



ESTADO MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

Juan Daniel Terán Espinoza,

Universidad Técnica de Manabí¹

jteran@utm.edu.ec

Juan Andrés Barcia Rivadeneira,

Universidad Técnica de Manabí²

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Juan Daniel Terán Espinoza y Juan Andrés Barcia Rivadeneira (2018): "Estado mental de adultos mayores en la ciudad de Portoviejo", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2018). En línea:

[//www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estado-mental-adultos.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estado-mental-adultos.html)

RESUMEN

Se define la salud mental como un estado de equilibrio entre la persona y su realidad socio-cultural que asegura su contribución laboral, intelectual y sus relaciones que le permiten alcanzar el máximo bienestar y calidad de vida. Se usa normalmente el término "salud mental" como equivalente al de "salud o estado físico", y la Organización Mundial de la Salud define la salud mental como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

No existe una definición exacta de lo que es la salud mental, o el estado mental ya que en esta definición influyen directamente las diferencias culturales, y las distintas formas en que las personas se relacionan con la realidad de su entorno, entre otros temas.

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Influye en la forma como pensamos, sentimos y funcionamos en nuestra vida diaria. También determina la manera en que manejamos el estrés, interactuamos con otras personas y tomamos decisiones.

Para conocer el estado mental de una persona en su vida diaria debemos observar su comportamiento en temas como su manera de manejar y resolver conflictos, sus miedos, habilidades y responsabilidades; la forma de satisfacer sus propias necesidades, afrontar sus problemas, sus relaciones familiares y amistades, y la independencia de su vida, por lo que el concepto de salud mental es muy subjetivo y está determinado por el entorno cultural.

El presente estudio tuvo un corte correlacional, transversal no experimental, mismo que evaluó a 44 adultos mayores, aplicando el minimal test de estado mental (MMSE), mismo que busca medir el estado de las personas mayores, consta de 30 preguntas básicas para saber cómo están en cuanto a su entorno, habilidad mental matemática, lenguaje y memoria.

¹ Docente – Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Escuela de Psicología, Universidad Técnica de Manabí

Psicólogo clínico – Universidad Cristiana Latinoamericana

Egresado del master de psicopedagogía – Universidad de la Rioja

Psicoterapeuta EMDR, Hipnoterapeuta Ericksoniano,

² Egresado – Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Escuela de Psicología, Universidad Técnica de Manabí

Se encontró que las personas que visitan un centro geriátrico mantienen sus habilidades cognitivas en mejor estado que las personas que viven en sus viviendas o con sus familiares.

PALABRAS CLAVES

Salud mental – Adultos mayores – Minimental test – Psicogerontología

ABSTRACT

Mental health is defined as a state of balance between the person and their socio-cultural reality that ensures their labor, intellectual contribution and their relationships that allow them to reach the maximum well-being and quality of life. The term "mental health" is commonly used as equivalent to "health or fitness", and the World Health Organization defines mental health as: "a state of complete physical, mental and social well-being, and not just absence of conditions or diseases".

There is no exact definition of what is mental health, or mental state because this definition directly influences cultural differences, and the different ways in which people relate to the reality of their environment, among other issues.

Mental health includes our emotional, psychic and social well-being. It influences the way we think, feel and function in our daily life. It also determines the way we handle stress, interact with other people and make decisions.

In order to know the mental state of a person in his daily life we must observe his behavior in topics such as his way of handling and resolving conflicts, his fears, abilities and responsibilities; the way to satisfy their own needs, to face their problems, their family relationships and friendships, and the independence of their life, so that the concept of mental health is very subjective and is determined by the cultural environment.

The present study had a correlational, non-experimental cross section, which evaluated 44 older adults, applying the mental state test (MMSE), which seeks to measure the status of the elderly, consists of 30 basic questions to know how they are in terms of their environment, mathematical mental ability, language and memory.

It was found that people who visit a geriatric center keep their cognitive skills in better condition than people who live in their homes or with their relatives.

KEYWORDS

Mental Health - Older Adults - Minimental test – Psychogerontology

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud considera como adultos mayores a las personas que tienen más de 60 años en los países en vías de desarrollo y mayores de 65 años en los países desarrollados.

La población mayor a los 60 años ha crecido en los últimos años y se prevé que el crecimiento será mayor, ya que de acuerdo a la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas consideradas adultos mayores, lo que representaba el 10% de la población total del planeta. En Europa y América la población de adultos mayores sobrepasa el 20% del total. Esto se debe a la mayor esperanza de vida que se da por las mejores condiciones de salud, alimentación, vacunas, higiene y en general por las condiciones de vida favorables.

