

Caracterización del estado mental de migrantes venezolanos en condición de desplazamiento  
forzado.

Autores

Fontalvo Correa, Tatiana y Mendívil Díaz, Andrea



Universidad de la Costa, CUC

Departamento de Ciencias Sociales

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Barranquilla

2022

Caracterización del Estado Mental de una muestra de población migrante venezolana en  
condición de desplazamiento forzado.

Autores

Fontalvo Correa, Tatiana y Mendívil Diaz, Andrea

Tutor

MsC. María Fernanda Porto Torres

Co-tutor

PhD. Norman López Velásquez



Universidad de la Costa, CUC

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Barranquilla

2022

### Resumen

El presente trabajo de grado tuvo como propósito caracterizar el Estado Mental de una muestra de población venezolana en condición de desplazamiento forzado que reside en el barrio Villa Caracas, en la ciudad de Barranquilla, Colombia. **Método:** paradigma empírico analítico, con un alcance descriptivo, con diseño no experimental, de corte transversal, junto a un muestreo no probabilístico-incidental. La población y muestra estuvo conformada por 102 sujetos inmigrantes venezolanos. Para la recolección de información se aplicó 4 instrumentos: Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO), Escala de ansiedad generalizada (GAD-7), Cuestionario para Depresión (PHQ-9) y Clasificación clínica de demencia (CDR). **Resultados:** Se determinó que la población se destaca por ser añosa, con bajo nivel educativo, ausencia de ingreso monetario, bajo nivel académico y altos niveles de desempleo, además de presentar ansiedad y depresión moderada, junto a un déficit cognitivo y ausencia de demencia.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo, desplazamiento y migración forzados, estado mental, rendimiento cognitivo, migrantes venezolanos.

### **Abstract**

The purpose of this degree work was to characterize the mental status of a sample of the Venezuelan population in a condition of forced displacement that resides in the Villa Caracas neighborhood, in the city of Barranquilla, Colombia. **Method:** For this, a quantitative research of an empirical analytical paradigm was carried out, with a descriptive scope, with a non-experimental, cross-sectional design, together with a non-probabilistic-incident documentary. The population and sample consisted of 102 Venezuelan immigrant subjects. For the collection of information, 4 instruments were applied: Memory, Fluency and Orientation (MEFO), Generalized Anxiety Scale (GAD-7), Depression Questionnaire (PHQ-9) and Clinical Classification of Dementia (CDR). **Results:** It was determined that the population stands out for being elderly, with a low educational level, lack of monetary income, low academic level and high levels of unemployment, in addition to presenting moderate anxiety and depression, together with a cognitive deficit and absence of dementia.

**Key words:** Cognitive impairment, forced displacement, mental state, cognitive performance, Venezuelan migrants.

**Contenido**

Lista de tablas y figuras .....	7
Introducción .....	8
Planteamiento del problema.....	9
Justificación .....	13
Objetivos.....	16
Objetivo general .....	16
Objetivos específicos.....	16
Marco teórico .....	17
Antecedentes legales .....	17
Migración forzada .....	19
Desplazamiento forzado.....	21
Envejecimiento cognitivo normal .....	21
Deterioro cognitivo .....	22
Conceptualización .....	22
Sintomatología de DCL.....	24
Prevalencia de deterioro cognitivo. ....	26
Criterios diagnósticos basado en los manuales diagnósticos.....	27
Clasificación del deterioro cognitivo.....	29
Etiología del deterioro cognitivo .....	30
Fisiopatología. ....	31
Alteraciones cognitivas en condición vulnerabilidad sociodemográfica .....	33

Evaluaciones neuropsicológicas en contextos vulnerables .....	35
Evaluación neuropsicológica a través de pruebas de screening o tamizaje. ....	37
Prueba de Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO).....	38
Metodología .....	42
Paradigma.....	42
Tipo y alcance de investigación .....	42
Diseño.....	42
Temporalidad: .....	42
Población y muestra .....	43
Criterios de inclusión y exclusión .....	43
Criterios de inclusión.....	43
Criterios de exclusión .....	43
Instrumentos .....	44
Procedimiento.....	45
Análisis de resultados.....	47
Discusión.....	62
Conclusión .....	66
Referencias.....	67

**Lista de tablas y figuras****Tablas**

Tabla 1. Estadísticos descriptivos CDR .....	52
Tabla 2. Estadísticos descriptivos MEFO .....	53
Tabla 3. Estadísticos descriptivos PHQ-9 .....	54
Tabla 4. Estadísticos descriptivos GAD-7 .....	54

**Figuras**

Figura 1. Superposición entre envejecimiento normal, DCL y enfermedad de Alzheimer...	23
Figura 2. Cantidad de publicaciones sobre deterioro cognitivo 1999-2020 .....	25
Figura 3. Distribución de sexo .....	47
Figura 4. Distribución de edad agrupada .....	48
Figura 5. Distribución del nivel de educación .....	49

## Introducción

El presente trabajo de grado alcanzó el objetivo de caracterizar el Estado Mental de una población venezolana de adultos y adultos mayores en el barrio Villa Caracas en condición de desplazamiento forzado. Puesto que, desde la óptica de salud mental, el desplazamiento forzado es un fenómeno que deteriora las condiciones de vida de las personas involucradas en tal situación, por lo que es necesario evaluar y analizar la injerencia que ha producido el desplazamiento forzado en el Estado Mental. Durante la investigación, se abordó el marco teórico que incluye antecedentes legales acerca del desplazamiento forzado, así como información relevante del deterioro cognitivo y toda la información que subyacen estas variables.

Sin embargo, cabe resaltar que existen muy pocos estudios que abarcan el análisis del impacto del desplazamiento forzado en el Estado Mental de adultos mayores (Ríos, 2020). Para ello, en el método se describen los paradigmas de este trabajo y los instrumentos de aplicación de evaluación cognitiva como el MEFO, CDR, PHQ9 y GAD7. Finalmente, Se describen los resultados con los aspectos descriptivos planteados en los objetivos. Así mismo, se describen la relación entre nuestros resultados y la teoría actualizada en la discusión.

### **Planteamiento del problema**

El desplazamiento en Venezuela es un fenómeno que se ha caracterizado por la crisis económica, política y social que ha provocado desplazamiento forzoso de la población venezolana a diferentes países alrededor del mundo, con el anhelo de encontrar un lugar con nuevas oportunidades laborales que les otorgue una posibilidad de subsistir y que les permita disfrutar de una vida digna. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019), Colombia se ha destacado por ser uno de los principales países con mayor población migrante, con una cifra de 1.4 millones de inmigrantes venezolanos, lo cual ha desencadenado un problema social latente que ha generado consecuencias negativas en el capital humano migrante, quienes se enfrentan diariamente a situaciones de vulnerabilidad social y económica que derivan a grandes impactos, afectando así a la salud mental de los individuos, familias y comunidades venezolanas.

Una persona que se encuentre involucrada en una situación de desplazamiento es alguien que ha sido forzado a abandonar su hogar y sus actividades cotidianas debido a que su vida, seguridad o libertad se han visto afectadas o amenazadas, previo a la exposición a: confrontaciones entre grupos armados, amenazas, abusos y violaciones a los derechos humanos como el reclutamiento de menores, violencia sexual, minas, extorsión, homicidio y/u hostigamiento (Ministerio de Defensa Nacional, p. 1). El proceso de migración forzosa de venezolanos a Colombia ha pasado de ser un estacionamiento temporal en el país elegido y se ha convertido en un desplazamiento prolongado, debido al continuo desafío que enfrenta su país de origen a nivel social, económico y político que también se ve afectado por la escasez de estrategias que ayuden a la solución de la migración de sus habitantes. Este desplazamiento prolongado que los individuos se ven obligados a vivir, acompañado de adversidades, están ligados a impactos perjudiciales que suscitan en la salud física y mental de los mismos (Siriwardhana y Stewart, 2013).

Desde la perspectiva de salud mental, el desplazamiento forzado es un fenómeno que deteriora las condiciones de vida de las personas involucradas en tal situación (Alejo, 2005), por ello sus vidas tienden a verse afectadas posteriormente en diversas dimensiones como las familiares, individuales, comunitarias, el ámbito social y la cultura, dado que la migración es considerada como un evento estresante, que pone a prueba la capacidad de resiliencia, requiriendo apoyo social, separarse de sus seres queridos, adaptarse a una nueva vida, país y costumbres. La salud mental se ve ampliamente influenciada en términos de factores previos y posteriores a la migración. Incluso, según British Medical Journal (BMJ, 2018) los migrantes forzados experimentan un “duelo cultural del exilio” en donde pierden estructuras sociales, valores culturales, rituales comunitarios y relaciones personales.

Las personas que por diversas razones huyen de sus hogares de una manera forzosa tienen más probabilidades de haber experimentado un trauma antes de migrar, a diferencia de aquellas que lo hacen voluntariamente (Zimmerman, 2011). Estas personas, en contraposición de quienes migran en busca de mejores oportunidades educativas o laborales, probablemente tengan un índice de estrés más elevado (Carroll, Luzes, Feline y Bird, 2020). Cuando estos sujetos carecen de ciertos recursos y se enfrentan a las dificultades asociadas al desplazamiento forzado, las problemáticas en la salud mental se hacen más evidentes. Según Londoño, Sicachá y González (2011) esto implica que el individuo obtenga respuestas que pueden llegar a ser adaptativas o no adaptativas, de hecho, en la literatura se ha descrito que una de las condiciones prevalentes en la población víctima es el estrés asociado a psicopatología, afirmando el postulado de la revista BMJ (2018) en donde se afirma que dichos sujetos “corren el riesgo de sufrir varias enfermedades físicas y mentales” (p.2). Incluso a nivel cognitivo se encuentran diversos cambios morfológicos en el cerebro, específicamente en el área del hipocampo y amígdala, que pueden impactar sobre el desempeño de funciones neurocognitivas, como lo son el lenguaje, la autorregulación, el

procesamiento socioemocional y las funciones ejecutivas en general (Staff, Murray, Ahearn, Mustafa, Fox y Whalley, 2012).

Actualmente la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas ha establecido recursos para la atención, asistencia y reparación integral que legalmente cobijan a toda la población víctima (Ríos, 2020) pero directamente estos recursos son preferenciales en población colombiana víctima del desplazamiento interno, por lo que la población migrante venezolana radicada en el país no cuenta con los mismos beneficios.

En el contexto actual, aún se vive dentro de la pandemia generada por la COVID-19 que fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) a raíz de los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como también por los altos niveles de inacción. Dado a las secuelas que ha traído consigo el confinamiento y el distanciamiento social que se está llevando a cabo debido al estado de alerta sanitaria implementada por el gobierno, se ha visto una afectación de forma directa en las personas víctimas del desplazamiento forzado y en condición de pobreza puesto que, en su mayoría, a estas personas se les ha incrementado el difícil acceso a la salud médica y mental debido a que actualmente tales procesos de salud se rigen por medio de tele consulta en consecuencia al confinamiento (Marra, Hamlet, Bauer y Bowers, 2020) y además, por su bajo ingreso económico y estatus migratorio irregular (Fernández-Niño, Luna-Orozco, Navarro-Lechuga, Flórez-García, Acosta-Reyes, Solano, Bravo y Goenaga, 2018).

Ríos (2020) en su escrito plantea distintas investigaciones que han caracterizado como el fenómeno de migración o desplazamiento forzado, en diferentes etapas del desarrollo, genera dificultades de comportamiento y aprendizaje de niños, niñas y adolescentes. No obstante, toma relevancia destacar que aún no existe la suficiente literatura científica que relacione el fenómeno de desplazamiento forzado de capital humano venezolano con el

deterioro cognitivo en adultos y adultos mayores, en su mayoría las investigaciones existentes van ligadas por un lado a las consecuencias de la migración en la salud mental en el marco de la depresión, ansiedad y estrés postraumático o se arraigan a las consecuencias inherentes al conflicto armado en Colombia. Es importante hacer mención que, en el envejecimiento natural propio del ciclo de vida humano, existen variables externas que influyen en el envejecimiento y cognición, tales como las experiencias a nivel social que vivencian los seres humanos (García, Balmaseda, Cruz, Manzanero y Álvarez, 2020), lo cual añade relevancia al objetivo de estudio de esta investigación.

Las personas con quienes se trabajará en el presente trabajo de grado son adultos y adultos mayores que han estado desde años atrás en un constante desplazamiento forzado por diversos factores gubernamentales y políticos, quienes no han contado con el apoyo para ser evaluados y lograr conocer desde temprana edad como se encuentra su perfil cognitivo. Por ello el reconocer el impacto que tiene el desplazamiento forzoso en el nivel cognitivo de esta población, contribuiría en la detección temprana de algunas patologías asociadas al deterioro cognitivo en la adultez y vejez, teniendo presente que comúnmente el deterioro cognitivo se convierte en un estado de transición de la cognición normal a la demencia (Manly, Tang, Schupf, Stern, Vonsattel, Mayeux, 2008).

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación se plantea ¿Cuál es el perfil cognitivo de una población venezolana en condición de desplazamiento forzado?

### **Justificación**

El presente trabajo de grado considera pertinente realizar esta investigación debido a la necesidad de evaluar y analizar la injerencia que ha producido el desplazamiento forzado en el Estado Mental de una población adulto-mayor migrante venezolana radicada en el sector de Villa Caracas, un asentamiento reconocido en el suroccidente de Barranquilla por tener una alta concentración de población víctima del desplazamiento forzado, siendo este uno de los más grandes en la ciudad, teniendo en cuenta que la mayoría de esta población no cuenta con acceso a servicios de salud, por su bajo ingreso y estatus migratorio irregular (Fernández-Niño et al., 2018). Según Migración Colombia (2020) más de un millón setecientos setenta y un mil ciudadanos venezolanos estarían radicados en Colombia, en donde el 58% se encuentra en permanencia irregular.

Teniendo presente lo anterior, es fundamental conocer el perfil cognitivo actual de la población migrante venezolana puesto que permitirá identificar si existen indicadores que apunten a la presencia de deterioro cognitivo leve (DCL) o pérdida de las funciones cognitivas que superen el estado cognoscitivo esperado dentro de su etapa evolutiva. De ser así, se podrá indagar como se entrelaza el desplazamiento forzado con el proceso inherente del DCL, como lo es el tener la obligación de emigrar a un nuevo país viviendo en condiciones de pobreza e impedimentos que obstruyen el acceso a una educación y salud de calidad. A su vez, es significativo tener presente lo mencionado por González, Buonanotte y Cáceres (2015) quienes establecen que existe una porción considerable de soporte investigativo que posiciona el DCL con altos índices de conversión a la demencia, lo cual revela una necesidad de conceptualizar este síndrome en función de localidades en condición de vulnerabilidad, para que pueda llevarse a cabo estrategias de diseño y ejecución de intervenciones tempranas en poblaciones con alta probabilidad de padecer enfermedades degenerativas. De la misma manera, se considera los pocos estudios que abarcan el análisis

del impacto que genera el desplazamiento forzado en el Estado Mental de adultos mayores (Ríos, 2020).

