacidades, lo que puede favorecer la aparición o mantenimiento de cuadros depresivos (Tian et al., 2024).

Así, el presente estudio busca analizar si estas diferencias de género se replican en la muestra objeto de investigación, con el objetivo de contribuir al diseño de intervenciones más ajustadas a las características individuales de las personas mayores institucionalizadas.

2. Justificación

Actualmente, debido al progresivo envejecimiento poblacional (Naciones Unidas, 2019), se ha visto incrementada la prevalencia de deterioro cognitivo y de trastornos afectivos en la población mayor. Se estima que aproximadamente un 14% de este grupo poblacional presenta depresión y entre un 10-15% manifiesta ansiedad clínicamente significativa (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el caso de las residencias geriátricas, la depresión y la ansiedad constituyen dos de los problemas psicológicos más frecuentes que afectan notablemente al bienestar y calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

En este sentido, la institucionalización es un proceso de transición vital complejo, que implica cambios significativos, tales como la pérdida de autonomía, la reducción del contacto social, así como la adaptación a un nuevo entorno, aumentando su vulnerabilidad psicológica. La evidencia científica sugiere que el deterioro cognitivo influye significativamente no solo en la manifestación de síntomas emocionales, sino también en la capacidad de adaptación del individuo al entorno institucional (Seitz et al., 2010; Li et al., 2025).

En esta línea, la pérdida de capacidades cognitivas puede comprometer la gestión emocional y actuar como un factor de vulnerabilidad que incrementa el riesgo de presentar síntomas ansiógenos y depresivos (Sun et al., 2024). Estudios recientes refuerzan esta idea al proponer la existencia de una relación bidireccional entre el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva, sugiriendo que ambos fenómenos pueden influirse mutuamente a lo largo de la vejez. En este sentido, la depresión aparece asociada también al empeoramiento de dominios específicos como la memoria o las funciones ejecutivas (Yin et al., 2024; Panza et al., 2010). De hecho, diversos trabajos han señalado que la coexistencia de ambas condiciones se relaciona con un mayor riesgo de progresión hacia la demencia (Jang et al., 2026; Yan et al., 2024).

Por otro lado, existen variables sociodemográficas clave como el género, que guardan relación con la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en la población mayor, observándose una mayor presencia de esta sintomatología en las mujeres en comparación con los hombres (Salk et al., 2017; Sialino et al., 2021).

En este contexto, resulta pertinente analizar centros residenciales concretos, como la Residencia Nuestra Señora de la Consolación, con el fin de comprender cómo estas tendencias demográficas se traducen en necesidades asistenciales específicas.

Por todo ello, es prioritario profundizar en cómo interactúan el deterioro cognitivo, el género y la sintomatología emocional en el entorno residencial. El presente estudio pretende aclarar los factores asociados al bienestar psicológico de este colectivo, con el objetivo de contribuir al diseño de intervenciones más ajustadas a la realidad clínica. Desde el ámbito de la Psicología General Sanitaria, comprender estas variables es indispensable si queremos

lograr evaluaciones más precisas y tratamientos realmente adaptados a las personas mayores institucionalizadas afectadas por ansiedad y depresión.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es analizar la relación entre el deterioro cognitivo, el género y los niveles de ansiedad y depresión en personas mayores institucionalizadas.

3.2. Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad en residentes institucionalizados.
- Evaluar los niveles de depresión en residentes institucionalizados.
- Analizar las diferencias en los niveles de ansiedad según el género.
- Analizar las diferencias en los niveles de depresión según el género.
- Comparar los niveles de ansiedad entre residentes con distinto nivel de deterioro cognitivo.
- Comparar los niveles de depresión entre residentes con distinto nivel de deterioro cognitivo.

4. Hipótesis

- Las personas mayores institucionalizadas con mayor deterioro cognitivo presentarán niveles significativamente más elevados de ansiedad en comparación con aquellas con menor deterioro cognitivo.

-Las personas mayores institucionalizadas con mayor deterioro cognitivo presentarán niveles significativamente más elevados de depresión en comparación con aquellas con menor afectación cognitiva.

-Se observarán diferencias significativas en los niveles de ansiedad en función del género, siendo más elevados en mujeres que en hombres.

-Se observarán diferencias significativas en los niveles de depresión en función del género, siendo más elevados en mujeres que en hombres.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño

El presente estudio se enmarca dentro de una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental, de corte transversal y carácter descriptivo, correlacional y comparativo. Se trata de una investigación observacional, ya que las variables estudiadas no fueron manipuladas por los investigadores, sino analizadas a partir de datos secundarios procedentes de registros clínicos previamente recogidos en el contexto asistencial de la residencia.

