

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Relación entre la salud mental positiva y el deterioro cognitivo leve en adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca, en el periodo 2022 – 2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Psicología

Autores:

Steeven Santiago Marín Balcázar

Henry David Velecela Sanango

Director:

Felipe Edmundo Webster Cordero

ORCID: 0000-0002-0916-4605

Cuenca, Ecuador

2023-03-01

Resumen

La salud mental positiva se concibe como la ausencia de la enfermedad o la presencia de ciertos atributos de personalidad que protegen al individuo de enfermar o coadyuvan en la recuperación o rehabilitación de dificultades o trastornos. Por otro lado, el deterioro cognitivo leve es una alteración en uno o más dominios de la cognición superior a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia. Por tal razón, se propone como objetivo relacionar los niveles de salud mental positiva y deterioro cognitivo leve en adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la Ciudad de Cuenca en el periodo 2022 – 2023. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. En el estudio participaron 47 adultos mayores a quienes se le aplicó la Escala Mental Health Continuum Short Form, adaptada al contexto ecuatoriano, el Examen Cognoscitivo Mini – Mental y una ficha sociodemográfica. La investigación evidencia un deterioro cognitivo leve y moderado en la población, en la que existen niveles medio, medio alto y alto de salud mental positiva; como hallazgo interesante se concluye que no existe relación entre la salud mental positiva y deterioro cognitivo leve.

Palabras clave: salud mental positiva, deterioro cognitivo leve, adulto mayor, envejecimiento

Abstract

Positive mental health is conceived as the absence of disease or the presence of certain personality attributes that protect the individual from becoming ill or assist in the recovery or rehabilitation from difficulties or disorders. On the other hand, mild cognitive impairment is an alteration in one or more domains of cognition greater than expected in a person of the same age and educational level, but not of sufficient intensity to establish the diagnosis of dementia. For this reason, it is proposed as an objective to relate the levels of positive mental health and mild cognitive impairment in older adults of the Elderly Care Center of the City of Cuenca in the period 2022 - 2023. The research has a quantitative approach, with a correlational scope, non-experimental and cross-sectional design. Forty-seven older adults participated in the study and were administered the Mental Health Continuum Short Form Scale, adapted to the Ecuadorian context, the Mini-Mental Cognitive Examination and a sociodemographic card. The research shows mild and moderate cognitive impairment in the population, in which there are medium, medium-high and high levels of positive mental health; as an interesting finding it is concluded that there is no relationship between positive mental health and mild cognitive impairment.

Keywords: positive mental health, mild cognitive impairment, older adult, aging

Índice

Fundamentación teórica	10
Adulto mayor: definición, estadísticas mundiales y nacionales.....	10
Definición, cambios fisiológicos, teorías explicativas, estilos de vida y tipos de envejecimiento	11
Deterioro cognitivo leve: definición, diagnóstico, etiología	14
Salud mental positiva y su valoración	17
Antecedentes de estudios respecto a la salud mental positiva y el deterioro cognitivo leve ...	18
Proceso metodológico	20
Participantes y contexto	21
Criterios de inclusión	21
Métodos, técnicas e instrumentos para recolectar información	21
Plan de tabulación y análisis de los datos	23
Consideraciones bioéticas	23
Presentación y análisis de los resultados	23
Conclusiones.....	29
Recomendaciones y limitaciones	31
Referencias	32
Anexos.....	40
Anexo A. Ficha sociodemográfica.....	40
Anexo B. Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) Keyes, C.....	41
Anexo C. Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)	43

Figuras

Figura 1. Modelo de Bienestar y Salud Mental de Coray Keyes17

Figura 2. Correlación Entre Salud Mental Positiva y Deterioro Cognitivo Leve en Adultos
Mayores.....29

Tablas

Tabla 1. Estadístico de Fiabilidad del Examen Cognoscitivo Mini-Mental y Mental Health Continuum Short Form.....	24
Tabla 2. Variables Sociodemográficas de los Adultos Mayores	24
Tabla 3. Niveles de Salud Mental Positiva de los Adultos Mayores	25
Tabla 4. Datos Estadísticos de la Variable de Salud Mental Positiva	26
Tabla 5. Grados de Deterioro Cognitivo Leve de los Participantes	27

Agradecimiento

Ante todo agradezco a Dios y a la Virgen María por ser quienes me han iluminado, me han dado fortaleza y sabiduría para seguir adelante en la culminación de mi carrera y de este trabajo de investigación.

Además, doy las gracias a mis padres Albita y Hugo porque con su ejemplo de esfuerzo y trabajo me han enseñado a luchar para alcanzar mis objetivos; a mis abuelitos Marujita, Victoriano, a mi Tía Carmelita y mi hermano Andrés por apoyarme moralmente en todo el trayecto de mi carrera; al amor de mi vida mi sobrina Arleth Valentina por ser mi soporte emocional en este proceso; a mi querida mejor amiga Pamela, por ser un sol en los momentos en el que mi mente y mi corazón ya no daban más; y a Henry mi compañero de tesis.

Así mismo, agradezco al Mgt. Felipe Webster Cordero, mi director de tesis, quien con mucha certeza y paciencia ha sabido dirigir la presente investigación, y de manera especial a la Dra. Isis Angélica Pernas Álvarez por ser mi apoyo constante durante la carrera que con su motivación y esmero hacia nosotros los estudiantes ha logrado que culminemos el presente trabajo.

Por último, quiero dar mis más sinceros agradecimientos a cada una de las personas que han estado a mi alrededor: autoridades, administrativos, docentes, compañeros, amigos, pacientes de prácticas profesionales, tutores académicos e institucionales y personas que laboran en la Universidad de Cuenca, entre otros; por ser cada uno de ellos quienes me han estimulado a ser una mejor persona y profesional.

El camino continuará con el mismo amor, paso a paso, gota a gota...

Santiago

Agradecimiento

Dedico este trabajo de investigación a toda mi familia. Principalmente, a mis padres Martha y Miguel, quienes con amor, sacrificio y constancia me han brindado su apoyo incondicional, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mis hermanos Orlando, Mirian, Thalía y John por ser mi soporte en cada momento de mi trayecto, a mi segunda madre, mi Tía María, por su cariño, preocupación y apoyo constante, a mi compañero de tesis Santiago, quien me acompañó y enseñó a ir más allá de mis límites, y a todos mis amigos quienes estuvieron en los malos y buenos momentos, gracias por apoyarme cuando más lo necesitaba.

Finalmente, quiero agradecer al Mgt. Felipe Webster Cordero y la Dra. Isis Angélica Pernas Álvarez, quienes con sabiduría y paciencia han logrado transmitir su conocimiento para el desarrollo de este trabajo, así también a todos los profesores de la Facultad de Psicología por su amor, inspiración, compromiso y dedicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Henry

Dedicatoria

Dedicamos con todo nuestro corazón esta tesis a nuestros padres y familiares, pues sin ellos no lo habríamos logrado. Al igual, que a cada adulto y adulta mayor del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la Ciudad de Cuenca que participaron de este estudio.

Santiago y Henry

Fundamentación teórica

Adulto mayor: definición, estadísticas mundiales y nacionales

El término adulto mayor pertenece a una etapa del desarrollo del ser humano, sin embargo, su significado adquiere diferencias de acuerdo con el contexto sociocultural. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, de aquí en adelante) se considera como adulto mayor a las personas mayores de 60 años (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, 2014). Por otro lado, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019, art. 5) sustenta que “se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años”.

El adulto mayor atraviesa por una serie de cambios, de acuerdo con Papalia y Martorell (2017) “es un periodo del ciclo de vida marcado por los deterioros del funcionamiento físico que suelen asociarse con el envejecimiento; empieza a diferentes edades para distintas personas” (p. 501). Estos cambios asociados al envejecimiento no solo afectan el funcionamiento físico, sino también psicológico y social, por lo que, pueden reducir la calidad de vida.

La población mundial con envejecimiento según Freire Rodríguez y Ferradás Canedo (2016) refieren que los datos aportados por Naciones Unidas informan que en 1950 existían alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años en todo el mundo. En el año 2000 esa cifra se triplicó (600 millones), y las previsiones apuntan a que el fenómeno del envejecimiento poblacional continuará incrementándose de forma notable, con cifras que se situarán en torno a los 1.100 millones de personas mayores en 2025 y los 2.000 millones en 2050.