Es importante plantear el impacto económico y los costos directos que genera el deterioro cognitivo para las entidades sanitarias gubernamentales. Si bien, el proceso de análisis de los costos de la demencia y el deterioro cognitivo se ven influenciado por sus grados de evolución y por las entidades de financiación implicadas, para Cantarero (2017) aun así es necesario considerar los costes directos (visitas sanitarias, medidas de hospitalización, atención primaria, etc.) y los costes indirectos, que están relacionados con la baja productividad de los sujetos con deterioro cognitivo, afectando su vida laboral debido a los limitantes de esta enfermedad neurodegenerativa. En razón de lo anterior, es conveniente detectar a tiempo los signos y síntomas que impliquen pérdida de las funciones cognitivas para así a futuro influenciar en la disminución de los costos que invierten las entidades sanitarias en abordar el deterioro cognitivo en términos de hospitalización, medicación y cuidados profesionales con el fin de alcanzar una planificación óptima de los recursos sanitarios a disponibilidad (Cantarero, 2017).

En el marco de la salud mental y el contexto de la pandemia derivada por la COVID-19, han surgido grandes desafíos para alcanzar una evaluación y rehabilitación psicológica satisfactoria de manera remota. A partir de esta necesidad ha surgido la idea de la telemedicina o tele rehabilitación, la cual se ha vuelto esencial para posibilitar el acceso a la atención médica durante esta pandemia (Marra et al., 2020). Los servicios de telesalud, diagnóstico e intervención dan luz que se encuentran bien establecidos para identificar el deterioro cognitivo relacionado con la edad y la demencia, especialmente en comunidades rurales y desatendidas (Marra et al., 2020), por esto se destaca la relevancia de seleccionar instrumentos de evaluación neuropsicológica acorde a la variable sociodemográfica en

cuestión, con el fin de no sobreestimar los resultados que se obtengan; los cuales se describen a continuación.

Teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos, culturales, educativos, el contexto de la pandemia surgida a causa del COVID-19 y la telemedicina, se hace pertinente implementar los instrumentos de evaluación cognitiva como el MEFO y CDR considerando en primera medida su brevedad, facilidad de uso e interpretación por parte del evaluador, y su aceptabilidad por el paciente convirtiéndolo en los test más empleados y recomendados para la identificación de deterioro cognitivo (Freire, 2017). Por su parte, el Test MEFO, es un instrumento breve, sensible y eficaz para la detección de deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia (Delgado-Derío, 2013) y el teste de clasificación clínica de la demencia (CDR), determina el grado de afectación funcional cognitiva para lograr determinar la gravedad del deterioro cognitivo (Sagrario et al., 2018).

Para determinar el estado anímico y emotivo de los sujetos, se eligieron pruebas que cumplen con criterios que se ajustan a la población y dado a la contingencia por la pandemia, tales como, la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), que es un instrumento de 7 ítems que se utiliza para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada (Camargo et al., 2021). Y por último, el Cuestionario para depresión (PHQ-9) el cual resultó ser una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas de depresión (Cassiani et al., 2014).

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Caracterizar el estado mental de migrantes venezolanos en condición de desplazamiento forzado.

### **Objetivos específicos**

- Describir las variables sociodemográficas de una muestra de población venezolana en el barrio Villa Caracas en condición de desplazamiento forzado.
- Identificar el Estado Mental de una muestra de población venezolana en el barrio Villa Caracas en condición de desplazamiento forzado.
- Establecer el estado mental de una muestra de población venezolana en el barrio Villa Caracas en condición de desplazamiento forzado.

## **Marco teórico**

### **Antecedentes legales**

La sentencia T-956/13 de la Corte Constitucional tiene como tema garantizar el derecho al debido proceso de los migrantes en el cual se resalta que:

Desde el derecho internacional de los derechos humanos existe un consenso acerca que los migrantes son sujetos de especial protección para los Estados, en virtud de las condiciones de indefensión en que usualmente se encuentran, derivadas, entre otros factores, de su desconocimiento de las prácticas jurídicas locales y del idioma en que se realizan esas prácticas, así como la ausencia de lazos familiares y comunitarios en el país al que arriban (p. 4).

En la sentencia T-956/13 se expone que, a nivel internacional, todos los migrantes indocumentados o en situación irregular son un grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad, debido a que “no viven en sus estados de origen y deben afrontar barreras de idioma, costumbres y culturas, así como las dificultades económicas, sociales y los obstáculos para regresar a su país de origen” (p. 4).

Conforme al documento CONPES 3603 de 2009 de Política Integral Migratoria, se integra los lineamientos, estrategias y acciones de intervención dirigidas a los colombianos que viven en el exterior como también a los extranjeros que residen en el país. El documento está enfocado en dar un tratamiento integral a cada una de las dimensiones de desarrollo de esta población y también mejorar la efectividad de los instrumentos utilizados para la implementación de estrategias y programas referentes a la población migrante. A su vez, la Ley 1873 del 2017 en el artículo 140 estipula que “El Gobierno nacional en atención a la emergencia social que se viene presentando en la frontera con Venezuela, diseñará una

política integral de atención humanitaria y asignará los recursos en la vigencia fiscal a través de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres” (p. 154).

En el artículo 51 de la constitución se establece el derecho de todas las personas a una vivienda digna y la obligación del Estado de fijar las condiciones adecuadas para que este derecho se cumpla, por medio de planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo, programa de vivienda, etc. Teniendo en cuenta que la vivienda es un derecho económico, social y cultural, se espera que el Estado establezca medidas como destinar recursos y elaborar políticas públicas que faciliten el acceso a toda la población que se encuentre en el territorio colombiano. Actualmente, en el caso de migrantes en Colombia no existen mecanismos efectivos que regulen el acceso a la vivienda, sin embargo, se han establecido medidas de carácter humanitario que permiten a los migrantes acceder a servicios básicos como alimentación, atención médica o refugio.

De la misma manera, en la ley 1122 del 2007 se indica que los entes territoriales, aunque no les corresponde prestar directamente los servicios asistenciales, entre los que se encuentra la atención de urgencias, sí es su función gestionar el trámite de los servicios correspondientes a través de la red de salud; siendo el servicio de urgencia la atención mínima a la que tiene derecho cualquier persona, sin discriminación de ninguna índole y sin el lleno de requisito previo; la omisión de ello puede hacer incurrir a las entidades en conducta vulneradora de derechos y merecedora de sanciones.

En el marco de la salud pública, la circular No. 000025 de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social, reconociendo la situación de migración masiva de población venezolana al territorio colombiano, imparte la instrucción a los agentes del sistema de salud que se promueva y apoye junto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS, procesos de desarrollo de

capacidades y sensibilización del recurso humano en salud relacionado a la condición de población migrante y sus derechos, de manera prioritaria en la salud mental, derechos sexuales y reproductivos, atención a gestantes, niños, niñas y adolescentes, alteración de patologías crónicas, entre otros.

### **Migración forzada**

En el siglo XX, a causa de la primera y segunda guerra mundial, las personas comenzaron a emigrar a otros destinos en busca de un mejor lugar donde vivir. A raíz de esto, a muchos países de América, llegaron ciudadanos alemanes en migración masiva buscando refugio (Castillo, Acevedo y Manosalva 2019). Casi todos los estados de esta región abrieron las puertas de sus territorios a los migrantes, incluido Colombia, pero de un momento a otro el país decidió emitir un decreto que ordenaba cerrar las puertas de entrada a los migrantes alemanes que huían de la guerra (Castillo et al., 2019). Según las cifras, Colombia recibió en ese tiempo alrededor de 6.000 judíos alemanes, a lo que posterior y por causa de la xenofobia y otros factores, se prohibió nuevamente el ingreso de extranjeros migrantes al país.

De acuerdo a López (2020) la migración forzada es descrita como el movimiento o desplazamiento de personas, familias, grupos y localidades con destino a otros lugares con el objetivo de protegerse, refugiarse y vivir. Además, este término se explica como la categoría general para incluir todos los desplazamientos forzados y ciertos tipos migración socioeconómica que también han de ser forzosos. De hecho, una de las características preponderantes de este movimiento es que suelen afectar en primera medida a los sectores vulnerables, pobres y excluidos que poseen las bases suficientes que les permitan garantizar la supervivencia de una vida digna (Márquez y Delgado, 2011). Es significativo hacer distinción en el término de desplazamiento forzado, tomando a consideración lo definido por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (2016) quienes plantean que:

Desplazamiento y migración forzados: “Salida forzada de una persona de su hogar o su país debido, por ejemplo, a un riesgo de persecución o de otra forma de daño grave o irreparable. Tales riesgos pueden generarse por conflictos armados, graves perturbaciones del orden público, desastres naturales, o debido a que el Estado no puede o no quiere proteger los derechos humanos de sus ciudadanos” (p. 279).

Dado a la amplitud de causantes que pueden suscitar a la migración forzosa se enlista una serie de categorías que pueden ser aplicadas en todo el mundo. Gómez, Astaiza y Minayo (2008) proponen que la migración forzada es generada por la imposición de variables del medio, por lo que existen migrantes desplazados por catástrofes o cambios ambientales; desplazados por criminalidad y narcotráfico; desplazados por exclusión social o pobreza y por último la migración forzada por conflictos sociopolíticos y culturales que es el foco principal del presente trabajo de grado. En este tipo de migración las desigualdades sociales, las fricciones intergrupales y las controversias políticas impulsan a la conflictividad social que empuja a familias, grupos y sectores sociales a abandonar sus lugares de origen.

El movimiento de migración forzada por décadas se ha experimentado en diversos países alrededor del mundo, se ha venido viviendo nuevamente en los últimos años en Colombia, siendo los protagonistas la población migrante venezolana que por la crisis política y socioeconómica que ha surgido por parte del gobierno actual del presidente Nicolas Maduro, miles de venezolanos se han visto obligados a emigrar al país vecino, muchos de ellos sin la base económica para subsistir en un país diferente, en la constante búsqueda del sustento alimenticio y medicinas a través de medios inimaginables como lo es convertirse en vendedores ambulantes e incluso quienes optan a delinquir (Castillo et al., 2019).

### **Desplazamiento forzado**

El desplazamiento forzado es uno de los problemas sociales más graves del país. Acorde a la Ley 387 de 1997, un sujeto desplazado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia y sus actividades económicas habituales debido a que su vida, su integridad física, su seguridad o sus libertades individuales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: (a) conflicto armado interno, (b) disturbios y tensiones, (c) violencia generalizada, (d) violaciones masivas a los derechos humanos, (e) infracciones del derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

En general, las personas víctimas del desplazamiento forzado tienden a migrar y concentrarse en los países vecinos a aquel del cual se encuentran saliendo, esto es explicado desde un punto de vista de afinidad histórica, cultural, idioma entre otras variables (Avendaño-Cruz, 2019). De manera más localizada, Barranquilla es una de las principales ciudades receptoras de población afectada por el desplazamiento forzado. Según Ramos-Vidal (2018), esta población se encuentra mayormente en zonas de estrato socioeconómico 1 y 2, implicando un proceso de ajuste en el que la persona desplazada debe ubicarse “en zonas de bajos recursos que habitualmente se sitúan en la periferia de las ciudades” (p. 306).

### **Envejecimiento cognitivo normal**

El envejecimiento es una fase natural del ciclo vital del ser humano que es entendida como un proceso adaptativo y paulatino de carácter bio-psico-social, siendo el resultado de modificaciones programadas de la genética (Mendoza, 2013 como se citó en Villa, Navarro y Villaseñor, 2017) Sin embargo, para García, Balmaseda, Cruz, Manzanero y Álvarez (2020) existen otros factores además de la genética que influyen en el envejecimiento e incluso en la

cognición, tal es el caso de la epigenética, estilo de vida y actividades de entrenamiento físico, sensorial, cognitivo y social; por ello se infiere en suma que no existe un envejecimiento idéntico en todos los seres humanos, convirtiéndose un elemento mayormente relativo.

En el proceso de envejecimiento el cerebro sufre de diferentes modificaciones, a nivel científico se sostiene gran bagaje teórico acerca de la existencia de una reducción del volumen cerebral de ciertas estructuras, cambios en la sustancia blanca, adelgazamiento de la corteza cerebral y reducción de la producción de dopamina (Villa, Navarro y Villaseñor, 2017). Lo anterior, conlleva a un cambio cognitivo y funcional en determinadas capacidades cognitivas (directamente proporcional a la edad), como por ejemplo la memoria, la relación visoespacial y la velocidad de procesamiento de la información. No obstante, las habilidades verbales parecen preservarse mejor (Calatayud, Plo y Muro, 2020). Se debe agregar que aun así se manifiesten tales detrimentos en las habilidades cognitivas, lo que caracteriza que lo planteado se trata de un envejecimiento normal es la capacidad del ser humano de mantener y cumplir con actividades diarias rutinarias de manera completamente funcional (Vargas, 2019).

### **Deterioro cognitivo**

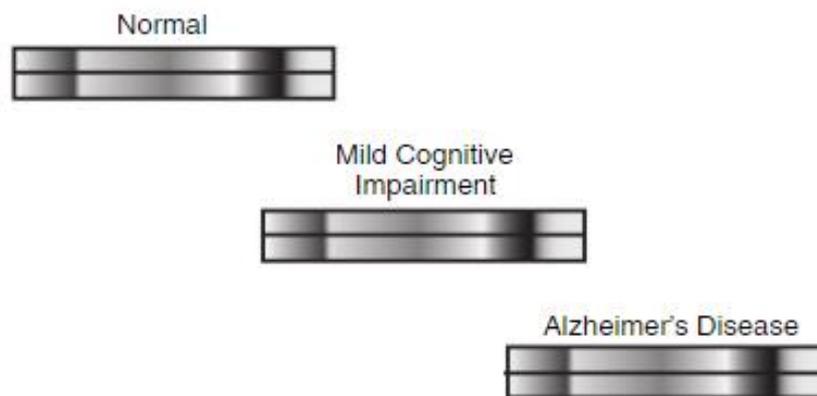
#### **Conceptualización**

Ante el desconocimiento e interrogante que existía en los años 65 acerca de cómo se podía identificar a personas que presentaran altos riesgos de padecer una demencia futura o una enfermedad de alzhéimer, surge el término de “deterioro cognitivo” como respuesta. Los autores Tuokko y Zarit (2003) definen al deterioro cognitivo como un constructo que brinda una descripción que va más allá de un envejecimiento cognitivo normal del ser humano, pero que no llega a cumplir con los criterios diagnósticos necesarios para encajar en algún tipo de demencia. Mientras que en la actualidad aun es considerado como un concepto mal

delimitado (Pérez, 2005), el deterioro cognitivo presenta una disminución en el rendimiento de diversas funciones o capacidades mentales y cognitivas tal como memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial (Del Ser y Peña, 1994 como se citó en Pérez, 2005).

