



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Deterioro cognitivo, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores post-confinamiento

T E S I S ◯
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA ◯
P R E S E N T A (N)

Daniela Morales Soto

Directora: ◯ Dra. ◯ **Karina Reyes Jarquín**

Dictaminadores: Dra. ◯ **Brenda Sarahí Cervantes Luna**

Dra. ◯ **María Leticia Bautista Díaz**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, (Fes Iztacala), 2025.



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

Tengo mucha emoción de expresar agradecimiento a todos aquellos que estuvieron acompañándome en este proceso para poder llevar a cabo este nuevo avance en mi vida académica.

Primeramente, agradezco a Dios y a la vida por poder llegar hasta aquí y bendecirme siempre. Así mismo, quiero agradecerles a mis padres, las figuras más importantes en mi vida, por ser unos excelentes guías, un gran apoyo, inspiración y enseñarme a esforzarme para ser siempre una mejor versión de mí, los amo y esto no se hubiera logrado sin haber creído y confiado en mí, Marycarmen y Julián, esto es por y para ustedes, los amo de corazón, gracias.

A mis hermanas, mi ratonga y polluela; Faby y Lups, que me han acompañado en los desvelos brindando su apoyo, espero que sirva de inspiración y crecimiento para sus vidas, las amo y son una gran fuente de motivación.

A la señora Elia que ha sido como una segunda madre en mi dinámica familiar, muchas gracias por cuidarme, cuestionarme y estar gran parte de mi vida brindando enseñanzas.

A cada uno de mis profesores que tienen amor a su profesión, enseñando y modificando lo necesario para ser una mejor alumna dentro de la psicología basada en evidencia, destacando principalmente a la Dra. Karina, quien aparte de ser una excelente académica, explicaba y guiaba para que este proyecto de tesis se concluyera de la mejor manera, agradezco completamente su apoyo, todo mi aprecio, respeto y admiración, muchas gracias.

Igualmente agradezco al Mtro. Ernesto, por mostrar la calidez y la maravilla en la psicología clínica, es un excelente académico que impulso y resolvió mis dudas durante mi trayecto final de la carrera, muchas gracias.

A la Dra. Brenda y la Dra. Ma. Leticia, por darme la oportunidad de ser su tesista en este proyecto, son unas excelentes académicas, que admiro y respeto.

A mis compañeros, que estuvieron apoyando dentro y fuera de este proyecto, creciendo juntos como personas profesionales, Jacque, Luis, Karen, Cris, muchas gracias por darme la oportunidad de aprender juntos y ayudar a la elaboración de este proyecto.

A mis amistades que, de igual forma, me sostuvieron para no dejar de creer en mí, Jacque, eres una amiga que admiro y quiero demasiado, he aprendido mucho de ti que no hay solo palabras para decir que es una bendición coincidir contigo en la carrera; Xime, eres alguien que agradezco conocer y me da paz pasar tiempo contigo, Santi, muchas gracias por ser tan cálido, atento y por apoyarme al momento de redactar esta tesis, años de amistad, los cuales puedo apreciar; Vane, igualmente siendo una amistad sumamente relevante en mi vida, agradezco por acompañarme en este logro, por tus bromas, por tu cariño y por seguir aquí; Erick, simplemente gracias, porque sin ti, no estaría aquí, buenos y malos momentos siempre será un placer poder compartir contigo; Andy te agradezco por creer, confiar y madurar juntos, te tengo en mi corazón; Antonio, tú me has enseñado muchas cosas tanto en la vida como en la parte académica, eres especial para mí, te admiro, valoro, y aprecio desde el corazón, 520. Gracias a cada uno, quiero compartir este logro con ustedes, así como ustedes me han compartido su cariño.

Al INAPAM, por darme la oportunidad de trabajar en sus casas de día, por su calidez y atención brindada, a las personas adultas mayores que participaron en este proyecto, por compartir un poco de sus vidas, confiar y apoyar.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por poder pertenecer a una excelente escuela y brindar conocimiento a través de sus profesores en cada una de sus aulas.

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

Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Marco teórico	9
Capítulo 1. Envejecimiento y Vejez.....	9
1.1 Definición y Características	9
1.2 Estadísticas del adulto mayor.....	12
1.2.1 Estadísticas del adulto mayor en el mundo	12
1.2.2 Estadísticas en México del adulto mayor.....	13
1.3 Características físicas y cognitivas del adulto mayor	14
1.4 Institutos enfocados para el cuidado del adulto mayor.....	15
Capitulo 2. Deterioro cognitivo	23
2.1 ¿Qué es el deterioro cognitivo?	23
Capitulo 3. Factores de riesgo del deterioro cognitivo	24
Deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	25
3. Factores positivos asociados al desarrollo de la persona adulta mayor	26
3.1 Bienestar psicológico	26
3.2 Satisfacción con la vida	28
3.3 Resiliencia.....	30
Planteamiento Del Problema	32
Justificación.....	33
Metodología	34

Pregunta de investigación	34
Objetivo general	35
Hipótesis	35
Pregunta de investigación	35
Resultados	44
Discusión.....	60
Referencias.....	68

Resumen

En el mundo y en México, se ha registrado un notable incremento de la población adulta mayor. La salud y el bienestar psicológico son aspectos fundamentales en la vida de las personas adultas mayores, la pérdida de funciones cognitivas, pueden afectar significativamente su bienestar y calidad de vida.

El presente trabajo tuvo el objetivo de evaluar la relación del deterioro cognitivo, con la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores derivadas de una muestra comunitaria y adultos mayores asistentes de casas de día del INAPAM. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas en crecimiento personal ($27.76 > 19.24$) con puntajes mayores en los asistentes de casas de día del INAPAM y aprendizaje verbal inmediato ($28.11 > 17.66$), memoria de trabajo ($27.04 > 18.77$), aprendizaje verbal diferido ($27.15 > 18.66$) y velocidad de procesamiento ($27.30 > 18.50$) con puntajes mayores en la muestra comunitaria. Así como correlaciones significativas en la muestra comunitaria entre funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico ($r = .537, p < .01$), y funcionamiento cognitivo y crecimiento personal ($r = .589, p < .01$). Respecto a los asistentes a casas de día del INAPAM se observaron correlaciones entre satisfacción con la vida y propósito en la vida ($r = .421, p < .05$), y entre bienestar psicológico y resiliencia ($r = .547, p < .01$). En conclusión, esta investigación aporta datos relevantes sobre los adultos mayores en México, evidenciando que el entorno influye en la satisfacción con la vida, bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo lo cual fomenta un envejecimiento saludable.

Palabras clave: *Funcionamiento cognitivo, personas adultas mayores, satisfacción con la vida, bienestar psicológico, resiliencia.*

Introducción

La población de personas adultas mayores ha ido en incremento con el paso de los años, Domínguez y Seuc (2005) advierten que el envejecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno relevante en las últimas décadas, acompañado por un aumento en la tasa epidemiológica caracterizada por un mayor impacto de enfermedades crónicas no transmisibles. Este escenario plantea importantes retos para el sector salud, especialmente ante el creciente número de personas mayores de 60 años. En el contexto mexicano, Barba (2018) señala que los patrones conductuales influenciados por aspectos económicos, sociales, culturales, y la mayor esperanza de vida han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en el país. La CONAPO (2025) menciona que en México existen 17,121,580 millones de personas adultas mayores, lo cual corresponde al 12.8% de la población.

Esta situación ha generado una problemática compleja en la población adulta mayor, donde no todas las personas cuentan con las mismas condiciones socioeconómicas, lo cual repercute en sus oportunidades para acceder a una buena calidad de vida y satisfacción de vida y por ende un bienestar psicológico positivo (Bruno y Alemán, 2016).

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la relación entre el deterioro cognitivo, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y la resiliencia en personas adultas mayores, tanto de una muestra comunitaria como de asistentes a casas de día del INAPAM.

Para el primer capítulo de esta tesis se mencionará la diferencia entre los términos de envejecimiento y vejez, puesto que es una constante que algunos confundan los términos, o bien los conceptualicen como un sinónimo entre sí, el envejecimiento se define como un proceso que se desarrolla a partir de la concepción del individuo, mientras que la vejez se define como una etapa dentro del proceso del envejecimiento, el cual desglosa diferentes características a partir del enfoque en el que se mencione.

De igual forma, se derivan las estadísticas presentadas con relación a las personas adultas mayores, en este contexto se detalla información de manera global y nacional respecto a la situación sociopolítica, económica, cultural y de salud; además, en este capítulo se mencionan los centros y/o

instituciones involucradas en el mejoramiento y seguimiento del bienestar, cuidado y asesoramiento de las personas adultas mayores en México.

Continuando con el capítulo dos, se define y describen las características del deterioro cognitivo en dicha población, tomando en cuenta algunos de los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de presentarse alguno de ellos durante la vejez, e igualmente la comparación de algunos de los estudios que se han hecho con respecto al deterioro cognitivo.

Posteriormente para el capítulo tres se detalla sobre algunas variables que determinan un desarrollo óptimo para la población, en este caso, enfocado en la población de interés. Entre ellos se encuentra el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, y la resiliencia. Cada variable es muy importante para conocer si existen diferencias con respecto al contexto en el que se encuentran las personas adultas mayores.

El siguiente capítulo de este trabajo está enfocado en la descripción y desarrollo de la metodología ocupada en la investigación, continuando con los resultados y la discusión de estos, y finalmente las conclusiones.

Marco teórico

Capítulo 1. Envejecimiento y Vejez

1.1 Definición y Características

El envejecimiento y vejez son dos conceptos distintos, pero no aislados entre sí, por un lado, el envejecimiento se define por Alvarado y Salazar (2014) como un proceso que se desarrolla a partir de la concepción del individuo, se establece como un constructo cognitivo donde se asignan atributos y características a partir de un proceso cronológico, o bien lo que define la OMS (2007) desde un punto de vista biológico, como un proceso fisiológico donde se acumula el daño molecular y celular.

El termino de envejecimiento si bien se define desde lo individual también se puede definir a partir de lo poblacional, donde el primero se comprende como el proceso de evolución/fisiológico mientras que el segundo se conforma por el incremento del número de adultos mayores con relación a la población a la que pertenecen (Pinilla, et al., 2022).

El envejecimiento lleva consigo transformaciones en la actividad de las personas dentro de la sociedad, debido a las responsabilidades que le son atribuidas asociadas a su edad, por lo que al superar entre los sesenta y sesenta y cinco años se les es catalogado como personas adultas mayores (Lozano-Poveda, 2011).

El envejecimiento es visualizado primeramente como una evolución continua, posteriormente como un cambio en el funcionamiento y bienestar físico del individuo, donde al mismo tiempo se puede acumular experiencia, pero deteriorar su salud física y/o psicológica, lo que como consecuencia se les es asignado roles en específico dentro del entorno en el que se encuentra.

Cabe mencionar que el envejecimiento es un proceso individual ante su edad, contexto, funcionalidad y cuidado de cada persona, lo que no refleja una realidad global del envejecimiento, sino que es definido en tres clasificaciones; envejecimiento primario, envejecimiento secundario y envejecimiento activo o saludable.

Por un lado, el envejecimiento primario está relacionado con cambios naturales y anticipados que ocurren con la edad de manera intrínseca, progresiva e inevitable, lo cual se relaciona con una percepción positiva ante la vida, lo que genera deseo a una vida longeva (Hechavarría, et al., 2018). La investigación del envejecimiento primario se centra en factores moleculares, procesos biológicos y

mecanismos genéticos, Mañas (2001) destaca características principales en dicho envejecimiento como; universalidad (afecta a todos los organismos vivos), independencia de factores externos (intrínseco), progresividad (de evolución gradual), etereidad (reductor de la competencia funcional) e irreversibilidad.

Mientras que el envejecimiento secundario se refiere a los efectos derivados de enfermedades crónicas y un cuidado inadecuado de las mismas (Hansen, 2002), o bien, cuando los seres humanos han sido expuestos a diversos fenómenos aleatorios y selectivos, los cuales a la larga generan un cambio al envejecimiento habitual (primario) por lo que el individuo no presenta homeostasis (Rodríguez, 2001).

Esto de igual forma puede desglosarse a partir del envejecimiento saludable o activo otra clasificación que se le da, donde se destaca que la vida de una persona adulta mayor debe tomarse como un periodo normal del ciclo de vida y que de igual forma su vivencia se puede realizar óptimamente y tener una satisfacción y bienestar personal.

El término de envejecimiento activo o saludable fue usado por primera vez por la OMS en los años noventa y según Hernández, y Pérez (2016). se define como un proceso de desarrollo y preservación de la capacidad funcional el cual posibilita el bienestar durante la vejez, a partir de la promoción y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y/o psicológicas), o bien, que aquellas personas con una disminución de la capacidad funcional tengan la oportunidad de desenvolverse adecuadamente en su vida diaria.

Del mismo modo la OMS (2002) menciona que el proceso de envejecimiento saludable o activo tiene oportunidades y beneficios para la salud de la población mundial, lo que refleja un aumento de bienestar físico, social y psicológico en todo su ciclo vital, junto con la inclusión en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, reconociendo los derechos humanos de las personas adultas mostrando independencia, participación, dignidad y asistencia.

Por otro lado, la vejez ha sido definida por diversos autores a partir de diversos enfoques, por ejemplo, Zetina (1999) destaca cuatro enfoques: el demográfico, el biológico, el cultural y el experimental.

Comenzando con el enfoque demográfico, este establece que en México la población de adultos mayores ha experimentado un aumento significativo, lo que ha requerido ajustes en el sistema médico, familiar y económico de la sociedad (Zetina, 1999).

También Ochoa-Vázquez, et al. (2018), refiere cambios en la estructura social con un aumento en el porcentaje de personas mayores de 60 años, lo cual se relaciona con un aumento en la esperanza de vida y una disminución en la natalidad.

La vejez demográfica en México se encuentra presente desde hace unos años, la cual es denominada también como una transición demográfica, inicialmente este cambio se presentó entre la década de 1930 hasta la década de 1960 con años de mayor fecundación y por ende más nacimientos y posteriormente entre los años de 1970 se disminuyó el porcentaje de natalidad (Consejo Nacional de Población, 2006). Sin embargo, esto se ha mantenido por más de 50 años, debido a las condiciones económicas y sociales que ha vivido el país, aumentando tentativamente a 15 años más la esperanza de vida.

A partir de ello, Mañas (2001) menciona que dentro del sistema sanitario o de la salud se han derivado cambios debido a que, la forma de enfermar en la población ha sido distinta, por lo que se ha tenido que adaptar a atención, especialización e investigación de las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan especialmente en población con mayor edad.

De igual forma, se presenta un problema tanto político, como social a partir de la vejez demográfica, ya que es muy común que a una gran parte de la población de personas adultas mayores se les excluya de oportunidades laborales, lúdicas, sociales, familiares, entre otras, donde no se les toma en cuenta sus derechos humanos, ni se les da un apoyo para conocer los derechos que cuentan, Montes y González (2012) mencionan que partiendo de esta idea, se han creado políticas públicas en México con la finalidad de generar mayor bienestar y desarrollo en las personas adultas mayores y que así mismo se les incluya a la sociedad, donde se puede destacar que el INAPAM, es una institución que se creó con la finalidad de adaptar e implementar acciones para satisfacer eficazmente las necesidades que presentan las personas mayores de 60 años de edad y en adelante.

Desde la parte biológica es definido de dos formas, primeramente, es definida por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020) como el quiebre y desgaste de la funcionalidad del

cuerpo humano, presentando un aumento en el malestar físico a partir de los 50 años de edad e incrementando un 10% cada 5 años. O bien, Bazo (1998) la define como la disminución de capacidades físicas y cognitivas del individuo. En cambio, Lago y González (2019) lo catalogan como una consecuencia a partir de la calidad de vida que ha tenido la persona a partir de su nacimiento hasta la senectud.

Continuando con el enfoque cultural, la definición de vejez ha evolucionado a lo largo del tiempo, tomando en cuenta el contexto histórico y social. Según Rodríguez (2011), en culturas romanas y griegas la vejez era vista como una "desdicha", mientras que en el medio oriente se valoraba su "papel importante en la sociedad por su sabiduría".

