



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
P R E S E N T A (N)

Dictaminadores:



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México,



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han contribuido de manera significativa a la culminación de mis estudios de licenciatura. Especialmente agradezco a mis padres, Mayus y Pa Shal, por darme la vida y brindarme su constante apoyo.

Mi gratitud también se extiende a mis queridos hermanos: César, Gabriel, Omar, Adrián, Vianey y Valeria, por su incondicional respaldo a lo largo de este trayecto. Así como a mis sobrinos: Pich, Vica, Naty, Dante, Aranza, Mati y July, los amo familia, este logro también es suyo.

Gabriel, quiero expresarte mi sincero agradecimiento por el apoyo invaluable que me has brindado a lo largo de estos años. Tu apoyo incondicional ha sido fundamental en mi camino, contribuyendo en gran medida a mi crecimiento personal y académico. Gracias por haberme enseñado la Psicología basada en evidencia, gracias por ser un modelo a seguir y por mostrarme la importancia de establecer metas, las cuales estoy seguro de alcanzar en el futuro.

A Omar, por siempre confiar en mí, por mostrarme otra cara de la Psicología, por ser un ejemplo a seguir, los sistemas comp.

A la Dra. Karina, por su dirección experta, por su calidez humana, por resolver todas mis dudas que surgieron durante la elaboración de esta tesis, es una persona admirable y ejemplo a seguir, no sólo como académica e investigadora, también como persona, mil gracias.

A la Dra. Ana Luisa y a la Dra. Centli por haberme aceptado como tesista, tienen mi más profunda admiración y respeto.

A mis amigos, su papel ha sido fundamental en la culminación de mis estudios. Los momentos de reflexión compartidos en las aulas y otros espacios, así como los momentos de ocio juntos, han hecho que este camino fuera más llevadero y enriquecedor. Gracias por ser parte crucial de este trayecto

A Martín, Yael y Alan, mis amigos más cercanos en la academia, les agradezco por compartir conmigo días de profundos debates sobre Psicología basada en evidencia. También agradezco

nuestras tardes juntos, llenas de momentos de ocio y relajación, los cuales fueron fundamentales para mantener el equilibrio. Gracias por todo esto y por mucho más.

A Toñito, Erick Uriel, Samuel y Linnet, por estar conmigo en los momentos más difíciles de la carrera, por siempre confiar en mí y alentarme a seguir adelante cuando el futuro parecía

incierto, gracias por estar ahí.

A Dafne, gracias por estar en mi vida, por ser un pilar fundamental, por siempre darme ánimos, por tu apoyo incondicional, te amo.

A Ivette, mi mejor amiga, por ser una persona fundamental en mi vida, por creer y confiar siempre en mí, por el aprecio que te tengo.

A mis compañeras tesistas, Dany y Jacque, por haber compartido prácticas, seminarios y por brindarme su ayuda en la resolución de dudas que surgieron durante la elaboración de este trabajo, gracias.

A la población adulta mayor y a quienes participaron en este estudio, así como a sus cuidadores, mi más profundo agradecimiento. Por un envejecimiento saludable, su colaboración ha sido fundamental.

A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, es un honor pertenecer a la mejor universidad del país y poder contribuir al avance de la ciencia desde sus aulas. México, Pumas, Universidad...

Al financiamiento de la DGAPA a través del proyecto PAPIIT IA303521 “Impacto psicológico del coronavirus por SARS-CoV-2 y sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con deterioro físico y cognitivo” y al proyecto PAPIIT IA300323 “Apoyo social, resiliencia y soledad en adultos mayores en el contexto post-confinamiento por COVID-19”

¡MUCHAS GRACIAS!

Un fracaso no es siempre un error, puede ser simplemente
lo mejor que se puede hacer en esas circunstancias.

El verdadero error es dejarlo de intentar.

B. F. Skinner (1971)

Índice

Resumen.....
Introducción.....	1
Marco teórico.....	4
Capítulo 1. Pandemia por COVID-19.....	4
1.1. Pandemia.....	4
1.2. Etiología.....	4
1.3. Pandemia por COVID-19.....	5
1.4. Impacto psicológico del COVID-19.....	10
1.5. Estrés percibido.....	13
Capítulo 2. Adulto mayor.....	17
2.1. Envejecimiento y vejez.....	17
2.2. Adultos mayores en México.....	19
2.3. Características del AM.....	21
2.4. Características cognitivas.....	22
2.5. Dependencia.....	23
2.6. Deterioro cognitivo.....	26
Planteamiento del problema.....	29
Justificación.....	31
Metodología.....	33
Estudio I.....	33
Estudio II.....	38
Resultados.....	45

Estudio I.....	45
Estudio II.....	53
Discusión.....	58
Referencias.....	64
Anexos.....	75
Consentimiento Informado.....	75
Ficha de datos sociodemográficos (AM).....	77
Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC).....	77
Escala de Miedos al Coronavirus (EMC).....	77
Escala de Distrés (ED).....	79
Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP).....	80
Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA).....	81
Mini Examen Mental de Folstein.....	82
Perceived Stress Scale (PSS).....	85
SCIP-S.....	87

Resumen

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2023) en México entre 1970 y el 2023 el porcentaje de adultos mayores se incrementó a más del doble, al pasar de 4 a 10 por ciento, estos datos evidencian claramente el proceso de envejecimiento que experimenta nuestra sociedad.

El presente trabajo se dividió en dos estudios, en el primero se realizó un estudio instrumental de diseño no experimental y transversal, se evaluó las propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS, por sus siglas en inglés) a través de un análisis factorial exploratorio, para calcular la validez, y utilizando el coeficiente alfa de Cronbach para estimar su confiabilidad.

En el segundo, se realizó un estudio descriptivo correlacional de diseño no experimental y transversal, donde se evaluaron tres variables asociadas al envejecimiento: deterioro cognitivo, estrés percibido e impacto psicológico del coronavirus.

Los resultados del primer estudio indican que las PSS cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para su aplicación en población mexicana, teniendo una confiabilidad de .769 y una validez que comprueba la existencia de dos factores explican el 44.70% de la varianza.

Los resultados del segundo estudio indican relaciones estadísticamente significativas entre el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en adultos mayores con algún grado de deterioro cognitivo.

Se concluye que el instrumento PSS puede ser aplicado en la población mexicana. Además, se destaca la relevancia de evaluar el deterioro cognitivo en adultos mayores, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en este grupo demográfico.

Palabras clave: *Propiedades psicométricas, Estrés percibido, Deterioro cognitivo, Impacto psicológico, Adultos mayores*

Introducción

La pandemia por COVID-19 fue derivada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) el 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al SARS-CoV-2 una emergencia sanitaria de importancia mundial y el 11 de marzo fue declarada pandemia mundial.

La enfermedad por SARS-CoV-2 afectó más a la población adulta mayor y a individuos con condiciones crónicas de salud. Los primeros informes que se emitieron sobre la pandemia arrojaron que la tasa de letalidad en mayores de 80 años superaba el 10%. Así mismo la pandemia afecta en mayor medida a personas con deterioro cognitivo (Schapira, 2020).

En el primer capítulo de este trabajo, se explorará el tema de la pandemia por COVID-19, abordando aspectos como los requisitos necesarios para que se califique como pandemia, la etiología del virus, el impacto psicológico derivado del coronavirus y el estrés percibido.

Según Callis et al. (2021) hay estudios en epidemias anteriores donde se ha revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Dado que el aislamiento social, la movilidad restringida y el pobre contacto con los demás, ha incrementado la vulnerabilidad en las personas a presentar múltiples alteraciones psicológicas como: desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, depresión, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal.

Asimismo la pandemia por COVID-19 está asociada a variables en la población geriátrica, como lo puede ser el estrés percibido, el impacto psicológico del coronavirus y el deterioro cognitivo en esta población.

El estrés se ha convertido en una constante que moldea nuestras experiencias diarias. La percepción del estrés, un fenómeno intrínsecamente humano, ha adquirido un papel fundamental en la comprensión del bienestar psicológico y emocional. Este concepto se aborda a través de la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984) que postula que el estrés surge de la evaluación que una persona realiza sobre una situación específica y de los recursos que percibe para afrontarla. La teoría describe el estrés como la forma en que una persona reacciona ante las evaluaciones que realiza sobre su entorno en relación con sus capacidades y las demandas, obstáculos o amenazas que enfrenta. Este fenómeno se manifiesta a través de respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales. A medida que nos adentramos en esta investigación, se explorarán los matices de esta valoración subjetiva del estrés y su influencia en el bienestar psicológico, social y físico de los individuos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

La llegada del coronavirus ha trascendido más allá de sus implicaciones médicas, dejando a su paso un profundo impacto en la esfera psicológica de individuos y comunidades. Este fenómeno ha desencadenado una serie de respuestas emocionales y cognitivas, dando lugar a un complejo panorama de repercusiones psicológicas que abarcan desde el estrés y la ansiedad hasta el duelo y la incertidumbre. El aislamiento social y la limitación de movimiento incrementó la vulnerabilidad a diversos problemas psicológicos, como desesperación, aburrimiento, insomnio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, enojo, depresión, ansiedad y angustia. La falta de contacto físico con seres queridos y la interrupción de rutinas normales pueden llevar desde síntomas individuales hasta trastornos mentales (Sandín et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020). En este contexto, explorar el impacto

psicológico del coronavirus se vuelve fundamental para comprender cómo esta crisis modeló el bienestar psicológico de las personas en diversas esferas de la vida cotidiana.

El segundo capítulo de este trabajo se enfoca en una población significativamente afectada por estas variables: la población adulto mayor. En este contexto, se discuten aspectos relacionados con la distinción entre el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez, la situación de los AM en México, así como sus características físicas y cognitivas. Además, se abordan temas como la dependencia y el deterioro cognitivo en este grupo.

La evaluación del deterioro cognitivo en AM resulta crucial, ya que se define como la pérdida de diversas funciones, tales como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, el lenguaje, la capacidad de juicio y el razonamiento (Pérez-Hernández et al., 2018). Aunque se reconoce que la pérdida de estas habilidades está vinculada al envejecimiento, es importante destacar que es posible contribuir a la prevención de dicho deterioro incluso en la edad adulta mediante la realización de ejercicios simples. Entre estos ejercicios se incluyen resolver crucigramas, acertijos, sudokus, memoramas, laberintos, y participar en actividades como el ajedrez.

El siguiente capítulo de la presente tesis se enfoca en la descripción detallada de la metodología realizada en los dos estudios que se llevaron a cabo; posteriormente se presentan los resultados obtenidos. Mientras que el último capítulo versa sobre la discusión y conclusiones finales.

Marco teórico

Capítulo 1. Pandemia por COVID-19.

1.1. Pandemia

A través del tiempo, el mundo se ha visto seriamente afectado por las enfermedades infecciosas que atentan contra la salud y cuyas consecuencias han definido el futuro de las sociedades y el devenir de la humanidad. Carrillo (2020) menciona que a causa de estas enfermedades, y los subsecuentes brotes epidémicos, pueden presentarse cambios notables en la organización económica, política, social y cultural en un gran número de países.

Se entiende como pandemia a la afectación de una enfermedad infecciosa, transmisible en humanos, a lo largo de un área geográficamente extensa, por ejemplo: países, ciudades, localidades o regiones. “El vocablo viene del griego πανδημία, de παν (pan, todo) y δῆμος (demos, pueblo), lo que al español se traduce como “reunión de todo un pueblo” por lo que el término hace referencia a la afectación geográfica o numérica en cuanto al número de casos afectados” (Ávila, 2020, p.10).

1.2. Etiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) para que algo se denomine pandemia es necesario que se cumplan los siguientes criterios:

- a) El apareamiento de un nuevo virus o una nueva mutación de uno ya existente, que no haya circulado anteriormente y que la población no sea inmune a él.
- b) Que el virus se transmita de persona a persona de manera eficaz, habiendo un rápido contagio en la población.

Asimismo, la OMS establece las siguientes fases de una pandemia:

Fase 1: Los virus de los animales no se contagian a los seres humanos.

Fase 2: Se documentan casos en humanos de un virus que afecta a animales. Este hecho convierte al virus en un potencial candidato para una pandemia.

Fase 3: Aparecen pequeños grupos de transmisión entre animales y humanos, pero aún no de humano a humano.

Fase 4: Contagios verificados de la enfermedad entre humanos. Empiezan a aparecer brotes a nivel comunitario.

Fase 5: Propagación de la enfermedad de persona a persona en al menos dos países de una misma región.

Fase 6: Se dan brotes de la enfermedad en países de más de una región en el mundo.

1.3. Pandemia por COVID-19

El agente causal fue el virus conocido como SARS-CoV-2, un nuevo beta-coronavirus de la familia de los *Coronaviridae*, fue llamado así por su cápsula lipo-protéica de forma esférica rodeada de múltiples espículas (glicoproteínas-S) el cual pareciese una corona. La proximidad genética con dos coronavirus presentes en los murciélagos hace altamente probable que ese sea su origen, con la posible participación de uno o varios hospederos intermediarios (Escudero et al., 2020).

En diciembre de 2019 se inició un brote epidémico de origen viral en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, lo que posteriormente se extendió convirtiéndose en una pandemia a nivel mundial y cuya denominación taxonómica oficial fue Coronavirus (Cov) tipo 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS) siendo la enfermedad consecuente denominada COVID-19 debido al tipo de virus y el año de aparición. El virus es transmitido de humano a humano mediante el contacto por gotas de ‘*flügge*’ (secreciones respiratorias) y en ocasiones también por aerosoles. Algunas de las manifestaciones clínicas generales es la presencia de un cuadro clínico que corresponde a una infección respiratoria, produciendo síntomas similares a la gripe, entre los que se incluyen tos, disnea, mialgia y

fatiga, tos seca, cansancio, dificultad para respirar, dolores de cabeza y dolores musculares, así como la pérdida súbita del olfato y el gusto; con variedad en sintomatología según grupos de riesgo, presentando una rápida progresión a una neumonía grave y fallo multiorgánico, generalmente fatal en personas de la tercera edad y con presencia de comorbilidades (Pérez-Abreu et al., 2020).