Figura 1.

*Superposición entre envejecimiento normal, DCL y enfermedad de Alzheimer.*



*Nota:* Continuo cognitivo que muestra la superposición en el límite entre el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Petersen, 2004. Tomado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

Aunque exista un compromiso en las funciones cognitivas, dicha afectación no implica alteraciones significativas en las actividades diarias de cada individuo. A partir de lo anterior, Gutiérrez y Guzmán (2017), concretaron que no todos los deterioros cognitivos específicamente daban luz a un desencadenamiento en demencia o una enfermedad alzhéimer, por tal razón, Petersen y Morris (2003) propusieron cinco criterios básicos de diagnóstico alternativos, para una mejor identificación del deterioro cognitivo leve.

Durante el envejecimiento, es normal que las capacidades de retención de información (memoria) y otras funciones cognitivas disminuyan de manera significativa. Sin embargo, se encuentran casos de individuos que presentan alteraciones mayores en la orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual e incluso cambios conductuales; esto se denomina como “Deterioro cognitivo leve” (Barrera, Donolo, y Rinaudo, 2010) este término es considerado como una de las entidades clínicas que más interés ha tenido en el ámbito de la neurociencia cognitiva, basado en sus destacadas cifras y la significativa evolución que este padecimiento conlleva finalmente hacia la demencia (Meléndez-Moral, Sanz-Álvarez y Navarro-Pardo, 2012).

El DCL presenta factores de riesgo igual que las demencias, tales como la edad, el sexo, nivel educativo, trastornos depresivos y la carga genética (Campbell, Unverzagt, laMantia, Khan, y Boustani, 2013 citado en Cancino y Rehbein, 2016). Sin embargo, aunque la edad este catalogada como un factor de riesgo, no significa que deba considerarse como un proceso normal asociado a la misma, ya que este estado es una condición patológica. Esto se evidencia al momento en que el deterioro cognitivo leve evoluciona a una demencia, con una tasa anual superior al 10% de la población (Baquero, Blasco, Campos-García, Garcés, Fages,

### **Sintomatología de DCL**

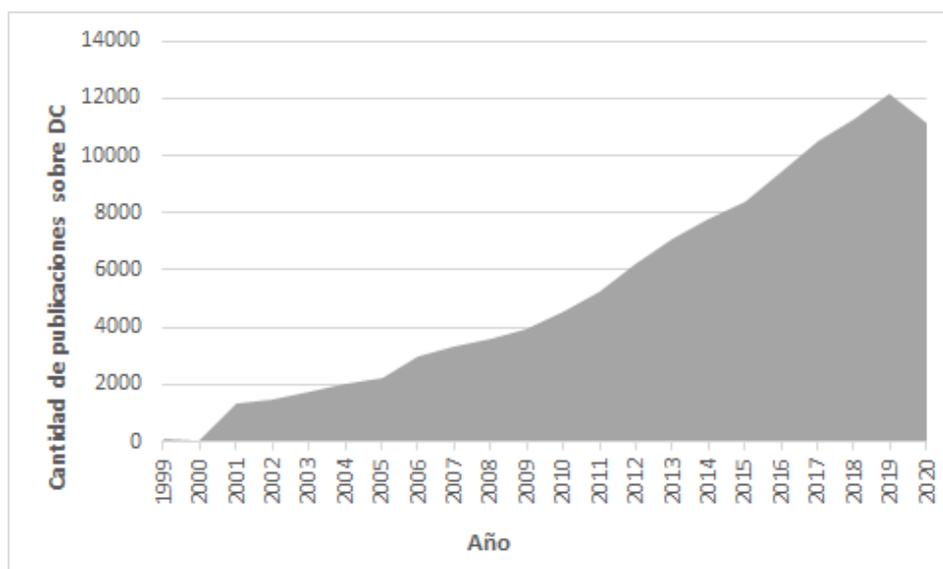
En relación a la sintomatología del deterioro cognitivo, Petersen y Morris (2003) proponen los siguientes criterios a tener presente: 1. El paciente indica quejas de memoria, siendo esas confirmadas por un informante; 2. Deterioro objetivo de la memoria, estipulada como 1,5 veces la desviación estándar en relación al grupo normativo por edad y nivel de escolaridad; 3. Normal funcionamiento cognitivo global; 4. Conservación en las actividades de vida diaria y 5. No cumplir de los criterios diagnósticos tipificados para demencia en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5.

Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira y Gattaz (2013) refieren que un sujeto con síntomas compatibles con el deterioro cognitivo “eventualmente podría avanzar hacia el desarrollo de algún tipo de demencia, permanecer estable, e incluso, con la intervención adecuada, podría retomar su funcionamiento cognitivo normal” (p.184).

Ante la nueva conceptualización del deterioro cognitivo, surge por parte de los investigadores un creciente cuestionamiento e interés acerca del funcionamiento de este constructo. Según la consulta realizada en PUBMED (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) el 19 de diciembre del 2020. Se identificó un crecimiento de la literatura científica sobre deterioro cognitivo (Ver figura 2), donde se observa que para el año 2002 hubo alrededor de 1500 publicaciones, seguidamente, en el 2014 hubo un crecimiento significativo puesto que hubo una cantidad de 7.800 artículos publicados. Finalmente, para el año actual 2020 se estima que la suma de publicaciones relacionadas con este término se encuentra en 11.100 aproximadamente.

Figura 2.

*Cantidad de publicaciones sobre deterioro cognitivo 1999-2020*



*Nota:* Número de publicaciones con el término “cognitive impairment” en el título desde el año 1999 hasta la fecha 2020 en la base de datos PubMed. (Autores, 2021).

Se considera que el aumento en la investigación acerca del deterioro cognitivo se debe a los avances en epidemiología, neuroimágenes y biomarcadores, además la concepción del diagnóstico precoz influyó en este crecimiento (Geda y Nedelska, 2012, como se citó en González, Buonanotte y Cáceres 2015).

### **Prevalencia de deterioro cognitivo.**

En cuanto a la prevalencia del deterioro cognitivo, se estima que el DCL va incrementando con la edad, siendo un 10% en población de 70 a 79 años y 25% en quienes tienen 80 a 89 años (Bennett, Wilson, Schneider, Evans, Beckett, Aggarwal & Bach, 2002 como se citó en Custodio, Herrera, Liro, Montesinos, Linares y Bendezú, 2012). Las formas más comunes de deterioro cognitivo son de tipo Alzheimer (EA) que comprenden entre 50-75 %; las de tipo vascular, entre 20-30 %; por cuerpos de Lewy, 5 % y las de tipo frontotemporal, entre 5-10 % (World Alzheimer Report, 2014) Asimismo, los dominios que más se ven afectados en el DCL son el aprendizaje, memoria y cognición social (Luck et al., 2017, citado en Casado, 2019).

De acuerdo a la OMS (2020) se estima que la población con este tipo de demencias alcanzará una cifra 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050, de lo cual se presume que estará involucrado por el hecho de que, en los países con escasos ingresos, el número de sujetos con demencia tenderá a incrementar con el transcurrir de los años.

A nivel internacional, en España se realizó un estudio donde se estableció que la prevalencia estimada del DCL es de 15-20% de las personas mayores de 60 años, sin embargo, para las edades mayores de 85 el porcentaje incrementa al 45,3% con diferencias por nivel de escolaridad y tipo de convivencia (Vega et al., 2018).

En Colombia, específicamente en Medellín, se encontró una prevalencia global de deterioro cognitivo amnésico (DCL-amn) del 9,7% (82/848) en personas mayores a 50 años, de hecho, dentro de ese porcentaje se halló una prevalencia significativamente menor en el grupo de sujetos que contaban con más de doce años de escolaridad (Henao-Arboleda, Aguirre-Acevedo, Muñoz, Pinea y Lopera, 2008) lo cual corrobora una vez más que el nivel sociocultural y la escolaridad son variables que tienen probabilidad de influir en el deterioro cognitivo (Mías, Sassi, Masih, Querejeta y Krawchik, 2007).

### **Criterios diagnósticos basado en los manuales diagnósticos.**

Al momento de elaborar un diagnóstico de un trastorno mental se hace necesario tomar como guía e implementar el uso de manuales diagnósticos tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM 5. En estos manuales se tipifican los criterios que deben ser tenidos en cuenta a la hora de identificar los diferentes trastornos mentales.

Según el CIE-10, el deterioro cognitivo es tipificado como *Trastorno cognoscitivo leve* (F.06.7) y se define como:

Trastorno caracterizado por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves. Se encuentra frecuentemente un marcado sentimiento de fatiga mental para acometer el trabajo intelectual, y la adquisición de aprendizajes es percibida como subjetivamente difícil aun cuando objetivamente se tenga éxito. Ninguno de estos síntomas es tan grave como para hacer el diagnóstico de demencia (F00–F03) o delirio (F05). (p. 302)

Es importante tener presente la aclaración propuesta por la CIE-10 donde se establece que el trastorno cognoscitivo leve puede “anteceder, acompañar o presentarse después de una

amplia variedad de infecciones y trastornos físicos, tanto cerebrales como sistémicos, pero la evidencia de afectación cerebral no está necesariamente presente” (p. 302)

Por su parte, el DSM 5 propone cambiar la terminología de “deterioro cognitivo” el cual pasará a ser denominado como *trastorno neurocognitivo menor 331.83 (G31.84)*, que, de acuerdo al cumplimiento de otros criterios plasmados en el manual diagnóstico, puede llegar a ser o convertirse en un *trastorno neurocognitivo mayor*. A continuación, se presentará los criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo menor descritos en el DSM 5.

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado en el sujeto, contrastado con el nivel previo de rendimiento en uno o varios dominios cognitivos tales como: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social basada en:

1. Preocupación de un informante o del sujeto propio que se manifiesta por un declive significativo en una función cognitiva.
2. Deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferiblemente respaldado por un test neuropsicológico estandarizado o por una evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no deben interferir en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas del sujeto (p. ej., logra realizar las actividades complejas de la vida diaria, pero requiere hacer un esfuerzo, o recurrir a estrategias de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no son sustentados mejor por otro trastorno mental.

A su vez, se debe especificar si los criterios diagnósticos están siendo cumplidos debido a: enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos

de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamento, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, afección médica, etiologías múltiples y no especificado.

### **Clasificación del deterioro cognitivo.**

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se clasifica en distintos subgrupos en razón del número y tipo de dominios cognitivos afectados a nivel neuropsicológico. Según Meléndez, Sanz y Navarro (2012) existen los siguientes subtipos:

- **DCL amnésico de dominio único (DCL-a)** es caracterizado por un déficit aislado de la memoria que no cumple en totalidad con los criterios designados para demencia, implica la existencia de quejas de alteración de la memoria, usualmente el sujeto tiene buen rendimiento en pruebas de funcionamiento cognitivo general y no se observan otras alteraciones cognitivas (Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad y Rosich, 2005). Este subtipo da indicios de ser el más frecuente, por lo tanto, tendría una etiología degenerativa, convirtiéndose en una etapa prodrómica de la EA (Petersen, 2003).
- **DCL multidominio (DCL-mult)** implica un déficit leve en más de un dominio cognitivo además de la memoria como, por ejemplo: funciones ejecutivas, lenguaje, capacidad visuoespacial, velocidad psicomotora y atención, pero su grado de alteración es leve y por ende no llega a convertirse en diagnóstico de demencia. En este subtipo el sujeto también tiene buen rendimiento en pruebas de funcionamiento cognitivo general (Mulet et al., 2005). Por ejemplo, puede darse el caso de una alteración específica del lenguaje que logre evolucionar a una afasia progresiva primaria (Mulet et al., 2005).

Cada patrón neuropsicológico permite la subclasificación en subtipos del DCL, ayudando a si a una mejor predicción del riesgo existente de una posible a demencia (Migliacci, Schakowsky y Gonorazky, 2009). Sin embargo, los pacientes con DCL tienen un riesgo incrementado de desarrollar EA (Petersen, 2007 como se citó en Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares y Bendezú, 2012).

### **Etiología del deterioro cognitivo**

Se encuentran una serie de dominios cognitivos que se pueden ver afectados en mayor o menor intensidad por lo que es preciso realizar una exploración física y neuropsicológica en los pacientes para descartar otras causas aparte del deterioro (Arriola, Carnero, Freire, López Mongil, López Trigo, Manzano, Olazarán, 2017).

La conceptualización de la memoria se puede ver dividida en episódica y semántica, el deterioro cognitivo leve generalmente presenta una afectación en la memoria episódica. Esta clase de afectación se refleja en las estructuras temporales mediales (Hipocampo y córtex entorrinal), mientras que la memoria semántica que nos ayuda a asociar las palabras, conceptos símbolos y hechos suele permanecer intacta en un DCL. Se debe tener en cuenta que los cambios en la composición funcional molecular como un bajo nivel de líquido cefalorraquídeo y elevados de proteína tau en áreas que cumplen un papel importante en las funciones cognitivas y en el comportamiento emocional, como la región temporal mesial junto con las estructuras prefrontales preceden a un deterioro cognitivo leve DCL (Russo, Cohen, Campos, Martin, Clarens, Sabe, Barcelo, Allegri, 2017).

El deterioro cognitivo es un estado previo a la demencia, por ello se plantea que sus causales son los mismos, para lo anterior, Vargas (2019) sugiere hacer una conceptualización de las causas del deterioro cognitivo de manera segmentada, es decir, hacer un abordaje dicotómico; tal subdivisión radica en que por un lado el DCL puede categorizarse en una etiología de

patologías neurodegenerativas tales como enfermedad de alzhéimer (EA), demencia frontotemporal (DFT), demencia con cuerpos de Lewy, atrofia de múltiples sistemas, desórdenes del movimiento no asociados a parkinsonismo (Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Wilson) entre otros.

Por otro lado, se encuentran las patologías no neurodegenerativas conocidas como aquellas de origen metabólico (ej. hipotiroidismo, uremia, malnutrición), enfermedad autoinmune (ej. encefalitis límbica), enfermedad psiquiátrica (ej. trastorno afectivo bipolar, depresión), entre otras (Vargas, 2019).

Hay autores exponen acerca de un deterioro cognitivo vascular (DCV) en un ámbito cerebro vascular (patología de gran vaso, de pequeño vaso, infarto estratégico, hereditario, angiopatía amiloide, hipoperfusión e infarto hemorrágico) (García-Casares, 2019).

### **Fisiopatología.**

Los marcadores biológicos o también nombrados biomarcadores son aquellas variables bioquímicas, fisiológicas y/o anatómicas medibles que permiten lograr especificar cuáles son las características de una enfermedad en particular (Jack et al., 2010 citado en Cancino y Rehbein, 2016). Por ello, en la actualidad se ha convertido en una herramienta fundamental para analizar el funcionamiento cognitivo del ser humano (Valls-Pedret, Molinuevo y Rami, 2010).