Por último, desde la perspectiva experimental de la conducta Montalvo (1997), define a la vejez como “un proceso biológico, psicológico y social, donde cada uno de los procesos, tiene su propia forma de definir al individuo en su respectiva etapa de vejez” (p. 462). La perspectiva experimental resume los demás enfoques con respecto a las vivencias que pueden presentar las personas con el paso del tiempo hasta llegar a la vejez, donde se tendrá una experiencia individual y a la vez colectiva, lo cual determinará las conductas y elecciones que tome el individuo.

Por otro lado, Vaillant y Mukamal (2001) mencionan que el término de vejez está presente en el desarrollo y maduración de la persona, lo cual se puede ver reflejado con su comportamiento y aceptación de sí mismo y de quien lo rodea, debido a que las personas realizan una atribución de características la cual se caracteriza por una agrupación de conceptos y creencias sobre el periodo final de la vida.

1.2 Estadísticas del adulto mayor

1.2.1 Estadísticas del adulto mayor en el mundo

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (2022) desglosa información de la población de personas adultas mayores desde 1957 hasta el año 2022, donde se ha documentado un análisis de tendencias demográficas históricas. Desde 1960 se ha presentado un incremento en las personas adultas mayores, puesto que ha existido un mayor índice de esperanza de vida. En dicho año se evidenció que residían 143 millones de personas adultas mayores en el mundo y que aumentaron las cifras exponencialmente con el paso de los años.

La OMS (2022) menciona que el envejecimiento de la población se ha asociado principalmente con las regiones más desarrolladas del mundo, donde los países con mayor población (Japón, Alemania, Italia y algunos países europeos) se verán modificados por el aumento de personas adultas mayores.

En América Latina y el Caribe se conoce que aproximadamente 92 millones de personas se encuentran entre los sesenta años o más, lo cual representa el 13.8% de la población total. Se estima que al final de la década, es decir, en 2030, la población de sesenta años y más, en América Latina y el Caribe habrá incrementado a 23 millones, alcanzando los 115 millones, lo que representará el 16.5% de la población total (ONU, abril del 2023).

1.2.2 Estadísticas en México del adulto mayor

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), se estimó que, en agosto del 2022, residían aproximadamente 17 958 707 personas de 60 años y más (personas adultas mayores) lo cual corresponde al 14 % de la población total del país. En el caso de los hombres, corresponde al 13 % total de la población masculina, mientras que en las mujeres, este corresponde al 15% total de la población femenina. De igual forma se destaca que más de la mitad de este grupo tiene entre 60 y 69 años (10,050,274 personas). Mientras que el 26% (4,669,276 personas) se encuentra entre el rango de 70 a 79 años y un 18% (3,232,367 personas) a partir de los 80 años y más (INEGI, septiembre 2022).

García Peña y Robles Jiménez (2013) afirman que la proporción de personas adultas mayores en el país es la que crece más rápidamente desde hace más de 15 años a diferencia de los demás países de América latina, donde se destaca que en el año 2012 se estimaban 7.5 millones de personas y dicho número incrementa exponencialmente a un ritmo anual de 3.75%.

Con lo concerniente a la salud, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), encontró que las enfermedades que más daño causaron en el 2021 fueron hipertensión arterial en un 43.3%, diabetes en un 25%, artritis con 10.7%, aunado a la pandemia de COVID-19, donde se encontró que el 12.6% tuvieron la enfermedad.

Por su parte, se realizó una encuesta con respecto a la evaluación cognitiva de las personas mayores, en donde se deseaba estimar la prevalencia y/o factores de riesgo en la demencia y otros deterioros cognitivos en personas adultas mayores, hallando que entre un 49% a 51% consideraban

tener una memoria regular, obtenido a partir de una muestra de 13 463 personas adultas mayores de entre 50 y más años (INEGI, Julio 2023).

1.3 Características físicas y cognitivas del adulto mayor

Las personas adultas mayores se enfrentan a la modificación en el funcionamiento y composición de sus sistemas, lo que en algunos casos como consecuencia producen problemáticas, deterioros o enfermedades; si bien el cuerpo humano cuenta con 14 sistemas o aparatos, Salech, et al. (2011) engloban 5 sistemas que presentan cambios importantes, donde se encuentra el sistema renal, cardiovascular, muscular, metabólico y nervioso central, destacando la prevalencia en alteraciones que implica limitantes en sus funciones.

Comenzando con el sistema renal, se ha encontrado que los principales factores que deterioran dicho sistema son la comorbilidad de padecimientos como la diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, etc.; la ingesta de drogas (alcohol, tabaco, éxtasis, etc.); los malos hábitos alimenticios y de actividad física, sin descartar la genética; como resultado, el sistema renal sufre cambios funcionales como estructurales, disminuyendo su tamaño, engrosando las arterias renales y generando en algunos casos mutaciones (García y Jiménez, 2018).

Continuando con el sistema metabólico, este presenta cambios que causan molestia y daño en las personas adultas mayores, ya que se presenta mayor propensión al desarrollo de acidosis metabólica moderada frente a sobrecarga ácida, con disminución de acidificar la orina y de la excreción de amonio urinario, por lo que Solano (2009) menciona que se presenta un aumento de peso, problemas para la regulación de glucosa (insuficiencia a la insulina) y como una consecuencia en ciertos casos terminando en un síndrome metabólico.

Mientras que el sistema cardiovascular principalmente se ve afectado por cambios a nivel bioquímico, fisiológico y morfológico. Ocampo y Gutiérrez (2005) destacan el aumento de peso del corazón, disminución de miocitos, aumento de células miocárdicas, rigidez miocárdica, disminución en la densidad de las fibras de conducción, etc.

De igual forma, durante esta etapa el sistema muscular exhibe cambios como la pérdida de masa muscular, el aumento de grasa, y la disminución en la fuerza de la persona, lo que puede generar caídas y accidentes (Salech, et al., 2011).

Por último, el sistema nervioso central, presenta modificaciones a nivel físico y cognitivo, ya que dificultan el funcionamiento de los demás sistemas, a partir de cambios a nivel funcional y bioquímico en diversos circuitos neuronales sin que se produzca una muerte neuronal importante (Von Bernhardi, R 2005).

Bentosela y Mustaca (2005) mencionan que en esta etapa se pueden presentar alteraciones en el procesamiento, aprendizaje y recuperación de la nueva información, la solución de problemas y la rapidez de la respuesta, puesto que el sistema nervioso central juega un papel importante en el funcionamiento cognitivo de la persona adulta mayor.

Mientras que Petretto et al (2016) exponen que existen diversos factores de riesgo que modifican el proceso de envejecimiento en las personas, donde en su mayoría pueden ser modificados a partir de sus hábitos y que los mismos se relacionan muchas veces con la edad; sin embargo, no define que sean dependientes a un peor o mejor envejecimiento, así mismo destaca la importancia de los factores intrínsecos de la persona, puesto que algunos factores sociales y psicológicos modifican la percepción y progresión de una satisfacción vital, junto con un bienestar.

Lo cual se relaciona con lo mencionado por Baltes y Baltes (1990) ya que conciben al envejecimiento como una balanza dinámica entre las pérdidas y las ganancias, donde las personas tienen la capacidad de equilibrar las pérdidas y mantener un nivel de satisfacción elevado en su día a día.

1.4 Institutos enfocados para el cuidado del adulto mayor

Existen diversos factores los cuales incitan a las familias a buscar ayuda especializada para la atención de sus personas adultas mayores, que van desde el desconocimiento del cuidado requerido, el interés propio de las personas adultas mayores para desarrollar nuevas habilidades con individuos con quienes comparten situaciones en común, hasta la falta de tiempo para brindar los servicios de salud (García, 2019).

En México, en años pasados no era de suma importancia el cuidado de las personas adultas mayores, debido a que la esperanza de vida limitaba la existencia de los mismos, Leal Mora, et al. (2006) mencionan que en los tiempos de la colonización española la atención a dicha población iba dirigida especialmente a personas con discapacidades, o limitaciones físicas, siendo específicamente

realizadas por medio de grupos religiosos como un acto de caridad, dado que las entidades gubernamentales no participaban en dicha labor.

Actualmente existen diversos estudios que mencionan el aumento exponencial de la población adulta mayor, por ejemplo el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en el 2023 menciona que en América latina y el caribe ha habido una disminución de población menor a 30 años y que por el contrario existe un aumento de población mayor de 50 años, donde se estima que en el 2029 residirán más personas de 60 años o más, lo cual ha generado que con el paso de los años se busquen diversos servicios ya sean públicos o privados, los cuales se encuentren especializados con las problemáticas físicas o psicológicas que se presentan en la población de personas adultas mayores.

En México hoy en día existen 819 Asilos y centros especializados para el cuidado de la persona adulta mayor, donde el 85% corresponde al sector privado, y solo un 15% al sector público, de acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del INEGI (2018).

Puesto que en México se encuentran menos instituciones públicas que se enfocan en el cuidado y bienestar de las personas adultas mayores, se pueden mencionar de forma general aquellas que son mayormente conocidas a nivel nacional, entre ellas se encuentra el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en la ciudad de México (IAAM), la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

Comenzando con el DIF, esta institución comienza su labor en diciembre de 1982 con el objetivo de operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad.

Actualmente brindan apoyo a personas con discapacidad, con limitaciones económicas, y cuenta con centros enfocados en la prevención, rehabilitación e integración social. El centro de apoyo de la persona adulta mayor se inauguró en 1935.

El asilo Vicente García Torres el cual en un inicio comenzó de forma independiente, sin embargo, en 1982 se cede la responsabilidad al DIF, y con el paso de los años ha crecido para el beneficio de los servicios gerontológicos que brinda, actualmente toma el nombre de Centro Nacional

Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Vicente García Torres (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1995).

El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) menciona que existen centros a nivel nacional donde se trabaja a partir del modelo de atención, investigación y capacitación de especialistas de la salud, trabajando en casas hogar para adultos mayores a partir de seguimiento y el cumplimiento del ejercicio de sus derechos y la igualdad de oportunidades de dicha población

El DIF brinda dos modalidades para la atención, las casas hogar y asilos, los cuales se pueden mencionar principalmente los siguientes:

- Asilo Arturo Mundet. Av. Revolución 1445, Campestre, 01040, Ciudad de México
- Asilo Azcapotzalco “Vicente García Torres”. Av Azcapotzalco No. 59, San Álvaro, 02090, Azcapotzalco.
- Asilo Cuernavaca. Cerrada Tequesquitengo 103, Fraccionamiento Cuauhnáhuac, 62430, Cuernavaca.
- Asilo Oaxaca. Calle Manuel Sabino Crespo 509, Centro, 68000, Oaxaca de Juárez.

Dichos asilos son de permanencia, los cuales cuentan con servicios de alimentación de tres tiempos, asistencia médica las 24 hrs, toma de signos vitales, terapias físicas y habitaciones (Canitas, 2022).

Por otro lado, las casas hogar tienen como objetivo la realización de actividades lúdicas o recreativas, deportivas y educativas, entre ellas se encuentran los siguientes centros:

- Casa de día DIFEM. Bravo, Norte No. 404, Col. Centro, Toluca, México.
- Casa Hogar Olga Tamayo. Plan de Ayala esq. Cerrada de Tequesquitengo, Cuernavaca, Morelos.
- Casa Hogar Los Tamayo. Manuel Crespo 507 esquina Allende, Col. Figueroa Centro, C.P. 68000, Oaxaca, Oaxaca. (Gobierno de México [GOB MX], centros gerontológicos, 30 junio de 2022).

Continuando con el IAAM, ha sido creado en la Ciudad de México con el propósito de promover las políticas públicas por medio de programas estructurados y la información adecuada para

la atención integral y el seguimiento de los derechos de las personas adultas mayores. El IAAM fue fundado por el jefe de Gobierno el 29 de junio de 2007, donde por medio del programa de pensión alimentaria para adultos mayores de 68 Años Residentes de la Ciudad de México, se brindan servicios de:

1. Visita médica domiciliarias.
2. Visitas domiciliarias gerontológicas.
3. Atención judicial para víctimas de violencia familiar.
4. Escuela para mayores.
5. Mañana de películas (Raccanello, et al. 2014).

Existen 86 sedes las cuales están distribuidas en todas las alcaldías de la ciudad de México, las cuales mencionaré una de cada delegación a continuación;

- Álvaro Obregón. Centro de Salud T-III “Dr. Eduardo Jenner” Priv. Matamoros No. 21-23 Col. Santa Fe, C.P. 01210 entre Av. Vasco de Quiroga y Calle Matamoros.
- Azcapotzalco. Centro de Salud T-III “Dr. Galo Soberón y Parra” Calzada Camarones No. 485 Col. Electricistas C.P. 02060 Entre Calle Norte 87 y 1a. Privada de Tula.
- Benito Juárez. Centro de Salud T-III “Portales” Calzada San Simón 94 Col. San Simón Ticumac, C.P. 03660 entre Fernando Montes de Oca y Mario Rojas Avendaño.
- Coyoacán. Centro de Salud T-II “Santa Úrsula” San Pascasio Esq. San Jorge S/N Col. Santa Úrsula Coapa, C.P. 04650 Esquina San Jorge.
- Cuajimalpa. Centro de Salud T-III “Cuajimalpa” Av. Juárez S/N Col. Cuajimalpa, C.P. 05000 Esq. Cerrada de Juárez.
- Cuauhtémoc. Centro de Salud T-III “José María Rodríguez” Calz. San Antonio Abad N°350 Col. Asturias, C.P. 06850 Entre Toribio Medina y Viaducto Miguel Alemán.
- Gustavo A. Madero. Centro de Salud T-III "Dr. Rafael Ramírez Suárez" Av. Montevideo 555 esq. 17 de mayo Col. San Bartolo Atepehuacan C.P. 07730 Entre Calle 17 de mayo y Zapata.
- Iztacalco. Centro de Salud T-III “Dr. José Zozaya” Corregidora No. 135 Col. Santa Anita C.P. 08300 Esq. Av. Plutarco Elías Calles

- Iztapalapa. Centro de Salud T-III “Dr. Rafael Carrillo II” Av. Guadalupe Victoria No. 32 Col. Barrio San Lucas, C.P. 09000 Esq. Cerrada Victoria.
- Magdalena Contreras. Centro de Salud T-III “Dr. Ángel de la Garza Brito” Prolongación San Jerónimo S/N Col. Pueblo Nuevo Alto, C.P. 10640 Esq. Nogal.
- Miguel Hidalgo. Centro de Salud T-III “México España” Calz. Gral. Mariano Escobedo N°148 Col. Anáhuac, C.P. 11320 Entre Lago Iseo y Ferrocarril de Cuernavaca.
- Milpa Alta. Centro de Salud T-III “Dr. Gastón Melo” Av. Gastón Melo S/N, San Antonio Tecomitl, C.P. 12100 Frente a la Casa de Cultura "Olla de Piedra".
- Tlalpan. Coordinación de los Pueblos de Tlalpan Reforma 128 Pueblo San Andrés Totoltepec, C.P.14400 Entre 5 de mayo y 16 de septiembre.
- Tláhuac. Centro de Salud T-III “San Francisco Tlaltenco” Carlos A. Vidal S/N Pueblo San Francisco Tlaltenco C.P. 13400 Esquina Andrés Quintana Roo.
- Venustiano Carranza. Centro de Salud T-III “Dr. Luis E Ruiz” Av. H. Congreso de la Unión No 148 Col. El Parque, C.P.15810 Entre Stand de Tiro y Cecilio Róbelo.
- Xochimilco. Centro de Salud T-II “Nativitas” Carretera Vieja Xochimilco-Tulyehualco S/N Pueblo Santa María Nativitas C.P. 16450 Carretera Vieja Xochimilco-Tulyehualco.

Es importante mencionar que las sedes de forma general están especializadas en la atención física de las personas adultas mayores, en caso de que la persona adulta mayor tenga interés en solicitar servicios domiciliarios, como requisito; debe de tener más de 68 años, ser parte de algún grupo vulnerable y contar con el servicio de “Bienestar” (Canitas, 2022).

La creación de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México (SIBISO) fue el 30 de diciembre de 1994, en su manual administrativo del 2020 informan que su papel toma en cuenta la materia de inclusión, las políticas sociales, alimentarias, igualdad, información social, servicios sociales, y comunitarios, garantías y promoción de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Y es hasta el 1 de julio de 2007, que la Dirección General del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores como unidad administrativa de la Secretaría de Desarrollo Social comenzó su trabajo con la intención de promover la colaboración de distintas instituciones para la atención integral de las personas adultas mayores.