En América Latina y el Caribe el perfil demográfico está creando una situación singular, cuyas consecuencias superan los campos de la salud y educación, trascendiendo al político y económico. Los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010, aumentarán a casi 200 millones en el año 2050. La esperanza de vida a los 60 años también se incrementará de manera sostenida, estimándose que 81% de las personas que nacen en la región superará los 60 años de edad, y que 42% de ellas, sobrepasarán los 80 años de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

En América Latina existe igual cantidad de personas de más de 60 años que de niños menores de cinco años, pero en el año 2050, la cifra de adultos mayores de 80 años igualará la cantidad de estos niños en la región. Aún cuando los países de mayor población concentrarán la mayor parte de este aumento, el crecimiento proporcional también será significativo en los países más pequeños (OPS, 2011).

En el Ecuador, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013, [MIES]) manifestó que en el

país existen 1.049.824 personas adultas mayores. Además, para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población y que para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres.

Definición, cambios fisiológicos, teorías explicativas, estilos de vida y tipos de envejecimiento

Mediante un análisis bibliográfico según Alvarado García y Salazar Maya (2014, citando a Lazarus R.S. y Lazarus, 2006 y Cobo, 2009) proponen que el envejecimiento es:

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social. En ese sentido, el envejecimiento es una construcción social. (p. 60)

Como se observa el envejecimiento se puede explicar por una serie de procesos individuales y sociales, sin embargo, su característica universal está determinada por cambios fisiológicos que deterioran la capacidad del individuo para adaptarse al ambiente.

A nivel general se pueden observar cambios superficiales como: pérdida en la elasticidad de la piel y grasa corporal, venas varicosas en las piernas, el cabello blanco, escasez de bello corporal, reducción de la estatura, cifosis, entre otros (Papalia y Martorell, 2017). Salech et al. (2012) mencionan que a nivel específico los principales cambios se pueden agrupar en los siguientes sistemas:

- Sistema cardiovascular: una reducción progresiva del número de cardiomiocitos por necrosis y apoptosis, afectando al tejido de conducción, una disminución de la distensibilidad de los vasos del miocardio, una alteración del baroreflejo y respuesta ante el estímulo beta-adrenérgico, y disminución del índice cardíaco, etc.
- Sistema renal: disminución de nefronas funcionales, disminución de la masa funcional de riñones que es sustituida por tejido fibroso y grasa, disminución del flujo sanguíneo renal, entre otros cambios.
- Sistema muscular: de forma general se observa una pérdida de masa muscular, infiltración de grasa, disminución de la fuerza y fragilidad.

- Sistema digestivo: aumento de grasa visceral, infiltración grasa de tejidos, menor masa de células beta, mayor producción de adipokinas y factores inflamatorios, y mayor resistencia insulínica y diabetes.
- Sistema nervioso central: menor masa cerebral, aumento líquido cefalorraquídeo, mínima pérdida neuronal, cambios no generalizados de arborización neuronal, menor actividad neuronal, menor velocidad procesamiento, declive en la memoria de trabajo y menor destreza motora.

Da Silva Rodrigues (2017) menciona que existen dos áreas teóricas para explicar el envejecimiento: las teorías estocásticas, relacionadas con la genética, mutación, radicales libres, error catástrofe, uniones cruzadas de estructuras celulares, acumulación de productos de desecho e inmunología; y las teorías determinísticas, que se refieren a la capacidad replicativa de las células y la evolución. Este autor refiere que en las teorías estocásticas se comparten variables aleatorias que hacen que el envejecimiento sea un producto de la casualidad, por lo que su estudio se enfoca en cálculos probabilísticos. De acuerdo con estas teorías, el fenómeno en estudio tiene básicamente dos vertientes: el genoma y el ambiente. En las teorías estocásticas se identifican diversas razones para que exista el fenómeno del envejecimiento: mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas, lesión del ADN a nivel del material genético mitocondrial, afectación de los tejidos celulares por reacción de los radicales libres, formas anómalas de algunas proteínas pero por error de modificación posintético, formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos y disminución de las células T.

Así mismo Silva Rodrigues (2017), en el marco de las teorías determinísticas, plantea que el envejecimiento es considerado un fenómeno que se basa en algunas variables conocidas, lo cual sugiere que forman parte de una serie de procesos que están programados en el genoma de cada organismo; de igual manera refiere que se debe a la imposibilidad que parece existir en la reproducción sistemática de células que proliferan en el organismo, ya que las células presentan un predeterminado número de veces que pueden dividirse y generar nuevas células. De este modo, a partir de un momento determinado, que representa el inicio del envejecimiento, las células empiezan a reproducirse a un ritmo menor hasta dejar de hacerlo. Aún dentro de las teorías determinísticas es posible encontrar una perspectiva asociada a la evolución, que en su esencia se divide en tres diferentes teorías. La primera postula que las sensaciones son parte de la adaptación necesaria en el programa de desarrollo; la segunda, plantea que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento; mientras que la

tercera teoría dice que la senescencia es resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana (Da Silva Rodrigues, 2017).

La forma en cómo se manifiesta el envejecimiento es una variable que va a depender de los genes, así también como de la expresión de estos en el ambiente, en este sentido, un estilo de vida saludable le permitirá al adulto mayor conservarse sano y en buenas condiciones durante la vejez.

La actividad física se encuadra en el estilo de vida saludable, ya que según Papalia y Martorell (2017), conlleva una serie de beneficios como:

Fortalecer el corazón y los pulmones y disminuir el estrés. Puede ser una protección contra la hipertensión, el endurecimiento de las arterias, la cardiopatía, la osteoporosis y la diabetes. Ayuda a mantener la velocidad, la resistencia, la fuerza y la energía, así como funciones básicas como la circulación y la respiración. Reduce la posibilidad de lesiones pues fortalece y flexibiliza las articulaciones y los músculos, y ayuda a prevenir o aliviar el dolor de la espalda baja y los síntomas de artritis. Permite mejorar el estado de alerta mental y el desempeño cognoscitivo, ayuda a aliviar la ansiedad y la depresión leve, y mejora los sentimientos de destreza y bienestar. (p. 556)

Por otro lado, la inactividad puede contribuir a trastornos degenerativos como: la cardiopatía, diabetes, cáncer de colon, hipertensión sanguínea, obesidad, la cual afecta al sistema circulatorio, los riñones y el metabolismo del azúcar, entre otras (Papalia y Martorell, 2017).

La nutrición es otro factor indispensable para estilos de vida saludable. Llevar una alimentación rica en aceite de oliva, granos y frutos secos puede contribuir a reducir el riesgo de obesidad, de hipertensión sanguínea y de colesterol alto. Por el contrario, una nutrición deficiente contribuye a enfermedades como aterosclerosis, cardiopatía y diabetes, así como a limitaciones funcionales y de la actividad (Esposito et al., 2004 y Takachi, 2007 citado en Papalia y Martorell, 2017).

Por otro lado, Fernández Larrea et al. (2000), refieren que las actividades vinculadas a labores domésticas o al cuidado de niños y/o ancianos, así como los contactos sociales extrafamiliares se enmarcan en estilos funcionales de la salud, pues contribuye a altos niveles de bienestar subjetivo. En resumen, se observa que los hábitos alimenticios, estado nutricional, y la actividad física en adultos mayores está estrechamente relacionado con un buen estilo de vida (Rosales Rodríguez et al., 2014).

En cuanto a las formas en cómo se presenta el envejecimiento González y Ham-Chande (2007) menciona la existencia de cuatro tipos: ideal, activo, habitual y patológico, entre ellos se destaca

el ideal y habitual. El envejecimiento ideal menciona que este grupo de personas son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física. Por otro lado, las personas con envejecimiento habitual presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su **deterioro cognitivo** puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.

Para este estudio interesa profundizar en el deterioro cognitivo leve, pues se explorarán con los adultos mayores este constructo.

Deterioro cognitivo leve: definición, diagnóstico, etiología

En el envejecimiento habitual, el adulto mayor pasa por determinados cambios que modifican su adaptación en el entorno, entre estos se destaca el deterioro cognitivo leve o ligero (DCL, de aquí en adelante). De acuerdo con Arriola Manchola et al. (2017), el deterioro cognitivo leve es “la alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia” (p. 6).

Por otro lado, según González Palau et al. (2014), el DCL actualmente se encuentra englobado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) como trastorno neurocognitivo menor, el cual se diferencia de uno mayor en su afectación de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (ADV).

De acuerdo con Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su manual DSM-5, para que una persona presente un trastorno neurocognitivo leve debe cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). (p. 605)

De acuerdo con la OMS (2021), el deterioro cognitivo asociado a demencia afecta aproximadamente a unos 50 millones de personas y cada año se registran cerca de 10 millones de casos nuevos. Además, se espera que 65.7 millones de personas sufran demencia en 2030 y 115.4 millones para 2050 (OMS, 2013).