En el deterioro cognitivo leve existen diversos biomarcadores que tienen la probabilidad de predecir un posible desarrollo a una demencia, los cuales pueden clasificarse a través de un esquema binario (sistema A/T/N) planteado por el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de la Asociación de Alzheimer (NIA-AA) (Giau, Bagyinszky & An, 2019). En el sistema propuesto, la clase "A" corresponde al biomarcador beta amiloide ( $A\beta$ ), la clase "T" al marcador Tau y la clase "N" se relaciona con la neurodegeneración; ayudando así a una mejor

comprensión de los mecanismos subyacentes en la progresión del DCL en la enfermedad de Alzheimer (EA) (Ekman, Ferreira y Westman, 2018). De hecho, Giau et al. (2019) afirman que: “Una combinación de diferentes marcadores de enfermedad conocidos (tales como amiloide disminuido, niveles elevados de Tau o relación Tau / amiloide elevado) en el LCR puede tener una utilidad clínica potencial como biomarcadores de la enfermedad” (p.41).

Estos biomarcadores mencionados de líquido cefalorraquídeo (LCR) tales como A $\beta$ 1-42, Tau y pTau, pueden ser convenientes para identificar personas con DCL en riesgo de desarrollar EA (Chandra, Valkimadi, Pagano, Cousins, Dervenoulas & Politis, 2019). Así mismo, Cancino y Rehbein (2016) afirman que el péptido  $\beta$ -amiloide es el principal marcador de neurodegeneración cerebral y fisiológicamente la producción defectuosa o excesiva de A $\beta$  puede traer como consecuencia procesos de reacciones inflamatorias localizadas y a su vez producir cambios a nivel neuronal como resultado de la fosforilación de la proteína TAU que a futuro podría causar disfunción y muerte neuronal. Incluso, los niveles de A $\beta$  son considerados como un mal predictor de la gravedad del deterioro cognitivo (Giannakopoulos et al., 2003 citado en Chandra et al., 2019).

De acuerdo a uno de los postulados de Forlenza et al. (2013) para detectar el deterioro cognitivo leve se puede hacer uso de técnicas poco invasivas (neuroimagen) tales como resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones (PET), de manera que la evidencia investigativa de la resonancia magnética estructural y funcional propone que el DCL y EA puede identificarse en redes cerebrales específicas (Yin, Li, Zhao & Feng, 2013) y por ello, la importancia de su implementación radica en que a través de los hallazgos obtenidos se logrará analizar los cambios estructurales y la pérdida de volumen en áreas específicas del cerebro como el hipocampo y una disminución del grosor de la corteza cerebral (Forlenza et al., 2013), incluso, se ha de conocer que, en el DCL y EA, áreas del

cerebro como el hipocampo y la corteza entorrinal, podrían llegar a ser las primeras regiones afectadas por atrofia (Giau et al., 2019).

Los marcadores cognitivos que posibilitan la discriminación del envejecimiento normal, el DCL y EA fueron propuestos por Rodríguez, Juncos-Rabadán y Facal (2008) quienes refieren que los marcadores cognitivos específicos son orientación, lenguaje, memoria, pensamiento abstracto y función ejecutiva, en razón de una disminución significativa en alguna de las áreas cognitivas mencionadas, confirmando así la ubicación de sujetos con DCL en los subtipos propuestos por Petersen.

### **Alteraciones cognitivas en condición vulnerabilidad sociodemográfica**

Múltiples ciudades y localidades colombianas alrededor de los años se han visto rodeadas de condiciones de vulnerabilidad sociodemográfica tales como la pobreza, desnutrición, baja educación, etc. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la pobreza extrema en Colombia subió al 14,3% en 2020, desde el 10,9% registrado en 2019, tales indicadores demuestran el agravio en incremento de algunas de las variables vulnerables socio demográficamente. Las cifras expuestas dan luz a un camino investigativo que surge en aras de resolver dudas acerca de las alteraciones cognitivas que pueden desarrollarse en personas que viven en condiciones de vulnerabilidad sociodemográfica, según Felberg, Stefani, Tartaglini, Hermida, García, Somale y Allegri (2020) existe evidencia científica que señala que existen diversos factores psicosociales que sin duda pueden llegar a propiciar un declive en ciertas funciones cognitivas.

Por otro lado, con el fin de establecer una relación entre el bajo nivel educativo y el riesgo de padecer un DCL, se plantea que en un estudio científico se comprobó que, a mayor edad y menor nivel académico, existe un riesgo elevado de contraer síntomas de carácter amnésico,

así como también en otros dominios cognitivos (Barrera, Donolo y Rinaudo, 2010) y se podrían reaccionar una baja reserva cognitiva dado a los bajos niveles educativos.

Se hace relevante mencionar que existen vacíos en la literatura científica en cuanto a la investigación de las alteraciones cognitivas en sujetos adultos mayores en condición de vulnerabilidad sociodemográfica, pues la mayoría las investigaciones se han enfocado en las consecuencias de la migración en la salud mental en el marco de la depresión, ansiedad y estrés postraumático o se arraigan a las consecuencias inherentes al conflicto armado en Colombia (Rios, 2020).

### **Alteraciones emocionales en condición vulnerabilidad sociodemográfica**

#### **Depresión.**

En relación con el posible impacto de los efectos psicosociales que genera la migración forzada, se encuentran reacciones físicas y psicológicas que conllevan al deterioro de la calidad de vida de dicha población. Lo cual genera, cuadros clínicos en reacción al estrés agudo que tienden a presentar, uno de los cuadros más frecuentes es la depresión.

La depresión es una enfermedad médica crónica caracterizada por la presencia de estados de ánimo bajos, falta de energía, insomnio, tristeza e incapacidad para disfrutar la vida, está afecta la salud mental y salud física de quienes lo padezcan. Este concepto engloba la presencia de síntomas afectivos y cognitivos (Cui, 2015). Según la Organización mundial de la salud unos 350 millones de personas padecen de depresión. Generando un problema de salud pública por la discapacidad que esta produce, además que el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se calcula que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo.

Se han implicado diversos factores que se encuentran asociados a la depresión, tales como, factores biológicos, psicológicos, socioculturales, familiares, económicos, ambientales e

incluso el estilo de vida que cada individuo decida tener. Conocer los factores asociados a esta patología en la población migrante, genera un campo de conocimiento más amplio al momento de estudiar su Estado Mental. (Moles et al., 2019).

### **Ansiedad**

La situación de migración forzada puede provocar altos niveles de acontecimientos estresantes en la población, en su mayoría, se encuentran asociados a las dificultades socioeconómicas y a las limitaciones para responder a las necesidades básicas de la familia e hijos, lo que, a su vez puede desembocar la presencia de trastornos emocionales y trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos con más prevalencia, estos tienden a tener un curso crónico con síntomas que fluctúan en severidad entre periodos de recaída y remisión. Sentimientos como preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias interfieren con las actividades diarias ya que son difíciles de controlar, generalmente son desproporcionadas en comparación con el peligro real (Chacón et al., 2019).

La OMS revela que los trastornos de ansiedad (TA) son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante. Los TA son condiciones frecuentes, que generan complicaciones del desarrollo psicosocial y psicopatológico de los individuos que se encuentran asociados a factores temperamentales, sociales y ambientales.

### **Evaluaciones neuropsicológicas en contextos vulnerables**

La evaluación neuropsicológica ha contribuido en detección temprana de trastornos cognoscitivos e incluso poder identificar sujetos con alto riesgo de progresión enfermedades neurodegenerativas, todo con el objetivo último de diseñar planes estratégicos de intervención temprana que enlentezca el progreso (Klekociuk, Summers, Vickers y Summers,

2014 citado en González, Buonanotte y Cáceres, 2015). En el marco del deterioro cognitivo leve, la evaluación neuropsicológica constituye una herramienta que permite examinar las funciones cognitivas por medio de valoraciones globales (González, Buonanotte y Cáceres (2015), que justamente va a permitir plasmar una distinción en la persona entre el DCL y la demencia, y a su vez identificar los diferentes subtipos de DCL, seguido a ello, la evaluación neuropsicológica facilita el seguimiento de los pacientes mostrando detalladamente como se encuentran las funciones cognitivas del paciente.

Ahora bien, son múltiples los factores que impactan los contextos de vulnerabilidad de las comunidades, familias y personas, en su mayoría son personas de origen étnico o racial, condiciones socioeconómicas bajas, preferencias sexuales, población envejecida, sujetos con discapacidades, tradiciones religiosas, enfermedades crónicas y la situación migratoria (Ordoñez, 2018). De hecho, según los autores Paddick, Gray, McGuire, Richardson, Dotchin y Walker (2017) en los países con dificultades en cuanto a recursos y con conflictos que conllevan a cambios de población como la migración, existe una gran afectación en la población mayor y precisamente es en estos países donde se encuentran las mayores tasas de analfabetismo y bajo nivel educativo.

Es preciso abordar el analfabetismo y el bajo nivel educativo como situación de vulnerabilidad debido a elementos que se encuentran mayormente presente en contextos migratorios o de desplazamiento forzado y se encuentran asociados con un mayor riesgo de deterioro cognitivo leve y demencia (Arce, Vonk, Felix, Avila, Zahodne, Frazer, Martinez, Dalchand, Shouel & Manly, 2019). Por lo cual, es importante la evaluación neuropsicológica en contextos de vulnerabilidad con el fin de identificar la comprensión de las pruebas para evitar sesgar la identificación y falsos positivos de deterioro cognitivo leve y demencia (Sánchez, 2019).

**Evaluación neuropsicológica a través de pruebas de screening o tamizaje.**

En el marco de cumplir con el objetivo principal del presente trabajo de grado el cual es caracterizar el Estado Mental de una población en condición de desplazamiento forzado, se ha optado por hacer uso de tests cognitivos breves para realizar el cribado cognitivo teniendo en cuenta que no se pretende elaborar un diagnóstico en los participantes (Sáez, 2009). A su vez, se ha elegido implementar pruebas de screening breves ya que reúnen características esenciales en función a la temática principal del presente escrito dado que son rápidas, fáciles de administrar, suelen ser aceptadas y toleradas positivamente por los pacientes, son sencillas de puntuar y uno de los aspectos más relevantes que la hicieron ideal es que son independientes del lenguaje, cultura o nivel educativo, incluso son aplicables a población analfabeta (Olazarán, Hoyos, Del Ser, Garrido, Conde, Bermejo, López, Pérez, Villarejo, Cacho, Navarro, Oliveros, 2016). De hecho, a nivel metodológico, los test cognitivos breves también cuentan con características esenciales que las hacen idóneas al elaborar cribados cognitivos, tales test cumplen con una buena consistencia interna, alta fiabilidad inter-evaluador e intra-evaluador, buena validez concurrente, validez predictiva, de criterio y disponen de normas comparativas (Villarejo y Puertas-Martín, 2011).

Las pruebas cognitivas breves son consideradas como los instrumentos de detección más apropiados para el deterioro cognitivo en el entorno clínico en comparación a las que las pruebas largas (Russo, Iturry, Sraka, Bartoloni, Carnero y Allegri, 2014). En suma y a partir de todo lo expuesto, se ha de escoger la prueba de Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO) consistente en la evaluación de habilidades cognitivas para poder diferenciar entre personas con demencia y DC (Delgado-Derío, 2013). La Clasificación Clínica de la Demencia CDR, es una escala de cinco puntos, dividida en seis ejes (memoria, orientación, juicio y solución de problemas, trabajo en la comunidad, rendimientos en casa y en aficiones y cuidado personal) (Hughes et al., 1982).

Luego se encuentra la escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7, esta prueba fue diseñada para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad (Spitzer, Kroenke, Williams y Lowe, 2006). También se cuenta con el Cuestionario para Depresión PHQ-9 el cual evalúa la presencia de alteraciones del estado de ánimo, basado en los criterios del DSM-IV (Lowe, Kroenke, Herzog, Grafe, 2004). Estos instrumentos son recomendados principalmente para la detección del deterioro cognitivo en atención primaria (Carnero-Pardo, Rego-García, Mené, Ródenas y Vílchez, 2019).

### **Prueba para evaluación del Estado Mental.**

Existen diversas pruebas para la evaluación del Estado Mental, tales como el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) el cual es una prueba de tamizaje que consiste en la valoración de las disfunciones cognitivas en adultos mayores, este instrumento examina habilidades como: Atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuoconstructivas, calculo y orientación (Loureiro, et al, 2018). También se encuentra el test Mini-Mental (MMSE) siendo este una prueba de cribado cognitivo para evaluar la sospecha de síntomas acordes a deterioro cognitivo o demencia, sin embargo, este test se encuentra altamente influenciado por la escolaridad y la edad de las personas, por lo que se requiere una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva (Beaman, et al, 2004).

Luego se encuentra la prueba de Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO) es conocida por su objetivo de cribaje de demencias y del deterioro cognitivo. El test MEFO es oportuno de aplicarse en la presente investigación debido a que no influye el grado de escolaridad del participante, además de su breve aplicación (Guerra y Valdés, 2020).

Se clasifica en los niveles de: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo, en un corto lapso de tiempo >5 minutos, sus ítems permiten evaluar funciones

como recuerdo libre diferido, fluidez verbal con la letra “P” y la orientación témporo-espacial (Delgado-Derío, 2013). Estadísticamente, el MEFO posee un punto de corte (PC) = 7/8 (recomendada para estudios poblacionales) junto a una alta sensibilidad de 86% y especificidad de 96% (Delgado-Derío, 2013).

La Clasificación Clínica de la Demencia (CDR) es uno de los sistemas más utilizados en las investigaciones de demencia. Consiste en evaluar seis áreas: la memoria, la orientación, el juicio, la habilidad de resolver problemas, los eventos de la comunidad, el hogar y pasatiempos/aficiones y el cuidado personal (Reisberg B et al, 1982).

La presente escala se puntúa de cero a tres, siendo CDR-0 la ausencia de demencia. CDR-0.5 demencia cuestionable, ya que los problemas en la memoria son consistentes pero ligeros, los individuos presentan algunas dificultades en resolver problemas. CDR-1 demencia leve, sin embargo, acá la pérdida de memoria es moderada, específicamente con los eventos recientes (memoria a corto plazo) lo cual genera malestar en las actividades diarias. CDR-2 demencia moderada, en este apartado la pérdida de memoria es más profunda, el sujeto solo retiene información bien aprendida, presenta desorientación en tiempo y lugar y tiene carencia de buen juicio. CDR-3 demencia severa, la pérdida de memoria es grave, al sujeto se le dificulta orientarse en tiempo y lugar, no posee habilidades de juicio ni resuelve problema, requiere ayuda (Reisberg B et al, 1982).