A partir del 2019 la SIBISO trabaja con el Instituto para el envejecimiento digno (INED), el cual ha generado nuevos sistemas de servicios para la población de personas adultas mayores, en donde se han enfocado en cinco áreas a trabajar, donde se destaca la salud física y afectiva, la autonomía y el cuidado, protección y dignidad, bienestar e inclusión y el fortalecimiento institucional (Gobierno de México [GOB MX], atención a personas adultas mayores, 6 de abril de 2020).

Actualmente se encuentran cuatro sedes en la ciudad de México las cuales se encuentran activas desde el 2021 y han sido establecidas para erradicar situaciones de abuso, abandono, discriminación o violencia e incentivar a un envejecimiento saludable y/o activo, las cuales se encuentran en:

- Sede Aragón. Av. 416, no.103, San Juan de Aragón, Gustavo A. Madero.
- Sede Agrícola. Calle Oriente 229-A, 42, Agrícola Oriental, Iztacalco.
- Sede Espiga. Calle Vainilla, puerta 14, Magdalena Mixhuca, Iztacalco.
- Sede Manzanares. Segundo callejón, Manzanares 11, Centro, Cuauhtémoc.

(SIBISO, 2024)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es una institución del gobierno federal a favor de las personas adultas mayores, la cual tiene como objetivo el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, brindar a este sector empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar, con el fin de reducir desigualdades de género, socioeconómicas o demográficas que cubran y sacien sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad individual en un entorno social incluyente.

Dentro del INAPAM se destacan diversos servicios establecidos correspondientes a las necesidades que informan las personas adultas mayores, entre algunos servicios se encuentra la institucionalización, la cual se puede realizar de forma total o parcial, es por ello que se da la atención a las personas adultas mayores en diversos albergues y residencias de día dentro del INAPAM

(Manual de procedimientos de albergues y residencias de día del instituto nacional de las personas adultas mayores [INAPAM], 2023.)

En México existen seis albergues los cuales tienen como objetivo, brindar servicios de rehabilitación física, cuidados, alimentación, terapia ocupacional, estimulación cognitiva, y estancia de 365 días las 24 horas. Cuatro se encuentran ubicados en la ciudad de México:

- Alabama. Alabama núm. 17, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alcaldía Benito Juárez. Ciudad de México.
- Gemelos. Gemelos núm. 10 y 14, Col. Prado Churubusco, C. P. 04230, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- Moras. Moras núm. 818, Col. Acacias, C. P. 03240, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.
- Nebraska. Nebraska núm. 180, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.
- Mientras que los dos restantes se ubican en Guanajuato (Nicéforo Guerrero) y Oaxaca (Celsa Aguirre).

Así mismo se encuentran seis casas de día, que tienen el objetivo de prestar sus áreas como estancia temporal en un horario de lunes a viernes de 08:00 a 15.00 horas, donde se brinda atención gerontológica desde una perspectiva de envejecimiento saludable (alimentación, cuidado de la salud, activación física, estimulación cognitiva y terapia ocupacional), a partir de actividades para la promoción del respeto a los derechos, integración y participación social, dichas casas de día se encuentran cinco en la Ciudad de México:

- Cerro San Andrés: Cerro San Andrés núm. 440, Col. Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, Ciudad de México.
- Corpus Christi: Sacramento núm. 25, Col. Corpus Christi, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01530, Ciudad de México.
- Dr. Atl: Dr. Atl núm. 29, Col. Villa Coapa, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14310, Ciudad de México.

- Guadalupe Proletaria: Calle 7 y Corona del Rosal, Col. Guadalupe Proletaria, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07600, Ciudad de México.
- Héroes del 47: Héroes del 47 núm. 79, Col. San Diego Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04120, Ciudad de México.
- Mientras que la sexta se encuentra ubicada en Zacatecas (Antonio de Haro Saldívar) (Gobierno de México [GOB MX], Albergues y residencias de día, 24 de enero 2023).

Como ya se mencionó, se han creado diversos espacios gubernamentales e instituciones que brindan atención especializada para las personas adultas mayores, lo cual destaca las necesidades que se han presentado en dicha población para mejorar su bienestar físico y psicológico, así mismo, se puede destacar que en su mayoría tienen un foco de atención en la promoción de derechos humanos que muchas veces son desconocidos por las personas adultas mayores, lo cual impacta de forma importante en el desarrollo fuera de los centros e igualmente se desarrollan actividades y talleres recreativos para llevar a cabo lo que se conoce como envejecimiento saludable.

Por otro lado, Meza y Martínez (2017) comentan que en México la atención que brindan dichas instituciones se centra en la atención en las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual se presenta en su mayoría en las provincias del país, generando un gasto presupuestal mayor en cada uno de los centros.

Como consecuencia no se brinda una atención favorable en algunas de las instituciones descuidando los casos particulares que no involucren un desgaste físico o visible, generando que los familiares o grupos de apoyo de la persona adulta mayor asistan a instituciones privadas (Procuraduría Federal del Consumidor [PROFECO], 16 de agosto 2018).

Ahora bien, las instituciones brindan servicios especializados al tratamiento y cuidado de personas adultas mayores que así lo necesiten, sin embargo, resulta importante conocer las diferencias que se han encontrado entre personas que llegan a asistir a alguno de ellos de forma frecuente y aquellos que no lo hacen

Herazo-Beltrán, et al. (2017) mencionan que resulta positivo y beneficioso que las personas adultas mayores asistan a centros, residencias o asilos, debido a que genera participación social por

medio de diversas actividades lúdicas, en consecuencia, los entornos sociales influyen en el proceso de envejecimiento, así pues, si las personas adultas mayores asisten a una institución especializada en su población, sus capacidades funcionales del tipo físico y/o cognitivas pueden verse mejoradas.

Los mismos autores encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de calidad de vida entre las personas que asisten a instituciones especializadas en su cuidado y aquellas que no lo hacen ($p=0.003^*$). En particular, se observaron diferencias en varias áreas: salud física ($p=0.000^*$), salud mental ($p=0.06^*$) y funcionamiento y desempeño físico ($p=0.000^*$). En este sentido, los adultos mayores que participan en un club geriátrico son quienes presentan las mejores condiciones

Un estudio adicional que aborda estas diferencias para cada grupo es el de Sarmiento y Escobar (2018) mostrando que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas mayores que asisten a instituciones especializadas en su cuidado, en comparación con aquellas que no lo hacen. Estas diferencias se manifiestan en varios aspectos de su salud.

En primer lugar, en cuanto a la salud física, se observa que las personas no institucionalizadas presentan una puntuación media de 63 puntos, mientras que aquellas que asisten a instituciones obtienen solo 44 puntos, lo que indica que, en general, los adultos mayores asistentes a instituciones tienen una salud física inferior.

Así mismo, en relación con la salud psicológica, aunque la diferencia no es tan pronunciada, las personas no asistentes a instituciones alcanzan una media de 56 puntos, en contraste con los 30 puntos de los asistentes a instituciones, lo que sugiere que la salud psicológica de quienes se encuentran en instituciones es considerablemente más baja.

Evidenciando resultados contrarios a lo esperado a partir de las puntuaciones que reflejan una mejor calidad en aquellos que no asisten a clubes o instituciones enfocadas en el adulto mayor.

Capítulo 2. Deterioro cognitivo

2.1 ¿Qué es el deterioro cognitivo?

El deterioro cognitivo es una patología que se encuentra asociada generalmente al envejecimiento, el cual se genera a partir de alteraciones en las funciones cognitivas básicas. Petersen (1999) define al deterioro cognitivo leve como un síndrome que presenta un déficit cognitivo superior

al esperado para la edad y nivel cultural del individuo, donde no se ven afectadas sus actividades de la vida diaria.

De la misma forma, Pérez (2005) menciona que el deterioro cognitivo es la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectuales las cuales se pueden detallar en ocho funciones cognitivas (memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial)

Por su parte, Viñuela (2019) indica que el deterioro cognitivo hace referencia a una disminución cognitiva, con respecto a un nivel previo, hecho que nos sugiere que haya un proceso patológico y que se presente una falta de competencia y de habilidades cognitivas no adquiridas durante el proceso de maduración.

Jaya, et al. (2018), describen al deterioro cognitivo en dos categorías, deterioro cognitivo amnésico y deterioro cognitivo no amnésico. El amnésico es principalmente caracterizado por una función de memoria reducida, la cual es presentada en la mayoría de los casos, por su parte, el no amnésico es caracterizado por una reducción de diversas funciones cognitivas de la memoria, donde se involucra la atención, el lenguaje o la habilidad visoespacial.

En los anteriores enunciados de forma general toman en cuenta el declive de la capacidad cognitiva al promedio o bien al esperado conforme la edad y el contexto en el que se encuentran, tomando en cuenta la memoria como la principal en sufrir alteraciones.

Por lo que se puede englobar al deterioro cognitivo como la disminución de distintas funciones cognitivas como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial, donde se pueden ver limitadas las actividades diarias si es que se presenta un deterioro cognitivo de moderado a grave.

Capítulo 3. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Hay factores que incrementan los riesgos de presentar algún tipo de deterioro cognitivo en las personas adultas mayores, Roque, et al. (2015) menciona que aquellos factores se caracterizan por ser

factores que no pueden ser del todo modificados por el individuo, sin embargo, existen algunos que se centran meramente en los hábitos que tiene la persona, dañando su funcionamiento cognitivo.

Dentro de los factores de riesgo, se encuentran la edad, antecedentes familiares/genéticos relacionados directamente con la Apolipoproteína E4, los hábitos y factores de riesgo cardiovascular (Roque, et al. 2015). En vista de que existen diversos factores de riesgo que no pueden ser modificables, existe un alto grado de prevalencia en el diagnóstico de un deterioro cognitivo en la persona adulta mayor.

Además, Camargo y Laguado (2016) mencionan que el envejecimiento es considerado como un proceso donde ocurre un deterioro progresivo en el organismo, y que con ello se presentan diversas alteraciones del tipo morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas por lo que se llega a provocar vulnerabilidad en diversos escenarios en los que se desarrolla esta población. Entre ellos se encuentran problemas del manejo de habilidades, comunicación y comportamiento en la vida diaria.

Deterioro cognitivo en el adulto mayor

Generalmente la mayor parte de las capacidades cognitivas se alcanzan entre los 20 - 30 años, lo cual se mantiene por aproximadamente 10 años y posteriormente se presenta un decremento de las mismas, las cuales se deterioran progresivamente (Hansen, 2002).

En el estudio de Sánchez y Mendoza (2020), en una muestra de 340 participantes mexicanos se aplicó el Mini-Mental State Examination (MMSE) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) que evalúan deterioro cognitivo en personas adultas mayores. Se obtuvo una media de 25 ± 3.1 en un rango de 16 a 30 en el MMSE, mientras que en el MoCA se encontró una media de 19.8 ± 5.8 en un rango de 6 a 30. Los autores indican que el 84% de su muestra tiene algún deterioro cognitivo, lo cual puede ser preocupante ya que no todas las personas adultas mayores tienen conocimiento de tener algún deterioro cognitivo, por ende, no cuentan con cuidados especializados respecto a su situación física y psicológica.

Igualmente, dichos autores mencionan que la aplicación temprana del MMSE y MoCA han beneficiado a aquellos que se les fue diagnosticado un deterioro cognitivo leve, debido a que tras su diagnóstico precoz, y la intervención adecuada esa población se mantiene en mejores condiciones, sin embargo, indican que aproximadamente un 50% de las personas diagnosticadas con deterioro

cognitivo leve de forma tardía progresan a demencia, así que al distinguir con mayor precisión las manifestaciones tempranas disminuye la probabilidad de que se presenten niveles mayores de deterioro cognitivo en personas adultas mayores.

Ahora bien, Nordlund (2007) en su estudio demuestra que, a partir de un nivel alto de bienestar psicológico, estilos de vida adecuados, un comportamiento saludable de forma habitual y una vida con pocas situaciones complejas tanto en su entorno familiar, laboral y social beneficia su nivel cognitivo en edades avanzadas, siendo otras enfermedades del individuo las variables que modifican el estado cognitivo del mismo donde las personas de entre 50 y 75 años de edad que son saludables, se mantienen con un buen funcionamiento a diferencia de personas con menor edad y con alguna otra enfermedad.

3. Factores positivos asociados al desarrollo de la persona adulta mayor

Existen diversos factores que pueden intervenir de forma positiva o negativa en la vida de las personas, lo cual puede beneficiar o bien perjudicar al desarrollo que tienen a lo largo de su existencia, cada aspecto puede encontrarse relacionado entre sí, lo que a su vez genera cambios, habilidades y competencias personales, en este sentido, se pueden mencionar factores relevantes para la prosperidad de las personas, donde se encuentra el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la resiliencia.

3.1 Bienestar psicológico

El bienestar se encuentra relacionado con la felicidad y la calidad de vida de cada individuo, por lo que el bienestar psicológico ha sido definido como el desarrollo de habilidades y conductas individuales las cuales son valoradas a partir de uno mismo (Solano,2009).

Ryff (1989) establece seis dimensiones dentro del bienestar; autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal las cuales buscan evaluar el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, siendo indicadores primordiales de un funcionamiento positivo.

Rodríguez-Carvajal, et al. (2006) comentan que el bienestar psicológico no solo debe de tomar en cuenta las dimensiones pasadas, sino que se debe de desarrollar y potencializar cada una de las habilidades ya desarrolladas para que se establezca un funcionamiento positivo.

Según García y González (2000) el bienestar psicológico se establece como constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, lo cual trasciende las emociones y se relaciona más con aspectos físicos, psicológicos y sociales, vinculados a elementos cognitivos y valores.

El bienestar psicológico de las personas adultas mayores generalmente tiende a presentar niveles menores a los demás grupos etarios, esto es debido a cambios en su entorno, a sus actividades diarias, a las pérdidas presentadas y enfermedades que no han sido tratadas adecuadamente, o bien, a nuevos diagnósticos (Hernández, 2021).

Respecto a las áreas cognitivas, Núñez (2023) encontró una correlación positiva directa con una intensidad alta entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico ($r = 0.870$ y $p < .001$), lo que sugiere que a mejor funcionamiento cognitivo mayor será el bienestar psicológico. Resultados similares encontraron Llewellyn, et al. (2008) quienes destacaron que las personas adultas mayores que presentan un mejor funcionamiento cognitivo tienen también un mejor nivel de bienestar psicológico.

Dichos estudios, han encontrado que las funciones cognitivas que se encuentran relacionadas con el deterioro cognitivo tienen correlación con el grado de bienestar psicológico que presenta la persona adulta mayor, así mismo agregan factores como el nivel sociodemográfico, enfermedades crónicas degenerativas y aspectos de la vida diaria.

Del mismo modo, en el estudio de Jorquera-Cáceres, et al. (2023), se realizó una correlación con dichas variables, sin embargo, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas; pero no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. Sin embargo, se observó que, de los 65 participantes, 17 presentaron bajo bienestar psicológico, de los cuales 13 mostraron deterioro cognitivo leve. Mientras que, de los 65 participantes, 48 presentaron un bienestar óptimo, y de estos, 28 mostraron deterioro cognitivo leve.

Daza y Quintero (2018) consideran de suma importancia en el bienestar psicológico del adulto mayor una serie de elementos que afectan y modifican la satisfacción en diversas áreas, ya que a partir de cada una de ellas, las personas adultas mayores pueden hacerse cargo de sus nuevas experiencias para adaptarse y desarrollar habilidades de forma más óptima, esto se demostró por

medio de su investigación, donde encontraron que personas adultas mayores institucionalizadas tienen un nivel de bienestar psicológico medio, mientras que los puntajes para las dimensiones como crecimiento personal, relaciones positivas y propósito con la vida se encuentran en un nivel bajo

Ahora bien, Castillo, et al. (2021), realizaron un estudio sobre el bienestar psicológico en dos muestras, personas adultas mayores institucionalizadas y personas adultas mayores no institucionalizadas, donde encontraron que en la dimensión de crecimiento personal se obtuvo una media de 32 puntos en las personas adultas mayores no institucionalizados, y para las institucionalizados se obtuvo una media de 28 puntos. En el caso de la dimensión de propósito en la vida las personas adultas mayores no institucionalizados obtuvieron una media de 29 puntos y las personas adultas mayor institucionalizadas una media de 23 puntos. Sin embargo, las diferencias entre ambas muestras no fueron estadísticamente significativas.