En Ecuador por su parte, la fundación TASE (Trascender con Amor, Servicio y Excelencia), estima que de 100.000 personas con demencia el 60 % tiene Alzheimer (Edición Médica, 2021). A nivel local, en estudios realizados con un grupo de adultos mayores jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Cuenca, el 17.1% presentaron deterioro cognitivo con riesgo relativo de 3,81% para edades de 65 años y mayor afección del sexo femenino (Estévez et al., 2014). Así mismo, Ochoa Robles y Ríos Garzón (2017) encontraron que de 80 adultos mayores que se encontraron en centros gerontológicos aproximadamente el 98,7% presenta deterioro cognitivo, siendo el grave el más común.

Algunos factores de riesgo para que dichos adultos mayores presenten deterioro cognitivo son la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética, y la presencia de trastornos depresivos (Cancino y Rehbein, 2016).

Respecto al proceso de diagnóstico Garrido Barral et al. (2018) sugiere que se debe abarcar la entrevista con el paciente y sus familiares, la valoración de la repercusión funcional en las AVD y los test cognitivos breves, así también se requiere el descarte de los trastornos depresivos, drogas y fármacos. Para la evaluación cognitiva formal se requiere utilizar escalas de medida cognitiva global que por lo menos abarquen áreas como la memoria y funciones ejecutivas.

Entre los test más usados internacionalmente se destaca el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE), creado por Folstein et al. (1975) y adaptado al español por Lobo et al. (2002), el cual permite realizar una detección rápida del deterioro de las funciones cognoscitivas, esta es una prueba muy utilizada en enfermedades neuropsiquiátricas, la misma se utiliza en estudios clínicos y en la detección de patologías como la demencia. Así mismo, el examen cuenta con los criterios de aprobación propuestos por Garrido Barral et al. (2018) ya que, explora las siguientes áreas:

memoria episódica, lenguaje, memoria remota/semántica, atención, funciones, frontales/ejecutivas y área viso espacial.

Entre las variables etiológicas del deterioro se encuentran las bioquímicas, fisiológicas y/o anatómicas en las que se puede mencionar: un incremento en la actividad de ondas theta y una disminución en la actividad beta, y posteriormente, en la actividad de ondas alfa, alteraciones en la proteína taU y el péptido beta amiloidea 42, así también escasa reserva cerebral, especialmente en sujetos con reducción en el tamaño cerebral y a nivel neuronal (Cancino y Rehbein, 2016).

Por otro lado, Kivimäki et al. (2021) en su estudio menciona que el DCL también se presenta por la presencia de enfermedades cardiovasculares como: diabetes, cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares. Además, concluye que las proteínas SLIT2, CHSTC y AMD están asociadas a un mayor riesgo de DCL.

Respecto a factores relacionados a variables sociodemográficas se puede nombrar principalmente a la calidad y duración de escolaridad, la complejidad laboral, las actividades cognitivas y sociales. Un claro ejemplo es el estudio de Meléndez-Moral et al. (2012) en cual se concluye que un gran número de sujetos con DCL presentan un menor nivel de educación. De igual manera, Feldberg et al. (2020) determinaron que “la complejidad ocupacional y la educación desempeñan un papel diferencial e importante en el mantenimiento de las capacidades cognitivas, siendo factores amortiguadores del DCL en el envejecimiento” (p. 2194). Otros factores importantes que cuentan con buena base empírica son: las actividades recreativas y el ocio, las actividades sociales, actividad cognitiva (leer, pintar, escribir, hacer crucigramas) y actividad física (Cancino y Rehbein, 2016).

Como se observa existen muchas variables que constituyen un eje fundamental en el DCL, el trabajo positivo en cada una de ellas favorece la formación de una especie de barrera, pues como menciona Feldberg et al. (2020) permite al “cerebro desarrollar circuitos cerebrales alternativos ante la aparición de una injuria cerebral o enfermedad neurológica, que protege al individuo del declive cognitivo” (p. 2194). Bajo esta idea, se supone interesante pensar la existencia de más factores que actúen como barrera para el DCL o que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores, entre estos se puede mencionar al bienestar o salud mental positiva, la cual según Keyes (2005) citado en Vázquez y Hervás (2009) constituye una variable independiente aunque correlacionada con la enfermedad, de esta manera se puede suponer que independiente del DCL, los adultos mayores pueden gozar de buenos niveles de salud mental positiva; esta categoría es la de otro interés para este estudio.

Salud mental positiva y su valoración

La salud mental positiva (SMP, de aquí en adelante) a lo largo de la historia la concepción de salud ha pasado por varias transformaciones, actualmente la Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (citada en Herrero, 2016, párr. 1), esta definición invita al desarrollo del concepto de SMP, ya que como se observa la salud no solamente es la ausencia de enfermedades y contempla un bienestar global del ser humano. Por lo tanto, las investigaciones ya no se encaminarán solamente en reducir el padecimiento de las enfermedades, sino que también en estudios que expliquen las causas de la salud positiva, así también la mantención de factores salutógenos en la ausencia de enfermedad.

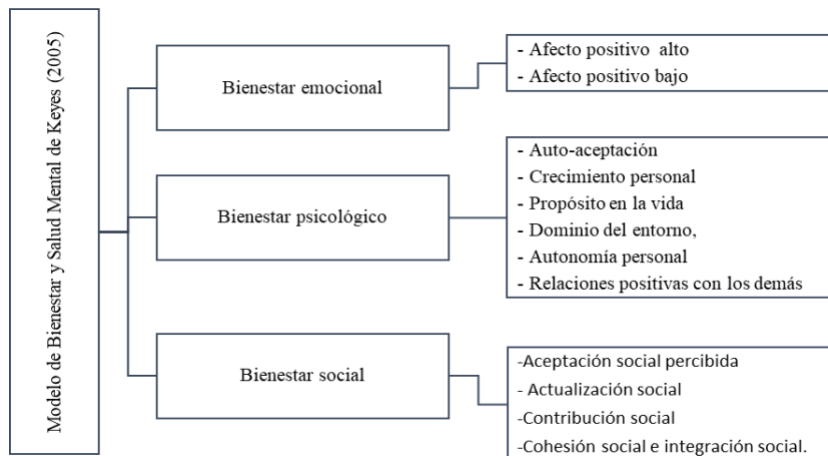
De acuerdo con la revisión sistemática de Muñoz et al. (2016) “la SMP se concibe como la ausencia de la enfermedad o la presencia de ciertos atributos de personalidad que protegen al individuo de enfermar o coadyuvan en la recuperación o rehabilitación de dificultades o trastornos” (p. 169).

En este sentido, desde 1958 se ha venido desarrollando varios modelos que aportan a la operacionalización y explicación de la SMP, entre ellos se puede enumerar a los siguientes: modelo de Jahoda, teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, modelo de bienestar psicológico de Ryff, dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff y modelo multidimensional de Coray Keyes (Vázquez y Hervás, 2009).

En la SMP se destaca por su operacionalización el modelo multidimensional de Coral Keyes, quien parte del modelo de Ryff para operacionalizar la SMP, de manera que distingue tres ámbitos de bienestar: emocional, psicológico y social (Peña Contreras et al., 2017), estas dimensiones se explican mejor en la siguiente figura.

Figura 1

Modelo de Bienestar y Salud Mental de Coray Keyes



Nota. Adaptado Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes Lee, C., y Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC–SF) en el ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223–232. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>

El modelo multidimensional de Coral Keyes permitió el desarrollo de la escala Mental Health Continuum Long Form (MHC-LF), posteriormente el autor generó una versión corta denominada Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) que mide los niveles de bienestar emocional, psicológico y social, la cual ha ganado mucha popularidad por su rapidez y alta fiabilidad (Peña Contreras et al., 2017).

Antecedentes de estudios respecto a la salud mental positiva y el deterioro cognitivo leve

Actualmente, a nivel internacional se han realizado algunas investigaciones sobre la relación entre la salud mental positiva y el deterioro cognitivo en adultos mayores. Según Keyes (2005), las diferentes medidas de bienestar (psicológico, social y emocional) son independientes, aunque correlacionadas a las medidas de trastornos mentales (depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y dependencia de alcohol) y puede desempeñar un papel independiente en la predicción de los resultados relacionados con la salud, en este sentido algunas investigaciones han demostrado su relación, por ejemplo: Hill et. al (2005) examinaron la relación entre el afecto positivo y el desempeño de la memoria episódica en una muestra de adultos mayores holandeses, y encontraron que el afecto positivo era un buen predictor del recuerdo de palabras, así también en el análisis de varianza se descubrió que los participantes con afecto positivo alto mostraron una consolidación de la memoria superior en las cinco pruebas de desempeño en contraste con los sujetos de afecto positivo bajo.