El objetivo principal del estudio es analizar la relación existente entre el deterioro cognitivo y los niveles de ansiedad y depresión, así como examinar las diferencias en la sintomatología emocional en función del género y del nivel de deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas.

El diseño permite evaluar las variables en un único momento temporal, haciendo uso del último registro disponible de las evaluaciones periódicas realizadas por el centro residencial, y es adecuado para identificar asociaciones entre variables cognitivas y emocionales, así como para comparar diferencias entre grupos, sin establecer relaciones de causalidad.

5.2. Participantes

La muestra definitiva está compuesta por 30 adultos mayores institucionalizados residentes en la Residencia Nuestra Señora de la Consolación. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a partir de los registros clínicos disponibles en el centro, incluyendo aquellos casos que cumplían los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser residente institucionalizado en el centro, tener 65 años o más y disponer de registros completos correspondientes al Test de Pfeiffer (SPMSQ) y a la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). La ausencia de registros completos constituyó criterios de exclusión.

Los participantes presentan un rango de edad comprendido entre los 65 y 98 años, siendo la edad media de 87,17 años (DT = 6,83).

En cuanto al género, la muestra está compuesta por 15 mujeres (50%) y 15 hombres (50%).

5.3. Instrumentos

Para la evaluación del deterioro cognitivo se utilizó el **Test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)**, siendo uno de los instrumentos de cribado cognitivo más utilizados en la población geriátrica, ya que permite evaluar diversos dominios cognitivos fundamentales: memoria a corto y largo plazo, orientación temporal y espacial, conocimiento de eventos cotidianos y habilidad para realizar cálculos matemáticos secuenciales.

Aunque el instrumento contempla ajustes en función del nivel educativo, dicha corrección no fue aplicada en el presente estudio debido a la ausencia de registros homogéneos sobre escolarización en todos los participantes. Por otra parte, entre sus ventajas se encuentra su sencillez de aplicación, ya que no requiere materiales específicos y presenta alta sensibilidad (91 %) y especificidad (90 %), haciéndolo ideal para la detección temprana de deterioro cognitivo y para el seguimiento clínico en caso de progresión de la enfermedad (Flores y Casas, 2025).

Puntuación y criterios de interpretación:

Se asigna un punto por cada error. La interpretación estándar es:

- 0–2 errores: cognición normal
- 3–4 errores: deterioro cognitivo leve
- 5–7 errores: deterioro cognitivo moderado
- ≥ 8 errores: deterioro cognitivo severo

Ajuste según nivel educativo:

- Un error adicional si el individuo tiene bajo nivel educativo.
- Un error menos si posee estudios superiores (Flores y Casas, 2025).

Para la valoración geriátrica, sobre todo en entornos residenciales, el SPMSQ está altamente recomendado, ya que proporciona información relevante, rápida y fiable sobre el estado cognitivo de los adultos mayores, facilitando la detección de alteraciones tempranas que requieran seguimiento especializado o intervención (Álvarez, 2025).

Asimismo, se empleó la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)**, desarrollada en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con el objetivo de realizar una entrevista de corta duración que puede ser utilizada por médicos no psiquiatras y psicólogos como instrumento de cribado (Lobos et al, 2020). La EADG tiene dos subescalas: una para ansiedad (ítems del 1-9) y otra de depresión (ítems 10-18), con 9 ítems cada una. Las respuestas de cada ítems son dicotómicas (Si, No), tanto en su versión original como en la adaptación española.

Para la interpretación de resultados, en la suma de puntuación de ansiedad y de depresión, según los criterios establecidos por los autores, aquellas puntuaciones superiores

a cinco en la escala de ansiedad y superiores a dos en la escala de depresión, indican una probabilidad clínica significativa de sintomatología emocional (Goldberg et al., 1988).

5.4. Procedimiento

Para la realización del presente estudio, los datos empleados se obtuvieron a partir de registros clínicos previamente existentes en el sistema interno de documentación recogidos durante las evaluaciones periódicas realizadas en el centro residencial, seleccionando el registro más reciente disponible de cada participante, ya que son evaluados cada seis meses de manera sistemática como parte de su seguimiento habitual.

El acceso a la información fue autorizado por la dirección del centro, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los usuarios, respetando los principios éticos y utilizando la información exclusivamente con fines académicos.

El estudio presenta un diseño observacional transversal basado en datos secundarios procedentes de población mayor institucionalizada. Los instrumentos utilizados habían sido previamente aplicados por profesionales del centro.