3.2 Satisfacción con la vida

La satisfacción de la vida es una de las dimensiones que se toma en cuenta dentro del bienestar psicológico, Mikulic, et al. (2019) comentan que la satisfacción es valorada individualmente por el mismo sujeto y corresponde a una comparación de criterios subjetivos donde intervienen factores emocionales, cognitivos y afectivos.

Así mismo, Murillo y Molero (2012) agregan que la satisfacción con la vida expresa la percepción individual que tienen las personas respecto a su nivel de aceptación, disfrute y saciado de sus necesidades de vida, es decir, como lo definen Triadó, et al. (2005) a partir de diferentes dominios vitales y la valoración global de la propia vida.

En el estudio de Caccia y Elgier (2020) se tomaban en cuenta el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, en sus resultados, encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre dichas variables, obteniendo una correlación de $r = .50$, lo cual implica que la percepción que tiene el individuo conforme a su vida y su entorno se relaciona con el bienestar psicológico del individuo.

De igual modo, en el estudio de Bocanegra, et al. (2019), se evaluaron variables de satisfacción con la vida y funciones cognitivas, encontrando una correlación de $r = .237$ entre satisfacción con la vida y funciones cognitivas, donde aquellos participantes que tuvieron puntajes

mayores en el MoCA tenían mayor nivel de satisfacción la vida, igualmente encontraron que el sexo masculino presentó puntajes más bajos frente a las mujeres con respecto a la satisfacción con la vida.

Por su parte, Zubieta y Delfino (2010) en su estudio con universitarios, encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción con la vida y el total de bienestar psicológico y las dimensiones de autoaceptación, autonomía, dominio del entorno y propósito con la vida.

Salazar, et al. (2021) mencionan que las personas adultas mayores en México comienzan a modificar las áreas de su vida y con ello, se modifica su satisfacción con la vida a diferencia de personas menores a ellos. Es por ello por lo que generalmente este grupo etario presenta mayores emociones negativas, y menos tranquilidad, para ello se toman en cuenta variables como salud psicológica, tiempo libre, y nivel socioeconómico. Sin embargo, en sus resultados encontraron que las personas menores de 65 muestran puntajes similares con personas mayores a 65 años. Encontrando que algunos factores que intervienen en la SV son, la salud psicológica, tiempo libre, y nivel socioeconómico, siendo la valoración positiva al bienestar psicológico, y un mejor estrato socioeconómico, la estabilidad para tener una mayor satisfacción con la vida.

Siguiendo esta línea, puesto que existen diversos factores que intervienen en la satisfacción vital, en el caso de las personas adultas mayores, Salazar, et al. (2021) afirman que se puede ver alterada con respecto a la autopercepción, los grupos de pertenencia, la forma en que ocupan su tiempo de ocio, el bienestar psicológico, creencias, esto explicando la forma en que se adaptan a las circunstancias que se le presenten, por medio del apoyo que pueden recibir de otras personas, junto con la valoración positiva que puedan tener sobre su entorno, aumentando tanto su bienestar como su resiliencia en diversos ámbitos.

Por lo que la satisfacción con la vida es el conjunto de características asociadas a factores tanto intrínsecos como extrínsecos, que deben evaluarse individualmente ya que el contexto en el que vive la persona dependerá de un total de particularidades de su vida, es decir, el individuo tiene una opinión subjetiva con respecto a sus necesidades y logros de su vida, los cuales le permiten saber si está conforme con lo que ha vivido o vive en este momento.

3.3 Resiliencia

La resiliencia es definida como un proceso que el ser humano desarrolla para llevar una vida armoniosa y con normalidad, sin importar el contexto o situaciones vivenciadas, las cuales pueden catalogarse como incómodas o complicadas (Uriarte Arciniega, 2005).

Ortiz (2019) menciona que la resiliencia puede visualizarse desde dos perspectivas, como una habilidad, o bien como un resultado, en la primera se define a partir del manejo de problemas y consecuencias negativas, mientras que, en la segunda, se va adquiriendo a partir de más sucesos vividos.

De igual forma Connor y Davidson (2003) definen la resiliencia como la capacidad de resistir ante situaciones estresantes con el fin de tolerar la presión de situaciones adversas y reaccionar de forma óptima, dando uso a las estrategias que se han aprendido con el paso del tiempo.

Por lo que la resiliencia se puede englobar como la superación de situaciones o experiencias desagradables que son vivenciadas a través de acciones y percepciones positivas ante la situación, donde diversos autores la definen como resultados exitosos, agradables y equilibrados ante las circunstancias complicadas que se han vivido, así mismo, de forma simple la resiliencia puede describirse como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos. (Uriarte,2005)

Continuando con las características de la resiliencia Rodríguez (2009), categoriza a la resiliencia en competencia social, la resolución de problemas, la autonomía, el sentido y propósito del futuro, y es caracterizado principalmente por cualidades personales que se evalúan de forma autónoma y honesta con respecto a sus pensamientos y comportamientos que son realizados ante una toma de decisiones óptima.

Ahora bien, Carrera, et al. (2013) explican que cada etapa en la que se encuentran las personas puede modificar las crisis o problemáticas a las cuales preocuparse, por lo que la forma de afrontamiento puede verse modificada con respecto al desarrollo individual que hayan tenido hasta ese momento.

Estudios como el de Ortiz, et al, (2020) mencionan que en las personas adultas mayores es de suma importancia potencializar y nutrir de habilidades que les ayuden a llevar un afrontamiento

adecuado ante diversas circunstancias que se les puedan presentar (enfermedades, pérdidas, depresión, problemas económicos, etc.) ya que al tener niveles altos de resiliencia su calidad de vida se ve mejorada, así mismo, los autores concluyeron que la calidad de vida en el adulto mayor se ve influenciada por cambios donde interviene la percepción que tiene la persona sobre sí misma hasta su interacción con el medio, donde su nivel socioeconómico modifica de igual forma sus niveles de resiliencia y por ende, su bienestar psicológico y calidad de vida.

Así mismo, Lima, et al. (2019) destacan que aquellas personas adultas mayores resilientes y con afrontamiento adecuado son capaces de resolver problemáticas y/o recuperarse rápidamente ante la presencia de eventos estresantes, así mismo, mencionan que las personas adultas mayores que obtuvieron menores puntajes en la escala de resiliencia se caracterizaban por una menor calidad de vida, hallando una correlación positiva y baja entre el puntaje general de la escala de Resiliencia y WHOQOL-BREF.

Por otro lado, López (2017) relaciona la resiliencia con la satisfacción con la vida en una muestra de personas adultas mayores residentes de casas de día; encontrando que es importante el contexto de dichas instituciones en el que se desarrolla la persona adulta mayor, puesto que promueve la resiliencia, lo cual genera emociones positivas respecto a sus vivencias personales. El mismo autor encontró que, efectivamente, una mayor resiliencia se relaciona positivamente con la satisfacción con la vida, ya que se encontró una relación positiva débil y estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y los factores de resiliencia autoeficacia ($r = .35$; $p < .001$), control personal ($r = .33$, $p < .001$), tenacidad ($r = .23$; $p < .002$) y competencia social ($r = .31$; $p < .001$).

Planteamiento Del Problema

El envejecimiento es un periodo evolutivo y constante, el cual pasamos todos los seres humanos en todas las etapas de vida dentro de un proceso fisiológico, que se presenta a partir de la concepción, mientras que la vejez se trata de un punto cronológico de las etapas del ser humano, la cual se caracteriza como el término de todo el desarrollo humano (Varela,2009).

En México se puede hablar del incremento de la población de personas adultas mayores, esto como consecuencia, ha generado una problemática compleja en este grupo etario, donde no todas las personas tienen las mismas condiciones sociales, económicas y/o demográficas, lo cual puede estimar que no todo el sector tenga las mismas oportunidades y/o privilegios para gozar de una calidad y satisfacción de vida óptima y por ende un bienestar psicológico positivo (Bruno y Alemán, 2016).

Ferrada y Zavala (2014), señalan que resulta crucial para la percepción que tiene la persona de sí misma y para su adaptación social, el ser personas activas, donde, a medida que envejecen, adapten o cambien aquellos roles y actividades que formaban parte de su vida adulta, por conductas, actividades y roles nuevos, de manera que puedan mantener estilos de vida activos y sanos. Por ello, es importante mencionar que el término bienestar psicológico es aquello que expresa un sentir positivo, Hernández et al. (2016) mencionan que el bienestar psicológico, posee elementos vinculados a lo emocional y a la parte cognitiva los cuales son influidos por un sistema de interacciones complejas, conductas y habilidades establecidas a lo largo del tiempo.

Conforme a ello, el bienestar psicológico, se encuentra relacionado con la satisfacción a la vida, esto ya que la satisfacción, según Chávez (2006) puede definirse como un constructo que toma en cuenta la autoeficacia (habilidades) y percepción personal (creencias, pensamientos, verbalizaciones) de cada individuo, por ende, esta favorece sus capacidades desarrolladas en su vida diaria. De igual modo, Córdoba (2020) menciona que el bienestar psicológico, se define como la realización de conductas, que generan sentimientos y valoraciones positivas, que, a su vez, producen una forma de “vivir de manera plena” (p.10).

Sin embargo, situaciones como el estrés, o el deterioro cognitivo pueden perjudicar ambas variables. Ruth y Coleman (1996) plantean que la mera etapa de vejez puede ser un periodo

estresante, sin embargo, puede reducirse en la mayoría de los casos, solo a estereotipos, lo que puede aumentar a través de factores sociales, políticos, económicos, o de salud.

No obstante, también se han encontrado variables protectoras de la salud mental de los adultos mayores; tal es el caso de la resiliencia, la cual se refiere a la forma en que las personas logran una mejor adaptación en distintos contextos. Cardona et al. (2011), caracterizan a las personas resilientes como aquellos individuos que son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales y simbólicos culturales.

Díaz, et al. (2017) mencionan en su revisión bibliográfica, que la resiliencia juega un papel relevante en el autocuidado, conductas de riesgo, enfermedades crónico-degenerativas, longevidad y bienestar; donde destacan que la resiliencia beneficia a las personas adultas mayores al afrontar distintas problemáticas como la depresión, diferentes enfermedades crónicas o bien, el duelo por la muerte de alguna persona significativa. Esto es, por medio de la espiritualidad, el optimismo, una actitud positiva, esperanza y finalmente con una sensación de autoeficacia, puesto que buscan información y toman decisiones, las cuales los hace mantener estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud.

De modo que conocer la influencia del deterioro cognitivo con respecto a la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico, y resiliencia de las personas adultas mayores puede ser relevante para la prevención, intervención y tratamiento de la salud mental en las personas adultas mayores, así como, conocer si existen mejoras en el mantenimiento del bienestar psicológico, satisfacción con la vida y resiliencia al asistir a una casa de día.

Justificación

Las personas adultas mayores son una población que generalmente se expone a diversas situaciones, las cuales muchas veces generan intranquilidad, entre ellas se presenta el aislamiento, la pérdida de familiares, la incertidumbre económica, dependencia a familiares o personal de la salud especializado en enfermedades crónicas degenerativas, la muerte, entre otras cosas.

Vázquez et al. (2007), mencionan que, con el incremento de la esperanza de vida, ha aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en dicha población. En

México en el año 2020 residían 15.1 millones de personas adultas mayores, las cuales tienen más de 60 años, lo que corresponde al 12% de la población mexicana (INEGI, 2021) en México existen algunas organizaciones enfocadas en el cuidado y atención de dicha población, entre ellas se encuentra el INAPAM, el cual es un órgano político público que busca la promoción de la cultura de vejez activa y envejecimiento saludable en todo tipo de población que se encuentre dentro del grupo etario, trabajando desde el bienestar y cuidado de quienes asisten a sus casas de día, lo cual es relevante ya que la inclusión de diversa población puede mejorar el bienestar biopsicosocial de sus asistentes, generar diversas habilidades y mejorar o mantener su salud física, por el contrario, aquellas personas adultas mayores quienes no asisten a dichas instituciones pueden presentar diferencias en su nivel cognitivo y por ende una menor satisfacción con la vida, resiliencia y bienestar psicológico, lo que significa una problemática tanto para las personas adultas mayores como para los familiares y/o cuidadores de los mismos.

Además, Gómez y Segura (2002) estiman que la esfera biopsicosocial es un determinante importante para la adaptación y afrontamiento de los nuevos acontecimientos que viven las personas adultas mayores, los cuales algunas veces pueden perjudicar su esfera física, emocional y conductual de la persona adulta mayor, es de interés puesto que no hay estudios suficientes centrados en el bienestar psicológico, satisfacción con la vida, y resiliencia en dicha población, así como estudios que comparen las variables de quienes asisten a las casas de día en el INAPAM, junto con su deterioro cognitivo, en este sentido, el que se focalice y estudie a esta población, puede fomentar el apoyo y cuidado a este sector con el fin de orientar a las personas adultas mayores y/o cuidadores y personal de la salud que se encuentren vinculados a dicha situación y/o que trabajen en la mejoría de las personas adultas mayores.

Metodología

Pregunta de investigación

¿De qué manera se relaciona el deterioro cognitivo del adulto mayor con su satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia de personas adultas mayores derivados de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes de casas de día del INAPAM, y existen diferencias entre las muestras?

Objetivo general

Evaluar la relación del deterioro cognitivo, con la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y resiliencia de personas adultas mayores derivadas de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes a casas de día del INAPAM.

Objetivos específicos

- Comparar el deterioro cognitivo en dos muestras de personas adultas mayores; una muestra comunitaria y otra de asistentes a casas de día del INAPAM.
- Comparar el grado de satisfacción con la vida en dos muestras de personas adultas mayores; una muestra comunitaria y otra de asistentes a casas de día del INAPAM.
- Comparar el grado de bienestar psicológico en dos muestras de personas adultas mayores; una muestra comunitaria y otra de asistentes a casas de día del INAPAM.
- ∄ Evaluar la relación del deterioro cognitivo con su satisfacción con la vida de personas adultas mayores derivadas de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes de casas de día del INAPAM.
- Evaluar la relación del deterioro cognitivo con su bienestar psicológico de personas adultas mayores derivadas de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes de casas de día del INAPAM.
- Evaluar la relación del deterioro cognitivo con su resiliencia de personas adultas mayores asistentes de casas de día del INAPAM.

Pregunta de investigación

Hipótesis

Existirán diferencias estadísticamente significativas en el deterioro cognitivo, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y resiliencia de las personas adultas mayores que asisten a una casa de día y aquellas personas adultas mayores que no asisten.

Existirán correlaciones estadísticamente significativas entre la presencia del deterioro cognitivo, bienestar psicológico, satisfacción con la vida y resiliencia de las personas adultas mayores

Pregunta de investigación

¿De qué manera se relaciona el deterioro cognitivo del adulto mayor con su satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia de personas adultas mayores derivados de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes de casas de día del INAPAM, y existen diferencias entre las muestras?

Definición conceptual de las variables

Deterioro cognitivo: Alteración crónica la cual afecta de forma parcial o total por lo menos una de las funciones cognitivas (Orientación, Gnosias, Atención, Funciones ejecutivas, Praxias, Lenguaje, Memoria, Cognición social, Habilidades visoespaciales) donde el individuo presenta valores menores a lo esperado en una persona de la misma edad y/o nivel educativo (Zarate, Et al., 2021).

Bienestar psicológico: Evaluaciones positivas de sí mismo y de la vida (auto aceptación), con respecto a un continuo crecimiento y desarrollo como persona (Ryff & Lee, 1995). Así como el balance de emociones negativas y positivas que experimenta el individuo por medio de la satisfacción de aspectos generales y específicos de la vida con el objetivo de cumplir un propósito en la vida lo que puede resultar en una relativa estabilidad a largo plazo (Diener, 2009).

Satisfacción con la vida: Vida adecuada y aceptada por el individuo, bajo condiciones socioemocionales y psicológicas, o bien, como lo definen Ossa et al. (2005) “la existencia de apreciaciones valorativas positivas sobre cómo le gusta a alguien su vida en conjunto” (p. 43).

Resiliencia: Medida por la cual, se afronta el estrés, o situaciones desagradables la cual varía con respecto al contexto, tiempo, edad, género, habilidades desarrolladas y origen cultural, en el que se encuentren los individuos (Connor & Davidson, 2003).