De igual manera, existe evidencia sobre el bienestar psicológico que respalda la modulación funcional de los recursos psicológicos, y por ende, se observa una reducción del estrés e incremento en la eficiencia neuronal (Steptoe et. al, 2005; Scarmeas y Stern, 2003). Berk et. al (2016) sugieren que el afecto positivo podría promover la liberación de dopamina en el cerebro y en consecuencia facilitar los procesos psicológicos como: atención, memoria y solución creativa de problemas. Los resultados de Llewellyn et. al (2008) al examinar la relación entre los altos niveles del bienestar psicológico y la función cognitiva en una muestra de 11,234 adultos de 50 años en adelante, indica que los altos niveles de bienestar psicológico están asociados con una mejor función cognitiva, pues los resultados de la puntuación cognitiva global de aquellos participantes que se encontraban en el quinto quintil de bienestar psicológico obtuvieron un promedio de 0,30 unidades más que aquellos en el quintil más bajo.

De la misma manera Bell et. al (2022) en su revisión sistemática y meta-análisis de la asociación entre los constructos de psicología positiva (CPP) y la función cognitiva en adultos mayores a 50 años, encontraron que en general los niveles más altos de CPP eudaemónicos están asociados con un mejor funcionamiento cognitivo, en este sentido Allerhand et. al (2014) refiere que las intervenciones en variables como: satisfacción con la vida, afecto positivo, propósito en la vida, optimismo, escrupulosidad, neuroticismo, autoestima, entre otras, son de esencial importancia para mantener la salud cognitiva y reducir el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo leve.

Respecto al bienestar social, Kumar et. al (2009) encontraron que los adultos mayores con un bajo nivel de participación social tenían un funcionamiento cognitivo significativamente deficiente en comparación con los hombres con un alto nivel de participación social, por otro lado, las mujeres con un nivel más alto de compromiso social obtuvieron malos resultados en las pruebas cognitivas en comparación con los hombres con un mayor compromiso social, estos resultados sugieren que los efectos amortiguadores del compromiso social son menores en las mujeres que en los hombres. Krueger (2009) por su parte, encontró que a nivel general la participación frecuente en actividades sociales (ir al cine, participar en actividades religiosas, participar en reuniones sociales y participar en grupos de interés común) y un alto nivel de apoyo social percibido (pedir ayuda o consejo, así como la frecuencia de contacto con ellos) se asociaron con un mayor nivel de funcionamiento cognitivo, mientras que las redes sociales no tuvieron una asociación significativa. Así mismo, la investigación de García Mejía et. al (2015), refiere que los adultos que participan en grupos de la tercera edad presentan mejor rendimiento cognitivo que aquellos que no asisten, en especial en tareas de semejanza, ejecución motriz y memoria verbal.

En relación a investigaciones a nivel nacional y regional, no se han encontrado estudios que relacionen la salud mental positiva y el deterioro cognitivo o rendimiento cognitivo, sin embargo, el estudio de Peña Contreras et al. (2017), manifiestan que “las personas de la tercera edad reportan puntajes medios y medianos más altos en todas las dimensiones de bienestar” (p. 235), a comparación de la adultez emergente y media, en cambio, estos resultados no se pueden generalizar, ya que solo acogen a personas sanas.

Respecto al deterioro cognitivo en el Ecuador, según el censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ([INEC], 2009) este trastorno afecta alrededor del 42% de los adultos mayores que viven en el país, el 10% y el 20% se encuentran hospitalizados en unidades de psiquiatría y hospitales generales, por lo tanto, es escasa la población de adultos mayores que se encuentran habitando en su hogar con sus familiares. El deterioro cognitivo en algunas ciudades importantes las cifras son alarmantes, por ejemplo, en Quito se presenta un 8,1% en hombres, 23,7% en mujeres, luego en la ciudad de Guayaquil encontramos que en un 13,7% se presenta en los hombres, en cambio en las mujeres se presenta en un 20,3%.

Bajo esta línea de estudios, se considera que la investigación es necesaria debido a las alarmantes cifras de deterioro cognitivo, la escasa investigación en salud mental positiva, la inexistencia de literatura a nivel regional que muestren el nivel de asociación entre estas dos variables y el impacto negativo de las mismas.

Con estos antecedentes, se plantea la siguiente **pregunta de investigación** ¿Cuál es la relación entre la salud mental positiva y el deterioro cognitivo leve en los adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca, en el periodo 2022-2023?

Para dar respuesta a esta interrogante se plantea las siguientes **hipótesis**:

- Ho. No hay una correlación significativa entre los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve y los niveles de salud mental positiva.
- Ha. Existe una correlación significativa entre los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve y los niveles de salud mental positiva.

Así mismo, se plantea como **objetivo general**: relacionar los niveles de salud mental positiva y deterioro cognitivo leve en adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca en el periodo 2022-2023. Y, como **objetivos específicos**: describir el nivel de salud mental positiva de los adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca según sexo, edad y nivel estudios e identificar el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores Centro de Cuidados del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca.

Proceso metodológico

La presente investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, ya que se calcularon y estimaron las magnitudes de los conceptos contenidos en las hipótesis por medio de herramientas estandarizadas y se establecieron relaciones entre las variables para la explicación y demostración de las teorías. Se utilizó un diseño no experimental, pues no se manipuló las variables, más bien se valoró a los participantes en su ambiente natural. El alcance es de tipo correlacional, debido a que el estudio tiene la finalidad de analizar la relación entre salud mental positiva y deterioro cognitivo leve. Así también, el corte fue transversal, pues la recolección de datos se realizó únicamente durante el periodo de octubre y noviembre de 2022 (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes y contexto

Se trabajó con los usuarios del Centro de Cuidados del Adulto Mayor (CCAM) del Municipio de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. Para ello, se consideró un muestreo por conveniencia, el cual, según Hernández Sampieri et al. (2014) están formadas por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso. Es así como, se tomaron los datos proporcionados por la institución de 47 adultos mayores que asisten al CCAM durante el periodo octubre y noviembre de 2022. Es relevante mencionar que, la cifra obtenida no fue elevada, por lo que se trabajó con una población y no con una muestra.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores a partir de los 65 años que asistieron al Centro de Cuidados del Adulto Mayor (CCAM).
- Adultos mayores que firmaron que el consentimiento informado y presentaron diagnóstico de deterioro cognitivo.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que presentaron enfermedades degenerativas que no les permitan responder a los instrumentos o que estén desorientados en tiempo, espacio y persona. Así también, trastornos afectivos que afecten la validez del instrumento.
- Adultos mayores que presentaron trastornos neuropsicológicos o psiquiátricos que no permitan responder a los cuestionarios.

Métodos, técnicas e instrumentos para recolectar información

Se aplicó una *ficha sociodemográfica* para conocer los datos más relevantes de cada adulto mayor (Anexo A).

Para la evaluación de la salud mental positiva y deterioro cognitivo leve se utilizaron las siguientes herramientas:

1) *Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*: esta escala permite medir los niveles de salud mental positiva, el constructo que está compuesto por: bienestar psicológico, emocional y social. Esta escala ha sido validada en diversos contextos culturales y el contexto ecuatoriano no es la excepción, ya que Peña et al. (2017) han concluido que su aplicación en esta población presenta adecuados niveles de ajuste y alta consistencia interna (Alpha de Cronbach de 0.91). Respecto a su aplicación, se evalúa en una escala tipo Likert del 1 al 5, en la cual 1=Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre (Anexo 2).

Respecto a su interpretación se tiene:

56 – 70: Alto

42 – 55: Medio alto

28 – 41: Medio

14 – 27: Bajo

0 – 13: Deficiente

Keyes (2007) refiere que las personas que exhiben niveles altos (4 o 5) en al menos una medida de bienestar emocional y altos niveles en al menos seis medidas de bienestar social y psicológico pueden catalogarse bajo un estado floreciente; es decir experimentan emociones positivas, un funcionamiento psicológico y social positivo, mientras que aquellas que refieren puntuaciones bajas (0 o 1) en mínimo una medida de bienestar emocional, y en al menos seis de las demás dimensiones, pueden ser clasificada en un estado languideciente.