Si bien los cuestionarios breves permiten evaluar la confiabilidad del Estado Mental, se vuelve importante utilizar criterios internacionales como la Clasificación Clínica de la Demencia (CDR) ya que esta es una escala cognitiva que permite evaluar diversas áreas cognitivas con el fin de identificar demencia en un sujeto. Los autores Canavelli et al (2020) a través de su investigación aplicaron la escala CDR, entre otras pruebas neuropsicológicas, con el fin de evaluar deterioro cognitivo leve y/o demencia en población migrante europea.

De hecho, los hallazgos demostraron que se obtuvo cifras más altas de DCL por medio de los resultados del CDR, identificando 1.5 millones de casos dentro de un total de 12,730,60 migrantes de edades comprendidas entre 60 y 89 años (Canavelli et al, 2020). Gracias a esta investigación se reafirmó que el deterioro cognitivo representa y constituye un tópico relevante en la población migrante, siendo precisamente el factor principal del presente escrito.

### **Pruebas breves para evaluación del estado emocional**

A lo largo de la historia se han desarrollado diferentes pruebas para la evaluación del estado emocional, entre estas se encuentra el Inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) siendo una medida de rasgo de ansiedad diseñada para evaluar la tendencia hacia la experiencia de preocupación. La Escala de detección del Trastorno de ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson (EDTAG) es un instrumento breve que se encuentra conformado por 12 ítems, detecta los síntomas o la ausencia del Trastorno de Ansiedad generalizada (Cupul-García, et al, 2018).

A pesar de las múltiples pruebas que miden el estado emocional se optó por utilizar el GAD-7 ya que es una escala utilizada para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada a través de 7 ítems que pueden ser auto aplicados, además, este instrumento revela indicadores apropiados de validez y confiabilidad (Camargo et al., 2021). De hecho, su facilidad y rapidez de aplicación la hace pertinente para la detección de síntomas ansiosos en la población de venezolanos en condición de desplazamiento forzado.

Los elementos presentes en la presente escala se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que señala con qué frecuencia los sujetos experimentan síntomas de ansiedad, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total va de 0 a 21 y una puntuación mayor o igual a 10 denota un trastorno de ansiedad generalizada (Camargo et al., 2021).

Para la evaluación del estado emocional existen diversos test como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage que como lo indica su nombre, consiste en un instrumento de tamizaje de depresión (Porto, et al, 2021). Sin embargo, teniendo en cuenta las características de la presente investigación se escogió el cuestionario para depresión o más conocido como PHQ-9 es una herramienta de gran ayuda para lograr establecer un diagnóstico de depresión. Además, es un instrumento sencillo de administrar, tanto que puede ser auto aplicado por el mismo paciente. El PHQ-9 está compuesto por 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001), puntuándose en una escala Likert que va de 0 (Nunca) a 3 (Casi todos los días).

Si se encuentran mínimo 5 ítems puntuados con “más de la mitad de los días” o “casi todos los días” indica que el paciente tiene un trastorno depresivo (Depresión mayor), pero si se encuentran por lo menos de 2 a 4 ítems puntuados con “Mas de la mitad de los días” o “casi todos los días” indica que el paciente presenta un trastorno sub-umbral (Depresión menor) (Spitzer et al., 1978)

## **Método**

### **Paradigma**

Con el paradigma Empírico-Analítico se busca llegar a una explicación más general para lograr predecir generalizaciones de los conceptos apropiados; de esta forma lograr materializar las variables propuestas (Inche; Andía; Huamanchumo; López; Vizcarra; Flores, 2003)

### **Tipo y alcance de investigación**

El tipo de investigación del presente proyecto es cuantitativo, donde se empleará la recolección de datos con el objetivo de la medición numérica y el análisis estadístico, para así instaurar pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). A su vez, corresponderá a un alcance descriptivo puesto que el estudio busca hacer una descripción de la realidad del fenómeno en análisis y la relación que ha de tener con otra variable con el fin de ilustrar una verdad o ratificar una hipótesis (Niño, 2011), en este caso se trata del Estado Mental de una población venezolana de adultos y adultos mayores en el barrio Villa Caracas en condición de desplazamiento forzado.

### **Diseño**

Esta investigación presentará un diseño no experimental, ya que se pretende observar directamente el fenómeno a estudiar sin incluir deliberadamente variables externas o ajustes bajo control (Govinda, 2013).

### **Temporalidad**

Esta investigación cuenta con una temporalidad transversal para lograr describir específicamente las variables propuestas, también para observar su incidencia en un momento dado o tiempo único (Hernández et al., 2014).

### **Población y muestra**

La población está conformada por un grupo de sujetos inmigrantes venezolanos que se encuentran ubicados en el suroccidente de Barranquilla, en un asentamiento radicado en el barrio “Villa Caracas” con una cantidad estimada de 100 participantes venezolanos, así como también hay presencia de ciudadanos colombianos que se encontraban de retorno y no lograron reubicarse. Es importante mencionar que la mayoría de la población no cuenta con acceso a servicios de salud, por su estatus migratorio irregular y bajo ingreso económico (Fernández-Niño et al., 2018)

A partir de lo anterior, se hará un muestreo no probabilístico, incidental ya que los individuos conllevan a observaciones en casos específicos ya que comparten una serie de características en común (Patton, 1988, como se cita en Sandoval, 2002). Se buscará alcanzar una muestra de 150 participantes.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión y exclusión que serán tenidos en cuenta para la selección de la muestra del presente trabajo de grado son:

#### **Criterios de inclusión**

- Sujetos que se encuentran en condición de desplazamiento.
- Hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 81 años de edad.
- Firma de consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

- Trastornos perceptivos visuales, auditivos o motores, que imposibiliten la evaluación.
- Dependencia de alcohol y/o abuso sustancias psicoactivas (WHO, 2011).
- Antecedentes de accidente cerebrovascular y traumatismo de cráneo.
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas tales como depresión, ansiedad, o trastornos esquizotípicos.

- Discapacidad intelectual.
- Diagnóstico neurocognitivo que impliquen deterioro de las funciones cognitivas.

### **Instrumentos**

Los instrumentos que serán empleados son:

- **Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO)**

La prueba de Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO) es una herramienta de cribaje de demencias y del deterioro cognitivo en un corto lapso de tiempo >5 minutos, a través de ella se evalúan las funciones cognitivas: recuerdo libre diferido, fluidez verbal con la letra “P” y la orientación témporo-espacial (Delgado-Derio, 2013).

Los criterios de calificación del MEFO se enlistan de la siguiente manera: una puntuación menor a 7 ítems se determina como demencia; los valores de 8 a 9 ítems pertenecen a un deterioro cognitivo y finalmente, los resultados superiores de 9 a 10 ítems son clasificados como deterioro cognitivo leve (Delgado-Derio, 2013).

- **Escala de ansiedad generalizada (GAD-7)**

La escala de ansiedad generalizada (GAD-7) es un instrumento relevante dentro del grupo de prueba de ansiedad breves, siendo este un facilitador en la detección de síntomas ansiosos, además de su fácil y rápida aplicación (Camargo et al., 2021).

Por medio de esta escala se permite identificar el nivel de ansiedad de un sujeto a partir de los criterios de calificación que se han propuesto en torno a los resultados de la prueba, estos son: una puntuación de 0-4 hacen referencia a una ausencia de ansiedad; de 5-9 ansiedad leve; de 10-14 ansiedad moderada y de 15-21 ansiedad generalizada (Camargo et al., 2021).

- **Cuestionario para Depresión (PHQ-9)**

El cuestionario para depresión (PHQ-9) es una escala breve y de corta duración que tiene como fin la detectar la depresión en atención primaria por medio de 9 ítems, que incluso, permite validar grados de gravedad de síntomas depresivos en los sujetos evaluados (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001).

Para la de detección de los grados de gravedad mencionados, se debe tener en cuenta los siguientes criterios calificativos: resultados de 0-4 representan una ausencia o un mínimo de síntomas depresivos, de 5-9 hace referencia a una depresión leve, 10-14 depresión moderada, 15-19 depresión moderada-severa y una puntuación de 19-21 depresión severa (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001).

- **Clasificación clínica de demencia (CDR)**

El instrumento de evaluación Clasificación clínica de demencia (CDR) se distingue por evaluar brevemente 6 procesos cognitivos como: la memoria, la orientación, el juicio, la habilidad de resolver problemas, los eventos de la comunidad, el hogar y pasatiempos/aficiones y el cuidado personal (Reisberg B et al, 1982). Los resultados del estado de estos procesos cognitivos son determinados acordes a los criterios de calificación que se tipifican a continuación: una puntuación de 0 denota un sujeto sano, 0,5 demencia cuestionable, 1 demencia leve y 2 demencia moderada.

## **Procedimiento**

Para dar paso a la aplicación de instrumentos se recurrirá a contactar a la población residente en el barrio Villa Caracas a través de la fundación MAS AMOR por medio de llamadas con las líderes comunitarias y junto a la Universidad de la Costa, con la colaboración del proyecto “Apoyo a la población en alto grado de vulnerabilidad asentada en Villa Caracas, Barranquilla” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID.

Luego del primer encuentro con la población, se realizó una agenda con las fechas asignadas en las que los sujetos tendrían el encuentro con el evaluador, con el objetivo de evitar aglomeraciones y llevar a cabo la evaluación con la cantidad de personas avaladas para mitigar la propagación de la COVID-19. Luego de ello, se realizaron las llamadas a las personas establecidas. Posteriormente se realizará la aplicación de la prueba MEFO, Clasificación Clínica de la Demencia CDR, Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 y el Cuestionario para Depresión PHQ-9 con una duración aproximada de 20 minutos.

Posteriormente de tener la información arrojada por las pruebas cognitivas aplicadas, se dará inicio al proceso de tabulación de datos obtenidos para luego organizarlos y clasificarlos en formato Excel; lo cual facilitará el curso del análisis de los resultados. Con la información hallada y analizada se realizará la redacción de los resultados, conclusión y la discusión global, para así, finalmente hacer la presentación final del presente trabajo de grado.

### **Consideraciones éticas y legales**

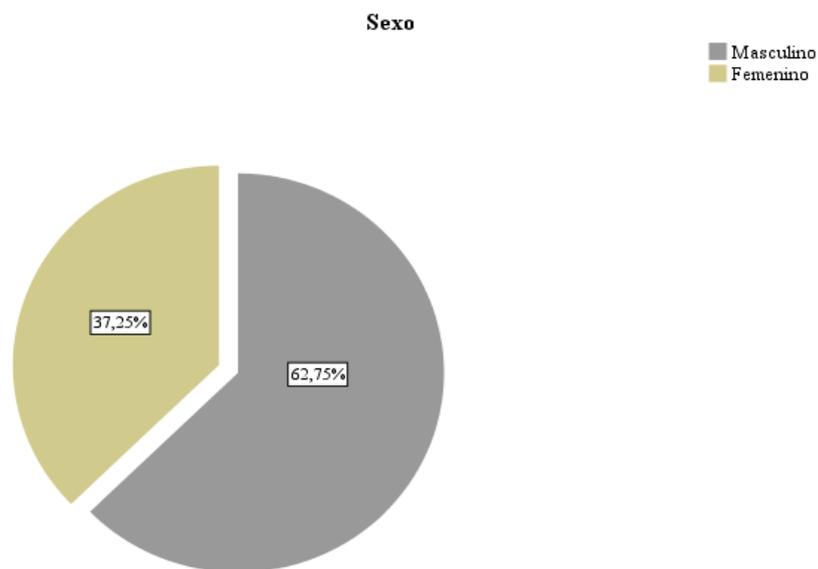
Todos los procesos investigativos estarán guiados bajo las normas éticas establecidas para la investigación en seres humanos de acuerdo con los estatutos del Colegio Colombiano De Psicólogos, COLPSIC: Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. De esta forma, durante el desarrollo de la investigación, los evaluados firmarán el consentimiento informado y se socializará la naturaleza del proceso y los derechos que serán garantizados. El equipo de investigación siguió las normas de aplicación, corrección e interpretación conforme a lo establecido por los autores en el respectivo a cada test utilizado.

### Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron analizados a través del programa estadístico informático IBM SPSS Statics 25 por medio de un análisis descriptivo de las variables evaluadas en la muestra de población venezolana, que sumó un total de 102 participantes.

### Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.

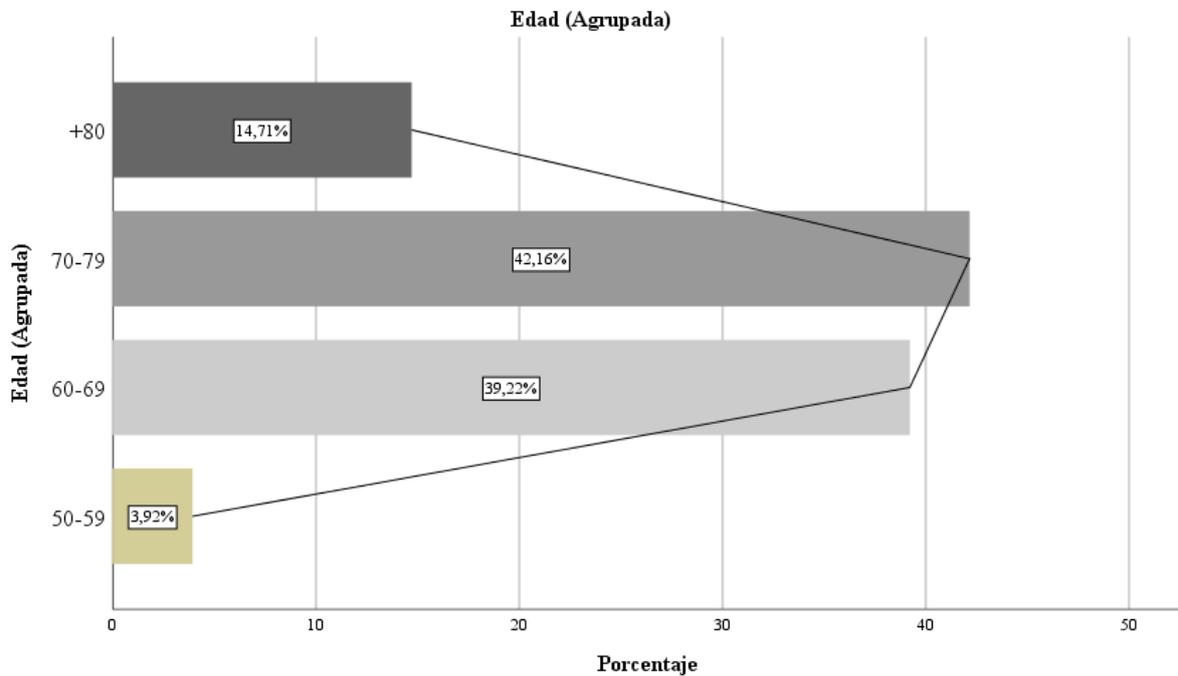
Con respecto a la distribución de sexo, en la figura 3 se observa que, en la muestra de población venezolana evaluada, existe mayor prevalencia del sexo masculino que se encuentra conformada por un 62,75% y una menor prevalencia del sexo femenino con un 37,25%.