En el Ecuador, de acuerdo al INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) la población de adultos mayores corresponde al 10% de la población total, por lo que al momento se calcula que existen alrededor de 1'600.000 personas mayores de 60 años.

Los adultos mayores tienen una gran importancia dentro de la sociedad como miembros activos de la familia, en voluntariados y en un buen porcentaje también en la participación activa de la fuerza laboral.

Debido al alto crecimiento de la población de adultos mayores se han incrementado también las especialidades médicas que se dedican a este sector de la población; como son la gerontología que proviene del griego *gerento* que significa anciano y *logos* que significa tratado. Es el estudio de la vejez, por lo tanto, es el estudio del proceso de envejecimiento. La gerontología incluye muchas disciplinas filosóficas, artísticas, científicas. La geriatría, que es la parte médica de la gerontología, proviene del griego *geron* que significa vejez y *tría* que significa curación.

El geriatra es el médico que se dedica al cuidado de los adultos mayores y trata aspectos de prevención, terapia, rehabilitación y paliativos e integra los aspectos sociales y familiares y proporciona las herramientas necesarias

Para la atención del adulto mayor enfermo en las distintas etapas de la enfermedad como son agudas, subagudas y crónicas. El objetivo fundamental es conservar la autonomía y la autoestima del adulto mayor. El geriatra además de poseer los conocimientos médicos necesarios también debe tener bases sólidas en el campo de la gerontología, lo que le convierte en el especialista más competente para la atención de los adultos mayores; mientras que el gerontólogo ha realizado estudios relacionados al envejecimiento de los seres vivos pero no cuenta con la especialización médica para la atención del adulto mayor.

El geriatra se encarga de brindar al adulto mayor los cuidados necesarios para tener una mejor calidad de vida. La calidad de vida según Velandia (1994) es la suma de las relaciones entre las diferentes circunstancias de la existencia humana como son la vivienda, el vestido la alimentación, educación, entretenimiento, salud, etc.; donde cada una de estas circunstancias ayudan de diferente manera para lograr el mayor bienestar, tomando en cuenta el proceso del envejecimiento, la manera de adaptarse del individuo a su medio ambiente cambiante, adaptación que se da de manera individual y es diferente para cada ser humano; esta adaptación influye en la salud física, pérdida de memoria, el miedo, la soledad, la muerte así como la dependencia y la invalidez.

Para Krzemien (2001) la calidad de vida del adulto mayor se da en relación al reconocimiento que logra a partir de las relaciones sociales. De esta manera esta etapa de su vida será como una prolongación del proceso vital, de lo contrario se tomará como una fase de descenso de funciones y exclusión social del adulto mayor.

Para O'Shea (2003) la calidad de vida en el adulto mayor se caracteriza por una vida satisfactoria, bienestar personal y psicológico, crecimiento personal, y las diferentes maneras en que cada persona percibe sobre lo que es una buena vida, y esto es algo sobre lo que se debe preguntar al adulto mayor para saber lo que da sentido a su propia vida, dentro de su ámbito cultural, valores que rigen su vida y en relación a sus propios objetivos de vida.

Otra rama médica que se dedica de manera concreta al adulto mayor es la psicogerontología que se encarga de conocer el perfil psicológico de las personas mayores y también de la formación de docentes de personas mayores. Esta especialidad nace a raíz del concepto del aprendizaje a lo largo de la vida y del envejecimiento de la sociedad.

Son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. En el caso de los adultos mayores, a más de las causas generales de tensión con que se enfrenta la población, muchos de ellos pierden la capacidad de vivir de manera independiente sea por problemas de movilidad, dolor crónico, y otros problemas tanto mentales como físicos lo que implica que necesitan ayuda en todo momento. Además los ancianos deben enfrentarse con más frecuencia a la pérdida de seres queridos, disminución de su capacidad económica, o la discapacidad. Todo esto les lleva al aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y tristeza. La salud mental está influida por la salud del cuerpo y a la inversa, la salud del cuerpo está influida por la salud mental.

Se define la calidad de vida relacionada con la salud como "la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud" (Patrick & Erickson, 1993).

La calidad de vida relacionada con la salud es la apreciación personal en base al estado de salud actual, que tiene que ver con la posibilidad de realizar las actividades que son importantes para la persona.