5.5. Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados y depurados previamente para su posterior análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics. En primer lugar, se realizó la codificación de las variables y un análisis descriptivo de la muestra. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, concretamente medias (M), desviaciones estándar (DE), valores mínimos y máximos. Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

Posteriormente, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, debido al reducido tamaño muestral ($N = 30$). Los resultados indicaron el incumplimiento de este supuesto en algunas de las variables analizadas, por lo que se consideró la utilización de procedimientos no paramétricos cuando fue necesario.

Con el objetivo de analizar la relación entre el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión, se realizaron análisis de correlación entre las variables clínicas estudiadas. Asimismo, se efectuaron análisis comparativos en función del sexo mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, con el fin de identificar posibles diferencias entre hombres y mujeres en las variables de deterioro cognitivo y sintomatología emocional.

Para complementar la interpretación de los resultados, se elaboraron representaciones gráficas de la distribución de la edad de los participantes y diagramas de caja y bigotes para visualizar las diferencias observadas entre hombres y mujeres en las variables clínicas analizadas.

En todos los análisis realizados se adoptó un nivel de significación estadística de $p < ,05$.

6. Resultados

6.1. Análisis descriptivo de la muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 30 personas mayores institucionalizadas. La edad de los participantes presentó una media de 87,17 años ($DE = 6,83$) y una mediana de 87 ($R/IQ : 5$), con edades comprendidas entre los 65 y los 98 años.

En relación con el sexo, la muestra presentó una distribución equilibrada, formada por 15 hombres (50%) y 15 mujeres (50%).

Tabla 1

Características de la edad de la muestra

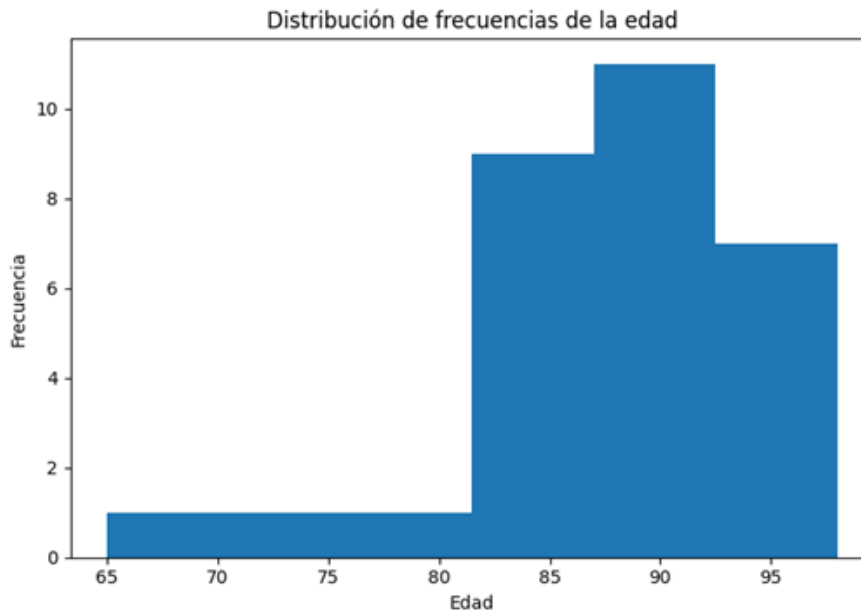
Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>RIQ</i>	Mínimo	Máximo
Edad	87,17	6,83	87	5	65	98

Tabla 2

Distribución de la muestra según sexo

Género	<i>n</i>	%
Hombres	15	50%
Mujeres	15	50%

Figura 1. *Distribución de frecuencias de la edad*



6.2. Análisis descriptivo de las variables principales

- **Deterioro cognitivo:**

El deterioro cognitivo fue evaluado mediante el cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), clasificando a los participantes en diferentes niveles de afectación cognitiva. Los resultados mostraron que 12 participantes (40%) presentaban un funcionamiento cognitivo intacto, 3 participantes (10%) mostraban deterioro cognitivo leve, 9 participantes (30%) deterioro moderado y 6 participantes (20%) deterioro cognitivo severo. De forma complementaria, la puntuación media global de errores obtenida por la muestra en el SPMSQ fue de 4,30 ($DE = 3,51$).

Tabla 3

Distribución del deterioro cognitivo según SPMSQ

Nivel de deterioro cognitivo	<i>n</i>	%
------------------------------	----------	---

Intacto	12	40%
Leve	3	10%
Moderado	9	30%
Severo	6	20%

- **Ansiedad**

En relación con la sintomatología ansiosa evaluada mediante la escala de Goldberg, y tomando como criterio de clasificación el punto de corte establecido para este instrumento de cribado (puntuaciones superiores a 5), 6 participantes (20%) presentaron indicadores compatibles con ansiedad clínica, mientras que 24 participantes (80%) no mostraron sintomatología ansiosa significativa.