2) *Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)*: este instrumento de cribado permite realizar una detección rápida del deterioro de las funciones cognoscitivas. Los autores Folstein, M.F., Folstein, S. E., McHugh, P.R. y Fanjian, G. fueron los creadores en 1975, su finalidad fue crear una prueba de fácil aplicación para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos, esta es una prueba muy utilizada para la detección de enfermedades neuropsiquiátricas, la misma que también se utiliza en estudios clínicos y en la detección de patologías como las demencias. Asimismo, es importante mencionar que no existe la validez de este instrumento en el contexto ecuatoriano. Además, se encarga de evaluar en 35 ítems el estado mental y nos permite observar cómo va progresando el estado cognitivo. Se evalúa las áreas de: orientación en el espacio en el tiempo, codificación, atención y concentración, recuerdo, lenguaje y construcción visual (Anexo 3).

La interpretación es la siguiente:

- Normal (sin deterioro): 27 – 30 puntos
- Deterioro cognitivo leve: 21 – 26 puntos

- Deterioro cognitivo moderado: 11 – 20 puntos
- Deterioro cognitivo severo: < 10 puntos

Plan de tabulación y análisis de los datos

Para el procesamiento de datos se utilizó códigos que fueron asignados aleatoriamente a los usuarios que firmaron el consentimiento informado, luego las respuestas se extrapolaron a una base de datos de Microsoft Excel. Mediante el uso del software R Studio 2022.12.0+353 se procedió a realizar el análisis de estadísticos de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y porcentuales de ambas variables. Los resultados que se muestran a través de tablas son los más significativos. Posterior a ello, se ejecutó la prueba de Anderson Darling de normalidad para ambas variables, en base a ello se decidió utilizar la prueba de Spearman. Por último, se presentó la correlación mediante un gráfico de dispersión y su prueba de significancia para un valor p de 0.5.

Consideraciones bioéticas

Para garantizar los derechos de los participantes, esta investigación cumplió con los principios generales éticos del American Psychological Association (2017) en la que refiere, el principio A: beneficencia y no maleficencia, B: fidelidad y responsabilidad, C: integridad, D: justicia y E: respeto por los derechos y la dignidad de las personas. La aplicación de este código garantizó la participación voluntaria y anónima, la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes a través de un consentimiento informado, el cual fue revisado y aprobado por parte del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud [COBIAS] de la Universidad de Cuenca. Además, se realizó la socialización de los resultados con los gestores del Programa de Acción Social Municipal del cantón Cuenca.

También, se trabajó en base a la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (1964), en este sentido se respetó los principios generales del tres hasta el 15, mediante la orientación en el cumplimiento y respeto para asegurar y proteger la salud, bienestar, integridad y derechos de los participantes de la investigación, durante y después de recolección de los datos, procesamiento y divulgación de los resultados. En los requisitos científicos y protocolos de investigación se cumplió con el criterio 21 y 22, puesto que se detalló y presentó a las instancias correspondientes del CCAM para colaboración y compromiso para llevar a cabo la investigación, por medio de una solicitud de permiso; al igual que el principio 24 que dicta la privacidad y confidencialidad de la información proporcionada por los adultos mayores mediante el consentimiento informado.

Presentación y análisis de los resultados

La presente investigación contó con la participación de 47 adultos mayores del Centro de Cuidados del Adulto Mayor del Municipio de Cuenca, de los cuales $n = 31$ formaron parte del estudio ya que, según los criterios de inclusión y exclusión los demás participantes no cumplieron con esos criterios.

A los dos instrumentos que se aplicaron se les calculó el Alfa de Cronbach, cuyos resultados se muestran a continuación.

Tabla 1

Estadístico de Fiabilidad del Examen Cognoscitivo Mini-Mental y Mental Health Continuum Short Form

Instrumento	Alfa de Cronbach	Numero de elementos
Mental Health Continuum Short Form	0.72	14
Examen Cognoscitivo Mini-Mental	0.4	30

Los 31 adultos mayores que participaron en el estudio, el 71% fueron mujeres y 29% hombres, en prevalencia de edades comprendidas de 72 a los 76 años (29.03%), seguido de 87 a 91 años (25.81%) y con un número de participación menor las personas entre 82 a 86 años (9.68%). Además, el 90.32% han tenido el nivel escolaridad primaria, seguido de la secundaria con un 6.45% y por último con un 3.23% los adultos mayores que cuentan con estudios universitarios, como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2

Variables Sociodemográficas de los Adultos Mayores

Variabes	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	22	71%
	Masculino	9	29%
Edad	67 – 71	4	12.9%
	72 – 76	9	29.03%
	77 – 81	7	22.58%
	82 – 86	3	9.68%
	87 – 91	8	25.81%
Escolaridad	Primaria	28	90.32%
	Secundaria	2	6.45%
	Superior	1	3.23%

En referencia al primer objetivo específico que consistió en describir el nivel de salud mental positiva de los adultos mayores, en la tabla 3 se representan los tres niveles que arrojaron los resultados. Por un lado, el nivel alto que fue el que predominó con un 70,95%, seguido del medio alto con 22,58% y por último el de medio con un 6.45%. Con respecto a la edad, el rango de

adultos mayores de 72 – 81 años son quienes más alto nivel de bienestar presentan. Por otro lado, en la variable de nivel de estudios, los datos más significativos son de las personas que cursaron primaria y puntúan alto en el constructo de salud mental positiva.

Tabla 3

Niveles de Salud Mental Positiva de los Adultos Mayores

Variables	Indicadores	Frecuencia			Porcentaje		
		Medio	Medio alto	Alto	Medio	Medio alto	Alto
Sexo	Femenino	2	4	16	6.45%	12.9%	51.61%
	Masculino	0	3	6	0%	9.68%	19.36%
Edad	67 – 71	1	2	1	3.23%	6.45%	3.23%
	72 – 76	1	1	7	3.23%	3.23%	22.58%
	77 – 81	0	1	6	0%	3.23%	19.35%
	82 – 86	0	0	3	0%	0%	9.68%
	87 – 91	0	3	5	0%	9.68%	16.13%
Escolaridad	Primaria	2	6	20	6.45%	19.35%	64.52%
	Secundaria	0	0	2	0%	0%	6.45%
	Superior	0	1	0	0%	3.23%	0%

También, en el mismo constructo de salud mental positiva, pero ahora en las dimensiones de bienestar se puede identificar en la tabla 4 que los adultos mayores presentan un nivel medio de bienestar psicológico ($\bar{x}=24.7$). Estos resultados se asemejan a los del estudio de Calcaterra (2015) en el que refieren que los adultos mayores se encuentran dentro de un nivel medio. Es decir, según Keyes (2007) este bienestar estaría compuesto por autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio del entorno, autonomía personal y las relaciones positivas con los demás.

Por otro lado, en comparación al bienestar emocional ($\bar{x}=11.6$) los participantes presentarían valores altos, según (Keyes, 2007) refiere que estos valores estarían constituidos por los afectos, positivo alto y negativo, algunos de los afectos positivos para el bienestar emocional es el participar en actividades culturales o clubs o asociaciones, como lo hacen en el Centro de Cuidados del Adulto Mayor. Esta situación según Velasco-Rodríguez et al. (2013) es explicable ya que, es más factible que quién esté desarrollando una actividad determinada, tenga sentimientos de satisfacción por lo que hace, que quien no tiene actividades, y a su vez, el desarrollo de actividades favorece la interacción social y evita la soledad.

En el bienestar social ($\bar{x}=21.7$) el grupo manifestó puntajes hacia valores altos. Este resultado se asemeja con el estudio de Galleguillos Céspedes (2015) desarrollado en Chile, en el que se

evidenció que los adultos mayores puntuaron altos niveles de satisfacción (sentimientos de alegría, energía, motivación y felicidad) que están relacionados con la interacción social. Y es que, presentar un envejecimiento saludable a esta edad influye de sobremanera con las relaciones sociales. En concreto, la investigación desarrollada por Otero Puime et al. (2006) aporta evidencias de que existen indicadores que protegen de la mortalidad, algunos de ellos son:

- la integración en actividades en la comunidad donde viven;
- el sentimiento de utilidad en los roles que les ha tocado vivir, siempre y cuando no experimenten demandas excesivas; y
- la disponibilidad de un confidente.

Es por ello, la importancia de fomentar el apoyo social en los adultos mayores que permitan mejorar su integración en el ambiente y de esa manera fortalecer su bienestar. Es así como Pelaéz y Rodríguez-Wong; Guzmán et al.; Matud et al. (2004, 2003, 2002; citado en Pelcastre-Villafuerte et al., 2011) han reportado que la existencia y calidad de estos apoyos sociales están relacionadas con una mejor experiencia de vida y con mejores condiciones de salud tanto en población general, como en población adulta mayor.

Así mismo, el bienestar global ($\bar{x}=58$), indicaría que la mayoría de los adultos mayores presentan altos niveles de bienestar. Estos puntajes se contrastan con la investigación desarrollada por Peña Contreras et al. (2017) en el que indican que las personas de tercera edad reportan puntajes medios y medianos más altos de este constructo.