La enfermedad por Sars-CoV-2 afecta a todas las edades, pero las personas mayores y las que tienen condiciones médicas preexistentes tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones severas por el virus. Los primeros informes que se emitieron sobre la pandemia arrojaron que la tasa de letalidad en mayores de 80 años supera el 10% (Schapira, 2020). En México las estadísticas reportadas por el Gobierno de México a fecha de corte del 25 de junio del 2023 muestran que el mayor número de defunciones se encuentran en una edad de 65-69 años, con un número neto de 17,919 personas para las mujeres y 26,955 personas para los hombres, confirmando así que el virus ataca más a los grupos vulnerables como los AM.

Algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes sobre todo en el ámbito geriátrico son fiebre, disnea, tos seca y síndrome respiratorio agudo, llegando en algunos casos a mostrar complicaciones neurológicas. Además de las consecuencias psicológicas a largo plazo que este virus provoca, como aumento de posibilidades de desarrollar síndrome postraumático, depresión y ansiedad (Barrio, 2021).

Es relevante destacar que diversas fuentes de información han circulado a través de varias dependencias y organizaciones, lo que ha resultado en la disponibilidad de múltiples datos. En algunas ocasiones, la claridad de los datos oficiales se ve comprometida debido a la variabilidad en las fechas de publicación de las actualizaciones sobre la evolución del COVID-19 en México.

Esta enfermedad fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020, para posteriormente, el 11 de marzo del mismo año ser declarada como pandemia mundial. Haciendo una recopilación cronológica del desarrollo de la pandemia en México, según Muñiz y Corduneanu (2020) el 9 de enero de 2020 el Gobierno de México emitió un aviso preventivo para evitar viajes no esenciales al extranjero y a zonas con contagio; el 23 de enero de 2020 la Secretaría de Salud comunica cinco casos sospechosos de COVID-19; el primer caso de contagio confirmado por COVID-19 data del 27 de febrero de 2020, lo cual declara fase 1 en México. En esta etapa, los casos presentes en el país son catalogados como importados, lo que significa que las personas contagiadas han viajado a regiones con transmisión activa del virus. Para el 16 de marzo de 2020 la Secretaría de Educación Pública anuncia la suspensión de clases presenciales; el primer deceso por COVID-19 dentro de territorio nacional data del 19 de marzo de 2020; el 23 de marzo de 2020 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) promueve la Jornada Nacional de sana distancia del 23 de marzo al 19 de abril de ese año; la Secretaría de Salud declara la fase 2 del virus, al confirmarse la transmisión comunitaria. El 20 de abril se declara la fase 3 de la enfermedad, periodo en el que se registra mayor cantidad de casos por día.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI, 2021) el periodo del COVID-19 se divide en cuatro etapas, la primera etapa tiene lugar del 31 de diciembre de 2019 al 27 de febrero de 2020, en este periodo destacan eventos como el 9 de enero de 2020 cuando se declaró la identificación de un nuevo coronavirus, antes de que se le llamara la enfermedad de la COVID-19; el 15 de enero se registra el primer caso en el continente americano, en EUA; el 30 de enero la OMS dicta la Declaratoria de Emergencia de Salud Pública por este

nuevo virus y el 27 de febrero de 2020 fecha en la que se registra en México el primer caso de COVID-19. Hasta esta fecha la línea de tiempo suma 58 días de pandemia.

La segunda etapa abarcó del 28 de febrero al 23 de marzo de 2020. Tuvo una duración de 26 días, destacan eventos como el inicio de la Fase 1 de la pandemia en México; el 11 de marzo la OMS dicta la declaratoria de pandemia; el 18 de marzo de 2020 se registra la primera defunción en México y el 23 de marzo de 2020 la Secretaría de Salud hace la declaratoria de la Jornada Nacional de Sana Distancia.

La tercera etapa abarcó del 23 de marzo al 21 de abril de 2020, tiene una duración de 28 días, en la cual se destaca un único evento, el cual da lugar el primero de abril, fecha en la que México realiza una declaratoria de emergencia y el país entra en la Fase 3 de la pandemia.

La cuarta etapa abarca del 21 de abril de 2020 al 27 febrero de 2021, la cual dio lugar a eventos como el 13 de mayo se anunció el plan “Regreso a la nueva normalidad”; el 1 junio de 2020 se dio el retorno de actividades esenciales; el 24 de diciembre de 2020 llegó el primer lote de vacunas desarrolladas por Pfizer-BioNTech dando así inicio a la jornada de vacunación en México; el 20 de enero de 2021 llega un lote de la vacuna con marca AstraZeneca; para el 15 de febrero de 2021 arranca la aplicación de vacunas para AM.

Datos del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) junto con CentroGeo, GeoInt y DataLab a través del Gobierno de México, con la fecha corte del 25 de junio del 2023 informan que en México ha habido un total acumulado de contagios de 7,633,355 personas de las cuales el 53.66% son mujeres y el 46.34% son hombres, el 90.4% fueron pacientes ambulatorios y sus principales comorbilidades fueron hipertensión (11.90%), obesidad (9.59%), diabetes (8.74%) y tabaquismo (5.41%).

Las medidas de prevención estipuladas por el Gobierno de México fueron: uso de cubreboca, lavado constante de manos, sana distancia (1.5 metros entre personas), estornudo

de etiqueta (el antebrazo debe cubrir nariz y boca), mantener los espacios ventilados y por último la vacunación.

Como medida de prevención estipulada por el Gobierno de México es la vacunación, en México se aplicaron ocho vacunas de diferentes farmacéuticas: BNT162b2 (Pfizer, Inc./BioNTech) más conocida como Pfizer; AZD1222 Covishield (AstraZeneca) más conocida como Astra; Gam-COVID-Vac (Centro Nacional Gamaleya) más conocida como Sputnik V; CoronaVac (Sinovac Research and Development Co) mejor conocida como Sinovac, Ad5-nCoV Covidecia (CanSino Biologics Inc) mejor conocida como CanSino; BBV152 Covaxin (CanSino Biologics Inc) mejor conocida como Covaxin; Ad26.COV2-S (Janssen-Cilag) mejor conocida como Janssen y Spikevax (Moderna) mejor conocida como Moderna.

Conforme a Proyecto Rodillo (2023) la cual es una organización que se dedica a recabar los datos del COVID-19 en Latinoamérica, muestra que en México con fecha de corte el 08 de Julio de 2023 existe alrededor de 97 millones de personas que cuentan con al menos una dosis de la vacuna de COVID-19 y 81 millones de personas que cuentan con el esquema completo, tomando en cuenta los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México habemos alrededor de 126 millones de personas, por lo que el porcentaje de personas vacunadas es superior al 75% de la población.

A través del curso de la pandemia, se han identificado diferentes olas; las cuales han planteado diversos escenarios que requieren una respuesta organizada por parte de todas las instituciones vinculadas al Sector Salud en nuestro país, así como otras dependencias gubernamentales. El objetivo es hacer frente a la creciente demanda de atención clínica para los pacientes y, al mismo tiempo, reducir el número de contagios. Estas fases se han distribuido en diferentes periodos desde el inicio de la pandemia hasta el informe integral de

COVID-19 en México publicado el 4 de mayo de 2022 por el Gobierno de México a través de la Secretaría de Salud (Informe Integral de COVID-19 en México, 2022).

Encontrándose distribuidas de la siguiente manera:

- Primera ‘‘Ola’’ COVID-19 [Semana Epidemiológica 08 (17 de febrero de 2020) a Semana Epidemiológica 39 del 2020, (27 de septiembre de 2020)].
- 2da "Ola" COVID-19 [Semana Epidemiológica 40 de 2020 (28 de septiembre de 2020) a Semana Epidemiológica 15 del 2021(18 de abril de 2021)].
- 3ra "Ola" COVID-19" [Semana Epidemiológica 23 (7 de junio de 202) a Semana Epidemiológica 42 del 2021(24 de octubre de 2021)].
- 4ta "Ola" COVID-19" [Semana Epidemiológica 51 de 2021 (20 de diciembre de 2021) a la semana epidemiológica 09 del 2022 (6 de marzo de 2022)].

1.4. Impacto psicológico del COVID-19

Brooks et al. (2020) indican que la imposición de la cuarentena, en particular en respuesta a la pandemia de la COVID-19, ha dado lugar a la manifestación de consecuencias psicológicas adversas. Estas incluyen la aparición de síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Además, diversos factores, como la duración de la cuarentena, el temor a la infección, la frustración, el aburrimiento, la falta de suministros adecuados, la información insuficiente, las pérdidas económicas y el estigma social, pueden desencadenar estos efectos psicológicos y, potencialmente, empeorarlos a largo plazo.

Medina y Jaramillo-Velarde (2020) exponen predictores precuarentena, pues reportan investigaciones que dan evidencia de prever el impacto psicológico de la cuarentena a través de las características demográficas de la población. Citan el estudio de Taylor et al. (2008) el cual fue realizado en residentes rurales que se encontraban en cuarentena debido a la gripe equina, se encontró que existía una correlación entre experimentar un impacto psicológico negativo y ciertas características demográficas; como ser más joven (de 16 a 24 años), tener

un nivel académico más bajo, ser de sexo femenino y tener hijos en lugar de no tenerlos. Otro estudio realizado por Hawryluck et al. (2004) postuló que elementos demográficos como el estado civil, la edad, el nivel educativo, la cohabitación con otros adultos y la presencia de hijos no tuvieron ninguna correlación con los resultados psicológicos. Además, se ha encontrado evidencia de que las personas con historial de trastornos psiquiátricos pueden experimentar ansiedad y enojo entre 4 y 6 meses después de haber concluido el período de cuarentena (Jeong et al., 2016).

Como se expuso en el primer apartado de este capítulo, en el confinamiento las personas se encuentran en aislamiento y protegidas en sus casas, lo que representa un cambio significativo en sus actividades y comportamientos en la vida diaria (Sandín et al., 2020) existen investigaciones en epidemias anteriores, las cuales han revelado un amplio espectro de consecuencias psicosociales tanto a nivel individual como comunitario durante los brotes (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

El aislamiento social, la restricción de movilidad y la falta de contacto adecuado con otras personas han aumentado la susceptibilidad de las personas a experimentar una serie de problemas psicológicos, que incluyen desesperación, aburrimiento, insomnio, dificultad para concentrarse, indecisión, irritabilidad, enojo, depresión, ansiedad y angustia debido a la falta de contacto físico con familiares y amigos, así como la incapacidad para mantener una rutina de vida normal. Estas dificultades psicológicas pueden variar desde síntomas individuales hasta el desarrollo de trastornos mentales (Ramírez-Ortiz et al., 2020; Sandín et al., 2020).

Igualmente, es importante destacar algunos elementos generadores de estrés que afectan significativamente a las personas durante y después del período de cuarentena, como lo indican Brooks et al. (2020):

- Duración de la cuarentena: una extensión prolongada del período de cuarentena está correlacionada de manera particular con un deterioro en el bienestar mental, la

manifestación de síntomas de estrés postraumático y la adopción de comportamientos de evasión e irritabilidad.

- Miedo a la infección: se presenta en las personas cuando experimentan temor ante la epidemia en sí misma y el riesgo de transmitirla a sus familiares.
- Frustración y aburrimiento: se produce cuando las personas se encuentran en aislamiento y no pueden llevar a cabo sus actividades diarias habituales, lo que resulta en una disminución del contacto con las personas con las que normalmente interactúan, así como la imposibilidad de realizar sus tareas cotidianas como compras o trabajo, entre otras.
- Suministro inadecuado: este hecho tiene un fuerte impacto, especialmente en aquellas personas que están acostumbradas a tener sus necesidades básicas cubiertas, y esta situación se correlaciona con sentimientos de frustración, ansiedad y enojo.
- Información inadecuada: diversas personas expresan que la información proporcionada por las autoridades de salud pública es limitada, ambigua y causa estrés al no ofrecer directrices adecuadas sobre cómo proceder y al generar confusión sobre el objetivo de la cuarentena.
- Economía: la situación económica puede volverse problemática durante el período de cuarentena, ya que las personas enfrentan dificultades para trabajar y experimentan desequilibrios financieros sin una preparación previa. Esto conlleva niveles de angustia, enojo y ansiedad que ponen en riesgo la salud emocional de los individuos, pudiendo causar daños psicológicos que persisten incluso varios meses después de finalizada la cuarentena.
- Estigma: en general, las personas suelen asociar el estigma con la tendencia a rechazar cualquier situación que se les presente. En el contexto específico de la cuarentena, la perciben como una señal de miedo y sospecha, lo que lleva a tratar a quienes están en

cuarentena de manera diferente. Por esta razón, es crucial que la educación sobre la epidemia sea tan relevante como su justificación, con el objetivo de reducir al mínimo la estigmatización.

1.5. Estrés percibido

La pandemia por COVID-19 ha generado un impacto en todo el mundo afectando en todas las esferas de los individuos, de este modo resulta imprescindible estudiar la variable del estrés percibido en este contexto en específico, y el cómo impacta en la vida de los AM ya que esta población ha experimentado niveles elevados de estrés debido a las incertidumbres, cambios en el estilo de vida, y las consecuencias socioeconómicas desencadenadas por la pandemia.

Lazarus (1999) describe el estrés como la manera en que una persona reacciona ante las evaluaciones que realiza sobre su entorno en relación con sus capacidades y las demandas, obstáculos o amenazas que enfrenta, manifestándose a través de respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales, asimismo lo considera como un proceso en constante cambio y en interacción que surge de la relación singular y especial entre un individuo y un entorno desafiante, en comparación con los recursos que tiene a su disposición. Cuando la persona siente que esta situación amenazante supera sus capacidades, experimenta estrés. Al hacer referencia a este término, comúnmente, se habla de la tensión nerviosa, el desequilibrio emocional o el agente que causa dicha tensión (Ayuso, 2006, como se cita en Tacca-Humán & Tacca-Humán, 2019).