Tabla 4

Distribución de ansiedad

Ansiedad	<i>n</i>	%
No compatible	24	80%
Compatible	6	20%

- **Depresión**

Respecto a la sintomatología depresiva, aplicando el criterio de clasificación de la subescala (puntuaciones superiores a 2), 4 participantes (13,3%) presentaron indicadores compatibles con depresión, mientras que 26 participantes (86,7%) no mostraron sintomatología depresiva significativa.

Tabla 5

Distribución de depresión

Depresión	<i>n</i>	%
No compatible	26	86,7%
Compatible	4	13,3%

6.3. Comprobación de supuestos

Se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, debido a que el tamaño muestral es inferior a 50 participantes ($N = 30$). Los análisis revelaron que las variables edad ($p = ,012$), sintomatología ansiosa ($p < ,001$) y sintomatología depresiva ($p < ,001$) presentaron desviaciones estadísticamente significativas de la distribución normal. Únicamente la puntuación global del cuestionario de Pfeiffer mostró un comportamiento compatible con la normalidad ($p = ,073$). Debido al reducido tamaño muestral y a la falta de normalidad en algunas de las variables analizadas, se decidió emplear pruebas no paramétricas para los análisis inferenciales. Los resultados se muestran en la *Tabla 6*.

Tabla 6

Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables cuantitativas

del estudio

Variable	Estadístico <i>W</i>	<i>p</i>	Resultado del supuesto
Edad	,906	,012	Incumple normalidad
Deterioro cognitivo (Pfeiffer)	,936	,073	Cumple normalidad
Ansiedad (Goldberg)	,858	< ,001	Incumple normalidad
Depresión (Goldberg)	,781	< ,001	Incumple normalidad

Nota. $N = 30$. Un valor p inferior a ,05 indica que la variable se desvía significativamente de la distribución normal, rechazando la hipótesis nula de normalidad.

6.4. Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología emocional

Con el objetivo de analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la sintomatología emocional, se realizaron análisis de correlación de Spearman entre las variables estudiadas, atendiendo al incumplimiento previo del supuesto de normalidad.

Los resultados mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión ($r^2 = ,558$; $p = ,001$), indicando que los participantes con mayores niveles de sintomatología ansiosa tendían a presentar también mayores niveles de sintomatología depresiva.

Cabe destacar que no se observaron relaciones estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo evaluado mediante el cuestionario de Pfeiffer y la ansiedad ($r^2 = -,102$; $p = ,592$), ni entre el deterioro cognitivo y la depresión ($r^2 = -,091$; $p = ,632$).

Los resultados de las correlaciones entre las variables clínicas se presentan en la Tabla 6.

Tabla 7

Correlaciones de Spearman entre variables clínicas

Variables	n	r^2	p
Pfeiffer-Ansiedad	30	-,102	,592
Pfeiffer-Depresión	30	-,091	,632
Ansiedad-Depresión	30	,558	,001

6.5. Diferencias según género

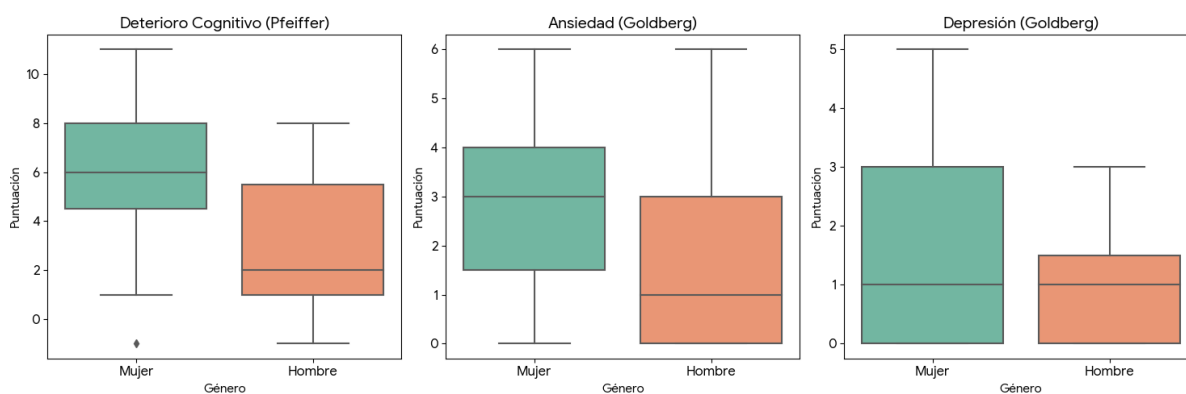
Con el objetivo de analizar las posibles diferencias entre hombres y mujeres en las variables clínicas estudiadas, se realizaron análisis comparativos en función del género. Debido al tamaño reducido de la muestra y al incumplimiento de la normalidad en ciertas variables, se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable ansiedad según el género ($U = 84$; $p = ,234$). En relación con la depresión, la prueba arrojó unos resultados de ($U = 99,5$; $p = ,584$), lo que indica que tampoco existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva en esta muestra concreta.