La calidad de vida puede ser disminuida por las enfermedades propias de la tercera edad; dentro de las enfermedades más comunes del adulto mayor se mencionan: artritis, artrosis, arterosclerosis, Alzheimer, Parkinson, gripe y resfriados, sordera, presión arterial alta, desnutrición, problemas visuales, osteoporosis, accidente cerebro vascular, diabetes, infarto y en los varones hipertrofia de próstata. Los que más nos interesan son los relacionados con los problemas mentales como son el Alzheimer, el Parkinson que son las que afectan el estado mental o la salud mental de los pacientes.

El Parkinson es, de acuerdo a la Asociación Parkinson de Madrid, una enfermedad degenerativa que se produce por la muerte de las neuronas de la sustancia negra que son las que producen la dopamina. La dopamina es un neurotransmisor importante que tiene como función primordial mantener el correcto control de los movimientos. Cuando disminuye drásticamente el nivel de dopamina se produce una alteración de la información en el circuito de los ganglios basales, y esto produce temblor, rigidez, lentitud de movimientos y falta de estabilidad en la postura, entre otros síntomas.

El Parkinson es una enfermedad crónica y afecta de distinta manera a quienes la padecen. A pesar de todos los avances de la neurología, aún se desconoce lo que causa la enfermedad, por lo que tampoco se sabe cómo prevenirla. Afecta por igual a hombres y mujeres, y a pesar de que más del 70% de las personas diagnosticadas son mayores de los 65 años también existe un 30% de pacientes menores de 65 años (Rafferty et al., 2017).

De acuerdo a la Alzheimer's Association, la demencia es el término general que describe el deterioro de la capacidad mental, que puede ser lo suficientemente grave para afectar e interferir en la vida diaria de las personas y sus familiares y amigos. La pérdida de la memoria es un ejemplo de demencia. El Alzheimer es la demencia más común.

La demencia no es una enfermedad específica, sino más bien un término general que describe una gran variedad de síntomas que están relacionados con la pérdida y deterioro de la memoria y otras capacidades del razonamiento; síntomas que llegan a ser tan graves que disminuyen de manera alarmante la capacidad de la persona para realizar las actividades diarias.

El Alzheimer representa entre el 60% y el 80% de los casos de demencia. El segundo tipo de demencia más común es la que se produce después de un accidente cerebro vascular. También existen otras condiciones que pueden provocar síntomas de demencia como son los problemas de tiroides y la deficiencia de vitaminas, esta demencia es reversible con el tratamiento adecuado.

La demencia, de manera incorrecta, es llamada "senilidad" o "demencia senil", que era la creencia antigua e incorrecta de que los deterioros mentales graves son parte normal del envejecimiento.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio correlacional, transversal con enfoque cuantitativo.

Los métodos utilizados fueron el análisis documental, el estadístico y el correlacional.

Instrumentos

Para la evaluación se utilizó el test psicométrico conocido como mini mental state examination (MMSE) de Folstein, Folstein & McHugh (1975) misma que es considerada la prueba de mayor uso internacional para la detección de deterioro cognitivo. Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.

Esta prueba consiste de 30 preguntas que se dividen en: orientación temporal (5 puntos), orientación espacial (5 puntos), fijación (3 puntos), concentración y cálculo (5 puntos), memoria (3 puntos), lenguaje y construcción (9 puntos).

Las puntuaciones de referencia para el presente test son:

- 27 o más: normal
- 24 a 27: sospecha patológica
- 12-24: deterioro
- 9-11: demencia.

Participantes

Se trabajó con 44 adultos mayores de la ciudad de Portoviejo, de los cuales, 22 se encuentran asistiendo a centros geriátricos en la ciudad de Portoviejo y 22 que se encuentran en sus casas o con sus familiares.

Se incluyeron a todos aquellos adultos mayores que desearan cooperar en el estudio y que pudieran leer y escribir.

Se excluyó a personas con discapacidad sensorial.

Datos sociodemográficos de los participantes

La edad de los adultos mayores oscila entre los 65 a los 85 años de edad, siendo la media 75 años. Son 26 mujeres y 18 hombres. Hay 23 viudos, 10 son parejas, 3 son solteros y 8 tienen su pareja que aún no llega a la tercera edad.

En cuanto a la educación 8 adultos tienen estudios de tercer nivel, 28 culminaron el bachillerato 4 culminaron su educación básica y 4 culminaron el 7mo año de educación básica.

Cuatro ancianos viven internos en algún centro geriátrico, 18 adultos mayores asisten a los centros geriátricos de lunes a viernes de 8 a 18 horas y 22 adultos mayores residen en sus viviendas o en viviendas con sus familiares.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación muestran en general que el compartir con otros adultos mayores y el tener que salir de su vivienda por algunas horas ayuda a mantener las funciones de los adultos mayores.