El estrés constituye una condición a la que todos los seres humanos se ven expuestos en algún momento o circunstancia de su vida, de acuerdo con Rout y Rout (2002, como se cita en Zamora et al., 2009) el estrés es un proceso complejo, en el cual el individuo responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales, o una

combinación de éstas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes.

Por otro lado, la Asociación Americana en Psicología (APA, 2010) menciona que el estrés es una respuesta común ante las tensiones habituales de la vida, y que puede ser perjudicial para la salud cuando interrumpe el funcionamiento cotidiano. Esta reacción conlleva modificaciones que impactan en prácticamente todos los sistemas del organismo, y tienen un efecto en el estado emocional y el comportamiento de las personas.

Existen diferentes tipos de estrés, la APA (2010) identifica tres tipos: el estrés agudo, estrés agudo episódico y el estrés crónico. Sin embargo, más allá de estas clasificaciones el concepto de estrés percibido es un término que se utiliza para describir la percepción subjetiva de una persona sobre la cantidad de estrés que experimenta en su vida, por lo que puede variar ampliamente de una persona a otra, incluso en situaciones similares. Lo que una persona considera estresante, otra puede no percibirlo de la misma manera. Esto se debe a que la percepción del estrés está influenciada por una serie de factores, como la personalidad, las experiencias pasadas, las habilidades de afrontamiento y las expectativas individuales.

El estrés percibido corresponde al grado en que las situaciones de la vida se perciben como impredecibles e incontrolables, y por tanto se valoran como estresantes (Remor, 2006, como se cita en Donoso y Almagiá, 2013). El estrés percibido ha sido una variable que se ha estudiado extensamente en relación con diversos aspectos relacionados con la salud y el bienestar (Spada et al., 2008). Pfeiffer (1977, como se cita en Buitrago y Cordon, 2017) menciona que en el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar de este modo se reduce la vida social al mismo tiempo se observa como disminuyen sus capacidades tanto motoras como cognitivas.

Barrio (2021) expone algunos estudios como los de Wang et al. (2020) y el de Losada-Baltar et al. (2020) los cuales apuntan a un descenso en la salud mental de la población geriátrica durante la pandemia, al igual que la población general, pues mostraron elevados índices de miedo y ansiedad, no obstante se observó que las personas que padecían previamente un diagnóstico patológico en depresión o ansiedad se sintieron más estresados y deprimidos, y aquellas personas con deterioro cognitivo mostraron un mayor número de trastornos de conducta de tipo desafiante. Aunado a esto, las personas mayores son especialmente susceptibles al aislamiento social y cambios en su rutina diaria, lo cual está comprobado por estudios como los de Moutier (2020) y el de Scholten et al. (2020) donde señalan que los AM que presentan sintomatología depresiva o ansiosa, ya sea solapada o explícita, pueden sufrir un empeoramiento agudo por esta pandemia al subir su nivel de estrés si no se encuentran en compañía de vecinos, amistades o familiares.

Existen escalas que evalúan al estrés, uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar el estrés es la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale [PSS]), propuesta por Cohen et al. (1983). La PSS existe en varias versiones, siendo las más destacadas la versión original que consta de 14 ítems (PSS-14), y una versión más concisa con 10 ítems (PSS-10). Reyna et al. (2019) expone varios estudios donde se ha señalado que la versión de 10 ítems muestra mejores cualidades psicométricas en comparación con la versión de 14 ítems. Esto se debe en parte a que la versión más larga incluye 4 ítems que no contribuyen significativamente al análisis factorial (Klein et al., 2016; Nordin & Nordin, 2013; Taylor, 2015). Además, se ha observado que la PSS-10 se ha utilizado de manera extendida en investigaciones clínicas y epidemiológicas (Baik et al., 2019). Las propiedades psicométricas de la PSS-14 se han examinado en diversas muestras internacionales, abarcando países como España, donde se llevó a cabo un estudio de test-retest (validez concurrente), obteniendo un coeficiente de .73, y se evaluó un alfa de Cronbach de .81. En Grecia, se realizó un análisis

factorial exploratorio (AFE, validez de constructo), confirmando una estructura de dos factores y alcanzando un alfa de Cronbach de .82. En Ecuador, se aplicó un AFE, confirmando igualmente una estructura de dos factores, con un alfa de Cronbach de .617. En Corea y China, los análisis factoriales exploratorios respaldaron una estructura de dos factores, con coeficientes de alfa de Cronbach de .75 y .70 respectivamente.

Sin embargo, aún queda pendiente el análisis de la confiabilidad y validez de esta escala en la población mexicana, especialmente en AM. Por lo tanto, resulta crucial evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento dentro de este grupo demográfico en México.

Capítulo 2. Adulto mayor

2.1. Envejecimiento y vejez

Es importante hacer una diferencia conceptual de estos términos, pues suelen usarse indiscriminadamente sin saber que hace referencia a distintas cosas. Primeramente, el envejecimiento, en términos biológicos, según la OMS (2022) es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. En psicología, Dulcey-Ruíz (2013) hace referencia a un proceso diferencial, multidimensional y complejo que se refiere a cambios permanentes en el transcurrir de la vida que depende de factores biológicos y ambientales.

Por otro lado, existen otros conceptos relacionados con el envejecimiento, como lo son: vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, etc. por nombrar algunos. Estas denominaciones pueden ser percibidas como negativas y presentan complejidad para la conceptualización pues según Alvarado y Salazar (2014) dependerá de las ideas, valores, creencias y expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico en el que se posicione. Siguiendo la misma línea de estos autores, definen a la vejez como:

“la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo” (Alvarado & Salazar, 2014, p.60).

La palabra vejez ha causado mucho revuelo entre especialistas y académicos del campo de la gerontología y geriatría, dado que lo ven como una forma de estigmatización y discriminación por edad. Algunas asociaciones nacionales e internacionales en pro del envejecimiento inclusivo, manifestaron abiertamente su rechazo ante la decisión adoptada por la OMS al incluir la palabra dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (CIE-11) al aparecer bajo la categoría de “síntomas generales” bajo el código “MG2A - old age”, el cual entró en vigor en enero del 2022.

Leiva-Ordóñez et al. (2021) comentan que la vejez es una más de las etapas naturales del curso de vida al igual que la infancia, adolescencia o adultez, por lo que cualquier otra descripción que se centre únicamente en aspectos deficitarios constituye un “viejismo” término acuñado por el psiquiatra Robert Butler en la década de los 70 para referirse al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas mayores exclusivamente en función de su edad.

Como fue descrito anteriormente, algunas connotaciones eran negativas e incluso discriminatorias; por eso mismo la OMS (2022) sustituyó el término vejez por disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento, esta actualización es resultado del diálogo, esfuerzo y colaboración entre las instituciones gubernamentales, asociaciones profesionales, académicas, grupos que trabajan con el tema en América Latina y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que consideraron que el término “vejez” podría fomentar visiones edadistas (discriminatorias y prejuiciosas con respecto a la edad), esto entró en vigor en la versión del 2022 del CIE-11.

Por lo tanto, en el presente estudio se emplea el término "adulto mayor" en consonancia con la definición de la OMS, tal como se menciona en la obra de Varela-Pinedo (2016) que clasifica a toda persona mayor de 60 años bajo este término.

2.2. Adultos mayores en México

Los AM en México representan un segmento significativo de la población y desempeñan un papel importante en la sociedad mexicana. Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2022) estiman a través de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE) para el segundo trimestre de 2022 en México residían 17,958,707 personas de 60 años y más (adultas mayores), lo que representa 14% de la población total del país. En los hombres, este porcentaje es de 13%; y en las mujeres es de 15%. Más de la mitad (56%) tiene entre 60 y 69 años. Conforme avanza la edad, este porcentaje disminuye: 30% corresponde al rango de 70 a 79 años y 14% a las personas de 80 años y más. Según el sexo, el porcentaje es ligeramente más alto para los hombres de 60 a 69 y para las mujeres de 80 años y más. Otro dato importante proporcionado por esta dependencia es que la mayoría de las personas ocupadas de 60 años y más laboran por cuenta propia (49%) y que el 70% de las personas adultas mayores ocupadas trabaja de manera informal.

En México, según esta misma dependencia, en 2010 había 8,809,896 personas AM y para el censo de 2020, una década después, esta cifra aumentó a 15,142,976 mostrando así un aumento de más del 70% en la población (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2020).

En 2015 existían 38 personas AM (60 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (de cero a 14 años) y para su último censo realizado en 2020 esta cifra incrementó a 47.7 AM por cada 100 niños y jóvenes, demostrando así que la tasa de envejecimiento ha aumentado en tan sólo un lustro. En las entidades federativas como la Ciudad de México (CDMX) y el Estado de México (EDOMEX), entidades importantes pues el estudio de esta tesis se centra en AM residentes de estas dos entidades en su mayoría, se observa un incremento similar, pues destaca la CDMX dado que en 2015 había 71.7 AM por cada 100 niños y jóvenes y para el

2020 la cifra de AM aumentó a 90.2 por cada 100 niños y jóvenes, en el EDOMEX en 2015 habían 35.4 AM por cada 100 niños y jóvenes y para 2020 estos aumentaron 46.6 por cada 100 niños y jóvenes; estos datos nos hacen ver un incremento importante en la población adulta mayor y observamos la mayor concentración de estos en las grandes ciudades.

Según datos y cifras de la OMS entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%; en la actualidad, el número de personas de 60 años o más supera al de niños menores de cinco años. En 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad. Observando así que la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Asimismo, podemos encontrar características y consideraciones relacionadas con los AM en México:

- Crecimiento demográfico: México ha experimentado un rápido envejecimiento de su población en las últimas décadas debido a una disminución en las tasas de natalidad y un aumento en la esperanza de vida. Esto ha llevado a un aumento en el número de AM en el país.
- Economía y seguridad social: muchos AM en México enfrentan desafíos económicos, ya que dependen en gran medida de las pensiones y la seguridad social. El sistema de seguridad social en México incluye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que proporcionan atención médica y pensiones a los jubilados.
- Salud: los problemas de salud más comunes en la población adulta mayor de México incluyen enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.
- Programas y políticas gubernamentales: el gobierno mexicano ha implementado programas y políticas destinados a apoyar a los AM, como el Programa 65 y más, que

proporciona apoyo económico a las personas mayores de 65 años en situación de vulnerabilidad.

- Contribución a la sociedad: los AM en México a menudo desempeñan un papel activo en la vida de sus familias y comunidades. Muchos abuelos ayudan en la crianza de sus nietos, comparten su experiencia y conocimientos con las generaciones más jóvenes.

2.3. Características del AM

Las características de los AM pueden variar significativamente de una persona a otra debido a la diversidad en la salud, estilo de vida, antecedentes culturales y experiencias personales. Sin embargo, hay algunas características generales que son comunes en esta etapa de la vida. Esmeraldas et al. (2019) exponen los criterios para decir que una persona ha envejecido, los cuales son los siguientes:

- Criterio cronológico: edad en años, que se relaciona con el retiro y jubilación.
- Criterio físico: disminución de la masa muscular, la pérdida de densidad ósea, la disminución de la agudeza visual y auditiva, y la disminución de la velocidad de reacción. La piel también tiende a volverse más delgada y frágil.
- Cambios cognitivos: a medida que las personas envejecen, pueden experimentar cambios en sus capacidades cognitivas, como la memoria a corto plazo y la velocidad de procesamiento de la información.
- Criterio social: según el rol que desempeñe en la sociedad, pues las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia.
- Cambios en la salud: son más propensos a enfrentar problemas de salud crónicos, como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas y artritis. También pueden experimentar una mayor fragilidad física y ser más susceptibles a caídas y lesiones, aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).

- Cambios emocionales: pueden experimentar cambios en la salud mental, como la depresión o la ansiedad. La pérdida de seres queridos y los desafíos asociados con el envejecimiento pueden afectar su bienestar emocional.
- Cambios nutricionales: las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y, por tanto, la alimentación debe ser más específica.
- Cambios en la percepción: los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión).

2.4. Características cognitivas

Así como las características físicas varían de persona a persona, las características cognitivas también lo hacen, sin embargo, hay algunas características cognitivas comunes que a menudo se asocian con el envejecimiento, pues como menciona Varela et al. (2004) la función cognitiva se deriva de cómo funcionan en conjunto sus diversas facetas intelectuales, abarcando aspectos como el razonamiento, la retención de información, la interpretación sensorial, la habilidad comunicativa, la percepción espacial y temporal, el cálculo, la comprensión, la capacidad para abordar y resolver cuestiones complejas y estas varían con la edad; la mayoría experimenta una reducción en ciertas áreas cognitivas, como la capacidad para adquirir nuevos conocimientos y llevar a cabo tareas motoras de manera rápida.

A continuación, siguiendo con Varela et al. (2004) se mencionan las características cognitivas en común de los AM:

1. Declinación en la velocidad de procesamiento: a medida que las personas envejecen, tienden a procesar la información más lentamente. Esto puede manifestarse en una mayor lentitud para reaccionar a estímulos o resolver problemas.
2. Problemas de memoria: la memoria a corto plazo tiende a disminuir con la edad, lo que puede llevar a dificultades para recordar nombres, números de teléfono o detalles

recientes. Sin embargo, la memoria a largo plazo generalmente se mantiene relativamente intacta.