Por otro lado, el deterioro cognitivo evaluado mediante el cuestionario de Pfeiffer tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 69$; $p = ,072$). De este modo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento cognitivo en función del sexo, no existiendo evidencia empírica suficiente para sostener una disparidad entre hombres y mujeres en la muestra evaluada.

Con el fin de complementar la interpretación de los resultados, se incorporaron gráficos de caja y bigotes que permiten visualizar las diferencias entre hombres y mujeres en las variables analizadas, facilitando la observación de la dispersión de puntuaciones y de los niveles más elevados o reducidos en cada constructo estudiado.

Figura 2. Gráfico de diferencia de variables según género



7. Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión en una muestra de personas mayores institucionalizadas, así como explorar posibles diferencias en función del género. Aunque los resultados aportan información relevante sobre la situación cognitiva y emocional de esta población, cabe acotar que su interpretación debe realizarse con cautela, tomando en cuenta como limitación principal el reducido tamaño de la muestra ($N = 30$). Esta circunstancia puede afectar tanto a la potencia estadística de los análisis como a la posibilidad de extrapolar los resultados a poblaciones más amplias. Por ello, los hallazgos obtenidos deben interpretarse con cautela teniendo en cuenta el carácter exploratorio de la muestra analizada.

Al evaluar el estado cognitivo de los participantes, los datos revelan que el 60% de la muestra presentaba algún grado de deterioro cognitivo, distribuyéndose entre leve (10%), moderado (30%) y severo (20%). Estos hallazgos son consistentes con la literatura científica, que advierte de una elevada prevalencia de declive cognitivo en centros residenciales debido a la interacción del propio envejecimiento con patologías crónicas y la dependencia funcional (Livingston et al., 2020; Angamarca Coello et al., 2020). Queda claro, tal y como se planteaba en el marco teórico, que esta es una realidad frecuente y uno de los mayores desafíos asistenciales en este contexto.

Por su parte, el análisis de la sintomatología emocional mostró que un 20% de los residentes presentaba indicadores compatibles con ansiedad y un 13,3% con depresión. Aunque estos resultados confirman la presencia de alteraciones emocionales en una parte de la muestra, los porcentajes fueron inferiores a los descritos en algunas investigaciones previas realizadas en población institucionalizada. Por ejemplo, Seitz et al. (2010) hablaban de cifras cercanas al 25% de depresión en entornos geriátricos. Esta variación puede deberse al tamaño de la muestra o a la presencia de dinámicas protectoras específicas y un buen ajuste al centro en la Residencia Nuestra Señora de la Consolación.

Al abordar el núcleo central de la investigación, se observa que no existen relaciones estadísticamente significativas entre el grado de deterioro cognitivo y los síntomas afectivos.

Sin embargo, autores como Nazar et al. (2020) o John et al. (2019) afirman que la pérdida progresiva de capacidades cognitivas se puede asociar a mayores niveles de ansiedad y depresión (es preciso señalar que sus estudios se llevaron a cabo en poblaciones con mayor variabilidad clínica o contextos comunitarios distintos al nuestro).

En nuestro estudio, la ausencia de resultados significativos podría explicarse, en parte, por el reducido tamaño muestral ($N = 30$). Además, los instrumentos de cribado empleados pueden presentar limitaciones para detectar manifestaciones clínicas más sutiles en población institucionalizada. En consecuencia, futuras investigaciones con muestras de mayor tamaño podrían contribuir a esclarecer estas relaciones.

Por otro lado, se confirmó una relación positiva y estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión. Para este análisis, se utilizaron las puntuaciones directas (continuas) de las subescalas de Goldberg, lo que permitió una evaluación de mayor sensibilidad analítica que el criterio dicotómico. Este hallazgo coincide con la evidencia previa que señala una elevada comorbilidad entre ambas alteraciones en la vejez (Wolitzky-Taylor et al., 2010; Rojas et al., 2018), evidenciando así la importancia de valorar conjuntamente ambas dimensiones emocionales, ya que tienden a coexistir y pueden influirse mutuamente.