**Figura 3.** *Distribución de sexo.*

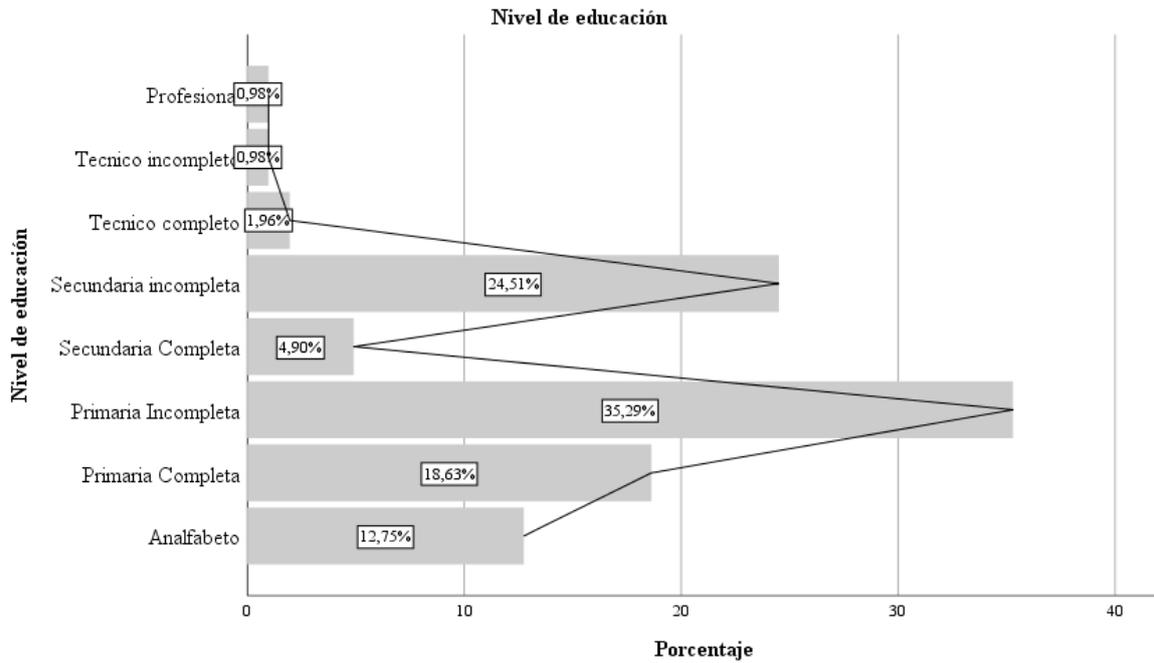
De acuerdo con la variable de edad, se realizó una distribución agrupada entre los años de: 50-59, 60-69, 70-79 y mayores de 80 años, siendo el grupo de edad de 70-79 años la agrupación más prevalente en la población con un porcentaje de 42,16% tal como se contempla en la figura 4, seguida del grupo de 60-69 años con un porcentaje de 39,22%.

En cuanto a las medidas de tendencia central, la variable de edad cuenta con una media de 62,30 (DT= 7,89) siendo la edad mínima en la población de 50 y una edad máxima de 81 años.



**Figura 4.** Distribución de edad agrupada.

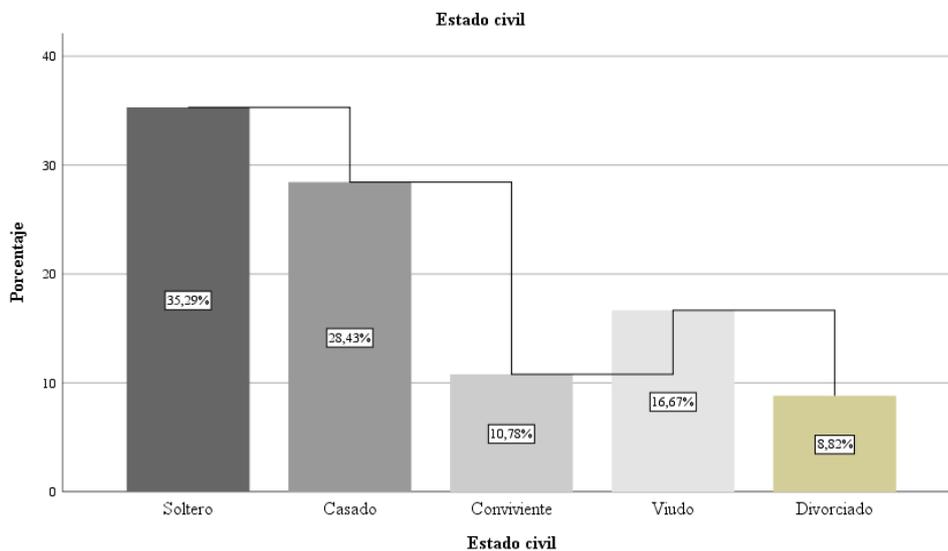
A través del gráfico representado en la figura 5, se analiza que el nivel de educación que prevalece en la población de estudio es la primaria incompleta con un porcentaje del 35,29% seguido a la secundaria incompleta que yace de un 24,51%. De hecho, se hace importante resaltar que solamente un 0,98% de la población posee estudios profesionales. Esta variable posee una media estadística de 3,25 (DT= 1,50) con un mínimo de 1 y un máximo de 8, correspondiente a la categoría de analfabeto y profesional, respectivamente.



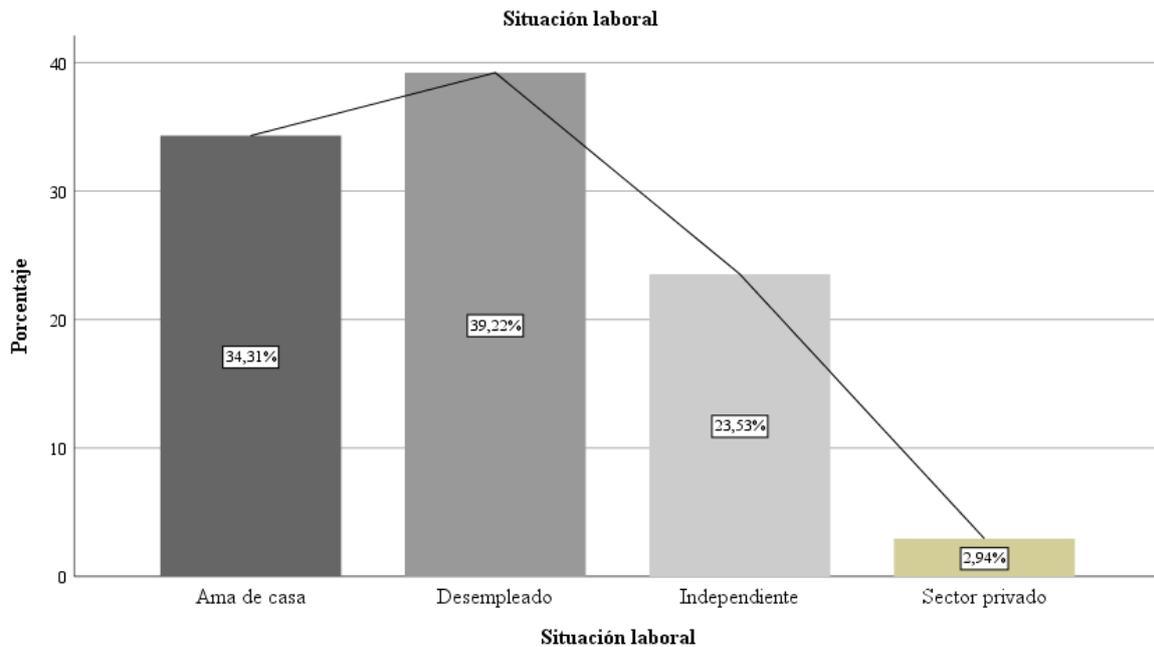
**Figura 5.** Distribución del nivel de educación

En la figura 6 se denotan los porcentajes del estado civil de los 102 sujetos encuestados.

Dando a conocer que el 35,29% del total de la población se encuentran solteros, mientras que el 28,43% son casados. Por otro lado, el 8,82% se sitúan en condición de divorcio.

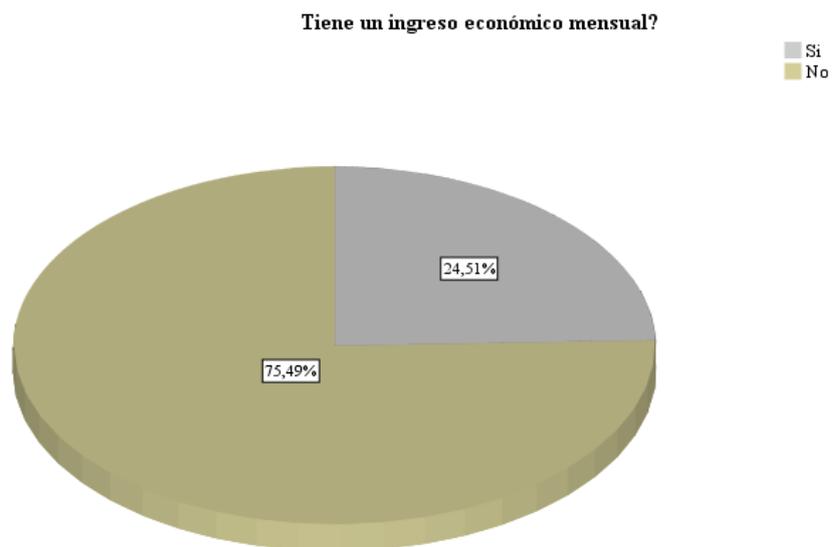


**Figura 6.** Distribución del estado civil.



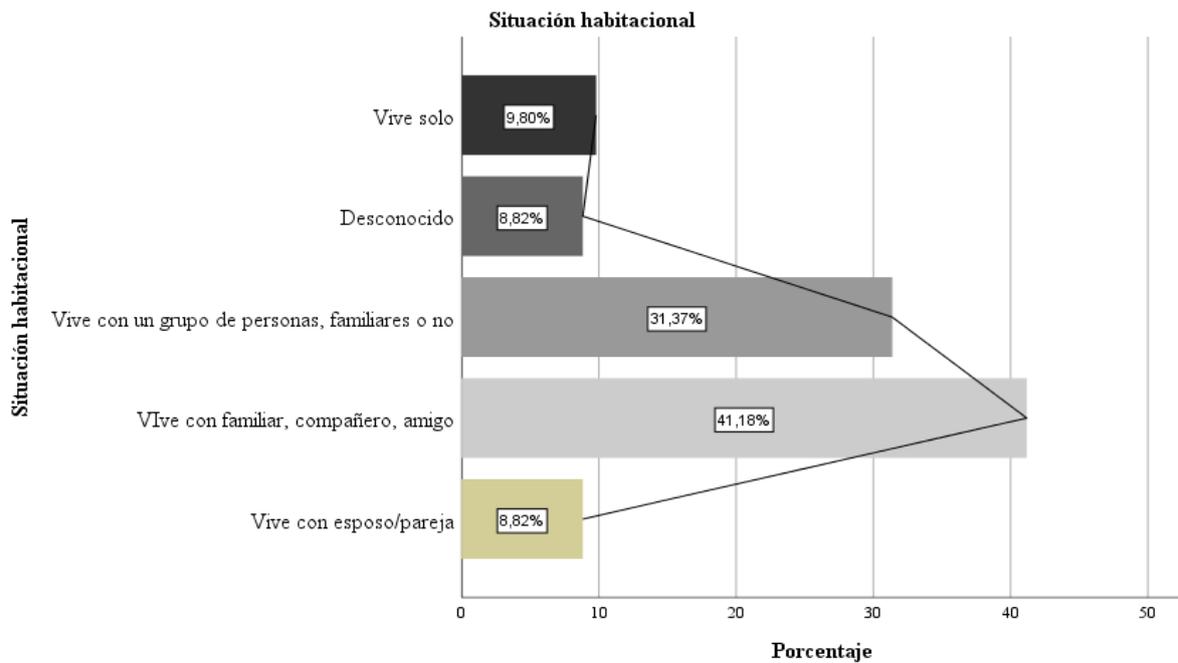
**Figura 7.** *Distribución de la situación laboral.*

La información que se observa en la variable estudio de situación laboral se puede confirmar con los datos arrojados en el estudio del ingreso económico mensual de la población, las cifras determinan que la gran mayoría de los participantes no posee ingresos monetarios, con un porcentaje del 75,45%, tal como se plantea en la figura 8. Debido a que, el 34,31% de los individuos son amas de casa o se encuentran en condición de desempleo (39,22%).



**Figura 8.** *Ingresos económicos mensuales.*

En la figura 9 se observa el porcentaje de la situación habitacional en base a la información dada por cada uno de los sujetos encuestados. Siendo así que la mayoría de los adultos viven con un familiar, compañero, amigo (41,2%). Con una media de 2,70 (DS=1,079).



**Figura 9.** Distribución de la situación habitacional.

### **Análisis descriptivo del Estado Mental.**

El Estado Mental de la población fue medido por medio de dos pruebas neuropsicológicas, la prueba de Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO) y la Clasificación Clínica de la Demencia (CDR). A partir de los resultados estadísticos arrojados con respecto al CDR (ver tabla 1) se encontraron puntajes que indican que la población de manera general, se caracteriza por ser sujetos sanos que no presentan demencia, con una media de 0,35 (DT= 0,330). Por otro lado, tenemos el MEFO (ver tabla 2), el cual arrojó que la población presenta una disminución del rendimiento cognitivo con una media de 7,14 (DT=2,874).

**Tabla 1.** *Estadísticos descriptivos CDR.*

<b>Estadísticos descriptivos CDR</b>				
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Me</b>	<b>DT</b>
Memoria	0,0	3,0	,554	,6290
Orientación	0,0	2,0	,324	,5249
Juicio y solución de problemas	0,0	2,0	,201	,4295
Actividades comunitarias	0,0	3,0	,132	,4921
Hogar y pasatiempos	0,0	3,0	,142	,4244
Cuidado personal	0,0	2,0	,083	,3153
Total CDR	0,0	2,0	,358	,3016

Min: Mínimo; ; Max: Máximo;

DT: Desviación Típica.