Definición operacional de las variables

Deterioro cognitivo: Se empleó el instrumento Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry-Spanish (SCIP), conformado por 5 pruebas centradas en la evaluación del aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal, y velocidad de procesamiento cuenta con tres formas paralelas para evaluar de forma repetida a una misma persona, al evaluar todo el instrumento se encuentra que, a mayor puntuación, menor deterioro cognitivo; y a menor puntuación mayor deterioro cognitivo.

Cada actividad se desglosa en las siguientes tareas:

- ❖ Aprendizaje verbal inmediato. 3 ensayos en los que el sujeto debe recordar 10 palabras.
- ❖ Memoria de trabajo: 8 triadas de letras que el evaluado debe repetir.
- ❖ Fluidez verbal: 2 ensayos en los que en 30 segundos el sujeto debe decir el mayor número de palabras que empiecen por una letra.
- ❖ Aprendizaje verbal diferido: Recordar las 10 palabras del primer ensayo.
- ❖ Velocidad de procesamiento: Transformar 30 letras a código morse en 30 segundos.

La prueba dentro de cada una de las dimensiones evaluadas brinda una puntuación total que revela el grado de deterioro cognitivo. El rango de las puntuaciones es de 0 y 245 puntos, dentro de la población española se encontró una consistencia interna total para la prueba de 0.85. Por subescalas, se obtuvieron unos coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0.69 (subescala de atención) y 0.91 (subescala de comportamiento), así como las puntuaciones obtenidas en la escala total de la SCIP mostraron una correlación con la puntuación total del MEC de 0.74 ($p < 0,01$) y los tres niveles de la GDS ($F = 93.34$; $p < 0,01$). Y el estudio de la confiabilidad de la versión adaptada de la prueba, se realizó un análisis de su consistencia interna, que resulta alta (0.85) (Buiza, et al., 2015).

Igualmente, para deterioro cognitivo se aplicó el MMSE. Mini-mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996). Es una prueba que tiene el objetivo de brindar datos sobre deterioro intelectual, se centra en las funciones cognitivas de orientación temporal y espacial, memoria inmediata y retención, concentración y memoria de trabajo y praxis constructiva. Al evaluarse, una calificación menor a 17 puntos indica deterioro cognitivo severo, una puntuación entre 18 y 23 indica deterioro cognitivo leve y una calificación mayor a 24 puntos indica un estado cognitivo normal. Todos los reactivos son positivos y a mayor calificación menor deterioro cognitivo; menor calificación mayor deterioro cognitivo.

El MMSE indaga 10 áreas cognitivas en diversas tareas descritas de la siguiente manera:

- Orientación temporal: Preguntas que evalúan la conciencia del individuo sobre el tiempo en el que se encuentra actualmente
- Orientación espacial: Preguntas que evalúan la conciencia del individuo sobre su ubicación actual

- Fijación: Se pide que se recuerde y repita una lista de palabras
- Atención y calculo: Preguntas que evalúan la capacidad de atención y la capacidad de realizar cálculos matemáticos simples.
- Memoria y nominación: Recordar las palabras que se le dieron para repetir al principio de la prueba (fijación) y se pide la repetición de una oración
- Nominación: Se evalúa la capacidad de nombrar objetos que se le muestran
- Comprensión: Se evalúa si el individuo puede seguir instrucciones complejas
- Lectura: Leer una frase y hacer lo que en ella se indica
- Escritura: Se pide que escriba una oración completa
- Praxis constructiva: Se pide que copie un dibujo

La confiabilidad del Examen Cognoscitivo Mini-Mental presenta coeficientes de correlación cercanos al 0.9 en procedimientos de prueba-retest; respecto a la validez se considera que tiene buenos coeficientes (superiores al 0.80) de sensibilidad y de especificidad. Planellas y Calderón (2008), junto con Cantor y Avendaño (2016), encontraron que la consistencia interna del postest, medida con el Alpha de Cronbach (0.86), así como los valores de consistencia interna de las pruebas aplicadas, reflejan una buena confiabilidad. En particular, los valores del Alpha de Cronbach fueron: postest 0.86, MMSE 0.87 y GDS 0.76, lo que confirma la consistencia interna en las pruebas. Además, los valores del Alpha de Cronbach de cada parte del postest fueron: conocimiento/denominación 0.82, cálculo 0.73, recuerdo 0.72 y para el total de la prueba 0.89.

Bienestar psicológico: Se aplicó la Escala de Ryff Abreviada (ERA) de Ryffs Wellbeing Scales (ERA), la cual evalúa el bienestar psicológico a partir de las dimensiones autoaceptación, dominio del medio ambiente, relaciones positivas con los demás, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida.

Escala de Ryff Abreviada (ERA) de Ryffs Wellbeing Scales (Ryff, 1989), para evaluar bienestar psicológico subjetivo, traducida y validada en español con muestras de personas adultas mayores por Villar, et al. (2010). La escala original cuenta con 39 ítems agrupados en seis dimensiones. La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de seis opciones, la puntuación total

tiene un rango de 39 a 234 puntos donde una mayor puntuación muestra un mayor bienestar psicológico. La presente investigación solo se centrará en dos dimensiones; propósito en la vida (reactivos 6, 12, 17, 18, 23 y 29) y crecimiento personal (reactivos 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38) donde se evaluó entre una puntuación mínima de 13 y una máxima de 78 puntos.

Se evaluó en una población española y en las escalas mostraron una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0.83 (Autoaceptación) y 0.68 (Crecimiento personal). Sin embargo, los análisis factoriales confirmatorios no mostraron un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico propuesto de seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, Crecimiento personal) y un factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico (Díaz, et al., 2006).

Para la evaluación de la satisfacción general que tiene el individuo con su vida, se utilizó el instrumento de satisfacción con la vida (Pavot y Diener, 1993), es un instrumento unidimensional de cinco ítems. La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de valoración de 1 a 5 puntos, desde 1 como “totalmente desacuerdo” y 5 como “totalmente de acuerdo”, con puntuaciones entre 5 y 25, entendiendo que, a mayor puntuación mayor satisfacción con la vida.

Padrós, et al., (2015) en su estudio encontraron las propiedades psicométricas de la versión argentina en población mexicana pertenecientes al estado de Michoacán, encontrando que el valor de alfa de Cronbach del total de la escala resultó de $\alpha = .832$, por lo que se puede confirmar que existen valores elevados en consistencia interna.

Resiliencia: Se utilizó la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC 10), la cual evalúa la resiliencia a partir de preguntas enfocadas en la percepción de adaptación y afrontamiento de situaciones adversas que viven las personas día con día.

La Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC 10), desarrollada originalmente por Campbell y Stein (2007), es una escala que consta de 10 ítems en formato tipo Likert con 6 opciones de respuesta, de 0 a 5 puntos que va desde 0 = “Nunca” a 5 = “Siempre”, con puntuaciones entre 0 a 50, entendiendo que, a mayor puntaje, más resiliente es.

Con respecto a la consistencia interna (García - León, et al., 2019) encontraron que las mediciones de la *CD-RISC* fue óptima encontrando un coeficiente alfa de Cronbach = .86 en población española.

Diseño experimental y tipo de estudio

Diseño no experimental, donde se observan una o más variables las cuales no se manipulan por parte del investigador, siendo un estudio del tipo descriptivo correlacional comparativo (Kerlinger, 2002).

Escenario

Se trabajó con dos espacios para la aplicación de las baterías.

El primero corresponde a la muestra comunitaria, la cual fue conformada por personas adultas mayores (60 años o más) que participaron de forma voluntaria, donde se asignó un aula dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que se habilitó con una silla para el participante y otra para el aplicador, así como una mesa pequeña donde se colocaron las fichas de respuesta.

El segundo que corresponde a la muestra de personas adultas mayores (60 años o más) quienes son asistentes de las casas de día de INAPAM fue establecido por los directores de cada casa de día, donde se asignó en cada una de ellas un aula o espacio privado para trabajar de forma individual con cada uno de los participantes voluntarios.

Participantes

Se trabajó con dos muestras de participantes, la primera está conformada por personas adultas mayores (60 años o más) que hayan aceptado participar de forma voluntaria y que no asisten a ninguna casa de día del INAPAM ($n = 23$), por otro lado, la segunda muestra ($n = 23$) corresponde a las personas adultas mayores (60 años o más) asistentes a cualquier casa de día del INAPAM de la CDMX que aceptaron participar de forma voluntaria.

Todos los participantes formaron parte del estudio de forma voluntaria, informada y consensuada, tomando en consideración los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- a) Tener 60 años o más

- b) Saber leer y escribir (Si alguna persona no sabe leer o escribir, se omitirán las tareas del instrumento SCIP-S y Mini mental que generan dificultad)
- c) Cualquier sexo
- d) Leer y firmar el consentimiento informado
- e) Aceptar participar voluntariamente

Criterios de exclusión

- a) Tener diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica
- b) Uso de sustancias psicoactivas
- c) Tener algún deterioro cognitivo severo que dificulte la respuesta de los instrumentos
- d) Encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico

En la muestra comunitaria, 13 de las personas adultas mayores son mujeres y 10 son hombres, con respecto al estado civil; 18 eran personas viudas, 7 viudas, 3 solteras, 1 con pareja y 1 separada. Referente a la edad, se obtuvo una media de 82 años, siendo 68 años el mínimo y 97 el máximo. Referido a su nivel escolar 5 no saben escribir ni leer, 4 tiene el nivel técnico finalizado, 3 la secundaria completa, 2 la primaria completa, 1 la licenciatura completa, 1 el nivel técnico incompleto, 1 la licenciatura incompleta. Por último, respecto a las enfermedades, 9 de los participantes no reportaron enfermedades, 5 personas tienen diabetes, 4 personas tienen hipertensión arterial, 3 personas obesidad y 2 enfermedades esqueléticas.

Para las personas adultas mayores asistentes a casas de día del INAPAP, 15 son mujeres y 8 son hombres. Con respecto al estado civil; 11 eran personas casadas, 7 viudas, 3 divorciadas, 1 con pareja y 1 separada. Referente a la edad, se obtuvo una media de 72 años, siendo 60 años el mínimo y 86 el máximo. Referido a su nivel escolar máximo; 5 tienen la primaria completa, 4 la licenciatura completa, 3 la primaria incompleta, 3 la secundaria completa, 2 la secundaria incompleta, 2 no saben escribir ni leer, 1 el bachillerato incompleto, 1 el bachillerato completo, 1 la licenciatura completa y 1 un posgrado, y por último, respecto a las enfermedades, 9 participantes no reportaron enfermedades, 5 personas tienen diabetes, 4 personas tienen hipertensión arterial, 3 personas obesidad y 2 enfermedades esqueléticas.

Procedimiento

Para la realización de esta investigación se dividió en evaluaciones derivadas de una muestra comunitaria y una muestra de asistentes a casas de día del INAPAM.

La selección y búsqueda de la muestra comunitaria se realizó a través de invitaciones y publicaciones virtuales en redes sociales, mientras que la selección de la muestra de asistentes a casas de día del INAPAM se realizó a través de la solicitud de permisos a la dirección de la institución, junto con la explicación del objetivo de la investigación a los responsables de cada casa de día y a los participantes igualmente, en contribución a los participantes, se realizaron talleres sobre el afrontamiento a partir de habilidades para la disminución del malestar, dichos talleres se diseñaron para proporcionar a los participantes herramientas y estrategias para manejar el estrés y la ansiedad, y mejorar su calidad de vida en general.

En ambas muestras, se evaluaron instrumentos de forma individual, utilizando fichas de respuesta para facilitar la expresión de los participantes. La duración de la evaluación de instrumentos osciló entre 40 y 60 minutos, dependiendo de la complejidad de la tarea y la disponibilidad de los participantes.

Posteriormente, se realizaron análisis estadísticos utilizando el programa SPSS para Windows en su versión 25 para procesar y analizar los datos obtenidos.

Análisis de los datos

Transformación de puntajes

Los puntajes fueron transformados para las variables de satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia, con el objetivo de tener una mejor interpretación. Los puntajes se modificaron para oscilar entre 0 a 100.

La fórmula que se utilizó para establecer el rango de los puntajes para cada variable es $((X - \text{rango inferior}) * 100 / \text{rango superior} - \text{rango inferior})$.

Donde:

X = Puntaje obtenido por el participante en la escala,

Rango inferior = puntaje menor obtenido en la escala,

Rango superior = puntaje mayor obtenido en la escala,

A continuación, en la tabla 1 se presenta la transformación de las puntuaciones de las variables de satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia.

Tabla 1

Transformación del puntaje total obtenido a rangos de 0 a 100 de las variables

Variable/Instrumento	Reactivos	Rangos	Fórmula
Satisfacción con la vida	5	5-25	$((X-5)*100/20)$
Bienestar Psicológico	13	13-78	$((X-13)*100/65)$
Resiliencia	10	0-5	$((X-0)*100/50)$

Para el procesamiento de datos, se aplicaron estadísticos descriptivos donde se obtuvieron las medidas de tendencia central; media aritmética y desviación estándar. De igual forma, se aplicaron las pruebas de U de Mann-Whitney para muestras independientes y Rho de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$ para la comprobación de las hipótesis planteadas.

Resultados

Primero se presentarán de forma descriptiva los valores obtenidos en los instrumentos en ambas muestras, se continuará con la presentación de comparaciones de ambas muestras con cada variable, incluyendo cada una de sus dimensiones y totales y finalmente se mostrarán las correlaciones entre las variables.

Análisis descriptivos

Comenzando con los resultados descriptivos, primero se presentan los resultados del SCIP-S y MMSE (pruebas que evalúan el funcionamiento cognitivo), considerando cada una de sus dimensiones y total correspondientes a cada instrumento en ambas muestras.

En la tabla de 2 se puede observar de forma general que la media de la muestra comunitaria es superior en la mayoría de las dimensiones del SCIP-S, siendo la dimensión de fluidez verbal la única en tener una media mayor para los asistentes de la casa de día del INAPAM, así mismo se agrega que un participante de los asistentes del INAPAM no logró responder el SCIP-S, puesto que su funcionamiento cognitivo le impedía responder adecuadamente las tareas.

Tabla 2*Valores obtenidos en el SCIP-S en ambas muestras*

Dimensiones y total SCIP-S	Muestra	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Aprendizaje verbal inmediato	Muestra comunitaria (23)	7	23	15.7	4.3
	INAPAM (22)	0	23	11.6	5.4
Memoria de trabajo	Muestra comunitaria (23)	6	20	12.8	5.2
	INAPAM (22)	0	17	10.14	3.5
Fluidez Verbal	Muestra comunitaria (23)	0	21	12.4	6
	INAPAM (22)	0	26	12.95	7.7
Aprendizaje Verbal Diferido	Muestra comunitaria (23)	0	10	3.7	2.8
	INAPAM (22)	0	8	1.9	2.3
Velocidad de Procesamiento	Muestra comunitaria (23)	0	28	7.5	5.6
	INAPAM (22)	16	9	4.1	3.2
Total SCIP-S	Muestra comunitaria (23)	13	85	52.3	17.4
	INAPAM (22)		71	40.8	17.4

En la tabla 3 se observa que los resultados obtenidos en las dimensiones y total del MMSE, son similares entre ambas muestras.

Tabla 3

Valores obtenidos en el MMSE en ambas muestras

Dimensiones y total MMSE	Muestra	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Orientación temporal	Muestra comunitaria (23)	3	10	8.5	1.9
	INAPAM (23)	1	10	8.6	2.2
Memoria inmediata y retención	Muestra comunitaria (23)	2	3	2.9	.209
	INAPAM (23)	2	3	2.9	.209
Concentración y memoria de trabajo	Muestra comunitaria (23)	2	8	5.8	1.4
	INAPAM (23)	0	8	5.6	2.6
Lenguaje	Muestra comunitaria (23)	4	8	7.3	1
	INAPAM (23)	5	8	7.4	.84
Praxis constructiva	Muestra comunitaria (23)	0	1	.78	.42
	INAPAM (23)	0	1	.70	.47
Total MMSE	Muestra comunitaria (23)	14	29	25.4	3.6
	INAPAM (23)	9	30	25.4	5.3

A continuación, en la tabla 4 se presenta el grado de satisfacción con la vida en ambas muestras, donde se destaca que la media de los asistentes a las casas de día del INAPAM es mayor.