3. Dependencia de estrategias compensatorias: para superar las dificultades cognitivas, los AM a menudo desarrollan estrategias compensatorias, como tomar notas, hacer listas o utilizar recordatorios.
4. Variedad en la cognición: es importante destacar que el envejecimiento cognitivo no es uniforme. Algunos AM pueden experimentar una disminución significativa en sus habilidades cognitivas, mientras que otros pueden mantener un alto nivel de funcionamiento cognitivo hasta edades avanzadas.
5. Influencia de la salud física: la salud física juega un papel crucial en las capacidades cognitivas de los AM. Las enfermedades crónicas, la falta de ejercicio, la mala alimentación y otros factores pueden acelerar la declinación cognitiva.

2.5. Dependencia

La dependencia es un estado en el cual una persona se encuentra en una situación en la que necesita apoyo, asistencia y/o cuidados de otras personas o de algún tipo de sustancia para llevar a cabo actividades cotidianas o mantener un funcionamiento adecuado. La dependencia puede manifestarse en diferentes formas y grados, y puede estar relacionada con diversas áreas de la vida, como la dependencia emocional en relaciones interpersonales, la dependencia de sustancias adictivas como drogas o alcohol, o la dependencia funcional en la que una persona necesita ayuda para actividades básicas como vestirse, comer o bañarse debido a problemas de salud o envejecimiento. La dependencia suele implicar una pérdida de autonomía y la necesidad de contar con el apoyo de otros para satisfacer necesidades físicas, emocionales o sociales.

Loredo-Figueroa et al. (2016) mencionan que las personas mayores atraviesan una serie de transformaciones en su biología, psicología y vida social, las cuales están

influenciadas por su estilo de vida, el contexto familiar y social en el que se desenvuelven. Estos cambios constantes pueden resultar en la disminución de su independencia y la necesidad de depender de otras personas, lo que, a su vez, tiene un impacto tanto en su entorno familiar como en la sociedad en general. La pérdida progresiva de habilidades, especialmente en términos de salud física, ha contribuido a la formación de estereotipos negativos sobre el envejecimiento en la cultura occidental. Esto puede generar cierto temor entre las personas mayores a medida que se acercan a esta etapa de la vida, e incluso llevar al aislamiento social.

A causa de esta dependencia, los AM requieren la asistencia de un cuidador. Según la definición de Flórez et al. (1997, como se cita en Hernández-Zamora, 2006) un cuidador se describe como aquella persona que presta atención o cuidados a otra que se ve afectada por algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide llevar a cabo sus actividades vitales o mantener relaciones sociales de manera normal. Siguiendo con este mismo autor, al menos se encuentran dos tipos de cuidadores: los cuidadores informales (CI) y los cuidadores formales (CF).

Los CI se refieren a individuos que no reciben compensación económica y muestran un fuerte compromiso con la labor, la cual se distingue por la afectividad y una disponibilidad constante, sin restricciones de horario. Este tipo de cuidado es proporcionado por familiares, amigos o vecinos. Los CF hacen referencia a cualquier individuo que provea cuidados directos a personas mayores en distintos entornos, ya sea o no posea formación específica, y reciba una compensación económica o beneficio monetario por sus servicios. En la presente investigación se hará referencia a los CI.

Por otro lado, Díaz (2020) menciona que la relación entre la dependencia en actividades esenciales de la vida cotidiana y el aumento de la mortalidad en personas mayores está estrechamente vinculada. Asimismo, la funcionalidad física representa habilidades

necesarias para llevar a cabo por sí mismos las tareas esenciales que satisfacen sus necesidades. De igual manera, el proceso de deterioro funcional en la población geriátrica comienza cuando un adulto mayor, que previamente era independiente, experimenta una disminución en su capacidad funcional. Esta disminución se manifiesta como un estado de vulnerabilidad que, en última instancia, conduce a la discapacidad.

Existen diferentes grados de dependencia en los AM, estos grados se utilizan para evaluar y categorizar el nivel de apoyo y cuidado que una persona mayor puede necesitar en función de su capacidad para realizar actividades cotidianas. Los grados de dependencia pueden variar según la escala o sistema de evaluación utilizado, en esta investigación se usó la escala de Barthel de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) la cual es una herramienta de evaluación ampliamente utilizada para medir el nivel de dependencia en AM o personas con discapacidades. Esta escala asigna puntuaciones a diversas actividades cotidianas, y los puntajes totales obtenidos se pueden utilizar para determinar el grado de dependencia de un individuo; la interpretación sugerida por Shah et al. (1989, como se cita en Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997) es:

- Independencia: Un puntaje de 100 puntos indica que la persona es completamente independiente y puede realizar todas las actividades evaluadas sin ayuda.
- Dependencia escasa: Un puntaje de 91 a 99 puntos sugiere una dependencia leve en algunas actividades, pero la persona es en su mayoría independiente.
- Dependencia moderada: Un puntaje de 61 a 90 puntos indica una dependencia moderada en varias actividades básicas de la vida diaria. La persona puede necesitar asistencia en diversas áreas.
- Dependencia severa: Un puntaje de 21 a 60 puntos señala una dependencia significativa en la mayoría de las actividades evaluadas. La persona requiere asistencia considerable.

- Dependencia total: Un puntaje de 0 a 20 puntos indica una dependencia total en todas las actividades evaluadas. La persona no puede llevar a cabo ninguna de estas actividades por sí misma y necesita atención constante.

2.6. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus son variables que han afectado en mayor medida a la población adulta mayor, Benavides-Caro (2017) define al deterioro cognitivo como la pérdida de funciones ejecutivas, como lo puede ser: la memoria de trabajo, planificación, razonamiento, flexibilidad cognitiva, inhibición, toma de decisiones e incluso el lenguaje, por mencionar algunas. Esto depende tanto de factores fisiológicos como ambientales, esta autora hace mención que la cognición, en términos generales, se entiende como el funcionamiento intelectual que permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con la llegada de la edad adulta, se presentan en el cerebro cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas, así como no presentarlas.

Tipos de deterioro:

Existen cuatro categorías, la primera es: normal (sin deterioro), son las personas sin ninguna repercusión neurológica. Se encuentra en óptimas condiciones en todas las esferas: atención, concentración, memoria y velocidad para el procesamiento de información. Pasando a otra categoría se encuentra el deterioro cognitivo leve (DCL), entendido como cambios en la memoria y funciones superiores que no necesariamente están relacionados con la edad, sin embargo, no repercuten de manera importante en el desenvolvimiento diario. Como tercera categoría está el deterioro cognitivo moderado (DCM), el cual es considerado patológico, existe cierta dificultad para realizar tareas complejas como en las finanzas, organización y de relación con el medio externo. Como cuarta y última categoría se encuentra

el deterioro cognitivo severo (DCS), el cual está determinado por las personas que tienen una pérdida importante de las funciones neurológicas (memoria, conducta, movilidad y comunicación), siendo necesario absolutamente un cuidador (Maldonado y Enrique, 2019, como se cita en Mescua y Salazar, 2021).

Las principales enfermedades que tienen un impacto significativo en la disminución de las capacidades cognitivas de los AM, en su mayoría, son las demencias, siendo el Alzheimer la enfermedad más común, afectando aproximadamente del 60% al 80% de los casos que tienen DC, según datos de la Asociación de Alzheimer (2017, como se cita en Parada et al., 2022). Andrango y López (2022) nos expresan otros datos sobre el DCL, mencionan que se encuentra presente entre el 12-18% de los AM, alcanzando hasta el 25% en aquellas personas de 80 a 89 años. La tasa anual de cambio hacia el desarrollo de la enfermedad Alzheimer u otras formas de demencia se sitúa en un rango del 10 al 15%. La incidencia de la enfermedad varía entre 5.1 y 13.7 casos por cada 1000 personas al año.

Siguiendo con la misma línea de estos autores, mencionan que la investigación sobre la epidemiología del DCL en América Latina es limitada. Un estudio realizado en hogares en Córdoba, Argentina, encontró que el DCL afectaba al 13.6% de las personas mayores de 50 años. En Medellín, Colombia hubo otro estudio basado en la población, este reveló una prevalencia del DCL del 9.7%. En Ecuador, se han llevado a cabo estudios observacionales de pequeña escala en Cuenca y Riobamba, que arrojaron una prevalencia del DCL del 30 al 60% en pacientes geriátricos ambulatorios (León Samaniego & León Tumbaco, 2018, como se cita en Andrango & López, 2022). En México, el estudio de Pérez-Hernandez et al. (2018) evaluó el DC en AM, a través de la escala de Pfeiffer SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire) y el riesgo de caída en AM, donde se encontró que el 51% de la población presentó DCM y DCS. Asimismo, otro estudio realizado en México con población general el cual contaba con participantes AM, evaluó el DC en el impacto de la calidad de vida de las

personas con esclerosis múltiple (EM), se encontró que el 64% de los pacientes afectados experimentan DC, con un 25% presentando un grado leve y un 39% con una forma severa. Aquellos individuos con EM tenían un riesgo significativamente mayor, con un aumento de 18.8 veces en la probabilidad de desarrollar algún tipo de DC en comparación con el grupo de control del estudio (Macías-Islas et al., 2015). Aquellas personas que presentan un DCL tienen una mayor probabilidad de desarrollar Alzheimer y experimentar dificultades en su funcionamiento óptimo.

En el DSM-5 (por sus siglas en inglés, quinta versión) el deterioro cognitivo se aborda en el contexto de los trastornos neurocognitivos. El DSM-5 introduce una clasificación revisada de trastornos neurocognitivos que incluye:

1. Trastorno neurocognitivo mayor: Este término se utiliza para reemplazar el diagnóstico de demencia. Un trastorno neurocognitivo mayor implica un deterioro significativo de la cognición que interfiere con la independencia funcional en la vida diaria. Se pueden incluir subtipos según la etiología, como el trastorno neurocognitivo mayor de tipo Alzheimer.
2. Trastorno neurocognitivo leve: Se refiere a un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia. Las personas con trastorno neurocognitivo leve experimentan un declive cognitivo mayor de lo esperado para su edad, pero este declive no afecta significativamente su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias.

Los criterios diagnósticos utilizados por este manual se caracterizan por la existencia de déficits cognitivos en al menos una de las áreas cognitivas, como la memoria, el lenguaje, la atención, el pensamiento o el juicio, sin que dicha afectación obstaculice la autonomía del paciente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018).

Planteamiento del problema

Este trabajo se enfoca en una población de gran relevancia: los AM. Este grupo demográfico adquiere una importancia crucial dado el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad. Las estadísticas revelan un cambio significativo, tanto que la OMS prevé que para el año 2050, la cantidad de personas de 60 años o más superará la de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Esta aceleración en el envejecimiento poblacional señala un patrón de cambio mucho más rápido que el observado en el pasado. Es por ello que este trabajo aborda dos estudios fundamentales: el primero calcula las propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en población mexicana, y el segundo estudio evalúa las relaciones que existen entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en población AM.

Es crucial disponer de las propiedades psicométricas de una población en específico, en este caso la población mexicana, pues existen pocos estudios que lo han pretendido hacer en México, uno de los pocos estudios encontrados en la literatura es el realizado por Torres-Lagunas et al. (2015) quienes evaluaron las propiedades psicométricas de la PSS en mujeres puérperas mexicanas, con y sin preeclampsia.

Asimismo, resulta importante evaluar el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en población AM, pues el deterioro cognitivo es un proceso asociado al envejecimiento, que se caracteriza por la pérdida de funciones ejecutivas, como lo puede ser: la memoria de trabajo, planificación, razonamiento, flexibilidad cognitiva, inhibición, toma de decisiones e incluso el lenguaje, por mencionar algunas (Benavides-Caro, 2017). Este deterioro se vincula estrechamente con el estrés percibido, el cual ha sido significativamente afectado por la pandemia, período durante el cual se recopilaron datos para esta tesis, pues el estudio de Moutier (2020) y el de Scholten et al. (2020) señalan que

los AM pueden sufrir un empeoramiento agudo por esta pandemia al subir su nivel de estrés si no se encuentran en compañía de vecinos, amistades o familiares.

Por otro lado, como se expresó en el párrafo anterior, la recolección de datos se realizó durante el tiempo de la pandemia por COVID-19, resulta importante evaluar el impacto psicológico que dejó el coronavirus en esta población, entendiéndose como impacto psicológico del coronavirus como el aislamiento social, cambios en rutinas, la restricción de movilidad y la falta de contacto adecuado con otras personas, ha hecho que aumente la susceptibilidad de las personas a experimentar una serie de problemas psicológicos, que incluyen desesperación, aburrimiento, insomnio, dificultad para concentrarse, indecisión, irritabilidad, enojo, depresión, ansiedad entre otros (Ramírez-Ortiz et al., 2020; Sandín et al., 2020).

Justificación

El número de AM está en constante aumento en México, con más de 15 millones de individuos, según datos del INEGI (2020). Esta población se distribuye en los 31 estados de la República Mexicana y en la Ciudad de México. La calidad de vida de los AM se ve considerablemente afectada por el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus, aspectos que han experimentado un incremento significativo debido a la pandemia por COVID-19 (Moutier, 2020; Scholten et al., 2020).

La evaluación del deterioro cognitivo en AM es crucial, ya que se refiere a la pérdida de habilidades cognitivas como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, el lenguaje, el juicio y el razonamiento (Pérez-Hernández et al., 2018). Aunque esta pérdida de habilidades está asociada comúnmente con el envejecimiento, existen estrategias que pueden ayudar a prevenir este deterioro incluso en la edad adulta. Actividades simples como resolver crucigramas, acertijos, sudokus, memoramas, laberintos o jugar al ajedrez, por ejemplo, han demostrado ser beneficiosas para preservar y estimular las funciones cognitivas.

Por otro lado, el estrés ejerce una notable influencia en la calidad de vida de los AM. Este fenómeno se ve afectado por la transición a la jubilación, la disminución de funciones físicas, la presencia de enfermedades, la dependencia y la falta de contacto familiar, lo que conlleva a una reducción en la vida social y una disminución percibida en las capacidades tanto motoras como cognitivas (Buitrago y Cordon, 2017). Mantener niveles bajos de estrés es ideal en cualquier grupo poblacional, pero en el caso de los AM cobra mayor relevancia, dada la prevalencia de enfermedades físicas y crónicas en esta población.