Tabla 4

Datos Estadísticos de la Variable de Salud Mental Positiva

Bienestar	Máximo	Mínimo	Media (\bar{x})	Desviación estándar
Emocional	15	4	11.6	2.9
Social	25	13	21.7	3.05
Psicológico	30	14	24.7	4.00
Global	70	40	58	7.39

Por otro lado, y dando respuesta al objetivo específico de identificar el grado de deterioro cognitivo leve en los adultos mayores, se puede identificar que el grado de Deterioro Cognitivo Leve es el que predomina con el 90,32% frente al Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) con 9.68%. En relación con la variable de sexo, las mujeres presentaron DCL o DCM con un 70.97% en comparación al sexo masculino con un 29.03% de DCL. Igualmente, las personas adultas mayores en un rango de edad de 72 – 76 (29.03%), seguido de los 87 – 91 (25.81%) son quienes

exhiben una prevalencia en DCL frente a las otras personas de este grupo etario. En el nivel de estudios, las personas que han asistido a la primaria muestran un 90,33% de DCL o DCM, frente a los adultos mayores que cursaron secundaria con un 6.45% o la educación superior con un 3.23%.

Estos resultados son contrastables con el estudio realizado por Avila Olivia et al. (2007) con 129 pacientes con DC del policlínico de Cuba “Alcides Pinos”, en su investigación reportan que la mayoría de los participantes (50.4%) presentó deterioro cognitivo leve, seguido de un grado moderado de deterioro cognitivo (27.1%), no obstante, en dicho estudio también documenta datos para deterioro cognitivo severo (11.6%) y cuestionable (10.8%). Así mismo, se reporta una predominancia del sexo femenino con DC.

De igual manera, la investigación de Ochoa y Rios (2017) sobre la progresión del deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca muestran que en inicio la mayoría de los adultos mayores presentaba el deterioro cognitivo leve (22.5%), no obstante, en la post evaluación el 26,3% de los pacientes presentaron déficit cognitivo muy grave. Estos resultados resaltan la relevancia de la salud mental gerontológica, por lo que se debe priorizar intervenciones encaminadas a favorecer aquellos factores protectores del deterioro cognitivo.

Respecto al grupo etario que muestran una mayor prevalencia en DCL no se observan puntajes altos, no obstante, la investigación de Custodio et al. (2012) menciona que existe una relación positiva entre el DCL y la edad; sin embargo, se evidencia una prevalencia del 10% en adultos mayores de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años. Así mismo, los resultados de Maldonado et al. (2015) en su estudio sobre la prevalencia de DC en adultos mayores de 65 años del cantón Gualaceo, indica que, a mayor edad, mayor predisposición de padecer DC, en especial para el sexo femenino.

En cuanto a la escolaridad, es relevante mencionar que no se contó con una muestra homogénea, esto podría explicar la cantidad de casos de DCL en la educación primaria, sin embargo, la literatura científica indica una clara relación entre escolaridad y DCL de manera que una menor escolaridad puede influir en el grado de DC (Fonte Sevillano y Santos Hedman, 2000; Ostrosky-Solis et al., 1999).

Tabla 5

Grados de Deterioro Cognitivo Leve de los Participantes

Variables	Indicadores	Frecuencia		Porcentaje	
		DCL	DCM	DCL	DCM
Sexo	Femenino	19	3	61.29%	9.68%
	Masculino	9	0	29.03%	0%

Edad	67 – 71	3	1	9.68%	3.23%
	72 – 76	9	0	29.03%	0%
	77 – 81	5	2	16.13%	6.45%
	82 – 86	3	0	9.68%	0%
	87 – 91	8	0	25.81%	0%
Escolaridad	Primaria	25	3	80.64%	9.68%
	Secundaria	2	0	6.45%	0%
	Superior	1	0	3.23%	0%

Nota. Las abreviaturas DCL es Deterioro Cognitivo Leve y el DCM es Deterioro Cognitivo Moderado.

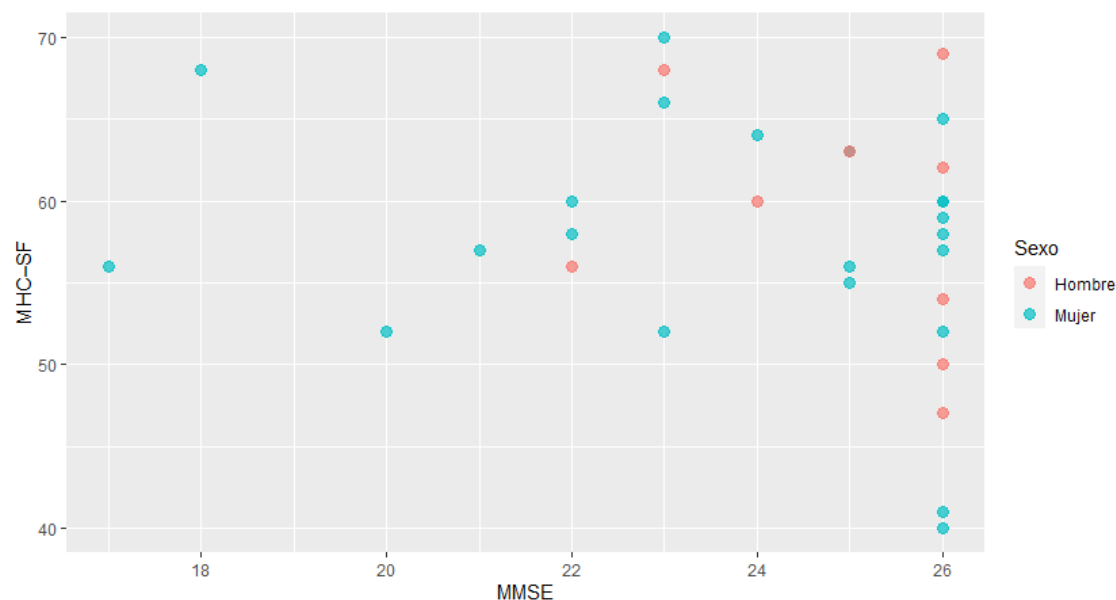
Los resultados de la **correlación entre salud mental positiva y deterioro cognitivo leve** en adultos mayores muestran que **no existe una relación entre las mismas**, debido a que no se puede afirmar que Spearman (ρ) difiere significativamente de 0. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa declarada en el estudio. Los resultados encontrados pueden ser atribuidos a una reducida muestra de adultos mayores con DCL; no obstante, no se descarta la importancia de la salud mental positiva en adultos mayores con DCL, ya que, la literatura contemporánea ha reportado algunas relaciones con las dimensiones de SMP.

Por ejemplo, los resultados de Gates et al. (2014) sugieren que puntajes bajos en calidad de vida y bienestar psicológico están asociados a una mayor preocupación por la memoria, y este último con dificultades cognitivas sutiles y una función diaria reducida. De igual manera los autores reportan un menor rendimiento cognitivo en muestras de adultos mayores (con DCL) con altos niveles de afecto negativo.

Meléndez et al. (2018) en base a sus resultados también resaltan la importancia del bienestar psicológico en sus dimensiones de: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal en relación con los grupos de adultos mayores con DCL y grupos de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, ya que se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas. Es por lo que, de acuerdo con sus resultados se destaca la relevancia de no solamente medir el grado del DC sino también el impacto del mismo en el bienestar de los adultos mayores.

Figura 2

Correlación Entre Salud Mental Positiva y Deterioro Cognitivo Leve en Adultos Mayores



Nota. Spearman (ρ) = -0.198, p – valor = .286, alfa (α) = .05

Conclusiones

En este estudio **no existe una correlación significativa** entre las variables estudiadas. Pese a lo cual, es relevante dar cuenta del rol de la salud mental positiva en la satisfacción de vida de los adultos mayores, puesto que como se ha visto en algunas investigaciones, estas tienen una influencia importante en las AVD.

En cuanto a los niveles de salud mental positiva se encontró que la mayoría de los adultos mayores presentaron altos niveles de bienestar. Este resultado sugiere que gran parte de los usuarios se encuentran en un estado floreciente, es decir, experimentan emociones positivas y un funcionamiento psicológico (autoaceptación, crecimiento personal, autonomía, relaciones positivas, etc.) y social adecuado (aceptación social, contribución social, integración social, entre otras).

En relación con las **variables sociodemográficas** estudiadas, respecto al **sexo**, en las mujeres predominan el nivel alto de SMP; respecto a la **edad**, el rango de adultos mayores de más avanzada edad, tienden a presentar altos niveles de bienestar; según el **nivel de escolaridad** quienes cursaron estudios de primaria presentaron un alto nivel en el constructo de SMP.