Tabla 4

Grado de satisfacción con la vida en ambas muestras

Variable	Población	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Satisfacción con la vida	Muestra comunitaria	0	100	71.74	28.3
	INAPAM	0	100	81.74	17.8

En la tabla 5 se presenta el grado de bienestar psicológico en cada una de sus dimensiones y total en ambas muestras, donde se puede destacar que la media en la dimensión de propósito en la vida es superior en la muestra comunitaria; pero en la dimensión crecimiento personal y el total de bienestar psicológico es mayor en los asistentes a las casas de día del INAPAM.

Tabla 5*Grado de bienestar psicológico por dimensiones y total en ambas muestras*

Variable	Población	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Propósito en la vida	Muestra comunitaria	5	77	60.4	15
	INAPAM	13	77	55.1	15.9
Crecimiento personal	Muestra comunitaria	29	76	47.4	11.3
	INAPAM	29	76	56.25	13.5
Total de Bienestar Psicológico	Muestra comunitaria	31	97	71.97	13.3
	INAPAM	0	100	76.05	15.1

Así mismo, en la tabla 6 se presenta el grado de resiliencia en asistentes de las casas de día del INAPAM, ya que la variable sólo se evaluó en dicha muestra.

Tabla 6*Grado de resiliencia en asistentes de las casas de día del INAPAM*

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Resiliencia	23	28	100	75.4	17.4

Análisis de comparación entre muestras

Para la comparación de datos se usaron pruebas no paramétricas, por lo que se empleó la Prueba de U de Mann - Whitney para muestras independientes.

En la Tabla 7 se presentan las comparaciones entre las variables de ambas muestras. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la muestra comunitaria y los asistentes de casas de día del INAPAM.

En la dimensión de crecimiento personal, el puntaje fue mayor en los asistentes a casas de día del INAPAM, mientras que en el total del SCIP, y las dimensiones de aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, aprendizaje verbal diferido y la velocidad de procesamiento, los puntajes fueron mayores en la muestra comunitaria.

Igualmente, se mostraron puntajes exactos en la dimensión de memoria inmediata y retención, en ambas muestras.

Tabla 7

Comparación de los puntajes totales y dimensiones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida y funcionamiento cognitivo en ambas muestras.

	Rango		U	p
	Muestra comunitaria	Asistentes a casas de día		
Satisfacción con la vida	21.5	25.4	219.5	.320
Bienestar psicológico	22.1	24.8	232.5	.481
Propósito en la vida	26.15	20.85	203.5	.179
Crecimiento personal	19.24	27.76	166.5	.031
Funcionamiento cognitivo (SCIP)	26.78	19.05	166.0	.048
Aprendizaje Verbal inmediato	28.11	17.66	135.5	.007
Memoria de trabajo	27.04	18.77	160	.034
Fluidez Verbal	22.28	23.75	236.5	.707
Aprendizaje verbal diferido	27.15	18.66	157.5	.026
Velocidad de procesamiento	27.30	18.50	154	.024
Funcionamiento cognitivo	21.67	25.33	222.5	.352

MMSE				
Orientación temporal	22.70	24.20	246	.655
Memoria inmediata y de retención	23.50	23.50	254.5	1
Concentración y memoria de trabajo	22.30	24.70	237	.538
Lenguaje	22.46	24.54	240.5	.545
Praxis constructiva	24.50	22.50	241.5	.507

Análisis correlacionales

Para la correlación de datos se usaron pruebas no paramétricas, por ello, se empleó la Rho de Spearman, donde se presentarán los datos de la siguiente manera; Primero se consideraron correlaciones entre el bienestar psicológico y sus dimensiones y funcionamiento cognitivo, comenzando con el SCIP-S y continuando con el MMSE. Posteriormente se presentará la correlación entre satisfacción con la vida con funcionamiento cognitivo, iniciando con el SCIP-S y continuando con el MMSE. Luego se presentará la correlación de satisfacción con la vida con el bienestar psicológico y sus dimensiones.

Finalmente, debido a que solo se empleó el instrumento de resiliencia a los asistentes de casas de día del INAPAM, se presentará la correlación de resiliencia con funcionamiento cognitivo, iniciando con el SCIP-S y posteriormente el MMSE, seguido de la correlación de resiliencia con bienestar psicológico y sus dimensiones y finalmente la correlación con satisfacción con la vida.

Relación entre bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo

En la tabla 8, en la muestra comunitaria, se encontraron correlaciones moderadas, positivas y estadísticamente significativas entre el total de SCIP-S y el bienestar psicológico y la dimensión de

crecimiento personal, lo que indica que a mejor funcionamiento cognitivo, mayor bienestar psicológico y crecimiento personal.

En los asistentes a casas de día del INAPAM, se encontraron correlaciones moderadas, positivas y estadísticamente significativas entre la dimensión de crecimiento personal y el total del SCIP-S, lo que indica que, a mayor crecimiento personal, mejor funcionamiento cognitivo.

Tabla 8

Valores de la correlación entre las dimensiones y total de SCIP-S y Bienestar psicológico en ambas muestras

Muestra	Muestra comunitaria			Asistentes a casas de día del INAPAM		
	Bienestar psicológico	Propósito de vida	Crecimiento personal	Bienestar psicológico	Propósito de vida	Crecimiento personal
Total	.537**	.309	.564**	.219	.136	.589**
SCIP-S						
Aprendizaje verbal inmediato	.339	.075	.467*	.195	.286	.435*
Memoria de Trabajo	.583**	.320	.587**	-.108	-.224	.214
Fluidez verbal	.286	.154	.301	.160	-.012	.476**
Aprendizaje Verbal Diferido	.251	.180	.252	.295	.237	.565**
Velocidad de Procesamiento	.441*	.304	.412	.079	.161	.341

* $p < .05$

** $p < .01$

En la tabla 9 se puede destacar una correlación leve, positiva y estadísticamente significativa entre el total de MMSE y la dimensión de crecimiento personal, tanto para la muestra comunitaria como para los asistentes a casas de día del INAPAM, lo que indica que, a mejor funcionamiento cognitivo, mayor crecimiento personal.

Tabla 9

Valores de la correlación entre las dimensiones y total de MMSE y dimensiones y total de bienestar psicológico en ambas muestras

Muestra	Muestra comunitaria			Asistentes a casas de día del INAPAM		
	Bienestar psicológico	Propósito de vida	Crecimiento personal	Bienestar psicológico	Propósito de vida	Crecimiento personal
Total MMSE	.268	.039	.443*	.221	.064	.420*
Orientación Temporal	.222	-.008	.413*	.343	.120	.373
Memoria Inmediata y Retención	.120	.077	.131	-.279	-.228	-.285
Concentración y Memoria de Trabajo	.137	-.041	.295	.159	.037	.401
Lenguaje Praxis Constructiva	.213	.063	.316	.018	-.019	.329
	.235	.329	.053	.079	.084	.288

* $p < .05$

** $p < .01$

Relación de la satisfacción con la vida y funcionamiento cognitivo

En la tabla 10 se observa que no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en ninguna muestra entre la satisfacción con la vida y el funcionamiento cognitivo

Tabla 10

Valores de correlación entre la satisfacción con la vida con las dimensiones y total del SCIP-S en ambas muestras

Muestra	Muestra comunitaria	Asistentes a casas de día del INAPAM
Variable	Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida
Total		
SCIP-S	-.229	-.244
Aprendizaje verbal inmediato	.077	-.167
Memoria de Trabajo	-.321	-.364
Fluidez verbal	-.110	-.188
Aprendizaje Verbal Diferido	-.227	-.129
Velocidad de Procesamiento	-.280	-.445

* $p < .05$

** $p < .01$

En la Tabla 11 no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la satisfacción con la vida y el funcionamiento cognitivo en ninguna de las muestras analizadas.

Tabla 11

Valores de correlación entre la satisfacción con la vida y el total y dimensiones de MMSE, en ambas muestras

Muestra	Muestra comunitaria	Asistentes a casas de día del INAPAM
Variable	Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida
Total MMSE	.125	-.228
Orientación temporal	.125	-.169
Memoria Inmediata y retención	.124	.082
Concentración y memoria de trabajo	.090	-.222
Lenguaje	.217	-.254
Praxis constructiva	-.145	-.124

* $p < .05$

** $p < .01$

Relación de satisfacción con la vida y bienestar psicológico

En la tabla 12 en la muestra de asistentes a casas de día del INAPAM, se encontró una correlación leve, positiva y estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y la dimensión de propósito de vida, lo que indica que, a mayor satisfacción con la vida, mayor propósito de vida.

Tabla 12

Valores de la correlación entre el total y dimensiones de Bienestar psicológico y el total de satisfacción con la vida en ambas muestras

Muestra	Muestra comunitaria	Asistentes a casas de día del INAPAM
Variable	Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida
Bienestar Psicológico	-.441	.124
Propósito de vida	-.387	.421*
Crecimiento personal	-.387	.374

* $p < .05$

** $p < .01$

Relación de la resiliencia con el funcionamiento cognitivo en asistentes a casas de día del INAPAM

En la tabla 13 no se encontraron datos estadísticamente significativos entre el funcionamiento cognitivo y la resiliencia

Tabla 13

Valores de correlación entre la resiliencia con las dimensiones y total del MMSE Y SCIP-S en asistentes a casas de día del INAPAM

Variable	Resiliencia
Orientación temporal	.221
Memoria inmediata y retención	-.064
Concentración y memoria de trabajo	.079
Lenguaje	.159
Praxis constructiva	.071
Total SCIP-S	.013
Aprendizaje verbal inmediato	-.074
Memoria de trabajo	.112
Fluidez verbal	-.074
Aprendizaje verbal diferido	.060
Velocidad de procesamiento	-.058

* $p < .05$

** $p < .01$

Relación de resiliencia, satisfacción con la vida y bienestar psicológico en asistentes a casas de día del INAPAM

En la tabla 14 se encontró una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre resiliencia y el bienestar psicológico, lo que indica que, a mayor resiliencia, mayor bienestar psicológico en los asistentes a casas de día del INAPAM.

Igualmente, se presentó una correlación positiva, leve y estadísticamente significativa entre la resiliencia y la dimensión de crecimiento personal, lo que indica que, a mayor resiliencia, mayor crecimiento personal en los asistentes a casas de día del INAPAM

Tabla 14

Correlaciones entre satisfacción con la vida, resiliencia y dimensiones y total de bienestar psicológico en asistentes a casas de día del INAPAM

Variable	Bienestar psicológico	Propósito con la vida	Crecimiento personal	Satisfacción con la vida
Resiliencia	.547**	.244	.469*	.291

Discusión

Las personas adultas mayores pueden experimentar una serie de cambios significativos que impactan diferentes áreas de su vida.

Estos cambios pueden incluir factores como el funcionamiento cognitivo, lo cual incluye la disminución de funciones como la memoria, la atención, la capacidad para resolver problemas, y la autonomía de las personas adultas mayores; la satisfacción con la vida, que puede verse influenciada por las circunstancias personales, sociales y emocionales; el bienestar psicológico, que juega un papel clave del estilo de vida y la forma en que las personas se adaptan a nuevos retos; y la resiliencia, que refleja la capacidad de afrontar de manera positiva las dificultades o adversidades.

El objetivo de esta tesis fue evaluar la relación del deterioro cognitivo, con la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y resiliencia de personas adultas mayores derivadas de una muestra comunitaria y personas adultas mayores asistentes a casas de día del INAPAM, así como las diferencias de ambas muestras con cada una de las variables.

De acuerdo con los resultados obtenidos, al comparar a las 23 personas adultas mayores de la muestra comunitaria con las 23 personas que asisten a las casas de día del INAPAM, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de crecimiento personal, donde los puntajes fueron mayores en los asistentes a las casas de día del INAPAM. Coincidiendo con Herazo-Beltrán et al. (2017), quienes indican que el entorno en que se encuentran las personas adultas mayores es un factor relevante en la funcionalidad de dicha población. Ya que, asistir a una institución especializada en sus necesidades resulta beneficiosa y existen diferencias significativas entre las personas adultas mayores que asisten a una institución y aquellas que no lo hacen, por lo que en su estudio al comparar de igual forma dos muestras; personas adultas mayores que asisten a una institución especializada en su cuidado, y personas adultas mayores que no lo hacen, hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el bienestar psicológico de quienes asisten a una institución especializada en su población, en comparación a aquellas que no lo hacen, donde los asistentes a dichos centros se mantienen con puntajes mayores.

Una posible explicación de este suceso, es la aplicación de talleres y actividades enfocadas en el aprendizaje de habilidades para relacionarse en su vida diaria, así como, la cercanía y socialización que tienen las personas adultas mayores con individuos de su misma edad, como con personas centradas en su cuidado, específicamente, en las casas de día del INAPAM, se cuentan con especialistas en la salud (psicólogos, médicos generales, nutriólogos, fisioterapeutas, geriatras) quienes dan seguimientos breves y atención a los asistentes. Por lo que, al tener un mejor control de áreas enfocadas en su salud, así como la atención y la socialización que presentan las personas adultas mayores, mantienen una mejor percepción, respecto al entorno que se encuentran, dejando a un lado los sentimientos de soledad, vulnerabilidad e insatisfacción respecto a su vida actual.

Sin embargo, es contrario a lo evidenciado por, Castillo, et al. (2021), debido a que se registró que en la dimensión de propósito en la vida las personas adultas mayores no institucionalizados obtuvieron una media de 29 puntos y las personas adultas mayor institucionalizadas una media de 23 puntos, lo cual podría explicarse a partir del entorno en el que se encuentra cada individuo, ya que en la población de asistentes de casas de día del INAPAM, no se mantienen dentro de la institución durante todo el día, por el resto de su vida, más bien, solamente asisten para realizar diversas actividades que pueden modificar sus rutinas y se mantienen cercanos a sus familiares.

Por otro lado, se halló que en el total del SCIP, las dimensiones de aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento mostraron puntajes superiores en los adultos mayores de la muestra comunitaria. Es decir, las personas de la muestra comunitaria presentan un funcionamiento cognitivo superior al de los asistentes a las casas de día del INAPAM ($85 \geq 71$).

Este hallazgo coincide con lo reportado por Rangel (2021), quien encontró que, en el centro gerontológico de Tabasco, el 12% de los adultos mayores presentaba deterioro cognitivo leve y el 8.5% deterioro cognitivo severo. De manera similar, Sellek Rodríguez y Álvarez Suárez (2010) identifican que el 38.09% de los adultos mayores que asisten al centro diurno de Ascate presentando un deterioro severo. Cabe señalar que estos resultados corresponden exclusivamente a poblaciones de adultos mayores asistentes a centros para adultos mayores y no fueron comparados con una muestra comunitaria como en el presente estudio.

Sin embargo, estos resultados son contrarios a lo señalado por Pinilla et al. (2021), quienes afirman que los centros de día, además de cubrir las necesidades de asistencia, prestan diferentes servicios que cubren las necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales, por ello se logra fortalecer la salud y bienestar de los adultos mayores. La participación en estos centros no solo ayuda a cubrir las necesidades básicas de cuidado, sino que también promueve el desarrollo de actitudes y hábitos que fortalecen el autocuidado y fomentan un mayor compromiso con su propio bienestar, lo cual debería, en teoría, generar mejores resultados en el funcionamiento cognitivo de quienes asisten a estas instituciones.

Una posible interpretación de estos resultados es que las personas adultas mayores que asisten a una casa de día del INAPAM podrían haber ingresado tras detectar algún nivel de deterioro cognitivo, lo cual pudo haber motivado tanto a los familiares como a los propios individuos a buscar apoyo en esta institución con el fin de preservar o mejorar sus capacidades cognitivas.

La estimulación cognitiva constante y los servicios brindados en las casas de día están diseñados, en muchos de ellos, para mantener las funciones cognitivas en el mejor estado posible, lo que sugiere que estos adultos mayores ingresan a la casa de día ya con algún nivel de deterioro, lo cual podría explicar sus evaluaciones menores en comparación con la muestra comunitaria.

Asimismo, diversos estudios han señalado que, en centros y/o organizaciones enfocadas al cuidado de la persona adulta mayor, existe una prevalencia de deterioro cognitivo, a pesar de las intervenciones y el seguimiento que se realizan sobre su estado. Por consiguiente, es fundamental considerar este factor al interpretar las diferencias entre ambas muestras, ya que podría existir una relación entre el momento del ingreso y su función cognitiva.