Finalmente, al analizar la variable de género, observamos que, si bien las mujeres obtuvieron puntuaciones medias ligeramente superiores, el contraste mediante pruebas no paramétricas indicó que dichas diferencias no alcanzaron la significación estadística. Aunque estudios previos, como los de Matud et al. (2022) o Jalali et al. (2024), sugieren una mayor vulnerabilidad emocional femenina en población general, nuestros resultados muestran un perfil de afectación más homogéneo entre hombres y mujeres institucionalizados.

Esta falta de disparidad podría interpretarse bajo la hipótesis del “efecto nivelador” de la institucionalización. En consonancia con la evidencia que analiza cómo el entorno residencial impacta de manera global en el bienestar y calidad de vida de los mayores (Medeiros et al., 2020), la exposición a rutinas, normas institucionales y restricciones propias del entorno residencial, podrían atenuar el impacto de los factores socioculturales que habitualmente contribuyen a las diferencias en la salud mental por género. En este sentido, estandarizar los roles y las actividades cotidianas puede favorecer a una experiencia más

homogénea entre los residentes, reduciendo las diferencias en el malestar emocional observadas en la comunidad. No obstante, al tratarse de una hipótesis explicativa que no ha sido directamente contrastada en este estudio, esta interpretación debe considerarse con cautela, siendo necesaria la realización de investigaciones longitudinales que profundicen en el papel del entorno residencial como mediador del bienestar y del malestar emocional.

7.1. Limitaciones

La principal limitación que debe tenerse en cuenta al interpretar estos datos es el reducido tamaño muestral ($N = 30$), que puede haber limitado la potencia estadística de los análisis, aumentando la probabilidad de cometer un error de tipo II, es decir, la posibilidad de no detectar diferencias o asociaciones entre variables que, en una muestra más amplia si podrían resultar significativas. Asimismo, la procedencia de la muestra de un único centro residencial limita la generalización de los resultados a otros contextos institucionales con características organizativas o asistenciales distintas.

A este factor se suma el diseño transversal de la investigación, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Al haberse recogido los datos en un único momento temporal, no es posible determinar la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo ni establecer la dirección exacta de la influencia entre deterioro cognitivo y las alteraciones afectivas.

Por otra parte, implementar registros clínicos previamente existentes conlleva una limitación potencial: la posible variabilidad en la recogida de datos originales, ya que, aunque no se detectaron incidencias mayores en nuestro caso, el uso de fuentes no generadas bajo un estricto protocolo de investigación implica un riesgo de heterogeneidad en la evaluación. Cabe señalar la carencia de control sobre variables sociodemográficas relevantes, como el nivel educativo de los participantes, factor determinante que influye de manera directa en el rendimiento cognitivo y que no pudo ser ajustado en la corrección del test de Pfeiffer.

Por último, el empleo de instrumentos de cribado como el SPMSQ y la EADG resultan de gran utilidad investigativa, pero no sustituyen a una evaluación clínica diagnóstica completa. Esto puede afectar a la precisión clínica de las clasificaciones realizadas respecto a

la presencia real de trastornos de ansiedad, depresión o demencia. Todo este conjunto de limitaciones hace que los resultados deban interpretarse con cautela, considerándose una aproximación exploratoria al contexto específico de este centro.

7.2. Prospectiva

A partir de los resultados expuestos, se plantea la necesidad de desarrollar nuevas vías de estudio que permitan un abordaje más exhaustivo de las necesidades psicológicas y clínicas de las personas mayores en contextos residenciales.

Sería conveniente replicar este diseño con muestras más amplias y abarcando varios centros residenciales, con el fin de comprobar si los resultados obtenidos se mantienen o cambian al aumentar el volumen de datos. En esta misma línea, resultaría de interés incorporar variables sociodemográficas y psicosociales que pueden influir en la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología emocional, tales como el nivel educativo, el tiempo de institucionalización, el grado de dependencia funcional o el apoyo social percibido.

Asimismo, sería recomendable desarrollar estudios longitudinales que permitan observar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo y analizar con mayor precisión la dirección de su relación. Este tipo de diseño aportaría una visión más completa del fenómeno y facilitaría la identificación de factores de riesgo y de protección en la salud mental de las personas mayores institucionalizadas.

Por otra parte, sería pertinente profundizar en el papel del género y en la interacción entre ansiedad, depresión y deterioro cognitivo. El objetivo sería determinar si la homogeneidad y la ausencia de diferencias entre hombres y mujeres observadas en este estudio responden a que la institucionalización actúa verdaderamente como un factor igualador, o si existen variables biológicas, psicológicas o sociales enmascaradas. En este sentido, se debería contrastar empíricamente la hipótesis en futuras investigaciones de la institucionalización como factor igualador, analizando así de manera específica la influencia del entorno residencial sobre la salud mental de hombres y mujeres mayores.