Se identificó que el Deterioro Cognitivo Leve predominó frente al Deterioro Cognitivo Moderado. Este resultado sugiere que existiría una alteración en uno o más procesos

psicológicos superiores (lenguaje, atención, memoria, razonamiento, funciones ejecutivas, gnosias y praxias) de los adultos mayores del presente estudio.

Recomendaciones y limitaciones

En consideración de los resultados y conclusiones derivadas del presente estudio de investigación se plantean las siguientes **recomendaciones y limitaciones**: de acuerdo con la literatura aquellos adultos mayores que participan en actividades cognitivas, sociales y emocionales reflejan una mayor calidad de vida de manera que se recomienda que se estimule a este grupo etario diariamente para reforzar la tolerancia frente a los cambios neuropsicológicos relacionados con la edad y otros factores. Además, se recomienda realizar estudios posteriores que abarquen una mayor población de adultos tardíos, así también con niveles homogéneos en las variables sociodemográficas, ya que esto fue una de las principales limitantes en el estudio. Por consiguiente, no se pueden generalizar los datos debido al tamaño de la muestra.

Dada la relevancia de la familia y los cuidadores en el proceso socioemocional de los adultos mayores, se sugiere que se desarrolle pautas de acompañamiento en el hogar en la que se trabaje mediante intervención familiar y psicosocial aquellos problemas que afectan el bienestar de este grupo etario.

Referencias

- Acción Social Municipal. (2022, May 18). *Centros de cuidado diario para personas adultos mayores - Hogar de los Abuelos | Acción Social*. Acción Social Municipal.
<http://www.asm.gob.ec/content/centros-de-cuidado-diario-para-personas-adultas-mayores-hogar-de-los-abuelos>
- Allerhand, M., Gale, C. R., y Deary, I. J. (2014). The dynamic relationship between cognitive function and positive well-being in older people: A prospective study using the English Longitudinal Study of Aging [La relación dinámica entre la función cognitiva y el bienestar positivo en personas mayores: un estudio prospectivo utilizando el Estudio longitudinal inglés del envejecimiento]. *Psychology and Aging*, 29(2), 306–318.
<https://doi.org/10.1037/a0036551>
- Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta] (2002; modificado en vigor el 1 de junio de 2010 y el 1 de enero de 2017).
<https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Arriola Manchola, E., Carnero Pardo, C., Freire Pérez, A., López Mongil, R., López Trigo, J. A., Manzano Palomo, S., y Olazarán Rodríguez, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. International Marketing y Communication S.A.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (01 de enero de 2019). Ley orgánica de las personas adultas mayores. Registro Oficial del Ecuador. <https://n9.cl/ejfk>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta. Edición). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
https://icmer.org/wpcontent/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_seres_hum.pdf

- Avila Oliva, M. M., Vázquez Morales, E., y Gutiérrez Mora, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 18(4), 1–11.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181517998004>
- Barrera Urrutia, J. C. (2017). Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24676>
- Bell, G., Singham, T., Saunders, R., Buckman, J.E.J., Charlesworth, G., Richards, M., John, A., y Stott, J. (2022). Positive psychological constructs and cognitive function: A systematic review and meta-analysis [Constructos de psicología positiva y función cognitiva: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Ageing Research Reviews*, 82(2022), 101745.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101745>
- Berk, L., van Boxtel, M., Köhler, S., y van Os, J. (2016). Positive affect and cognitive decline: a 12-year follow-up of the Maastricht Aging Study [Afecto positivo y deterioro cognitivo: un seguimiento de 12 años del Estudio de Envejecimiento de Maastricht]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1305–1311. <https://doi.org/10.1002/gps.4611>
- Calcaterra, M. J. (2015). *Bienestar psicológico en la vejez: Análisis y comparación entre personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas* [Tesis de grado, Universidad del Aconcagua].
http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitaes/466/tesis-3986-bienestar.pdf
- Cancino, M., y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183–189.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78549491002>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de La Facultad de Medicina*, 73(4), 321–330.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Da Silva Rodrigues, C. Y. (2017). *Envejecimiento: evaluación e intervención psicológica*. El Manual Moderno.

- Edición Médica. (2021). *En Ecuador hay 100.000 personas con demencia, el 60% tiene Alzheimer*. <https://n9.cl/grso4>
- Estévez, F., Abambari, C., Atiencia, R., y Webster, F. (2014). Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador. Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(3), 1–3. http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/01/Deterioro-cognitivo-y-riesgo-de-demencia_REN-Vol-23-N%C2%BA1-3-2014.pdf
- Feldberg, C., Stefani, D., Tartaglini, M. F., Hermida, P. D., García, L., Somale, M. V., y Allegri, R. (2020). La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Ciencias Psicológicas*, 14(1), e-2194. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459564063013>
- Fernández Larrea, N., Clúa Calderín, A. M., Báez Dueñas, R. M., Ramírez Rodríguez, M., y Prieto Díaz, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 6–12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100002
- Fonte Sevillano, T., y Santos Hedman, D. J. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista Cubana de Medicina*, 59(1): e1314. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v59n1/1561-302X-med-59-01-e1314.pdf>
- Freire Rodríguez, C., y Ferradás Canedo, M. del M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez* (Vol. 1). Ediciones Pirámide.
- Galleguillos Céspedes, D. (2015). *Inclusión social y calidad de vida en la vejez. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante* [Tesis de grado, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142331>
- García Mejía, M. A., Moya Polania, L. M., y Cristina Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000400007&lng=en&tlng=es

- Garrido Barral, A., de Hoyos Alonso, M. C., y Viñas, A. T. (2018). Protocolo de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 25(3), 1–44. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.06.002>
- Gates, N., Valenzuela, M., Sachdev, P. S., y Singh, M. A. F. (2014). Psychological well-being in individuals with mild cognitive impairment [Bienestar psicológico en personas con deterioro cognitivo leve]. *Clinical Interventions in Aging*, 9(2014), 779–792. <https://doi.org/10.2147/CIA.S58866>
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Cuenca. (2015). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Actualización 2015*.
- González Palau, F., Buonanotte, F., y Cáceres, M. M. (2014). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances entorno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.08.004>
- González, C., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448–458. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta edición). McGRAW-HILL.
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hill, R. D., van Boxtel, M. P. J., Ponds, R., Houx, P. J., y Jolles, J. (2005). Positive affect and its relationship to free recall memory performance in a sample of older Dutch adults from the Maastricht Aging Study [El afecto positivo y su relación con el rendimiento de la memoria de recuerdo libre en una muestra de adultos mayores holandeses del Estudio de Envejecimiento de Maastricht]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 429–435. <https://doi.org/10.1002/gps.1300>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2009). *Salud mental en el Ecuador*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>

- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life [El continuo de la salud mental: de languidecer a florecer en la vida]. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health [¿Enfermedad mental y/o salud mental? Investigando los axiomas del modelo de estado completo de salud]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kivimäki, M., Walker, K. A., Pentti, J., Nyberg, S. T., Mars, N., Vahtera, J., Suominen, S. B., Lallukka, T., Rahkonen, O., Pietiläinen, O., Koskinen, A., Väänänen, A., Kalsi, J. K., Goldberg, M., Zins, M., Alfredsson, L., Westerholm, P. J. M., Knutsson, A., Theorell, T., ... Lindbohm, J. V. (2021). Cognitive stimulation in the workplace, plasma proteins, and risk of dementia: three analyses of population cohort studies [Estimulación cognitiva en el lugar de trabajo, proteínas plasmáticas y riesgo de demencia: tres análisis de estudios de cohortes poblacionales]. *BMJ*, 374(n:373). <https://doi.org/10.1136/BMJ.N1804>
- Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., y Bennett, D. A. (2009). Social Engagement and Cognitive Function in Old Age [Compromiso social y función cognitiva en la vejez]. *Experimental Aging Research*, 35(1), 45–60. <https://doi.org/10.1080/03610730802545028>
- Kumar M., Muhammad T., Dwivedi L. K. (2022). Assessing the role of depressive symptoms in the association between social engagement and cognitive functioning among older adults: analysis of cross-sectional data from the Longitudinal Aging Study in India (LASI) [Evaluación del papel de los síntomas depresivos en la asociación entre el compromiso social y el funcionamiento cognitivo entre adultos mayores: análisis de datos