Como se puede apreciar en el gráfico 1, la mayor parte de las funciones están dentro de lo normal o en sospecha patológica.

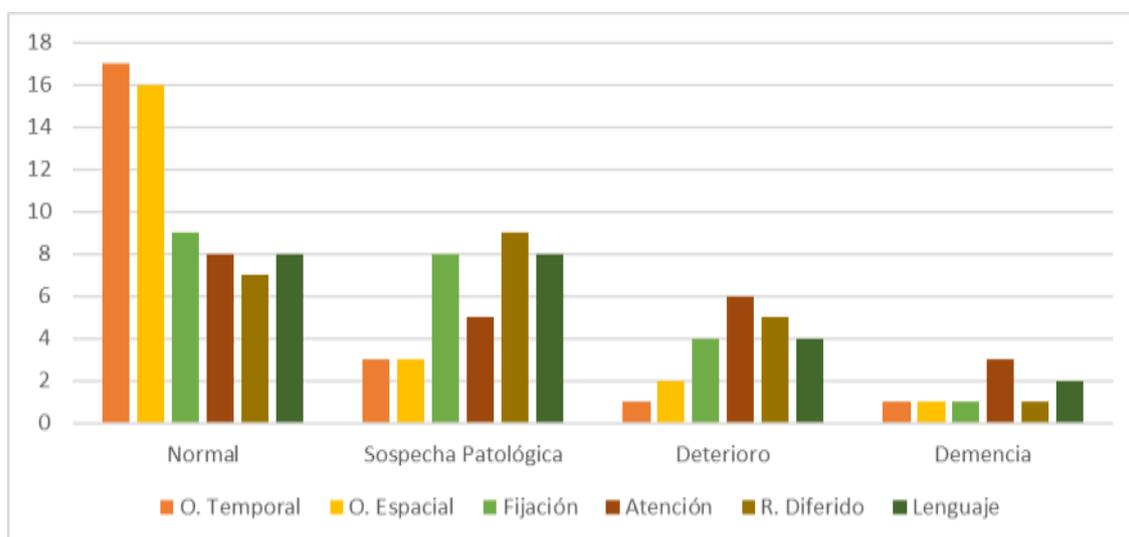


Gráfico 1.- Resultados del MMSE en adultos mayores que asisten a un centro geriátrico

Fuente: Los autores

Los presentes resultados son de aquellos participantes que asisten a centros geriátricos de la ciudad de Portoviejo.

En cuanto a su orientación temporal mismo que indaga acerca de la orientación en el tiempo (año, mes, día) 17 participantes tuvieron una puntuación normal, en 3 hubo sospecha de alguna patología, 1 adulto presentó síntomas de deterioro y 1 adulto presentó síntomas de demencia.

En la orientación espacial que corresponde al sitio donde se encuentran como en qué habitación, ciudad, provincia o país se encontró que 16 participantes obtuvieron un puntaje normal, en 3 hubo sospecha de alguna patología, 2 adultos presentaron síntomas de deterioro y 1 adulto presentó síntomas de demencia.

La fijación, o recuerdo inmediato se basa en repetir 3 palabras, los resultados obtenidos son que 9 participantes tuvieron una puntuación normal, en 8 hubo sospecha de alguna patología, 4 adultos presentaron síntomas de deterioro y 1 adulto presentó síntomas de demencia.

En cuanto a atención-cálculo los resultados obtenidos son que 8 participantes tuvieron una puntuación normal, en 5 hubo sospecha de alguna patología, 6 adultos presentaron síntomas de deterioro y 3 adultos presentaron síntomas de demencia.

El recuerdo diferido consiste en recordar 3 preguntas que son las mismas que se hicieron en memoria inmediata se encontró que 7 participantes obtuvieron un puntaje normal, en 9 hubo sospecha de alguna patología, 5 adultos presentaron síntomas de deterioro y 1 adulto presentó síntomas de demencia.

El último grupo de preguntas son aquellas relacionadas con lenguaje y los resultados obtenidos son los siguientes: 8 participantes tuvieron una puntuación normal, en 8 hubo sospecha de alguna patología, 4 adultos presentaron síntomas de deterioro y 2 adultos presentaron síntomas de demencia.

En el gráfico 2 se puede apreciar como las funciones de los adultos mayores presentan niveles mayores de demencia o deterioro.