Finalmente, desde una perspectiva aplicada a la Psicología General Sanitaria, la altísima comorbilidad hallada entre la ansiedad y la depresión exige dar el paso de la evaluación a la intervención clínica. Por ello, futuros trabajos deberían centrarse en el diseño,

Keyla S. Cañas-Calderon & Maria Bueno Garcia-Boente
Relación entre deterioro cognitivo, género y niveles
de ansiedad y depresión en personas mayores institucionalizadas
implementación y medición de eficacia de programas de estimulación y apoyo emocional no
farmacológico, adaptados a la dinámica del entorno residencial, con el fin de proporcionar
respuestas terapéuticas reales que protejan el bienestar psicológico de esta población.

Referencias bibliográficas

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., y Pérez Díaz, J. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020: Indicadores estadísticos básicos*. Informes Envejecimiento en Red.
- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 16–22.
- Álvarez, M. (2025). Envejecimiento: Perspectiva neuropsicológica del deterioro cognitivo. *Persona*, 8(15). <https://revistas.ucalp.edu.ar/index.php/persona/article/view/428>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.) American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2020). *Cognition*. In *APA dictionary of psychology*. <https://dictionary.apa.org/cognition>
- Angamarca Coello, D. E., Domínguez Villizhañay, J. D., González Ortega, Á., y Muñoz Palomeque, D. G. (2020). Eficacia del Mini-Mental y Pfeiffer (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. *Vive Revista de Salud*, 3(9), 149–157.
- Atchison, K. S., Hoang, P. M., Merrih, D., Chang, C., Watt, J. A., Hofmeister, M., y Goodarzi, Z. (2025). Treatments for depression for older adults living in long-term care: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(6), Artículo 105435. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105435>
- Babulal, G. M., Ghoshal, N., Head, D., Vernon, E. K., Holtzman, D. M., Benzinger, T. L. S., Fagan, A. M., Morris, J. C., y Roe, C. M. (2016). Mood changes in cognitively normal older adults are linked to Alzheimer's disease biomarker levels. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1095–1104. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.04.004>
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107–112.

- Bennett, S., y Thomas, A. J. (2023). Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? A review of the relationship between mood and cognitive decline in older adults. *International Review of Psychiatry*, 35(1–2), 1–15. <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2165842>
- Cummings, J., Tong, G., y Ballard, C. (2019). Treatment combinations for Alzheimer's disease: Current and future pharmacotherapy options. *Journal of Alzheimer's Disease*, 67(3), 779–794. <https://doi.org/10.3233/JAD-180766>
- Duarte-Díaz, A., Álvarez-Pérez, Y., Ramos-García, V., Perestelo-Pérez, L., Aymerich, M., Robles, N., y Carrión, C. (2025). Effects of emotion-oriented interventions on cognitive, behavioral, and psychological symptoms in people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 25, Artículo 1070. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06804-w>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas*, 1, 27–38.
- Flores, R., y Casas, J. (2025). *Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en 10 centros geriátricos privados en Lima, Perú* [Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Ricardo Palma]
- García-Alberca, J. M., Lara Muñoz, J. P., y Berthier Torres, M. L. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 212–222.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., y Freire, O. (2012). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8–19. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Girgus, J. S., Yang, K., y Ferri, C. V. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics*, 2(4), Artículo 35. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897–899.

<https://www.bmj.com/content/bmj/297/6653/897.full.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Estadísticas sobre envejecimiento en España*.

<https://www.ine.es/> (Nota: añade la URL específica de la sección si la tienes a mano).

Jalali, A., Ziapour, A., Karimi, Z., Rezaei, M., Emami, B., y Khosravi, F. (2024). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24, Artículo 809.

<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05311-8>

Jang, Y. J., Chang, J. H., Moon, D. U., y Jeon, H. J. (2026). Cognitive impairment, dementia and depression in older adults. *Journal of Clinical Medicine*, 15(3), Artículo 1198.

<https://doi.org/10.3390/jcm15031198>

John, A., Patel, U., Rusted, J., Richards, M., y Gaysina, D. (2019). Affective problems and decline in cognitive state in older adults: A systematic review and meta-analysis.

Psychological Medicine, 49(3), 353–365.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718001137>

Lee, R. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167–190.

Li, H., Xu, M., Yin, W., Zhuge, X., Dong, P., Shi, Y., Li, Z., Zhang, X., Wang, J., y Chen, Z. (2025).

The relationship between cognitive impairment and quality of life in rural older adults with chronic diseases: Parallel mediating effects of depressive symptoms and frailty.