Es fundamental comprender el impacto psicológico en los AM para mejorar su calidad de vida, fortalecer su resiliencia y promover un envejecimiento activo y saludable. Por tanto, resulta de suma importancia evaluar tres variables clave en este grupo: el grado de

deterioro cognitivo, el nivel de estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en AM y el impacto psicológico dejado por esta situación.

Metodología

Estudio I

Objetivo general

Calcular las propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS, por sus siglas en inglés) en población adulta mayor mexicana y sus cuidadores informales (CI) durante la pandemia por COVID-19.

Objetivos específicos

- Calcular la validez del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio
- Calcular la confiabilidad del instrumento mediante el alfa de Cronbach

Pregunta de investigación

¿La escala de estrés percibido cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para la población mexicana?

Hipótesis

H0: La escala de estrés percibido no cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para la población mexicana

HA: La escala de estrés percibido muestra propiedades psicométricas adecuadas para la población mexicana

Tipo de estudio y diseño de investigación

Estudio instrumental, diseño no experimental, y de alcance transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

Muestreo

No probabilístico, intencional por conveniencia (Kerlinger & Lee, 2002).

Participantes

Setenta y ocho AM mexicanos, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 98 años ($M = 72.72$, $DE = 9.062$), en el género se encontró que 74.4% (58) son mujeres y que 25.6% (20) son hombres, en el estado civil de la muestra se encontró que la mayoría son personas viudas y casadas, con un 41% (32) y 30.8% (24) respectivamente, en el nivel máximo de estudios de la muestra se encontró que la mayoría se encuentra en el nivel básico (primaria y secundaria) con el 46.2% (36) y el 24.4% (19) respectivamente, los cuales aceptaron participar de manera voluntaria a través de un consentimiento informado.

Ochenta y un CI, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 68 años ($M = 39.91$ años, $DE = 12.94$ años), en el género se encontró que el 80.2% (65) son mujeres, el 19.8% (16) son hombres, en el estado civil de la muestra se encontró que la mayoría son personas solteras y casadas, con un 49.4% (40) y 27.2% (22) respectivamente, en el nivel máximo de estudios de la muestra se encontró que la mayoría cuenta con una profesión y con el bachillerato, con el 40.7% (33) y el 23.5% (19) respectivamente, los cuales aceptaron participar de manera voluntaria a través de un consentimiento informado.

Criterios de inclusión para los AM:

- AM de 60 años que sepan leer y escribir
- Ser mexicano
- Tener acceso a un dispositivo electrónico (tablet, celular, computadora) con conexión a internet.

Criterios de inclusión para los CI:

- Ser mayor de edad
- Tener un tiempo mínimo de seis meses como cuidador

Criterios de exclusión para ambas poblaciones:

- Uso de sustancias psicoactivas.

- Estar en un tratamiento psiquiátrico.

Escenario

La investigación se llevó a cabo de manera remota a través de la plataforma zoom.

Definición conceptual

Estrés percibido

De acuerdo al modelo transaccional de estrés, la experiencia de estrés sería el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, y específicamente de la relación entre la valoración de un evento como estresante y los recursos de afrontamiento que posee el individuo. Esta interacción a su vez estaría siendo mediada por un conjunto de procesos psicosociales y algunas características de personalidad. Desde esta perspectiva interactiva, el estrés percibido corresponde al grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como impredecibles e incontrolables, por lo cual se valoran como estresantes (Moscoso, 2009; Remor, 2006).

Definición operacional

Estrés percibido

Se evaluó a través de la escala de estrés percibido (PSS) la cual emplea una escala Likert de 0 a 4 puntos. En algunos ítems, se requiere invertir la calificación de las respuestas, dando así un rango de 0 a 56 puntos: donde los puntajes más altos indican niveles más elevados de estrés percibido.

Instrumentos

- Escala de estrés percibido (en su nombre original: *Perceived Stress Scale* [PSS] de Cohen et al., 1983) adaptado en su versión para México por González y Landero (2007), la escala consta de 14 ítems con una puntuación de nunca (0) a muy a menudo (4), y se invierte la puntuación en los siete ítems negativos, ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0), para un rango en el puntaje total

de 0 a 56. La confiabilidad del instrumento, en población española, medida a través de su consistencia interna es de $\alpha = .82$; además de tener confirmada la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson (1988) para la versión original, con estadísticos de bondad de ajuste adecuados para el análisis factorial confirmatorio, lo que indica una adecuada validez de constructo (González y Landero, 2007).

- Ficha de datos sociodemográficos para los AM y los CI, creada específicamente para este estudio, enfocada en conocer datos demográficos, laborales, de vivienda, salud, tiempo libre y hábitos de los AM junto a sus cuidadores.

Procedimiento

Se extendió una invitación a participar a los AM y sus CI a través de las redes sociales, siguiendo los preceptos éticos establecidos para la investigación en psicología, los cuales están normados por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010). Para llevar a cabo el estudio, se elaboró un consentimiento informado y una ficha de datos sociodemográficos, ambos diseñados específicamente para esta investigación, además de las baterías de pruebas dirigidas tanto a los AM como a sus cuidadores.

El proceso de evaluación de los AM se llevó a cabo en dos sesiones en línea mediante plataformas virtuales como Zoom o Google Meet. Los CI brindaron la ayuda necesaria a los AM si requerían apoyo técnico para lograr la conexión vía remota. En la primera sesión, se les presentó y explicó el consentimiento informado, se detallaron los objetivos del estudio y resolvieron dudas en caso de existir, si estaban de acuerdo, procedían a firmar el consentimiento informado antes de iniciar la evaluación y daban paso a ella con la aplicación de la PSS y posteriormente el SCIP-S. La segunda sesión se destinó para completar la aplicación de la batería de pruebas, las cuales fueron conformadas por: el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) y el Mini-Mental, la duración aproximada por sesión fue de 30 minutos.

En referencia a la evaluación de los CI, se realizó en una única sesión con una duración aproximada de 15 minutos. Al inicio de la sesión se explicaron los objetivos de la investigación y se resolvieron dudas en caso de existir. En caso de aceptar, procedían a firmar el consentimiento informado, posteriormente se aplicó la batería de instrumentos en el siguiente orden: la PSS, la Escala de Carga del Cuidador de Zarit, el CIPC y la escala de Barthel de ABVD.

Después de las evaluaciones a los AM y sus CI se crearon bases de datos en el programa estadístico SPSS para a la postre llevar a cabo los análisis correspondientes.

Análisis de resultados

En el análisis de datos, se consideraron únicamente aquellos participantes que completaron integralmente el instrumento. Algunos miembros (3.7%) del grupo de AM no cumplieron dicho criterio, por lo que fueron excluidos del análisis. No obstante, con el fin de fortalecer la muestra no se eliminaron a los CI de los AM que no completaron la evaluación, toda vez que hubiera contestado el cuestionario en su totalidad.

Para efectuar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 25. Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad del total de la PSS tanto de la escala total como de las dos dimensiones identificadas. Además, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio en el cual se calcularon los valores de Kaiser-Meyer-Olkin y se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett para evaluar la validez del instrumento.

Estudio II

Objetivo general

Evaluar la relación entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en población adulta mayor mexicana durante la pandemia por COVID-19 a través de una evaluación psicológica en línea.

Objetivos específicos

- Evaluar el deterioro cognitivo en AM a través de una evaluación psicológica en línea.
- Evaluar el estrés percibido en AM a través de una evaluación psicológica en línea.
- Evaluar el impacto psicológico del coronavirus en AM a través de una evaluación psicológica en línea.
- Evaluar la asociación entre el nivel del deterioro cognitivo y el estrés percibido a través de un programa estadístico.
- Evaluar la asociación entre el nivel del estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus a través de un programa estadístico.
- Evaluar la asociación entre el nivel del deterioro cognitivo y el impacto psicológico del coronavirus a través de un programa estadístico.

Pregunta de investigación

¿Cómo será la relación entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en AM mexicanos?

Hipótesis

HO: No existirá relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en AM mexicanos.

HA: Existirá relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en AM mexicanos.

Tipo de estudio y diseño experimental

Estudio descriptivo correlacional, diseño no experimental, transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

Muestreo

No probabilístico, intencional por conveniencia (Kerlinger & Lee, 2002).

Participantes

Setenta y ocho AM mexicanos, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 98 años ($M = 72.72$, $DE = 9.062$), en el género se encontró que 74.4% (58) son mujeres y que 25.6% (20) son hombres, en el estado civil de la muestra se encontró que la mayoría son personas viudas y casadas, con un 41% (32) y 30.8% (24) respectivamente, en el nivel máximo de estudios de la muestra se encontró que la mayoría se encuentra en el nivel básico (primaria y secundaria) con el 46.2% (36) y el 24.4% (19) respectivamente, los cuales aceptaron participar de manera voluntaria a través de un consentimiento informado.

Ochenta y un cuidadores informales, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 68 años ($M = 39.91$ años, $DE = 12.94$ años), en el género se encontró que el 80.2% (65) son mujeres, el 19.8% (16) son hombres, en el estado civil de la muestra se encontró que la mayoría son personas solteras y casadas, con un 49.4% (40) y 27.2% (22) respectivamente, en el nivel máximo de estudios de la muestra se encontró que la mayoría cuenta con una profesión y con el bachillerato, con el 40.7% (33) y el 23.5% (19) respectivamente, los cuales aceptaron participar de manera voluntaria a través de un consentimiento informado.

Escenario

La evaluación se llevó a cabo de forma remota a través de la plataforma Zoom durante el mes de octubre y noviembre del año 2021.

Definición conceptual

Deterioro cognitivo

Declive o disminución de la función cognitiva, especialmente de procesos cognitivos como la memoria, atención, orientación, habilidades visoespaciales y lenguaje, reconocimiento visual y conducta (Cancino, et al., 2018; Moreno, 2005; Varela, et al., 2004).

Estrés percibido

De acuerdo al modelo transaccional de estrés, la experiencia de estrés sería el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, y específicamente de la relación entre la valoración de un evento como estresante y los recursos de afrontamiento que posee el individuo. Esta interacción a su vez estaría siendo mediada por un conjunto de procesos psicosociales y algunas características de personalidad. Desde esta perspectiva interactiva, el estrés percibido corresponde al grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como impredecibles e incontrolables, por lo cual se valoran como estresantes (Moscoso, 2009; Remor, 2006).

Impacto psicológico del coronavirus

Reacciones emocionales ante la COVID-19 principalmente miedo, ansiedad y preocupación (Sandín, Chorot y Valiente, 2020).

Es la reacción que puede variar en cuanto a sus respuestas emocionales, pudiendo ser más o menos específicas según Sandín, Chorot y Valiente (2018). Sin embargo, en situaciones de alto estrés psicológico y frente a amenazas impredecibles e incontrolables, como la epidemia de COVID-19, es común experimentar un conjunto de emociones negativas que incluyen el miedo, la ansiedad y la preocupación en diferentes proporciones según las características de la situación y la persona involucrada (Sandín, 2009).

Definición operacional

Deterioro cognitivo

Se evaluó a través del Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry-Spanish (SCIP-S) el cual consta de cinco áreas de evaluación: aprendizaje verbal inmediato (AV-I), memoria de trabajo (MT), fluidez verbal (FV), aprendizaje verbal diferido (AV-D) y velocidad de procesamiento (VP), donde puntajes bajos nos indica mayor deterioro cognitivo.

Asimismo se evaluó a través del MMSE (Mini-mental State Examination) el cual abarca la exploración de diversas funciones cognitivas como la orientación, la memoria, la atención, el lenguaje y el cálculo. Este instrumento asigna un puntaje que varía entre 0 y 30, siendo puntajes altos indicativos de un menor deterioro cognitivo.

Estrés percibido

Se evaluó a través de la escala de estrés percibido (PSS) la cual emplea una escala Likert de 0 a 4 puntos. En algunos ítems, se requiere invertir la calificación de las respuestas, dando así un rango de 0 a 56 puntos: donde los puntajes más altos indican niveles más elevados de estrés percibido.

Impacto psicológico del coronavirus

Se evaluó a través del Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus, en el que se evaluaron cuatro escalas de las nueve originales del instrumento, siendo estas: Escala de Miedos al Coronavirus (EMC), Escala de Distrés (ED), Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP) y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA), donde puntajes altos nos indica un mayor impacto psicológico relacionado con la pandemia.

Instrumentos

- Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry-Spanish (SCIP-S; Pino et al., 2014).

Es una prueba de screening cognitivo compuesta por 5 pruebas breves que exploran el

aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento. Dispone de tres formas paralelas que permiten realizar nuevas medidas en repetidas evaluaciones.

- Mini-mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975; Gutiérrez, 1996).

Brinda datos sobre deterioro intelectual, es una escala breve que explora las funciones de orientación, memoria, atención, lenguaje y cálculo. Una calificación igual o menor a 17 indica deterioro cognitivo severo, una puntuación entre 18 y 23 indica deterioro cognitivo leve y una calificación mayor a 24 indica un estado cognitivo normal. Todos los reactivos son positivos y a mayor calificación menor deterioro; menor calificación mayor deterioro.

- Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC; Sandín et al., 2020).

Es un cuestionario de autoinforme que evalúa el impacto psicológico vinculado a la pandemia de COVID-19. Está conformado por nueve escalas independientes: experiencia del coronavirus (ECOV, 12 ítems), uso de los medios de comunicación (UMC, 4 ítems), conductas asociadas al confinamiento (CAC, 10 ítems), uso de conductas preventivas (UCP, 7 ítems), escala de miedos al coronavirus (EMC, 18 ítems), escala de distrés (ED, 11 ítems), escala de síntomas de estrés postraumático (ESEP, 8 ítems), escala de interferencia por el coronavirus (EIC, 11 ítems) y escala de experiencias positivas ante las adversidades (EEPA, 12 ítems). En lo que respecta a este estudio, se utilizó 4 escalas: EMC, ED, ESEP y EEPA.