- transversales del Estudio Longitudinal de Envejecimiento en India (LASI)]. *BMJ Open* 2022(12), e063336. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063336>
- Llewellyn, D. J., Lang, I. A., Langa, K. M., y Huppert, F. A. (2008). Cognitive function and psychological well-being: findings from a population-based cohort [Función cognitiva y bienestar psicológico: hallazgos de una cohorte basada en la población]. *Age and Ageing*, 37(6), 685–689. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn194>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., y Grupo de Trabajo ZARADEMP. (2002). *Mini-Mental State Examination*. TEA Ediciones, S.A.
- Maldonado, B., Maldonado, P., Astudillo, J., y Guapizaca, F. (2015). “Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores y factores asociados. Gualaceo 2014”. *ATENEO*, 17(2), 17-22. <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/62>
- Meléndez, J. C., Satorres, E., Redondo, R., Escudero, J., y Pitarque, A. (2018). Wellbeing, resilience, and coping: Are there differences between healthy older adults, adults with mild cognitive impairment, and adults with Alzheimer-type dementia? [Bienestar, resiliencia y afrontamiento: ¿Existen diferencias entre adultos mayores sanos, adultos con deterioro cognitivo leve y adultos con demencia tipo Alzheimer?]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77(2018), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.004>
- Meléndez-Moral, J. C., Sanz-Álvarez, T., y Navarro-Pardo, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de Psicología*, 28(2), 604–610. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135032>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2013). *Dirección Población Adulta Mayor*. <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 39(3), 166–173. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173/es>
- Ochoa Robles, E. A., y Ríos Garzón, J. E. (2017). *Progresión del deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca.2017* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca.

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28236/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=FC57EBAF6AF9CB2908192BC71C432D2F?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (4 de octubre del 2021). *Envejecimiento y salud*.
Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida* (2.ª ed.). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>

Ostrosky-Solis, F., López-Arango, G., y Ardilla, A. (1999). Influencia de la edad y de la escolaridad en el examen breve del estado mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano-hablante. *Salud Mental*, 22(3), 20–26.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/745/744

Otero Puime, Á., Zunzunegui Pastor, M. V., Béland, F., Rodríguez Laso, Á., y Jesús García de Yébenes y Prous, M. J. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. En Fundación BBVA. Fundación BBVA.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/otero-relaciones-01.pdf>

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (Ed. 13). McGraw-Hill.

Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S. y González-Vázquez, T., y Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública*, 27(3), 460-470. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300007>

Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes Lee, C., y Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum

- de Salud Mental (MHC–SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2) 223-232. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>
- Rosales Rodríguez, R. de la C., García Díaz, R. de la C., y Quiñones Macias, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18(1), 61–67. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Salech, F., Jara, R., y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19–29. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70269-9)
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive Reserve and Lifestyle [Reserva cognitiva y estilo de vida]. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625–633. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Stephoe A., Wardle J., y Marmot M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes [Afecto positivo y procesos neuroendocrinos, cardiovasculares e inflamatorios relacionados con la salud]. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(18), 6508-6512. <https://doi.org/10.1073/pnas.0409174102>
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *Psicología positiva aplicada* (2.^a ed.). Desclée De Brouwe. <https://ilera.com.mx/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%A1zquez-Herv%C3%A1s-Psicolog%C3%ADa-positiva-aplicada-2.pdf>
- Velasco-Rodríguez, V. M., Martínez-Ordaz, V. A., Contreras-Corona, R. G., Ugarte Esquivel, A., Alemán-Amezcuca, J., y Vaquera-Limones, J. L. (2013). Bienestar emocional del adulto mayor y factores asociados. *Psiquiatría*, 14(1), 1-16. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_7172435930564.pdf

Anexos

Anexo A. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica

Sexo: _____	1. Mujer _____	2. Hombre _____	Edad: _____ años	Escolaridad:
				_____ 1. Primario
				_____ 2. Secundaria
				_____ 3. Superior

Anexo B. Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) Keyes, C.

Versión española, validación ecuatoriana; Eva Karina Peña Contreras, Sandra Eugenia Lima Castro, Gladys Alexandra Bueno Pacheco, Mónica Elisa Aguilar Sizer, Corey Lee M. Keyes, William Paúl Arias Medina, (2017). Por favor conteste a las siguientes preguntas según como se ha sentido Usted durante el último mes. Encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta: 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre).
CON QUE FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO MES:

1. Me he sentido alegre.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

2. Me he sentido interesado en la vida.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

3. Me he sentido satisfecho con la vida.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

5. He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.).

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

7. He sentido que las personas son buenas.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido.

Nunca	Pocas veces	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre
1	2	3	4	5

Anexo C. Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)



Edad: / / Escolaridad completada:

Fecha: / / Examinador:

INSTRUCCIONES

Lo escrito en negrita debe ser leído al entrevistado en voz alta, de manera clara y despacio. Las alternativas a algunos ítems aparecen entre paréntesis. El examen debe realizarse en privado y en el idioma materno del entrevistado. Marque con un aspa (X) el "0" si la respuesta es incorrecta, o el "1" si la respuesta es correcta. Comenzar preguntando lo siguiente:

Si no le importa, quería preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Dígame por favor,	RESPUESTA (anote la contestación)	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)	
¿Sabe en qué año estamos?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿En qué estación o época del año estamos?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿En qué mes estamos?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Qué día de la semana es hoy?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Qué día del mes es hoy?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse, y anotarse en su caso, los lugares originales por los alternativos.

¿Me puede decir en qué país estamos?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Sabe en qué provincia estamos? (Comunidad Autónoma)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital / Clínica / Casa: nombre de la calle)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

FIJACIÓN

Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, series alternativas de palabras (LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que re-evaluarse al paciente.

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y le voy a pedir que las repita cuando yo termine. ¿Preparado? Éstas son las palabras: PELOTA (pausa), CABALLO (pausa), MANZANA (pausa).	PELOTA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
¿Me las puede repetir? (Repetirlas hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).	CABALLO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	MANZANA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Ahora trate de recordar esas palabras; se las preguntaré en unos minutos.

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas le quedan? Siga quitando de 3 en 3 hasta que le diga "basta".

¿Cuántas monedas le quedan si a 30 le quitamos 3? (27)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (24)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (21)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (18)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (15)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Mini-Mental Status Examination. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Farjiani, G. (1975, 1998, 2001) - Adaptación española: Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el Grupo ZARADEMP (1979, 1999, 2001) - Copyright © 2002 by TEA Ediciones, S.A. - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En su beneficio y en el de la profesión, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Printed in Spain. Impreso en España.

MEMORIA	RESPUESTA <small>(anote la contestación)</small>	PUNTUACIÓN <small>(marque con un aspa)</small>
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (No dar pistas)	PELOTA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	CABALLO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	MANZANA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

NOMINACIÓN	<small>Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, objetos comunes alternativos (por ejemplo, gafas, silla, llaves, etc.).</small>	
¿Qué es esto? (Mostrar un lápiz o bolígrafo)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Y esto ¿qué es? (Mostrar un reloj)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

REPETICIÓN		
Ahora le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS. ¿Me la puede repetir ahora, por favor? <small>(Repetirla hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).</small>		
EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

Separe la página adjunta cortando de arriba abajo por la línea de puntos y, a continuación, córtela por la mitad siguiendo la línea horizontal de puntos. Utilice la mitad superior de la página (en blanco) para las pruebas de Comprensión, Escritura y Dibujo que vienen a continuación. Utilice la mitad inferior de la página como estímulo para las pruebas de Lectura ("CIERRE LOS OJOS") y Dibujo (pentágonos entrelazados).

COMPREENSIÓN		
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa), y póngalo en el suelo (o mesa).		
COGER EL PAPEL CON LA MANO DERECHA		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
DOBLARLO POR LA MITAD		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
PONERLO EN EL SUELO (o MESA)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

LECTURA		
Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí <small>(Mostrar la hoja con el estímulo: frase escrita).</small>	CIERRE LOS OJOS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

ESCRITURA		
Por favor, escriba una frase, ... algo que tenga sentido. <small>(Si el paciente no contesta, decirle por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy)</small> Coloque el trozo de papel en blanco (sin doblar) frente al paciente y proporcione un lápiz o bolígrafo. Dar un punto si la frase es comprensible y consta de sujeto, verbo y predicado. No tener en cuenta errores gramaticales u ortográficos.		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

DIBUJO		
Por favor, copie este dibujo <small>(Muestre los pentágonos entrelazados que sirven como estímulo).</small> Dar un punto si el dibujo consta de dos figuras de cinco lados que quedan entrelazadas formando entre ambas una figura de cuatro lados.		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA				PUNTUACIÓN TOTAL
Alerta/ responde	Obnubilación	Estupor	En coma/ No responde	(Suma de todos los ítems)
				<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>(Máximo 30 puntos)</small>