BMC Geriatrics, 25, Artículo 747. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06446-y>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ...

Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., y Baró, E. (2000). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la ansiedad y la depresión. *Medicina Clínica*, 114(13), 490–494.

Matud, M. P., Bethencourt, J. M., y Ibáñez, I. (2022). Gender differences in psychological distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), Artículo 682. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020682>

Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., y Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20, Artículo 44. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>

Naciones Unidas. (2019). *World population ageing 2019: Highlights*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/>

Naciones Unidas. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. <https://www.un.org/development/desa/pd/>

Nazar, G., Ulloa, N., Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva, A. M., Petermann, F., Díaz Martínez, X., Lanuza, F., Concha, Y., Cigarroa, I., Troncoso, C., Mardones, L., Villagrán, M., y Celis-Morales, C. (2020). Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 148(7), 947–955. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000700947>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2023). *Health at a glance 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

- Panza, F., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Frisardi, V., Lorusso, M., Santamato, A., Seripa, D., Pilotto, A., Scafato, E., Capurso, A., y Solfrizzi, V. (2010). Depressive symptoms, mild cognitive impairment, and dementia: The Italian Longitudinal Study on Aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(5), 429–440. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c7de7a>
- Peters, R. (2006). Ageing and the brain. *Postgraduate Medical Journal*, 82(964), 84–88. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2005.036665>
- Petersen, R. C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227–2234. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp0910237>
- Rojas, D., Pozo, E., y Montemuiño, M. (2018). Escalas de ansiedad y depresión en la atención primaria. *Revista Psicología y Salud*, 25(2), 55–65. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100009&script=sci_arttext
- Salk, R. H., Hyde, J. S., y Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Sánchez-Izquierdo, M., y Fernández-Ballesteros, R. (2021). Cognition in healthy aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), Artículo 962. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030962>
- Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., y Konjevoda, S. (2021). Self-esteem, anxiety, and depression in older people in nursing homes. *Healthcare*, 9(8), Artículo 1035. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081035>
- Seitz, D., Purandare, N., y Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1025–1039. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000608>
- Sialino, L. D., van Oostrom, S. H., Wijnhoven, H. A. H., Picavet, H. S. J., Verschuren, W. M. M., Visser, M., y Schaap, L. A. (2021). Sex differences in mental health among older

adults: Investigating time trends and possible risk groups with regard to age, educational level and ethnicity. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2355–2364.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1847248>

Sperling, R. (2011). The potential of functional MRI as a biomarker in early Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 32, S37–S43.

Sun, C., Ding, Y., Cui, Y., Zhu, S., Li, X., Chen, S., Zhou, R., y Yu, Y. (2021). The adaptation of older adults' transition to residential care facilities and cultural factors: A meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 21(64).
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01987-w>

Sun, H., Chen, P., Bai, W., Zhang, Q., Sha, S., Su, Z., Cheung, T., Ungvari, G. S., Jackson, T., Feng, Y., y Xiang, Y. T. (2024). Depressive symptoms and cognitive function in older adults: A cross-lagged network analysis. *Depression and Anxiety*, 2024, 1–10.
<https://doi.org/10.1155/2024/6166775>

Tian, X., Hu, N., Lu, L., Tan, L., y Li, P. (2024). Gender differences in major depressive disorder at different ages. *BMC Psychiatry*, 24, Artículo 575.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06021-6>

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., y Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>

Yan, J., Liu, Y., Zhang, Y., Wang, Z., Li, M., y Chen, X. (2024). Trajectory of depression occurrence before, during, and after dementia diagnosis: A population-based study. *Translational Psychiatry*, 16, Artículo 124.
<https://doi.org/10.1038/s41398-026-03817-w>

Yin, J., John, A., y Cadar, D. (2024). Bidirectional associations of depressive symptoms and cognitive function over time. *JAMA Network Open*, 7(6), Artículo e2416305.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16305>

Zhang, D., Wang, P., Yang, Y., Ma, R., Min, M., Zhang, L., Zhang, Y., Zhang, S., y Zhang, Y.

(2023). Factors associated with adaptation level in the older adult residential care facilities: A path analysis. *Journal of Public Health Research*, 12, Artículo 22799036231196144. <https://doi.org/10.1177/22799036231196144>

Anexos

Anexo 1. Cribado de Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

Anexo 2. Cribado de cuestionario de PFEIFFER (SPMSQ)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2.	¿Qué día de la semana?
3.	¿En qué lugar estamos? (2)
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5.	¿Cuántos años tiene?
6.	¿Dónde nació?
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10.	Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Anexo 3. Autorización del centro