- Escala de estrés percibido (en su nombre original: *Perceived Stress Scale* [PSS] de Cohen et al., 1983) adaptado en su versión para México por González y Landero (2007), la escala consta de 14 ítems con una puntuación de nunca (0) a muy a menudo (4), y se invierte la puntuación en los siete ítems negativos, ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0), para un rango en el puntaje total

de 0 a 56. La confiabilidad del instrumento, en población española, medida a través de su consistencia interna es de $\alpha = .82$; además de tener confirmada la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson (1988) para la versión original, con estadísticos de bondad de ajuste adecuados para el análisis factorial confirmatorio, lo que indica una adecuada validez de constructo (González y Landero, 2007).

- Ficha de datos sociodemográficos para los AM y los CI, creada ex profeso para este estudio, enfocada en conocer datos demográficos, laborales, de vivienda, salud, tiempo libre y hábitos de los AM junto a sus cuidadores.

Procedimiento

Como se indicó en el estudio I, se extendió una invitación a participar a los AM y sus CI a través de las redes sociales, siguiendo los preceptos éticos establecidos para la investigación en psicología, los cuales están normados por el Código Ético del Psicólogo (SMP, 2010). Para llevar a cabo el estudio, se elaboró un consentimiento informado y una ficha de datos sociodemográficos, ambos diseñados específicamente para esta investigación, además de las baterías de pruebas dirigidas tanto a los AM como a sus cuidadores.

El proceso de evaluación para los AM se llevó a cabo en dos sesiones en línea mediante plataformas virtuales como Zoom o Google Meet. Los CI brindaron la ayuda necesaria a los AM si requerían apoyo técnico para lograr la conexión vía remota. En la primera sesión, se les presentó y explicó el consentimiento informado, se detallaron los objetivos del estudio y resolvieron dudas en caso de existir, si estaban de acuerdo, procedían a firmar el consentimiento informado antes de iniciar la evaluación. El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: PSS y posteriormente el SCIP-S. La segunda sesión se destinó para completar la aplicación de la batería de pruebas, las cuales fueron conformadas por: el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) y el Mini-Mental con una duración aproximada de 30 minutos por sesión.

En referencia a la evaluación de los CI, se les presentó el consentimiento informado, se explicaron los objetivos de la investigación y se resolvieron dudas en caso de existir. En caso de aceptar, procedían a firmar el consentimiento informado y se llevó a cabo la evaluación en una única sesión, donde se evaluó la PSS, la Escala de Carga del Cuidador de Zarit, el CIPC y la escala de Barthel de ABVD con una duración aproximada de 15 minutos.

Análisis de resultados

Para efectuar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 25. Se realizó un análisis correlacional a través del estadístico r de Pearson entre las variables: estrés percibido y deterioro cognitivo; estrés percibido e impacto psicológico del coronavirus en AM con y sin deterioro cognitivo. Asimismo, se empleó el estadístico Rho de Spearman para la evaluación de las correlaciones entre estrés percibido y deterioro cognitivo en AM con algún grado de deterioro cognitivo.

Resultados

Estudio I

Para el análisis de los resultados, se tomó en cuenta como una sola muestra la totalidad de los AM (78) y de los CI (81), con una edad mínima de 18 años y una máxima de 98 años ($M = 56.01$, $DE = 19.887$), en el género se encontró que 77.4% ($n = 123$) son mujeres, 22.6% ($n = 36$) son hombres, en el estado civil se encontró que la mayoría son personas solteras o casadas, con un 34% ($n = 54$) y 28.9% ($n = 46$) respectivamente. La mayoría cuenta con estudios a nivel licenciatura (27%; $n = 43$) y el nivel básico (25.8%; ($n = 41$).

Se encontró un valor de Alfa = .769 para la escala total del PSS, lo cual indica que la escala es confiable. Como puede observarse en la Tabla 1, si se suprimiera algún elemento, no aumenta el valor de alfa en más de una unidad.

Tabla 1*Cálculo de confiabilidad del instrumento PSS en AM y sus CI*

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se suprimiera
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	.757
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	.754
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	.747
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	.768
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	.751
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	.739
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	.751
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	.766

9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	.766
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	.756
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	.760
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	.761
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	.768
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	.735

Nota: Autoría propia.

Para la dimensión de afrontamiento del PSS se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de .774, lo cual indica que la escala es confiable. En la Tabla 2 se puede observar que no es recomendable eliminar ningún ítem ya que el valor del índice de confiabilidad no se eleva a más de una unidad.

Tabla 2*Alfa de Cronbach, dimensión 1 (Afrontamiento)*

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	.747
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	.724
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	.716
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	.740
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	.748
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	.764
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	.777

Nota: Autoría propia.

Por último, en la dimensión de estrés percibido del PSS se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 1, lo cual indica que la escala cuenta con propiedades de confiabilidad. En la Tabla 3 se puede notar que no se recomienda eliminar ningún ítem.

Tabla 3

Alfa de Cronbach, dimensión 2 (estrés percibido)

Ítem	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1.000
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	1.000
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	1.000
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	1.000
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	1.000
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	1.000

14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas? 1.000

Nota: La tabla 3 muestra el alfa de Cronbach de la dimensión de estrés percibido y si se suprime el elemento. Autoría propia.

Para evaluar la validez del instrumento PSS se realizó un análisis factorial exploratorio, donde se calcularon los valores de Kaiser-Meyer-Olkin (.802) y la prueba de esfericidad de Bartlett (570, $p < .001$) que indicaron que el análisis factorial exploratorio era viable.

Al aplicar el análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax se confirmó la estructura del instrumento determinada por dos dimensiones que explican el 44.708% de la varianza (ver Tabla 4), las dimensiones resultantes fueron nombradas de la siguiente manera: Estrés (Factor 1) y Afrontamiento (Factor 2).

Tabla 4*Dimensiones obtenidas en el análisis factorial de la escala de Estrés Percibido*

	Factor	
	1	2
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	.785	
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	.740	
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	.718	
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	.641	
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	.621	
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	.600	
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	.466	

6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	.765
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	.753
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	.682
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	.665
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	.641
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	.562
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	.471

Nota: Elaboración propia

Estudio II

Este estudio analiza las relaciones entre las variables: Deterioro Cognitivo, Estrés Percibido e Impacto Psicológico del Coronavirus, en AM.

Correlación entre Deterioro Cognitivo y Estrés Percibido

Se relacionó el deterioro cognitivo evaluado con el MiniMental y el PSS; donde se encontró una correlación negativa, débil y no estadísticamente significativa (ver Tabla 5).

Tabla 5

Correlación entre el Deterioro Cognitivo y el Estrés Percibido en AM

	Estrés Percibido
Deterioro Cognitivo	-.198

Nota: Elaboración propia

Posterior a ello, ya que se encontró que la correlación no fue estadísticamente significativa, se procedió a excluir aquellos casos que no tuvieran deterioro cognitivo. Al analizar la muestra de AM con DC leve y severo ($n = 23$) se encontró una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa para el total del instrumento ($r_s = -.659$, $p = <0.01$), así mismo se encontró una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa en el factor dos que se denominó como afrontamiento ($r_s = -.717$, $p = <0.01$) como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6

Correlación entre el Deterioro Cognitivo y el Estrés Percibido, junto a sus dos dimensiones, en los casos que tiene deterioro cognitivo leve y severo

	Estrés Percibido (total)	Percepción del estrés (factor 1)	Afrontamiento (factor 2)
Deterioro cognitivo	-.659**	-.070	-.717**

** $p < .01$

Correlación entre Estrés Percibido e Impacto Psicológico del Coronavirus

De igual forma se procedió a correlacionar el PSS con el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC), con todos los AM, con las cuatro dimensiones evaluadas, Escala de Miedos al Coronavirus (EMC), Escala de Distrés (ED), Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP) y la Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA).

En la Tabla 7 se observan las correlaciones estadísticamente significativas entre el total del PSS con las dimensiones EMC ($r = .272, p = <0.05$), ED ($r = .548, p = <0.01$) y ESEP ($r = .377, p = <0.01$) en el factor uno, que evalúa la percepción del estrés, se encontró correlaciones estadísticamente significativas en EMC ($r = .472, p = <0.01$), ED ($r = .638, p = <0.01$) y ESEP ($r = .437, p = <0.01$) por último, en el factor dos, que evalúa el afrontamiento, se encontró una correlación estadísticamente significativa en EEPA ($r = -.230, p = <0.05$).

Tabla 7

Correlaciones entre el Estrés Percibido, junto a sus dos dimensiones y el CIPC (cuatro dimensiones) en AM

	Estrés Percibido (total)	Percepción del estrés (factor 1)	Afrontamiento (factor 2)
EMC	.272*	.472**	-.101
ED	.548**	.638**	.134
ESEP	.377**	.437**	.094
EEPA	-.058	.134	-.230*

* $p < .05$

** $p < .01$

Correlación entre Estrés Percibido e Impacto Psicológico del Coronavirus en AM con algún grado de deterioro

En la Tabla 8 se observa una correlación estadísticamente significativa entre el total del Estrés Percibido con ED ($r = .480, p = <0.01$), en el factor uno, que evalúa la percepción del estrés, se encontró correlaciones débiles pero estadísticamente significativas en EMC ($r = .553, p = <0.01$), ED ($r = .493, p = <0.05$) y ESEP ($r = .495, p = <0.05$), en el factor dos, que evalúa el afrontamiento, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 8

Correlaciones entre el Estrés Percibido y el CIPC (cuatro dimensiones) con AM que muestran algún tipo de deterioro cognitivo

	Estrés Percibido (total)	Percepción del estrés (factor 1)	Afrontamiento (factor 2)
EMC	.219	.553**	-.099
ED	.480**	.493*	.216
ESEP	.384	.495*	.036
EEPA	-.024	.086	-.001

* $p < .05$

** $p < .01$

Correlación entre el Deterioro Cognitivo y el Impacto Psicológico del Coronavirus

En la Tabla 9 se observan dos correlaciones estadísticamente, entre el DC con las dimensiones ESEP ($r = .236, p < 0.05$) y EEPA ($r = .245, p < 0.05$).

Tabla 9

Correlaciones entre el Deterioro Cognitivo y el CIPC (cuatro dimensiones) en AM

	Deterioro cognitivo
EMC	.174
ED	-.005
ESEP	.236*
EEPA	.245*

* $p < .05$

Correlación entre el Deterioro Cognitivo y el Impacto Psicológico del Coronavirus en AM con algún grado de deterioro

En la Tabla 10 se observa que no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa en los AM con algún grado de DC.

Tabla 10

Correlaciones entre el Deterioro Cognitivo y el CIPC (cuatro dimensiones) en AM con algún grado de DC

	Deterioro cognitivo
EMC	-.015
ED	-.393
ESEP	-.093
EEPA	.065

Nota: Elaboración propia

Discusión

El deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus son algunas variables que afectan significativamente el bienestar psicológico en la población AM, por ello mismo, esta tesis tuvo dos objetivos fundamentales. El primero se enfocó en calcular las propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en la población adulta mayor mexicana y sus cuidadores. El segundo objetivo que se planteó en esta tesis se centró en evaluar la relación entre el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus en población adulta mayor mexicana durante la pandemia por COVID-19 a través de una evaluación psicológica en línea.

Uno de los principales descubrimientos de esta investigación resalta que la PSS exhibe propiedades psicométricas apropiadas para su uso en la población mexicana. La confiabilidad de la escala se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de .769, superior al registrado por Torres-Lagunas et al. (2015) quienes también evaluaron las propiedades psicométricas de la PSS en mujeres puérperas mexicanas, con y sin preeclampsia, obteniendo una consistencia interna en el coeficiente alfa de Cronbach de .718. Este resultado sugiere que la escala es confiable y mantiene una consistencia sólida en sus mediciones.

Además, para validar el instrumento, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, utilizando medidas como el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Los resultados confirman la estructura del instrumento determinada por dos dimensiones que explican conjuntamente el 44.70% de la varianza. Este hallazgo supera lo encontrado por Lazarbal-Fernández y Ramos-Noboa (2019) quienes analizaron las propiedades psicométricas de la PSS en una población ecuatoriana, identificando también dos dimensiones que explican el 41.243% de la varianza. Estos resultados guardan similitud con los hallazgos en numerosos países de habla hispana como España (Pedrero et al., 2015;

Pedrero & Arroyo, 2010) y Colombia (Campo et al., 2009), así como en naciones como China (Leung et al., 2010), Corea (Lee et al., 2015), Grecia (Andreou et al., 2011) y Brasil (Reis et al., 2010), entre otros.

En el estudio I, se identificaron dos factores que fueron designados como dimensiones: la primera aborda el estrés, mientras que la segunda evalúa el afrontamiento. Estos factores coinciden con los encontrados en numerosos estudios a nivel mundial. Por ejemplo, Campo et al. (2015) los categorizó como ‘‘afrontamiento de los estresores’’ y ‘‘percepción del estrés’’, mientras que Pedrero et al. (2015) los denominó ‘‘control de estrés’’ y ‘‘no control de estrés’’, parece ser que el modelo de dos dimensiones es el que mejor se adecúa en estos casos.

En el estudio II, se observó que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y estrés percibido en toda la población de AM. Este hallazgo coincide con los resultados de Cardona et al. (2017) quienes tampoco encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el DC y el estrés en pacientes con esquizofrenia. Dichos autores encontraron que el estrés afecta de manera más pronunciada a aquellos individuos con un mejor funcionamiento cognitivo, por lo que consideran que el deterioro cognitivo se comporta como un factor protector.