**Tabla 2.***Estadísticos descriptivos MEFO*

<b>Estadísticos descriptivos MEFO</b>						
	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máxim o</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>Varianza</b>
TOTAL, MEFO	13	0	13	7,14	2,874	8,258
[Ensayo 1]	5	0	5	3,00	1,259	1,584
[Ensayo 2]	5	0	5	3,39	1,299	1,686
Cantidad de palabras emitidas en 1 minuto	2	0	2	,55	,654	,428
Dígame por favor el: [Día del mes]	1	0	1	,65	,480	,231
Dígame por favor el: [Mes]	1	0	1	,73	,448	,201

Dígame	1	0	1	,77	,420	,176
por favor						
el: [Año]						
Dígame	1	0	1	,81	,391	,153
por favor						
el: [Día de						
la						
semana]						
Dígame	1	0	1	,78	,413	,171
por favor						
el:						
[Lugar]						
Dígame	1	0	1	,90	,299	,089
por favor						
el:						
[Barrio]						
Recuerdo	1	0	1	,61	,491	,241
libre						
[Rojo]						
Recuerdo	1	0	1	,34	,477	,228
libre						
[Cara]						
Recuerdo	1	0	1	,30	,462	,214
libre						
[Seda]						

Recuerdo	1	0	1	,48	,502	,252
libre						
[Iglesia]						
Recuerdo	1	0	1	,21	,406	,165
libre						
[Clavel]						
Total,	5	0	5	1,94	1,514	2,294
Recuerdo						
Libre						
N válido						
(por lista)						

### **Análisis descriptivo del estado mental.**

A través de la escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada- GAD-7 y el cuestionario para depresión - PHQ-9 fue evaluado el estado mental de la población. Los resultados de la escala GAD-7 (ver tabla 4) demuestran que los individuos tienen una ansiedad moderada con una media de 11,83 (DT:6,572) (Camargo et al., 2021).

Por otro lado, en la escala PHQ-9 (ver tabla 3) evidencian la presencia de una depresión moderada en los participantes respaldado a partir de una media de 10,25 (DT=7,10) contrastado con los indicadores diagnósticos de la prueba PHQ-9, la cual señala que una puntuación 10 a 14 revela depresión moderada (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001).

### **Tabla 3.**

*Estadísticos descriptivos PHQ-9.*

#### **Estadísticos descriptivos PHQ9**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
<b>Total PHQ-9</b>	102	0	27	10,25	7,106

**Tabla 4.***Estadísticos descriptivos GAD-7*

<b>Estadísticos descriptivos GAD-7</b>					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
1. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	102	0	3	1,72	1,181
2. No ha podido dejar de preocuparse	102	0	3	2,05	1,084
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	102	0	3	2,09	1,054
4. Ha tenido dificultad para relajarse	102	0	3	1,61	1,195
5. Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto	102	0	3	1,48	1,264
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad	102	0	3	1,50	1,233

7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	102	0	3	1,39	1,291
TOTAL, GAD-7	102	0	21	11,83	6,472
N válido (por lista)	102				

### **Análisis descriptivo de rendimiento cognitivo por edad.**

Para fines de la investigación se ha considerado relevante hacer una descripción cualitativa que relacione el rendimiento cognitivo de los participantes en función de su edad.

Inicialmente, a través de los resultados arrojados por la prueba CDR, se permite realizar un análisis significativo acerca del estado de demencia en la población, en la cual se halla que la edad agrupada de mayores de 80 años obtuvo el puntaje mayor de la media, con una cifra de 0,5 (DT= 0,5) (ver tabla 5), siendo el único sector poblacional que, de acuerdo a la clasificación de resultados de la prueba, tal puntuación ha de clasificarse como demencia cuestionable, la cual se caracteriza por deficiencias en la memoria consistentes pero ligeros (Reisberg B et al, 1982).

Con respecto al restante de la población, se destaca que todos obtuvieron una media inferior a la cifra de 0,5, por lo tanto, se considera que los participantes de 50 a 79 años no presentan demencia, concluyendo así que solamente la población con edad mayor a 80 años presenta demencia cuestionable.

### **Tabla 5.**

*Estadísticos por edad CDR.*

---

TOTAL CDR

---

	Media	95,0% CL inferior para media	95,0% CL superior para media	Moda	Máxi mo	Mínim o	Desviación estándar	Varianza
50-59	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-69	,4	,3	,4	,5	1,0	0,0	,3	,1
70-79	,3	,3	,4	,5	1,0	0,0	,3	,1
+80	,5	,2	,8	,5	2,0	0,0	,5	,2

Los resultados arrojados en la prueba de cribado de deterioro cognitivo (MEFO) permitieron analizar y relacionar las capacidades cognitivas (Deterioro/Demencia) junto con la edad de los participantes. Una de las cifras más notables se dio en la población de 70-79 años con una media de 6 (DT=3) (ver tabla 6), según los puntos de corte de este cribado, arroja que las personas que se encuentran en este rango de edad padecen de demencia. Asimismo, se hace importante mencionar que los individuos de 70-79 años no son la única población en riesgo, ya que los mayores de 80 años obtuvieron una media de 7 que también aplica a demencia y el resto de los rangos de edades aplican para un deterioro cognitivo leve.

**Tabla 6.**

*Estadísticos por edad MEFO.*

TOTAL, MEFO								
	Media	95,0% CL inferior	95,0% CL superior	Moda	Máxim o	Mínim o	Desviación estándar	Varianza





50-59	12	4	19	9	19	9	5	24
60-69	11	9	13	1 <sup>a</sup>	27	0	7	55
70-79	9	6	11	4	24	0	7	45
+80	13	9	17	5	27	5	7	52

### Discusión

En Colombia, el desplazamiento y migración forzado se ha convertido en una problemática social catalogada de gran gravedad debido a la radicación de altas sumas de población extranjera en el país, específicamente población venezolana (Migración Colombia, 2020). Dada a las condiciones inherentes del fenómeno del desplazamiento forzado, causante de deterioro en las condiciones de vida de los involucrados (Alejo, 2005), se ha constatado que estos habitantes tienen un riesgo significativo de padecer de enfermedades mentales y físicas (BMJ, 2018). A partir de los hallazgos que han sido arrojados en la presente investigación, se permitió realizar un análisis de las variables sociodemográficas, Estado Mental y mental de una muestra de población venezolana.

En el presente estudio, en respuesta al primer objetivo, se hallaron cifras sociodemográficas relevantes que constatan las condiciones de vida de la población migrante venezolana en condición de desplazamiento forzado, quienes se destacaron por ser sujetos añosos, mayores a 50 años, resaltando que en su mayoría los participantes pertenecían a grupos de edad superiores a 70 años, y que además a nivel económico, se destacaron por la ausencia de ingresos monetarios debido al alto porcentaje de desempleo (39,22%). Lo anterior coincide precisamente con los postulados de varios autores que en sus estudios afirman que la población desplazada se distingue por vivir en una problemática compleja de nivel económico (Ramos, 2018) quienes, además, no cuentan con la base económica suficiente que les permita vivir dignamente y subsistir en un país ajeno al suyo (Castillo et al., 2019).

A través de investigaciones realizadas para el análisis del desplazamiento forzado, se ha demostrado que el estado de desplazamiento que los sujetos se ven obligados a vivenciar impacta perjudicialmente de manera directa hacia la salud mental de los involucrados (Siriwardhana y Stewart, 2013). Lo anterior descrito es justamente evidenciado con los resultados obtenidos en relación al estado mental de la población, encontrando la presencia de

ansiedad moderada y depresión moderada en la mayoría de la población estudio. Estos hallazgos concuerdan con lo propuesto por Alejo (2005) quién específicamente menciona cómo el fenómeno del desplazamiento forzado, desde la perspectiva de la salud mental, afecta las condiciones de vida del individuo, puesto que todo el proceso migratorio se considera como un evento generador de estrés, que interviene en áreas relevantes para el estado mental, como lo es la resiliencia, adaptación y los procesos de separación de seres queridos.

De hecho, el mismo autor aborda el desplazamiento forzado y la salud mental desde una óptica orientada a los impactos que generan en el individuo las situaciones violentas y que producen desordenes psicológicos, como lo es el trastorno de ansiedad, incluyendo también que el hecho de vivir momentos de pérdidas y exilios de su lugar de origen hace que susciten síntomas asociados a trastornos en el estado de ánimo, como el caso de la depresión (Alejo, 2005). De la misma manera, Londoño, Sicachá y González (2011) reafirma que la problemática de salud mental se hace mucho más evidente en individuos en condición de desplazamiento forzado, dado a las carencias de recursos y dificultades asociadas a este fenómeno, lo cual conecta con los resultados del presente estudio en cuanto a las variables de ansiedad y depresión que se destacaron por su alta presencia en la población.

No obstante, se hace significativo mencionar que la población estudio además de caracterizarse por ser añosa, también resaltó por los bajos niveles en la academia, y si se relacionan estas dos variables se puede confirmar lo planteado por (Barrera, Donolo y Rinaudo, 2010) quienes por medio de un estudio científico comprobaron que, a mayor edad y menor nivel académico, existe un riesgo probable de padecer síntomas de carácter amnésico o en otras funciones cognitivas, que podría darse debido a la baja reserva cognitivo precisamente por el nivel académico. Lo mencionado anteriormente se evidencia en los resultados de la población a nivel cognitivo ya que en las pruebas aplicadas se obtuvo

porcentajes indicando que los individuos no presentaban demencia, sin embargo, se encontró en los datos obtenidos de las pruebas MEFO y CDR una disminución en las capacidades cognitivas de los participantes, específicamente en los rangos de edad entre 70 y 80 años. Según el CIE-10 el déficit cognitivo se caracteriza por un deterioro en la memoria, habilidad reducida de concentración lo que provoca una sensación de fatiga mental para iniciar trabajos que impliquen un esfuerzo intelectual, también se les dificulta la adquisición de aprendizaje.

A lo largo de la investigación, se encontraron múltiples factores que impactaron en la limitación del estudio, en primer lugar, cuando se realizó la revisión bibliográfica no se encontró mucha información acerca del tema en cuestión. Ahora bien, al examinar que es un estudio transversal es muy posible caer en un diagnóstico erróneo ya que los resultados se pueden ver afectados por diferentes variables, entre estas, la edad. En consecuencia, del contexto de vulnerabilidad y de la pandemia por COVID-19 se presentaron inconvenientes al momento de acceder a población.

La presente investigación abre camino a una línea investigativa que puede llegar a ser de alto interés e impacto en el campo científico, como lo es relacionar e indagar como desde problemáticas sociales, como lo es caso del desplazamiento forzado, pueden existir relaciones y/o consecuencias a nivel cognitivo de las personas implicadas en ello (Felberg et al., 2020), es decir, una línea de investigación que comprenda lo sociológico y lo neuropsicológico, brindando no solo un enfoque mental y emocional, sino también una mira cognoscitiva; partiendo de que precisamente la mayoría de los estudios se enfocan en la relación de las problemáticas sociales con variables psicosociales o los efectos a la salud mental netamente, excluyendo lo cognitivo (Ríos, 2020).

De igual manera, a partir de lo investigado en el presente trabajo de grado, se abren oportunidades de próximos estudios que permitan diseñar y plantear posibles estrategias y

técnicas de abordaje a nivel cognitivo y emocional que se ajusten a las condiciones generales de este tipo de población en condición de desplazamiento, con el objetivo final de evitar la conversión del deterioro cognitivo en una demencia y a su vez, disminuir los niveles de ansiedad y depresión de la población.

En general, los resultados de este estudio ofrecen indicios acerca de la relación entre las variables de desplazamiento y deterioro cognitivo. Respecto a la población y comparación de variables, se puede decir, aunque con cautela, que se encontró dificultades en su salud mental, con una disminución en las habilidades cognitivas y emocionales de los mismos. Además, los datos de esta investigación revelan la importancia de seguir estudiando la población en condición de desplazamiento forzado, para la pronta detección de la pérdida de las habilidades cognitivas, para que no trasciendan a un posible deterioro o demencia.

Precisamente, un estudio de casos realizado en Europa en el que se evaluó la demencia en población migrante de los países de este continente demostró que existe la probabilidad que este diagnóstico aumente en los próximos años debido a los cambios sociodemográficos en que van surgiendo con los años y con el alza de flujos migratorios hacia Europa (Canevella, Lacorteb, Covac, Zaccariaa, Vallettaa, Raganatoa, Brunoa, Bargaglid, Pomatic y Vanacoreb, 2019).

### **Conclusión**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se realizan las siguientes conclusiones:

1. La población estudio se destaca por ser añosa, con bajo nivel educativo, ausencia de ingreso monetario, bajo nivel académico y altos niveles de desempleo, lo cual se encuentra relacionado con la teoría existente acerca de las condiciones de vida de los sujetos en condición de desplazamiento forzado.
2. Los participantes presentan ansiedad y depresión moderada a partir de los resultados de la prueba GAD-7 y PHQ-9.
3. Los participantes presentan un déficit cognitivo, más no padecen de demencia, acorde a los resultados de los tests MEFO y CDR.

### Referencias

- Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *Med UNAB*. 8: 23-28.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR. (2016). *El plan de los 10 puntos en acción*. Tomado de: <https://www.acnur.org/el-plan-de-accion-de-los-10-puntos.html>
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., Olazarán, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. Sociedad española de geriatría y gerontología. Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid
- Arce Rentería, M., Vonk, J. M. J., Felix, G., Avila, J. F., Zahodne, L. B., Dalchand, E., ... Manly, J. J. (2019). Illiteracy, dementia risk, and cognitive trajectories among older adults with low education. *Neurology*, 10.1212/WNL.0000000000008587. doi:10.1212/wnl.0000000000008587
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Avendaño Cruz, H. (2019). La migración venezolana: un tsunami. *Revista Fasecolda*, (174), 28-33. Tomado de: <https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/view/533>
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M., y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*

- Barrera, M., Donolo, D y Rinaudo, M. (2010). Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable. *Anales de Psicología*, 26(1), 34-40. Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758005>
- Bell R, & Hall RC. (1977). The mental status examination. *American Family Physician*, 16(5), 635-641. Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=920569&site=eds-live>
- Bermejo Pareja, F., Díaz Guzmán, J y Porta-Etessam, J. (2001). *Cien escalas de interés en neurología clínica*. Barcelona: Prous Science.
- BMJ. (2018). The health of forced migrants. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4200>
- Bojórquez, L. (2015). Salud mental y Migración Internacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 111-113. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200001&lng=en&tlng=es).
- Camargo L, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Canevelli, M., Lacorte, I., Cova, M., Zaccaria, M., Valletta, R., Raganato, G., Bruno, A., Bargagli, S., Pomati, S., Pantoni, L & Vanacore, N. (2019). Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. *European Journal of Neurology*, 26 (9) 1191-1199.
- Cancillería de Colombia (s.f). CONPES 3603 de 2009, Política integral migratoria.