Por otro lado, resulta interesante observar que los resultados de los instrumentos que evalúan el funcionamiento cognitivo, es decir, el SCIP-S. Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry-Spanish (Pino et al., 2014) y el MMSE. Mini-mental State Examination (Folstein, Folstein, &McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996), se presenten contradictorios entre sí, a pesar de ser instrumentos que evalúan la misma variable, mostrando, por un lado, que la muestra comunitaria, tiene puntajes mayores en el SCIP ($52.3 \geq 40.8$), en contraste con los valores que resultan ser superiores en el total del MMSE para los asistentes de casas de día del INAPAM ($25.4 \geq 21.67$).

Algunos autores, como Carnero-Pardo (2013), sostienen que el MMSE fue diseñado originalmente para evaluar a pacientes hospitalizados con problemas psiquiátricos agudos, lo que implicó la selección de ítems provenientes de diversos instrumentos para lograr una evaluación rápida y general del funcionamiento cognitivo. En este contexto, no cuenta con ítems que sean originalmente del autor, sino que se conforma de ítems de diversos instrumentos que evalúan meramente el funcionamiento cognitivo, sin embargo, su estructura no cuenta con la distribución de las áreas que evalúa, ya que, en base al total de 30 puntos posibles, 10 se asignan a la evaluación de la orientación, 8 al lenguaje, mientras que únicamente 3 puntos están destinados a la memoria.

Del mismo modo, que Peña-Casanova, et al. (2007) afirman que el MSSE tiene deficiencias, ya que, aporta información respecto distintos ámbitos cognitivos, sin embargo, esto solo es aplicable si la persona a quien se le aplica tiene un nivel de escolaridad adecuado, y en algunos casos se puede modificar respecto a la edad en la que se encuentre, es decir, en individuos de más de 70 años, la aplicación puede generar dificultades y no se podrá concluir en su totalidad.

En concordancia con lo señalado por Naugle y Kawczak (1989), quienes encontraron que, entre las deficiencias que puede presentar el MSSE, aparte de los ya mencionados, es la presencia de falsos negativos en personas que muestran la presencia de algún grado de deterioro cognitivo, enfocado en la evaluación de la memoria, lo cual se explica a partir de las habilidades que mantienen otras funciones cognitivas con un mayor razonamiento y las aplican a su favor, enfocándose en el MSSE y los resultados obtenidos en esta investigación, en las personas adultas mayores, que presentan un deterioro en la memoria pueden compensar sus deficiencias mediante un razonamiento más elaborado y el uso de otras habilidades cognitivas. De este modo, la prueba podría no reflejar adecuadamente los cambios tempranos en la memoria,

Es decir, los asistentes de casas de día del INAPAM, podrían presentar evaluaciones mayormente altas en el MSSE, debido a una posible mejor razonamiento y habilidad en lenguaje y orientación.

Respecto a la correlación de las variables, se encontró que en las personas adultas mayores correspondientes a la muestra comunitaria existe correlación entre el bienestar psicológico y en el funcionamiento cognitivo SCIP, así como en el funcionamiento cognitivo SCIP y el crecimiento

personal. Así como una correlación entre crecimiento personal y funcionamiento cognitivo en el SCIP en los asistentes a casas de día del INAPAM.

Los resultados de la muestra comunitaria coinciden con los estudios de Núñez (2023), quien encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo, lo cual puede destacar que a mayor puntaje de funcionamiento cognitivo (es decir, la ausencia de deterioro cognitivo), mayor será el puntaje de bienestar psicológico, y por lo tanto mayor bienestar psicológico.

Una posible explicación de este suceso es el que las personas adultas mayores al presentar un mejor funcionamiento cognitivo facilitan la participación activa en actividades sociales, recreativas y cognitivas, lo que contribuye positivamente al bienestar emocional y psicológico, ya que se genera una mayor capacidad para realizar diversas tareas e interactuar con el mundo que le rodea.

Por lo tanto, esta evaluación positiva entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico en la muestra comunitaria se confirma debido a los efectos recíprocos entre ambas variables.

Así como, en la investigación de Llewellyn, et al. (2008), quienes coinciden con los resultados obtenidos para los asistentes a casas de día del INAPAM, debido a que los mismos hallaron correlaciones en los distintos grados de bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo, como resultado de que las personas adultas mayores se encuentran más cómodas dentro del entorno en el que se desarrollan, es decir, coincide con los resultados obtenidos, ya que los asistentes a centros para el cuidado del adulto mayor tienden a desarrollar mejores habilidades sociales para desenvolverse en el entorno que se encuentre, fomentando la interacción y el apoyo mutuo, lo que contribuye a su bienestar psicológico.

En cuanto al análisis de la correlación de satisfacción con la vida y funcionamiento cognitivo, los resultados presentados en este trabajo, con ninguno de los instrumentos (SCIP y MMSE) se presentaron correlaciones, distinto a lo expuesto por Bocanegra, et al. (2019), quienes mencionaban que al tener un funcionamiento cognitivo óptimo es más fácil que el individuo logre adaptarse a diversas circunstancias de su vida.

Además, los autores afirmaban que tener una mejor satisfacción con la vida beneficia al desempeño en el ámbito personal y social y, por ende, la modificación y mejoría de algún tipo y grado de deterioro cognitivo.

Sin embargo, puede existir una diferencia, ya que en esta investigación se trabajó con población adulta mayor, en comparación con la población estudiada por los autores ya mencionados. Esto se puede explicar a partir de lo señalado por Camargo y Laguado (2016), quienes indican que el envejecimiento conlleva un deterioro progresivo en el organismo, traduciéndose en alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que generan una mayor vulnerabilidad en la población adulta mayor y limitan su desempeño en diferentes ámbitos.

En este sentido, la satisfacción con la vida podría variar en las personas adultos mayores, debido a que, en el proceso del envejecimiento, durante el periodo de la vejez, las personas adultas mayores presentan desafíos adicionales que pueden afectar tanto su desempeño en la vida diaria, así como su satisfacción vital. Estos desafíos pueden, cambiar su percepción respecto a su vida en general, modificando su pensamiento sobre el mundo que los rodea. Sin embargo, es importante señalar que la satisfacción con la vida, en este sentido puede no tener una correlación con el funcionamiento cognitivo, ya que puede variar a consecuencia de factores emocionales, el apoyo social y/o familiar, así como los aspectos espirituales.

Con respecto a la variable de resiliencia y su correlación con bienestar psicológico en los asistentes a casas de día del INAPAM, coinciden con los resultados de Velasque (2023), ya que obtuvieron una correlación en los asistentes del centro del adulto mayor de Cusco, así como con López, (2017), ya que, en su estudio, aquellas personas adultas mayores asistentes a centros de estancia cuentan con una relación positiva débil y estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y los factores de resiliencia

Por consiguiente, encontrar estas correlaciones afirma que la resiliencia cumple con potencializar y nutrir de habilidades que ayudan a llevar un afrontamiento adecuado ante diversas circunstancias y como consiguiente generar una mayor satisfacción con la vida, así como menciona Lima, et al. (2019) destacando que aquellas personas adultas mayores resilientes y con afrontamiento adecuado son

capaces de resolver problemáticas y/o recuperarse rápidamente ante la presencia de eventos estresantes.

Limitaciones e implicaciones

En cuanto a las limitaciones que se presentaron en este estudio, debido a las características específicas de la muestra, se reconoce que el tamaño y distribución de la misma impide la posibilidad de generalizar los resultados.

Con respecto a la recolección de datos, una limitación adicional, es la forma en que deben aplicarse las baterías de instrumentos, debido a que la población con la que se trabajó debía ser evaluada de manera individual y con breves períodos de descanso para responder. La recolección de datos debía realizarse dentro de un tiempo específico para cada participante. En caso de no brindarse un descanso adecuado que satisficiera al adulto mayor, los participantes podrían sentirse fatigados o estresados, lo que afectaría su rendimiento y, en consecuencia, sus respuestas

Por ello, igualmente el nivel académico se presentó como una limitación para los adultos mayores para la evaluación del funcionamiento cognitivo, especialmente en actividades que requieren habilidades como la lectura, la comprensión y el razonamiento matemático. En el caso del MMSE se observaron algunas dificultades para realizar las actividades, como en la resolución de problemas matemáticos, la comprensión de instrucciones complejas o la procesación de información escrita y hablada. Estas tareas suelen requerir habilidades adquiridas a lo largo de la vida a través de la educación escolar, por lo que las personas con menos años de escolaridad o menos exposición a estas actividades pudieron experimentar más problemas al intentar completarlas.

Líneas de investigación futuras

Finalmente, un aspecto que merece ser explorado en futuras investigaciones es la relación entre la asistencia a las casas de día del INAPAM y la presencia de deterioro cognitivo, así como el impacto en el bienestar psicológico de las personas adultas mayores que asisten a estas instituciones. En particular, sería interesante investigar por qué las personas que asisten a las casas de día del INAPAM presentan mejores resultados en términos de bienestar psicológico y porque sus funciones cognitivas presentan algún grado de deterioro, y qué factores específicos de la asistencia a estas instituciones contribuyen a estos resultados.

Así como, el desarrollo y evaluación de intervenciones personalizadas dentro de las casas de día del INAPAM, diseñadas no solo para atender las necesidades actuales de los adultos mayores, sino también para prevenir el deterioro cognitivo y físico a largo plazo. Este enfoque permitiría explorar cómo las actividades y programas en estos centros pueden adaptarse a las condiciones individuales de los asistentes, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Del mismo modo, sería importante realizar un estudio con una muestra mayor tanto para las personas adultas mayores que asisten a las casas de día como las personas adultas mayores de la muestra comunitaria.

Además, sería útil investigar si los resultados varían según la institución específica a la que asisten las personas adultas mayores, ya que las diferencias en los programas y actividades podrían influir en el desarrollo cognitivo, emocional y físico de los asistentes. Algunas instituciones podrían estar más orientadas a la estimulación cognitiva, mientras que otras podrían centrarse en el bienestar social o físico, lo que generaría variaciones significativas en los resultados.

Por otro lado, sería interesante comparar la resiliencia entre las personas adultas mayores que asisten a una casa de día del INAPAM y aquellas de una muestra comunitaria. Este análisis permitiría identificar si la participación en estos centros influye en la capacidad de las personas mayores para adaptarse a situaciones adversas y cómo esto afecta su bienestar general.

Referencias

- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2). 57-62. <https://doi.org/jnfz>
- Álvarez, N. y Castro, V. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en estudiantes de Trabajo Social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 12, 111-133. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v12.25079>
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Barba, J. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista latinoamericana de patología clínica medicina de laboratorio*. 65 (1) 4-17.
- Bentosela, M. y Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: informes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22 (2), 211-235. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022205>
- Bocanegra, E., Botache, K. y Vega, N. (2019). *Funciones cognitivas, satisfacción con la vida y capacidad aeróbica en universitarios*. [tesis de postgrado]. Universidad Santo Tomás. <http://hdl.handle.net/11634/16794>
- Bruno, F. y Acevedo, A. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las ciencias sociales. *Forum Sociológico* 2(29). 7-20. <https://doi.org/kgsq>

- Buiza, C., Montorio, I. y Yanguas, J. (2015). Validez y fiabilidad de la versión española de la escala perfil de deterioro cognitivo grave (SCIP) para la evaluación cognitiva de personas con enfermedad de Alzheimer en estadios avanzados. *Revista Neurológica*, 61, 349-356.
- Caballero, P., Correas, C., Pino, O. y Prio, J. (2022). Comparación entre la detección del deterioro cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S) y Mini Examen del Estado Mental (MMSE) en Psiquiatría Forense. Estudio piloto. *Revista Española de Medicina Legal*, 48, 92 – 98.
<https://www.elsevier.es/en-revista-spanish-journal-legal-medicine-446-pdf-S2445424922000231>
- Caccia, P. y Elgier, A. (2020). Resiliencia y satisfacción con la vida en adolescentes según el nivel de espiritualidad. *PSOCIAL*, 6 (2), 62-70. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672371459005>
- Camargo, K., y Laguado, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universitaria de Salud*, 19(2), 163-170.
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
- Canitas.mx. (2022, 4 enero). IAAM [Ayudas al Adulto Mayor] .Canitas. <https://canitas.mx/apoyo-adulto-mayor/iaam/>
- Castillo, C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4) 127-132.
<https://acortar.link/DAmKgg>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, Á. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB*, 30 (2), 150-162.
- Chávez, A. (2006). *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel superior* [tesis de postgrado, Universidad de Colima]. Biblioteca virtual de la Universidad de Colima. <https://acortar.link/V1IKgN>

- Caribe, C. E. P. A. L. y. E. (2024, 22 mayo). *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2023. La dinámica demográfica de América Latina y su impacto en la fuerza de trabajo*. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68798-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2023-la-dinamica-demografica>
- Connor, K., Davidson, JR. (2003) Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Córdoba, D. (2020). *Autoestima, bienestar psicológico y satisfacción con la vida en personas mayores pertenecientes a dos grupos de la tercera edad del municipio de Dosquebradas* [Tesis de grado, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio UCP. <https://acortar.link/hjDtCL>
- Daza, M., y Quintero, D. (2018) *Bienestar psicológico del Adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca*. [tesis para grado de psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio Universidad Autónoma de Bucaramanga. <https://acortar.link/G3oSgA>
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicotema*, 18 (3), 57 <https://www.redalyc.org/articulo.oa>
- Diaz, R., González, S., González, N. I., y Lena, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista electrónica de psicogerontología* 4(2). 22-29. <https://acortar.link/6cUPt9>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. <https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/SATISFACTIONsatisfact ionWithLife.pdf>

- Estadística y Geografía Inegi, INEGI (2018). Acerca de los asilos Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/inegi/acercade.html>
- Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, XX (1): 123-130. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_11.pdf
- García, M., González, A., Roble, H., Padilla, J. y Peralta, M. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología*, 35(1), 33-40. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111>
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En claves del pensamiento*, 8(16), 13-29. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- García, C. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2).
- Gutiérrez, J. y Guzmán, G., (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(Supl 1) 3-6. DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6
- Hansen, E., Hughes, C., Routley, G. y Robinson, A. (2002) General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med.* 67: 1776–83.
- Hechavarría, M., Ramírez, M., García, H., y García, A. (2018) El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista de información científica* [en línea]. <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2154>
- Herazo, Y., Quintero, M. V., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N., y Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.