De la misma forma, se encontraron hallazgos importantes con relación a los AM con deterioro cognitivo leve y severo, los cuales mostraron niveles significativamente elevados de estrés percibido (puntaje total) y el factor 2 (afrontamiento). Lo anterior podría explicarse debido a que quienes presentan algún nivel de deterioro cognitivo suele presentar mayores dificultades para gestionar sus emociones ante un evento estresante como el de la pandemia por COVID 19; lo cual coincide con lo hallado por Parra-Rizo et al. (2023) quienes expusieron que al tener un deterioro cognitivo, las personas muestran un patrón cognitivo caracterizado por la catastrofización, autoculpa y pensamientos en torno a la imposibilidad de

solucionar el o los problemas. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Losada-Baltar et al. (2020); Wang et al. (2020) quienes durante la pandemia encontraron que la población geriátrica experimentó niveles significativos de temor y ansiedad, además observaron que aquellos individuos que ya habían sido diagnosticados previamente con trastornos como depresión o ansiedad experimentaron un aumento en sus niveles de estrés y depresión, asimismo, se observó que las personas con deterioro cognitivo presentaron un incremento de conducta del tipo desafiante.

Adicionalmente, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el puntaje total en la escala de estrés percibido y tres dimensiones que evalúan el impacto psicológico del coronavirus: Escala de Miedos al Coronavirus, Escala de Distrés y Escala de Síntomas de Estrés Postraumático. Estos hallazgos ayudan a visualizar la estrecha relación entre el estrés percibido y el impacto psicológico experimentado por esta población. Estos descubrimientos concuerdan con lo observado en investigaciones anteriores que indican que el periodo de aislamiento provocaron niveles elevados de ansiedad y desencadenaron episodios depresivos en muchos individuos. Incluso se ha señalado que algunos sujetos desarrollaron trastorno por estrés postraumático como resultado de esta situación (Brooks et al., 2020; González-Jaimes et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

Continuando con las dimensiones del instrumento PSS, se observaron relaciones estadísticamente significativas en el factor 1 (estrés). Estas relaciones se evidenciaron con las dimensiones que evalúan el impacto psicológico del coronavirus, las cuales fueron descritas anteriormente: la Escala de Miedos al Coronavirus, la Escala de Distrés y la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático. Por otro lado, el factor 2 (afrentamiento) demostró una relación estadísticamente significativa únicamente con la dimensión de Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades. Estos efectos pueden explicarse si se toman en cuenta las experiencias directas de los afectados como con la constante exposición a través de

los medios de comunicación a información sobre fallecimientos por COVID-19 y el impacto económico de la pandemia, entre otros aspectos. Esta exposición indirecta o secundaria a eventos potencialmente traumáticos está generando un estrés y miedo en las personas (Guerra & Pereda, 2015).

El impacto psicológico de la emergencia sanitaria derivada por COVID-19 en la población AM ha sido evidente, pues como se expuso, uno de los factores que más incidió en esta población fue el aislamiento social, pues la falta de contacto físico con vecinos y familiares desencadena problemas psicológicos. Esto concuerda con investigaciones previas, como los estudios de Moutier (2020) y Scholten et al. (2020) quienes indican que los AM presentan mayor impacto psicológico, debido a la pandemia, especialmente si carecen de la presencia de vecinos, amigos o familiares a su lado.

Por otro lado, en la muestra de AM con cierto nivel de deterioro cognitivo, se observan relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión Escala de Distrés del CIPC y el puntaje total de la PSS. De manera similar, se identifican correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones Escala de Miedos al Coronavirus, Escala de Distrés y Escala de Síntomas de Estrés Postraumático con el factor 1 (estrés).

Este trabajo adquiere una relevancia significativa, dado que la recopilación de datos se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19, periodo en el que la Ciudad de México y Estado de México se encontraba en la fase 3 de confinamiento y las medidas preventivas fueron el uso de la sana distancia, gel antibacterial, lavado constante de manos, por mencionar algunas. A lo largo de la historia, diversas pandemias han involucrado medidas de prevención similares, como el aislamiento social. Un ejemplo de esto es el estudio de Medina y Jaramillo-Valverde (2020) que examinaron a pobladores rurales en cuarentena por la gripe equina y encontró una correlación entre experimentar un impacto psicológico negativo y ciertas características demográficas, como la edad.

En este contexto, es fundamental evaluar variables cruciales como el deterioro cognitivo, el estrés percibido y el impacto psicológico del coronavirus durante la pandemia de COVID-19. Al hacerlo, se contribuye a la comprensión de cómo estas variables pueden influir en el bienestar psicológico de la población en situaciones de crisis, brindando perspectivas valiosas que pueden ser aplicadas en la gestión y mitigación de los efectos psicológicos adversos asociados a la pandemia.

Sin embargo, es crucial señalar las limitaciones inherentes a este estudio. En primer lugar, el entorno en el que se recopilaron los datos presentó desafíos considerables para toda la población, destacando especialmente la evaluación que se debió realizar a los AM. La aplicación de la batería realizada de forma remota se vio obstaculizada por la falta de familiaridad de la mayoría de los AM con la tecnología, lo que resultó en una dependencia de factores externos para llevar a cabo la evaluación de manera satisfactoria. Estos factores incluyeron la estabilidad de la conexión a internet, la disponibilidad de un equipo en buen estado para una visualización y audición óptimas durante la evaluación, así como la necesidad de la asistencia de un cuidador. En la mayoría de las instancias, el cuidador fue quien facilitó la conexión y a los participantes en la realización de las tareas de la batería de pruebas que se les aplicó.

En segundo lugar, sería beneficioso continuar con el estudio del deterioro cognitivo en AM, ya que se observó que está asociado a la presencia de impacto negativo tal como el estrés percibido. Por lo tanto, en futuras investigaciones, se recomienda llevar a cabo un estudio longitudinal donde se evalúen los niveles de estrés percibido y deterioro cognitivo en población AM en diferentes momentos claves relacionados con la emergencia sanitaria por COVID-19; por ejemplo en los repuntes de contagios que actualmente se empiezan a presentar en México y en los momentos de mayor control de contagios. Lo anterior con la

finalidad de conocer el comportamiento de dichas variables en AM con y sin deterioro cognitivo.

Otra línea de investigación consistiría en evaluar la efectividad y adherencia de una intervención cognitivo- conductual dirigida a AM con deterioro cognitivo. El objetivo principal sería prevenir el declive cognitivo. Esta intervención abarcaría sesiones específicas de estimulación cognitiva centradas en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas del individuo. Además, se incluirían registros conductuales para documentar las ocasiones en que el AM lleva a cabo las técnicas aprendidas en su entorno doméstico. Asimismo se propone evaluar la capacidad funcional del participante, abarcando tanto las actividades instrumentales como las avanzadas de la vida diaria.

Por otro lado, se recomienda ampliar la muestra a otros estados de la república para abordar la variabilidad geográfica y cultural, así como alcanzar diferentes estratos de la población. Dado que este estudio se centró principalmente en AM residentes de la Ciudad de México y el Estado de México.

Finalmente, se sugiere realizar un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento SCIP-S en la población mexicana. Este procedimiento tiene como objetivo reforzar la validez y confiabilidad del instrumento en el contexto específico de México, mejorando así su aplicabilidad y relevancia para esta población.

Referencias

- Albañil Frías, T., Ramírez Moreno, M. D. C., & Crespo Montero, R. (2014). Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *Enfermería Nefrológica*, 17(3), 167-174.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842014000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Andrango, M. L. y López, D. F. (2022). Abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(2), 47-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8374642>
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287-3298.
<https://doi.org/10.3390/ijerph8083287>
- Asociación Americana de Psicología (2010). Los distintos tipos de estrés.
<https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2018). Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta Edición.
- Ávila, J. F. (2020). Coronavirus COVID-19; patogenia, prevención y tratamiento. *SALUSPLAY*.
<https://evidencia.com/wp-content/uploads/2020/03/CORONAVIRUS-COVID-19-4%C3%82%C2%AA-Ed-18.03.2020.pdf>

- Barrio, V. C. (2021). Estrés percibido en adultos mayores mediante el uso de robots sociales durante Covid-19. *MLS Psychology Research*, 4(1).
<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/598/1022>
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología*, 40(2), 107-112.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buitrago, L. M., y Cordon, L. (2017). *Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar de una institución geriátrica del municipio de Facatativá*. (Tesis doctoral). Universidad De Cundinamarca, Facatativá, Colombia.
- Callis, S., Guarton, O. M., Cruz, V., y de Armas, A. M. (enero de 2021). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. Cibamanz2021. Simposio llevado a cabo en el segundo congreso virtual de ciencias básicas biomédicas en Granma, Manzanillo, México.
<https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2015). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de La Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413.
- Cardona, E. Y. B., Ardila, W., Cañas, D. C., & Vasquez, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 8-13.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7299737>

- Carrillo, A. M. (2020). Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional. *Salud Pública y Epidemiología*, 1(10), 3-5.
https://www.researchgate.net/profile/Ana-Maria-Carrillo/publication/359600756_Las_pandemias_en_la_historia_y_la_salud_publica_nacional_e_internacional/links/6244a4758068956f3c5a5ded/Las-pandemias-en-la-historia-y-la-salud-publica-nacional-e-internacional.pdf
- Cerquera Córdoba, A. M., Uribe Rodríguez, A. F., Matajira Camacho, Y. J., & Correa Gómez, H. V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 20(38), 398-409.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372017000200398&script=sci_arttext
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v71n2/barthel.pdf
- Díaz, Y. (2020). Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3), 1-16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf203a.pdf>
- Donoso, V. M., y Almagiá, E. B. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y salud*, 23(2), 153-160.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/494/818>
- Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista colombiana de psicología*, 19(2), 207-224.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692010000200005&script=sci_arttext&tlng=es

Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M. A. y Del-Río, C. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología de México*. 90(Supl), 7-14.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-9940202000050007

Esmeraldas, E. E., Falcones, M. R., Vásquez, M. G., & Solórzano, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>

Gobierno de México (2023). COVID-19 México. Revisado el 16 de Agosto de 2023

<https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

González-Jaimes, N. L., Tejada-Alcántara, A. A., Espinosa-Méndez, C. M., & Ontiveros-Hernández, Z. O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *SciELO Preprints*.

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>

Guerra, C., & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177-188.

Hernández-Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de enfermería*, 15(52-53), 40-44.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (6 de Julio, 2023).

Comunicado de prensa núm. 395/23, 1-6.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (Septiembre, 2022).

Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores.

Comunicado de prensa núm. 568/22.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos

Personales [INAI] (2021). Línea del tiempo COVID-19 en México.

https://micrositios.inai.org.mx/conferenciascovid-19tp/?page_id=8432

Larzabal-Fernandez, A., & Ramos-Noboa, M. I. (2019). Propiedades psicométricas de la

Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en estudiantes de bachillerato de la provincia de

Tungurahua (Ecuador). *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de*

Psicología UC BSP, 17(2), 269-282.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200003&script=sci_arttext

Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Coping and Adaptation*. Springer.

Lee, E.-H., Chung, B. Y., Suh, C.-H., & Jung, J.-Y. (2015). Korean versions of the Perceived

Stress Scale (PSS-14, 10 and 4): psychometric evaluation in patients 280 with chronic disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 183-192.

<https://doi.org/10.1111/scs.12131>

- Leiva-Ordóñez, A. M., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Cigarroa, I. y Celis-Morales, C. (2021). Inclusión de la palabra la vejez en el CIE-11: una decisión controversial. *Revista médica de Chile*, 149(8), 1241-1242.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000801241#:~:text=La%20palabra%20en%20cuesti%C3%B3n%20aparece,psicosis%20o%20con%20debilidad%20senil.
- Leung, D. Y., Lam, T., & Chan, S. S. (2010). Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC Public Health*, 10(1), 513. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-513>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G. y Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272-278.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269939/>
- Macías-Islas, M. Á., Aguayo-Arelis, A., Quintana, M. V., Martínez-Tapia, M. E., Arango-Lasprilla, J. C., y Barajas, B. V. R. (2016). Deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple del occidente de México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(3), 3-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn153a.pdf>
- Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>

- Mescua, M.P. y Salazar, J.A. (2021). *Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo 2019* (tesis de pregrado). Facultad de Ciencias de la Salud. Huancayo, Perú.
- Moutier, C. (2020). Suicide Prevention in the COVID-19 Era Transforming Threat Into Opportunity. *JAMA Psychiatry*, 3, 12.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3746>
- Muñiz, C., Corduneanu, V. I., (2020). Percepción de riesgo y consumo mediático durante el inicio de la pandemia de COVID-19 en México. *Más poder local*, (41), 44-47.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407223>
- Organización Mundial de la Salud (2020, 11 de marzo). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 1 de octubre). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054020.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Parada, K. R., Guapizaca, J. F., & Bueno, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Parra-Rizo, M. A., Agustí, A. I., Guillem-Saiz, J., González-Moreno, J., & Cantero-García, M. (2023). Patrones y estrategia de regulación emocional empleadas en personas

mayores de 60 años con deterioro cognitivo: Emoción en personas mayores. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 11(1), 129-138.

<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1757>

Pedrero Pérez, E. J., & Arroyo, Á. O. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: Propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26(2), 302-309.

Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2015). La “escala de estrés percibido”: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(2), 305-324.