- Cancino, M y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
- Cantarero, D. (2017). Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 52(1), 58-60.
- Carnero-Pardo, C., Carrera Muñoz, I., Triguero, L. López Alcalde, S., Carrillo, R. (2018). Valores normativos del Fototest en pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo. *Sociedad Española de Neurología*, 1-8. Tomado de: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.03.001>
- Carnero-Pardo, C., Rego, I., Mene, M. y Vílchez, R. (2019). Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología* 36(1). 1-9. DOI: 10.1016/j.nrl.2019.05.007
- Carnero-Pardo, C., Sáez-Zea, L., Montiel-Navarro, I., Feria-Vilar, I y Gurpegui, M. (2011). Estudio normativo y de fiabilidad del Fototest. *Neurología* 26(1), 20-25. Tomado de: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.09.021>
- Carroll, H., Luzes, M., Feline, L., Bird, M. (2020). The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration. *SSM - Population Health*. 2352-8273.
- Casado, M. (2019). Alteraciones de la cognición social en adultos mayores con demencia y deterioro cognitivo leve. (Tesis de maestría). Universidad autónoma del estado de Morelos, México.
- Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Aníbal E, et al., (2014). *Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas*

- de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. Biomédica* 2017;37(Supl.1):112-20. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Castillo, A., Acevedo, M y Manosalva, M., (2019). *La migración venezolana a Colombia, analizada desde la óptica del derecho Internacional de los Derechos Humanos.* (Tesis de pregrado). Universidad cooperativa de Colombia, Colombia.
- Catalayud, E., Plo, F y Muro, C. (2020). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. *Atención Primaria* 52(1), 38-46. Tomado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
- Chandra, A., Valkimadi, P. E., Pagano, G., Cousins, O., Dervenoulas, G., Politis, M., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2019). Applications of amyloid, tau, and neuroinflammation PET imaging to Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Human brain mapping*, 40(18), 5424–5442. <https://doi.org/10.1002/hbm.24782>
- Circular No. 000025 de 2017. (Ministerio de Salud y protección social). Fortalecimiento de acciones en la salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. 31 de julio de 2007.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-956, 19 de diciembre de 2013.
- CEPAL. (2020). Determinantes de la pobreza en Colombia: años recientes. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*: Bogotá. Tomado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4789-determinantes-la-pobreza-colombia-anos-recientes>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la

- demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Tomado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es).
- Decreto 4800 de 2011. (Ministerio de Justicia). Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. 20 de diciembre de 2011. D.O. 48289.
- Delgado, C., Araneda, A., Behrens, M. (2019). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. Sociedad Española de Neurología. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>
- Ekman, U., Ferreira, D., & Westman, E. (2018). The A/T/N biomarker scheme and patterns of brain atrophy assessed in mild cognitive impairment. *Scientific reports*, 8(1), 8431. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26151-8>
- Fernández-Niño, J., Luna-Orozco, K., Navarro-Lechuga, E., Flórez-García., Acosta-Reyes, J., Solano, A., Bravo, E y Goenaga, E. (2018). Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander* 50(3), 1-11.
- Feldberg, C, Stefani, D., Tartaglini, M., Hermida, P., García, L., Somale, M y Allegri, R. (2020). La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Ciencias Psicológicas*, 14(1). Tomado de: <https://dx.doi.org/22235/cp.v14i1.2194>
- Forlenza, O., Diniz, B., Stella, F., Teixeira, A y Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 178-185. Tomado de:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000200178&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000200178&script=sci_arttext)

- Fundesarrollo. (2019). Villa Caras: reflejo de las condiciones de vida de los migrantes venezolanos. Recuperado de: <http://www.fundesarrollo.org.co/2019/11/29/villa-caracas-reflejo-de-las-condiciones-de-vida-de-los-migrantes-venezolanos/>
- Freire, A. (2017). Métodos de cribaje cognitivo del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 52(1), 15-19.
- García, L., Balmaseda, R., Cruz, T., Manzanero, A y Álvarez, M (2020). Patrón de cambio de la memoria visual y sus factores predictores en el envejecimiento sano. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía* 10(2), 1-14. Tomado de: [https://www.researchgate.net/publication/344311572\\_Patron\\_de\\_cambio\\_de\\_la\\_memoria\\_visual\\_y\\_sus\\_factores\\_predictores\\_en\\_el\\_envejecimiento\\_sano\\_Visual\\_memory\\_change\\_pattern\\_and\\_its\\_predictive\\_factors\\_in\\_healthy\\_aging](https://www.researchgate.net/publication/344311572_Patron_de_cambio_de_la_memoria_visual_y_sus_factores_predictores_en_el_envejecimiento_sano_Visual_memory_change_pattern_and_its_predictive_factors_in_healthy_aging)
- García-Cáceres, N. (2019). Etiología del deterioro cognitivo vascular. En F. Viñuela Fernández (editor). *Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo* (pp- 59-69). Sevilla: Imprenta y Papelería Rojo, S.L.
- Giau, V., Bagyinszky, E., & An, S. (2019). Potential Fluid Biomarkers for the Diagnosis of Mild Cognitive Impairment. *International journal of molecular sciences*, 20(17), 41-49. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms20174149>
- Gómez Builes, Gloria Marcela, Astaiza Arias, Gilberto Mauricio, & Minayo, Maria Cecília de Souza. (2008). Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1649-1660. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500028>
- González, F., Buonanotte, F y Cáceres, M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina* 7(1), 51-

58. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002814000901>

Govindan, R. (2013). Non-Experimental Research Designs: Amenable to Nursing Contexts. *Asian J. Nursing Edu. and Research* 3(1), 25-28.

Gutiérrez, J y Guzmán, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 52(1), 3-6. Tomado de: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)30072-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)30072-6)

Hena-Arboleda, E., Aguirre-Acevedo, D., Muñoz, C., Pinea, D y Lopera, F. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de Neurología*, 46(12), 709-713.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. México: Editorial Mc Graw Hill.

Horton, D.K., Hynan, L.S., Lacritz, L.H., Rossetti, H.C., Weiner, M.F. & Cullum, C.M. (2015). An Abbreviated Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for Dementia Screening. *The Clinical neuropsychologist*, 29(4):413–425.

Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, et al. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*; 140. 566-572. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7104545>

Inche M., Jorge; Andía C., Yolanda; Huamanchumo V., Henry; López O., María; Vizcarra M., Jaime; Flores C., Gladys. Paradigma cuantitativo: un enfoque empírico y analítico *Industrial Data*, vol. 6, núm. 1, agosto, 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú

Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J & Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550–2554.  
doi:10.1111/jgs.13820

Ley 1873 de 2017. Por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropiaciones para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2018. 20 de diciembre de 2017. D.O. 50453.

Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. 10 de junio de 2011. D.O. 48096.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 9 de enero de 2007. D.O. 46506.

Ley 387 de 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, la protección y consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. 24 de julio de 1997. D.O. 43091.

Londoño, N., Sicachá, M., & González, J. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia - Quindío. *Sinapsis 3* (3), 172- 185.

López, R. (2020). Emigración forzada de familias por la violencia en el sur de Sinaloa: experiencias trágicas y complejas. *Secuencia* (108) 1-27. Recuperado de:  
<http://secuencia.mora.edu.mx/index.php/Secuencia/article/view/1727/2052>

- López, N., Russo, M., Véliz, A., Martella, D., Carnero-Pardo, C & Allegri, R.F. (2015). Diagnostic accuracy of the phototest for cognitive impairment and dementia in Chile. *Journal of the Neurological Sciences* 357. (1), 230.
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). [Spanish versions of the Minimental State Examination (MMSE). Questions for their use in clinical practice]. *Revista De Neurologia*, 61(8). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26461130&site=eds-live>
- Mackin, R. S., Insel, P, Aisen, P S., Geda, E., & Weiner, M. W. (2012). Longitudinal stability of subsyndromal symptoms of depression in individuals with mild cognitive impairment: relationship to conversion to dementia after 3 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 355-63.
- Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R, 2008
- Márquez, H y Delgado, R. (2011). Una perspectiva del sur sobre capital global, migración forzada y desarrollo alternativo. *Migración y desarrollo*, 9(16), 3-42. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-75992011000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992011000100001&lng=es&tlng=es).
- Marra, D., Hamlet, K., Bauer R., Bowers, D. (2020). Validity of tele neuropsychology for older adults in response to COVID-19: A systematic and critical review. *The Clinical Neuropsychologist*. DOI: 10.1080/13854046.2020.1769192
- Meléndez-Moral, J., Sanz-Álvarez, T y Navarro-Pardo, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de Psicología*, 28(2), 604-610

- Mías, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, M y Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44(12), 733-738
- Migliacci, M., Scharovsky, D y Gonorazky, S. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de neurología*, 48(5), 237-241. Tomado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2008496/eng>
- Ministerio de Defensa Nacional. Desplazamiento forzado. (2016). Disponible: [https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/Documentos\\_Descargables/español/Desplazamiento%20Forzado.pdf](https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/Documentos_Descargables/español/Desplazamiento%20Forzado.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección social. Circular No. 000025 de 2017.
- Montoya, E., López, J., Marulanda, S., Valencia, M., Montero, O y Hernández, D. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (3). Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n3/1157-1166/es/>
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M., Figuera, A., Labad y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema* 17 (2), 250-256. Tomado de: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8264/8128>
- Niño, V. (2011). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Ediciones de la U.
- J. Olazarán, M.C. Hoyos-Alonso, T. del Ser, A. Garrido Barral, J.L. Conde-Sala, F. Bermejo-Pareja, S. López-Pousa, D. Pérez-Martínez, A. Villarejo-Galende, J. Cacho, E. Navarro, A. Oliveros-Cid, J. Peña-Casanova, C. Carnero-Pardo. (2016). *Aplicación práctica de los test cognitivos breves*. Sociedad Española de neurología. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.009>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Demencia*. Tomado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Ordóñez, G. (2018). Discriminación, pobreza y vulnerabilidad: los entresijos de la desigualdad social en México. *Región y sociedad*, 30(71). Tomado de:

<https://doi.org/10.22198/rys.2018.71.a377>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Crisis de refugiados y migrantes venezolanos*. Recuperado de: <https://www.iom.int/es/crisis-de-refugiados-y-migrantes-venezolanos>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Tomado de: <https://n9.cl/1mf2e>

Paddick, S., Gray, W., McGuire, J., Richardson, J., Dotchin, C & Walker, R. (2017).

Cognitive screening tools for identification of dementia in illiterate and low-educated older adults, a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatric* 29(6):897-929.

DOI: 10.1017/S1041610216001976.

Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castro, J., Castillo, P., Hernández, A., Piñeros,

C. (2016). *Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá*. Acta Medica Colombiana Vol.

41 N° 4 ~ 20

Perez, V. (2005). *El deterioro cognitivo: una mirada previsor*. Revista Cubana Med Gen

Integr v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana: Scielo

Petersen, R.C & Morris, J.C. (2003). *Mild cognitive impairment. Aging to Alzheimer's Disease*. New York: Oxford University Press.

Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194. Tomado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

Prince, M., Albanese, E., Guertchet, M & Prina, M. *World Alzheimer Report 2014, Dementia and risk reduction an analysis of protective and modifiable factors*. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

Ramos-Vidal, I. (2018). *Desplazamiento forzado y adaptación al contexto de destino: el caso de Barranquilla. Perfiles latinoamericanos*, 26(51): 301-328. doi: <http://dx.doi.org/10.18504/pl2651-012-2018>

Ríos, J. (2020). *Perfil de metilación del gen receptor de glucocorticoides NR3C1 en una muestra de niños de 7 a 11 años víctimas de desplazamiento forzado*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O y Facal, D, (2008). Discriminación mediante marcadores cognitivos del deterioro cognitivo leve frente a envejecimiento normal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(5), 291-298. DOI: 10.1016/S0211-139X(08)73571-6

Rojas-Gualdrón, Diego Fernando, & Segura C., Alejandra, & Cardona A., Doris, & Segura C., Ángela, & Osley Garzón D., María (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *CES Psicología*, 10(2),17-27. [fecha de Consulta 1 de marzo de 2021]. ISSN:. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423553242002>

- Russo, M., Iturry, M., Sraka, M., Bartoloni, L., Carnero-Pardo, C & Allegri, R. (2014). Diagnostic accuracy of the Phototest for cognitive impairment and dementia in Argentina. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(5), 826-840. DOI: 10.1080/13854046.2014.928748
- Russo M, J, Cohen G, Campos J, Martin M, E, Clarens M, F, Sabe L, Barcelo E, Allegri R, F: Usefulness of Discriminability and Response Bias Indices for the Evaluation of Recognition Memory in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2017;43:1-14. doi: 10.1159/000452255
- Sagrario, M. et al. (2018). *Guías diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de Neurología*. Sociedad Española de Neurología.
- Sánchez, M. (2019). *Proyecto de investigación: Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la ejecución de pruebas neuropsicológicas en pacientes con diversidad cultural*. UOC. <http://hdl.handle.net/10609/119691>
- Siriwardhana, C., Stewart, R. (2013). Forced migration and mental health: Prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International Health* 5(1), 19-23. Doi: 10.1093/inthealth/ihs014
- Staff, R., Murray, A., Ahearn, T, Mustafa, N., Fox, H., & Whalley, L. J. (2012). Childhood socioeconomic status and adult brain size: Childhood socioeconomic status influences adult hippocampal size. *Annals of Neurology*, 71(5), 653–660. doi:10.1002/ana.22631
- Tuokko, H y Zarit, S. (2003). Mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 7(4), 235-237, DOI: 10.1080 / 1360786031000120723
- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: Fase prodrómica y preclínica. *Revista Neurología*, 51(8), 471-480.

- Vargas, M. (2019). *Trastornos neuroconductuales en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia, al momento del diagnóstico, atendidos en la clínica de memoria del hospital nacional de geriatría y gerontología entre los años 2007 y 2018*. (Tesis de especialización. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Vega, T., Miralles, M., Mangas, J., Castrillejo, D., Rivas, A., Gil, M., López, A., Arrieta, E., Lozano, J y Fragua, M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Sociedad Española de Neurología*, 33(8), 491-498.
- Villa M., Navarro M., y Villaseñor T. (2016). *Neuropsicología clínica hospitalaria*. México: Editorial el Manual Moderno. Tomado de:  
[https://books.google.com.co/books?id=UO8oDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=UO8oDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Villarejo, A y Puertas-Martín, V. (2011). Utilidad de los test breves en el cribado de la demencia. *Sociedad Española de Neurología* 26(7), 425-433. Tomado de:  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.12.002>
- Yin, C., Li, S., Zhao, W., & Feng, J. (2013). Brain imaging of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neural regeneration research*, 8(5), 435–444. DOI:  
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1673-5374.2013.05.007>
- Zegarra, J., Denegri, L y Chino, B. (2019). Efectividad del foto-test frente al MMSE. Para el cribado de deterioro cognitivo en población peruana. *Revista Ecuatoria de Neurología*. 18(1). 42.
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policymaking. *PLoS Medicine*, 8 (5), e1001034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>.