- Hernández, K., Solano, N. y Ramírez, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-543. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.95.6>
- Hernández, J., Perula, L., Rich, M., Roldán, A. Perula, C. y Ventura, P. M., (2016) Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 2(54) .
- Hernández, AM. y Pérez, JM. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: Un desafío y una oportunidad para enfermería. *Revista de Enfermería Universitaria* , 13 <https://doi.org/10.101>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Perfil Socio-demográfico de adultos mayores. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <http://bit.ly/1Y3HbKL>
- INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN). Tabulados interactivos. (Primer trimestre de 2021). SNIEG. Información de Interés Nacional.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (6 de julio de 2023). Encuesta Nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Jorquera, I., Guzmán, E. y Vega, M. (2023). Relación entre el bienestar, deterioro cognitivo, afrontamiento al estrés y actividad física durante la pandemia por COVID-19 en personas mayores de una ciudad del norte de Chile. *Salud Uninorte*, 39(2), 813–625. <https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.02.813.625>
- Lago, O. y González, M. (2019). A propósito del artículo “El envejecimiento. Repercusión social e individual”. *Revista Información Científica*, 98(1), 5-6. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551760191002>

- Leal, D., Flores, M., y Borboa, C. (2006). La geriatría en México. *Investigación en Salud*, 8(3), 185-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280308>
- López, C. M. (2017). *Resiliencia y Satisfacción con la Vida en adultos mayores que asisten a CAM 's en Lima Metropolitana*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. <http://hdl.handle.net/10757/622941>
- Lozano, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación de Enfermería Imagen Desarrollada* 13(2), 89-100.
- Mikulic, I., Crespi, M. y Caballero, R. (2019). Escala de satisfacción Con La Vida (SWLS) : Estudio de propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones UBA*, 26, 395-402. http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/mikulic.
- Montalvo, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(3), 459-473 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304>
- Murillo, J. y Molero, F. (2012). La satisfacción vital: Su relación con el prejuicio, la identidad nacional, la autoestima y el bienestar material, en inmigrantes. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (2), 99-108.
- Narváez, J., Obando, L., Hernández, K., y De la Cruz Gordon E. (2021) Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad Salud*; 23(3):207-216. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>
- Naugle, R y Kawczak, K. (1989). Limitations of the Mini-Mental State Examination. *Cleveland clinic journal of medicine*. 46 (3), 277 – 281. <https://www.ccjm.org/content/ccjom/56/3/277.full.pdf>

- Nordlund, A., Rolstad, S., Klang, O., Lind, K., Hansen, S., y Wallin, A. (2007). Cognitive profiles of mild cognitive impairment with and without vascular disease. *Neuropsychology*, 21(6), 706-712
- Nuñez, D. (2023). *Deterioro cognitivo y su relación con el bienestar psicológico en adultos mayores* [Título de psicología, Universidad Técnica de Ambato.] Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato. <https://acortar.link/4vp5Hd>
- Ocampo, J. y Gutiérrez, J. (2005). Envejecimiento del sistema cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 12 (2). <https://doi.org/10.1234/revcolc>
- Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento (2009). http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_en_vellecemento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Envejecimiento y salud.
- Ossa, J., González, E., Rebelo, L. y Pamplona, J. (2005). Los conceptos de bienestar y satisfacción. *Revista científica Guillermo de Ockham*, 3(1), 27-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105316842003>
- Ochoa, J., Cruz, M., Pérez, M. del C. y Cuevas, CE (2018). El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26 (4) 273-800.
- Ortiz, R. E., Forero, Q. L. F., Arana, C. L. V. y Polanco, V. M. (2021). Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica de la ciudad de Bogotá. *Diversitas*, 17(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.7117>
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y. & Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 221- 230. <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015>

- Peréz, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana Gerontologica Integral*, 21, 1-8. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf>
- Peña, J., Monllau, A., y Gramunt, N. (2007) La psicometría de las demencias a debate. *Neurologia*. 22, 301-311 https://test-barcelona.com/index.php?option=com_attachments&task=download&id=55
- Petersen, R., Smith, G, Waring, S, Ivnik, R, Tangalos, E y Kkolmen, E. (1999) Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303–308.
- Petretto, DR., Pili, R, Gaviano, L., Matos López, C. y Zuddas, C. (2015). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 51(4), 229-241 <https://doi.org/10.1016/j>
- Planellas, I., y Caterina, C. G. (2024, January 18). *Examen cognoscitivo. mini-mental*. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/206107>
- Del Consumidor, P. F. (n.d.). Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores. <https://www.gob.mx/profecco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores>
- Rangel, C. (2022). *Prevalencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados* (Tesis de grado) Universidad Autónoma de Tabasco. <https://ri.ujat.mx/bitstream/200.500.12107/5252/1/Cesia%20Asenath%20Rangel%20Mendoza.pdf>
- Rodríguez, L. (2001). Aproximación al desarrollo de un programa nacional de investigación sobre envejecimiento desde el concepto de fragilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3). 36-37
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. *Doctorado de investigación de la escuela de medicina*. *Cs. Salud*, 12 .

- Rodríguez, S., Rojas, P., Malagón, C., y Perez, I, (2018). La autoestima y la satisfacción con la vida que percibe la mujer adulto mayor. *Cuba y Salud, Revista Panorama*, 13(3), 27-33.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 242-248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Roqué, ML., (Dir.), Rubin, RK., Bartoloni, L., & Allegri, R. (2015). *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias: Formación profesional para el equipo socio-sanitario* (1a ed.). Mónica Laura Roque
- Ruth, J., y Coleman, P., (1996). *Personality and aging: coping and management of the Self in later life. Birren J. y Schaie K. (Eds.) Handbook of the psychology of aging* (4th Ed.) (pp. 308-322).
- Salazar, J, Arenas, L y Gil A, (2021). Determinantes de la satisfacción de la vida en adultos mayores en México. *Cuadernos del CIMBAGE*, 23(2), 62-76.
- Salech, M., F., Jara L., R. y Michea, L. (2012). Cambios físicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Condesa*, 23 (1), 19-29.
- Sarmiento, A. y Escobar, C. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana* (Tesis de grado) Universidad de Bucaramanga.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5250/digital_36321.pdf?s
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población, indicadores demográficos 2025. <https://www.datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion/resource/e9160552-769b-41ee-88d1-afc765552608>

- Solano, J. (2009). Síndrome metabólico y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.09.00>
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M.J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-364.
- Vaillant, G. y Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *Psychiatry* 158, 839 - 470.
- Viñuela, F. (Ed.). (2019). *Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo* (1ª ed.) Grupo Trabajo Deterioro Cognitivo, Sociedad Andaluza de Neurología. (2019). Deterioro cognitivo: Una aproximación terminológica conceptual. En F. Viñuela Fernández (Ed.), *Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo* (pp. 1-10). Fundación Sociedad
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez M, y Méndez, S., (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Social Periferica Medicina Internacional*, 17(2), 37-42. <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf>
- Von Bernhardt, R. (2005). Envejecimiento: Cambios bioquímicos y funcionales del sistema nervioso central. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (4).
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

Anexos

Fecha y lugar de aplicación _____



**Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de
Estudios Superiores Iztacala**
Carta de consentimiento Informado

El presente proyecto de investigación titulado "Deterioro cognitivo, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores post-confinamiento" es realizado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México por Daniela Morales Soto, a cargo de la Dra. Karina Reyes Jarquín con el propósito de recopilar información, acerca de los efectos de diversas variables psicológicas en el envejecimiento saludable de adultos mayores mexicanos, en el contexto de la nueva normalidad post confinamiento por COVID19.

Es por ello, que se le hace una atenta invitación para que forme parte del estudio como voluntario(a). La actividad por realizar consiste en responder un conjunto de cuestionarios cuya duración aproximada es de 60 minutos en máximo tres sesiones.

Nos interesa su participación voluntaria y la honestidad de sus respuestas, ya que con ello permitirá que los resultados sean válidos y confiables, para lo cual le damos de antemano nuestro más sincero agradecimiento. Es importante contar con sus respuestas a todos los reactivos logrando llegar al término para llevar a cabo un correcto análisis de los datos.

Su participación no conllevará ningún daño pues no tendrá consecuencias físicas, psicológicas, o de cualquier otra índole. Si usted lo considera pertinente, es libre de abandonar el estudio y cancelar su participación en cualquier momento.

Toda la información será confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines exclusivamente de investigación, para la creación de programas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

De igual manera, usted obtendrá un directorio de atención psicológica y áreas afines. Para cualquier duda sobre el proyecto de investigación puede comunicarse con la responsable del proyecto, la Dra. Karina Reyes Jarquín vía telefónica al número 55-29-42-31-50 o a Daniela Morales Soto vía telefónica al número 55-80-85-05-16.

Para conocer más acerca de los derechos de los participantes se proporcionan los datos de contacto del buzón del Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala: etica.iztacala@gmail.com

He leído y/o escuchado la información e importancia de mi participación en este estudio y acepto ser partícipe del mismo.

Nombre y firma de la persona que explicó los aspectos del estudio Nombre y firma del(a) participante



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Folio

2. Nombre completo del participante _____

3. Sexo: Femenino () Masculino () 4. Edad _____ (años cumplidos)

5. Estado civil: Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

6. ¿Con quién vive actualmente? Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos ()
Con un familiar () ¿Quién? _____ Otro () ¿Quién? _____

7. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí () No ()

8. ¿Quién se lo proporciona? _____

9. ¿El ingreso que usted recibe satisface sus necesidades? Sí () No ()

10. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios, aunque no lo haya concluido?

Ninguno y no sabe leer ni escribir ()

Ninguno, pero sabe leer y/o escribir ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Nivel técnico incompleto ()

Nivel técnico completo ()

Bachillerato incompleto ()

Bachillerato completo ()

Licenciatura incompleto ()

Licenciatura completo ()

Posgrado incompleto ()

Posgrado completo ()

11. Mencione tres actividades que realizó durante el confinamiento

1 Ver tv/escuchar música _____ 5 Oficios _____

2 Domésticas _____ 6 Deportivas _____

3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar _____

4 Sociales, culturales, educativas _____ 8 Otras, ¿cuáles? _____

12. ¿Está enfermo en este momento? Sí () No ()

13. ¿Cuál(es) es/son su(s) enfermedad(es)? (puede indicar más de una)

Sobrepeso u obesidad ()

Diabetes ()

- Hipertensión arterial ()
- Cáncer ()
- Enfermedades del estado del ánimo (depresión, ansiedad) ()
- Enfermedades psiquiátricas*** ()
- Enfermedades reumatológicas (por ejemplo: artritis, artrosis, fibromialgia, osteoporosis) ()
- Enfermedad neurológica (por ejemplo: epilepsia, meningitis, Alzheimer, etc.) *** ()
- Enfermedades del corazón diferentes a la hipertensión ()
- Enfermedades musculoesqueléticas ()
- () Otra, especificar: _____

*** En caso de haber respondido Sí en alguna de estas dos enfermedades se administrará el protocolo, pero el Participante será excluido del estudio.

14. ¿Desde hace cuánto tiempo padece la enfermedad o problema? (en años) _____

15. ¿Recibe algún tratamiento médico?

SI () NO ()

16. ¿Mencione qué medicamentos consume?

17. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:

1. _____ 2. _____ 3. _____

18. ¿Se ha contagiado de COVID-19?

SI () NO ()

19. Fecha de contagio:

Año: _____ Mes: _____ Día: _____

20. ¿Se realizó alguna prueba para confirmar el diagnóstico?

SI () NO ()

21. Tipo de prueba:

Rápida () PCR () No sabe ()

22. ¿Presentó síntomas?

SI () NO ()

23. ¿Cuáles fueron sus síntomas principales? (puede indicar más de uno)

() Fiebre

() Tos

() Cansancio

() Pérdida del gusto o del olfato

() Dolor de garganta

() Dolor de cabeza

() Molestias y dolores musculares

() Diarrea

- Erupción cutánea o pérdida del color en los dedos de las manos o pies
 - Ojos rojos o irritados
 - Dificultad para respirar o disnea (falta de aire)
 - Pérdida de movilidad o del habla o sensación de confusión
 - Dolor en el pecho
 - Otro, especifique: _____
24. ¿Requirió oxígeno (por puntas nasales o mascarilla, en casa u hospital)?
SI () NO ()
25. ¿Tuvo que ser hospitalizado?
SI () NO ()
26. ¿Requirió intubación?
SI () NO ()
27. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado? _____ días
28. ¿Considera que aún tiene secuelas de salud derivadas del COVID-19?
SI () ¿Cuáles? _____ NO ()
29. ¿Se encuentra vacunado contra la COVID-19?
SI () NO ()
30. ¿Cuántas dosis de vacunación ha recibido contra la COVID-19?
1 () 2 () 3 () 4 ()

SCIP

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 algunas minutos".

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL			
E1											<table border="1"> <tr><td>+</td></tr> <tr><td>+</td></tr> <tr><td>+</td></tr> </table>	+	+	+
+														
+														
+														
E2														
E3														

Intrusiones	Perseveraciones	E1	E2	E3	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AV-I

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las triadas (series de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera triada 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).

Estímulo	Tarea de Interferencia		Respuesta	Correctas
	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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 =

Intrusiones
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											<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>
<input type="text"/>												

Intrusiones	Perseveraciones	E1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

VP

Copyright © 2014 by TEA Ediciones S.A.U., Madrid, España. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.

MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN

Este mini examen tiene como objetivo, establecer el diagnóstico de las funciones cognitivas.

Si no le importa, querría preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?
 Si () No () ¿Cuál es su problema? _____

Comencemos

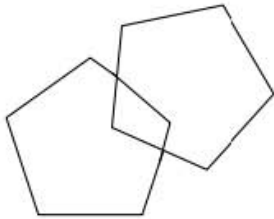
Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta. <p style="text-align: center;">ORIENTACIÓN</p> <p>¿Qué fecha es hoy?</p> <p>¿En qué año estamos? ()</p> <p>¿En qué mes estamos? ()</p> <p>¿Qué día del mes es hoy? ()</p> <p>¿Qué día de la semana? ()</p> <p>¿Qué hora es aproximadamente? ()</p>
Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	<p>¿En dónde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, hospital, escuela, universidad, etc.)</p> <p>¿En qué lugar estamos? ()</p> <p>¿En qué piso o planta? ()</p> <p>¿En qué país? ()</p> <p>¿En qué estado? ()</p> <p>¿En qué colonia, delegación o municipio? ()</p>
Calificación Máxima 3	Calificación Obtenida ()	<p style="text-align: center;">REGISTRO</p> <p>Ahora, por favor escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y le voy a pedir que las repita cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras:</p> <p>Pelota ()</p> <p>Caballo ()</p> <p>Manzana ()</p> <p>Ahora trate de recordar esas palabras; se las preguntaré en unos minutos</p>
Calificación Máxima 5	Calificación Obtenida ()	<p style="text-align: center;">ATENCIÓN Y CALCULO</p> <p>Pedirle a la persona que, Debe contar para atrás restando 3 cada vez, por ejemplo; 30 – 3 ¿cuánto es?</p> <p>Si es necesario: diga 30 – 3 es: 27 ()</p> <p>Ahora siga contando hacia atrás, menos 3</p> <p>Si es necesario: Siga, por favor 24 ()</p> <p>Si es necesario: Siga, por favor 21 ()</p> <p>Si es necesario: Siga, por favor 18 ()</p> <p>Si es necesario: Siga, por favor 15 ()</p>

Calificación Máxima 3	Calificación Obtenida ()	EVOCACIÓN Ahora, repita las tres palabras que le pedí recordara hace rato. Pelota () Caballo () Manzana ()
Calificación máxima 3	Calificación Obtenida ()	LENGUAJE Nominación: Mostrar a la persona un reloj y preguntarle, ¿Cómo se llama esto? (repetir después con un lápiz, pluma o bolígrafo) Reloj () Lápiz, pluma o bolígrafo () Repetición: le voy a decir una frase y debe repetirla después de mí, sólo voy a decirla una vez, así que ponga mucha atención: “EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS” (Solo un ensayo). () Comprensión: colocar una hoja de papel sobre el escritorio y decirle a la persona: “tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo” (un punto por cada paso correctamente ejecutado) Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Déjelo en suelo ()
Calificación Máxima 3	Calificación Obtenida ()	
Calificación Máxima 1	Calificación Obtenida ()	Lectura: escribir en una tarjeta “CIERRE LOS OJOS” después pedirle a la persona que; “por favor haga lo que dice aquí” () CIERRE LOS OJOS
Calificación Máxima 1	Calificación Obtenida ()	Escritura: en una hoja en blanco pedirle a la persona que “escriba en este espacio, un pensamiento que sea una frase u oración con sentido”, (que tenga sujeto y verbo) ()

<p>Calificación Máxima</p> <p>1</p>	<p>Calificación Obtenida</p> <p>()</p>	<p>Copia del modelo: mostrar a la persona un modelo de los dos pentágonos que se encuentran en la parte inferior, y pedirle que "Copie por favor, el dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja" (No retirar la tarjeta del modelo hasta que la persona termine)</p> <p>Debe tener 10 ángulos y dos ángulos interceptados. Dar un punto si el dibujo consta de dos figuras de cinco lados que quedan entrelazados formando entre ambas una figura de cuatro lados. (No tomar en cuenta temblor ni rotación).</p>
<p>Puntaje total Calificación Máxima</p> <p>30 puntos</p>	<p>Calificación Obtenida</p> <p>()</p>	

Evaluador (a): _____

Supervisor (a): _____





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (Ryff, 1989)**



Folio:

Instrucciones: A continuación le voy a leer algunas preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, le pido que piense en **las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
24. En general, siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5	6

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	6	5	4	3	2	1
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida	6	5	4	3	2	1
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada	6	5	4	3	2	1
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias	1	2	3	4	5	6
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona	6	5	4	3	2	1
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla	1	2	3	4	5	6

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Instrucciones. Ahora emplearemos estas opciones de respuesta.

	azules	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
		0	1	2	3	4	5
1	Soy capaz de adaptarme a los cambios						
2	Puedo manejar lo que se presente						
3	Trato de ver el lado positivo de los problemas						
4	Enfrentar el estrés puede fortalecerme						
5	Tiendo a recuperarme rápidamente después de la enfermedad o las dificultades						
6	Puedo alcanzar mis metas a pesar de los obstáculos						
7	Puedo mantener la concentración bajo presión						
8	Difícilmente el fracaso me desanima						
9	Me considero una persona fuerte						
10	Puedo manejar los sentimientos desagradables						

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Folio:

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER

Instrucción: A continuación hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después marque con una "X" la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5
Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5