Pérez-Abreu, M. R., Gómez-Tejeda, J. J. y Dieguez-Guach, R. A.(2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 19(2), 1-15.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97798>

Pérez-Hernández, M. G., Velasco-Rodríguez, R., Maturano-Melgoza, J. A., Hilerio-López, Á. G., de Lourdes García-Hernández, M., & García-Jiménez, M. A. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(3), 171-178.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim183c.pdf>

Proyecto Rodillo (2023). La situación del COVID-19 en México está controlada.

https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/mexico/?gclid=Cj0KCQjwgNanBhDUARIsAAeIcAu4RoDZhe-_BWg9Rn_des2eoBNgjfjBb-AnLDV-Vv_9y8D3uYWFwP4aAr y0EALw_wcB

- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdova, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Scielo Preprints*.
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/358?hasAnnotations=true>
- Reis, R. S., Hino, A. A. F., & Añez, C. R. R. (2010). Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology, 15*(1), 107-114.
<https://doi.org/10.1177/1359105309346343>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology, 9*(1), 86-93.
<https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/psychometric-properties-of-a-european-spanish-version-of-the-perceived-stress-scale-pss/4CA73E029B791B21479866C289A3CFE3#>
- Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés, 25*(2), 138-147. DOI: 10.1016/j.anyes.2019.04.003
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 25*(1), 1-22.
https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/07/30686_Psicopatologia_Vol_25_N1_WEB_Parte2.pdf
- Schapira, M. (2020). Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores con demencia y sus cuidadores. *Revista Argentina de Salud Pública, 12*, 1-5.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2020000300004&script=sci_arttext

Scholten, H., Quezada-Scholz, V., Salas, G., Barria-Asenjo, N., Rojas-Jara, C., Molina, R., Somarriba, F. (2020). Abordaje psicológico del Covid-19: Una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1287.

https://www.preventionweb.net/files/72089_abordajepsicologicodelcovid.pdf

Secretaría de Salud (2022). Informe Integral de COVID-19 en México.

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-06-22-Int_COVID-19.pdf

Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.

Tacca-Huamán, D., & Tacca-Huamán, A. (2019). Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 323353. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.304>

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Moreles, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación Psimétrica de escalas PSS-14, AFA- R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300122

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. y Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad peruana de Medicina Interna*, 17(2), 37-42.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>

Varela-Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 33(2), 199-201.

<https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797001.pdf>

Wang, H., Li, T., Gauthier, S., Yu, E., Tang, Y., Barbarino, P., & Yu, X., (2020). Coronavirus epidemic and geriatric mental healthcare in China: How a coordinated response by professional organizations helped older adults during an unprecedented crisis.

International Psychogeriatrics. 32(10) 1117-1120.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184143/>

Zamora, Z. E. H., Sánchez, Y. E., & Hernández, A. M. N. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 5(12), 13-28.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3091280>

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Consentimiento Informado

Por este medio se invita a adultos mayores y sus cuidadores a participar en el proyecto de investigación “Impacto psicológico del coronavirus por SARS-CoV-2 y sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con deterioro físico y cognitivo”, dicha investigación es realizada por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y dirigida por la Dra. Karina Reyes Jarquín. El propósito general es recopilar información acerca del grado de confinamiento por COVID-19, así como conocer las repercusiones y/o impacto que este ha tenido en su vida y en sus actividades diarias.

Las actividades a realizar consisten en:

- a. La respuesta a cuestionarios, mismos que serán aplicados por los alumnos de la licenciatura en Psicología. En el caso de los cuidadores la aplicación se llevará a cabo en una sesión de 50 minutos aproximadamente. Mientras que, en el caso de los adultos mayores se requerirán 2 sesiones de 45 y 30 minutos respectivamente.
- b. Participación en un taller de una sesión con las temáticas “Envejecimiento saludable en tiempos de COVID-19” y “¿Cómo cuidar al cuidador?”

Debido a las condiciones sanitarias establecidas a causa de la pandemia derivada del COVID-19, la aplicación de los instrumentos y la participación en el taller se realizarán a través de videollamadas vía ZOOM, Google Meet o alguna plataforma similar (que serán videograbadas total o parcialmente), por lo que es necesario contar con un dispositivo con acceso a Internet.

La información que se obtenga durante su participación será utilizada con fines meramente académicos y de investigación, es decir, que en ningún momento se harán públicos sus datos personales. De esta forma, le garantizamos la plena y absoluta confidencialidad y anonimato de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y material obtenido. Es importante mencionar que su participación no tendrá consecuencias físicas y/o psicológicas, y que, si lo considera pertinente, es libre de abandonar el estudio y cancelar su participación en cualquier momento.

En caso de tener alguna duda o querer conocer sus resultados, puede solicitarlos en el siguiente correo: proyectocuidadoresyadultos@gmail.com

He leído y/o escuchado la información y la importancia de mi participación en este estudio. Acepto ser partícipe del mismo y que se grabe mi información en formato de audio y video.

Nombre y firma

Le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento por su participación y la honestidad de sus respuestas.

Ficha de datos sociodemográficos (AM)

1. **Nombre completo:** _____

2. **Género:** Masculino () Femenino ()

3. **Edad:** _____

4. **Estado civil:**

Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

5. **¿Cuál es su nivel máximo de estudios?**

Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria o nivel técnico () Bachillerato ()

Profesional () Posgrado ()

6. **¿Está enfermo en estos momentos?** Sí () No ()

7. **¿Cuál es la enfermedad o enfermedades que padece?**

8. **Actividad principal**

Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, jubilado o pensionado ()

Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC)

El *Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus* (CIPC) es un instrumento diseñado para evaluar diversos aspectos psicológicos asociados al coronavirus, especialmente el impacto de tipo emocional.

Escala de Miedos al Coronavirus (EMC)

Indique marcando con una **X** el número que corresponda, cuánto miedo y preocupación ha experimentado durante el periodo de confinamiento cuando piensa en las situaciones que se indican a continuación relacionadas con el coronavirus

1 = Nada o casi nada

2 = Un poco

3 = Bastante

4 = Mucho

5 = Muchísimo o extremadamente

	1	2	3	4	5
1. Que usted pueda contagiarse del coronavirus					
2. Que usted pueda morir debido al coronavirus					
3. Que se contagie algún familiar o algún ser querido					
4. Que pueda morir algún familiar o algún ser querido					
5. Que se siga propagando el coronavirus					
6. Que usted pueda perder su trabajo o parte de su trabajo					
7. Que usted o algún familiar tenga que salir de casa (hacer compras, ir a trabajar, etc.)					
8. Que usted pueda perder ingresos económicos					
9. Que algún familiar o algún ser querido pierda el trabajo					
10. Que usted pueda contagiar a algún familiar o ser querido					
11. Que usted pueda enfermar o que se agrave alguna enfermedad que ya tenía					
12. Que escaseen los alimentos u otros productos de primera necesidad					
13. Que le ocurra algo grave (un accidente, una enfermedad, etc.) y tenga que ir a urgencias					
14. Que pueda quedarse sin cosas importantes en casa (alimentos, productos de farmacia, etc.)					
15. No poder ver a familiares o amigos íntimos					
16. No poder celebrar cosas importantes (un bautizo, una comunión, una boda, etc.)					
17. Ver/oír noticias o historias sobre el coronavirus					
18. Estar aislado/a socialmente					

Escala de Distrés (ED)

A continuación, se indican varias experiencias emocionales que puede tener la gente con mayor o menor frecuencia. Por favor, indique marcando con una **X** el número que corresponda, con qué frecuencia ha experimentado durante el confinamiento cada una de las experiencias emocionales siguientes:

1 = Nunca o casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Bastantes veces

4 = Muchas veces

5 = Siempre o casi siempre

	1	2	3	4	5
1. ¿Ha sentido mucha ansiedad o miedo?					
2. ¿Se ha sentido muy triste o deprimido/a?					
3. ¿Se ha sentido muy preocupado/a por muchas cosas sin poder controlarlo?					
4. ¿Se ha sentido solo/a o aislado/a?					
5. ¿Ha sentido desesperanza con respecto al futuro?					
6. ¿Se ha sentido irritable, con ira o agresión?					
7. ¿Se ha sentido muy nervioso/a?					
8. ¿Se ha sentido agobiado/a o estresado/a?					
9. ¿Se ha sentido intranquilo/a o inquieto/a?					
10. ¿Ha tenido problemas para dormir (ha dormido mal)?					
11. ¿Ha tenido ataques de ansiedad o pánico?					

Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP)

En relación con el coronavirus, seleccione marcando con una **X** el número que corresponda, con qué frecuencia le ha ocurrido a usted durante el periodo de confinamiento lo que indica a continuación:

1 = Nunca o casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Bastantes veces

4 = Muchas veces

5 = Siempre o casi siempre

	1	2	3	4	5
1. ¿Ha tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus?					
2. ¿Ha tenido pesadillas o no ha podido dormir por imágenes del coronavirus?					
3. ¿Estos pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus han provocado que se sienta abrumado o agobiado?					
4. ¿Ha intentado evitar esos pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus?					
5. ¿Los recuerdos del coronavirus le han producido reacciones físicas, como sudoración o taquicardia?					
6. ¿Algunas imágenes perturbadoras sobre el coronavirus han invadido su mente?					
7. ¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado sus relaciones familiares o sus relaciones con los amigos?					
8. ¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado su trabajo o las actividades de su vida diaria?					

Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA)

A veces una situación adversa puede hacernos ver o vivir experiencias positivas. La situación del confinamiento tiene muchas cosas negativas, pero para algunas personas también puede tener consecuencias positivas. Por favor indique marcando con una **X** el número que corresponda, hasta qué punto es aplicable a usted lo que se dice a continuación relacionado con el periodo de confinamiento:

1 = Nada o casi nada aplicable a mí

2 = Algo aplicable a mí

3 = Bastante aplicable a mí

4 = Muy aplicable a mí

5 = Totalmente aplicable a mí

	1	2	3	4	5
1. He aprendido a organizar mejor mi tiempo libre para no aburrirme.					
2. He descubierto aficiones nuevas o actividades que nunca antes había realizado y que me gustan.					
3. Me he hecho más religioso o espiritual					
4. Ha cambiado mi escala de valores y ahora valoro y aprecio cosas que antes no valoraba o apreciaba					
5. Me he interesado más por la gente que me importa, por si se encuentran bien física y emocionalmente					
6. Me ha gustado pasar más tiempo con mi familia o personas con las que vivo					
7. Me ha gustado tener más tiempo libre para mí					
8. Me intereso por el futuro más que antes					
9. He aprendido a apreciar más lo que tenemos («no se aprecian las cosas hasta que las pierdes») en vez de buscar siempre lo que no tenemos					
10. He aprendido a valorar más las relaciones personales					

11. He aprendido a valorar más los beneficios de las actividades al aire libre					
12. He disfrutado de actividades lúdicas con mis familiares (jugar a las cartas, aprender a cocinar algo, etc.).					

Mini Examen Mental de Folstein

*El participante deberá tener una hoja de papel y un lápiz o pluma

*El aplicador requerirá dos diapositivas de PowerPoint, un reloj y un lápiz

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	Asigne un punto por cada respuesta que sea correcta. ORIENTACIÓN
5	()	¿Qué fecha es hoy? () ¿En qué año estamos? () ¿En qué mes estamos? () ¿Qué día del mes es hoy? () ¿Qué día de la semana? () ¿Qué hora es aproximadamente? ()
Calificación Máxima	Calificación Obtenida	
5	()	¿En qué lugar se encuentra? () ¿En qué país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()

<p>Calificación Máxima</p> <p>3</p>	<p>Calificación Obtenida</p> <p>()</p>	<p>REGISTRO Repita las siguientes palabras:</p> <p>Papel ()</p> <p>Bicicleta ()</p> <p>Cuchara ()</p>
<p>Calificación Máxima</p> <p>5</p>	<p>Calificación Obtenida</p> <p>()</p>	<p>ATENCIÓN Y CÁLCULO Pedirle a la persona que: Debe contar para atrás restando de 7 cada vez, por ejemplo; $100 - 7 = 93$; $93 - 7 = 86$. Intente sólo 5 veces.</p> <p>79 ()</p> <p>72 ()</p> <p>65 ()</p> <p>58 ()</p> <p>51 ()</p>
<p>Calificación Máxima</p> <p>3</p>	<p>Calificación Obtenida</p> <p>()</p>	<p>EVOCACIÓN ¿Recuerda las tres palabras que le pedí que me dijera hace rato?</p> <p>Papel ()</p> <p>Bicicleta ()</p> <p>Cuchara ()</p>

Puntaje Total		
----------------------	--	--

Marque con una **X** el diagnóstico probable.

- De 24 a 30 puntos = Normal
- Igual o menor de 23 = Deterioro cognitivo leve
- Igual o menor de 17 = deterioro cognitivo severo

Perceived Stress Scale (PSS)

Marca con una “**X**” la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = De vez en cuando

3 = A menudo

4 = Muy a menudo

Durante el <i>último mes</i>	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?					
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?					
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? *					
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida? *					
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales? *					
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien? *					

8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?					
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida? *					
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo? *					
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)? *					
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					

SCIP-S

Forma 1

AV-I. Aprendizaje verbal inmediato

Instrucciones: En cada uno de los 3 ensayos, lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos entre palabras. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuántas palabras ha recordado en cada ensayo. Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos".

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											
E2											
E3											

Instrucciones: Perseveraciones:

11 12 13

AV-I

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las tríadas (series de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera tríada se introduce una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "Inicio" de la tarea de interferencia). La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, que se indica en la columna "Demora" (3, 9 o 18 segundos).

Estímulos	Tarea de Interferencia		Respuesta	Correctas (0, 1, 2 o 3)
	Inicio	Demora (Seg.)		
Q-L-X	---	---		
H-J-T	---	---		
X-C-P	94	18		
N-D-J	109	9		
F-X-B	53	3		
J-C-N	46	9		
B-G-Q	117	18		
K-M-C	48	3		

TOTAL

MT

FV. Fluidez verbal

Tiempo: 30 segundos por ensayo

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra que se indica en cada uno de los 2 ensayos (letra estímulo). El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

Estímulo: C

Estímulo: L

Total C + Total L =

Instrucciones: Perseveraciones:

FV

AV-D. Aprendizaje verbal diferido

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerde de las que se le leyeron en la prueba AV-I. **No lea las palabras otra vez.**

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											

Instrucciones: Perseveraciones:

AV-D

VP. Velocidad de procesamiento

Tiempo: 30 segundos

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse, lo más rápido posible, las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento que aparecen sombreados.

A	V	C	U	G	Y
·-·	···-	-·-·	··-	--·	-·--

G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

TOTAL

VP