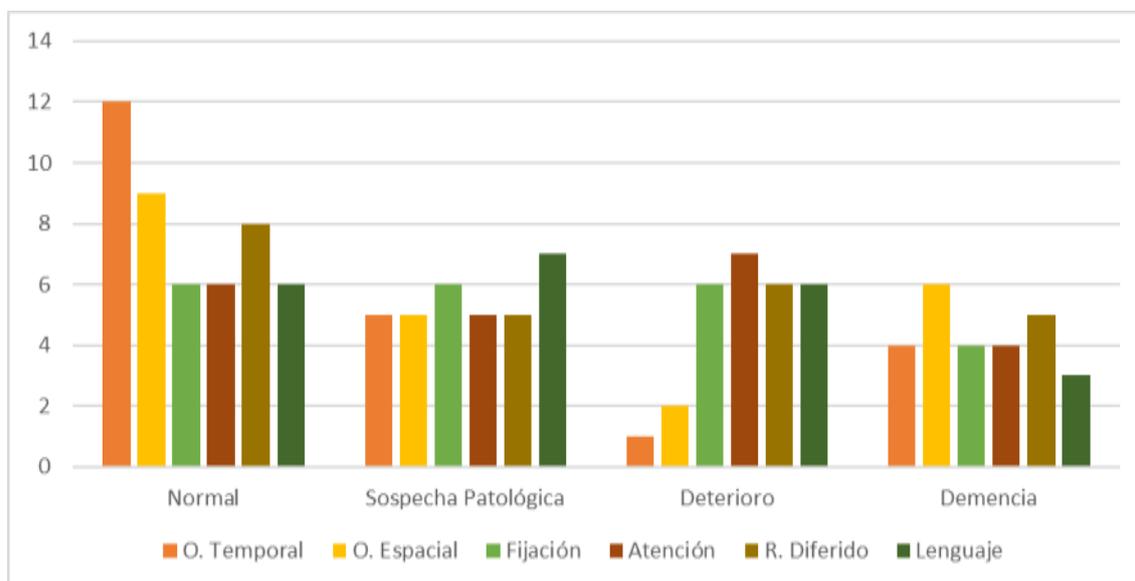


Gráfico 2.- Resultados del MMSE en adultos mayores que no asisten a un centro geriátrico

Fuente: Los autores

Los presentes resultados son de aquellos participantes que no asisten a centros geriátricos de la ciudad de Portoviejo y que residen en sus propias viviendas o con familiares que los han acogido.

En cuanto a su orientación temporal mismo que indaga acerca de la orientación en el tiempo (año, mes, día) 12 participantes tuvieron una puntuación normal, en 7 hubo sospecha de alguna patología, 1 adulto presentó síntomas de deterioro y 4 adultos presentaron síntomas de demencia.

En la orientación espacial que corresponde al sitio donde se encuentran como en qué habitación, ciudad, provincia o país se encontró que 9 participantes obtuvieron un puntaje normal, en 5 hubo sospecha de alguna patología, 2 adultos presentaron síntomas de deterioro y 6 adultos presentaron síntomas de demencia.

La fijación o recuerdo inmediato se basa en repetir 3 palabras, los resultados obtenidos son que 6 participantes tuvieron una puntuación normal, en 6 hubo sospecha de alguna patología, 6 adultos presentaron síntomas de deterioro y 4 adultos presentaron síntomas de demencia.

En cuanto a atención-cálculo los resultados obtenidos son que 6 participantes tuvieron una puntuación normal, en 5 hubo sospecha de alguna patología, 7 adultos presentaron síntomas de deterioro y 4 adultos presentaron síntomas de demencia.

El recuerdo diferido consiste en recordar 3 preguntas que son las mismas que se hicieron en memoria inmediata se encontró que 8 participantes obtuvieron un puntaje normal, en 5 hubo sospecha de alguna patología, 6 adultos presentaron síntomas de deterioro y 5 adultos presentaron síntomas de demencia.

El último grupo de preguntas son aquellas relacionadas con lenguaje y los resultados obtenidos son los siguientes: 6 participantes tuvieron una puntuación normal, en 7 hubo sospecha de alguna patología, 6 adultos presentaron síntomas de deterioro y 3 adultos presentaron síntomas de demencia.

Limitaciones del estudio

Si bien se puede visualizar que los adultos mayores que participan en actividades con otras personas de su edad tienen una mejor puntuación en el MMSE se necesitarían de otros exámenes para evaluar totalmente a los participantes, como son una tomografía axial computarizada (TAC), electroencefalograma (EEG) o una resonancia magnética funcional (fMRI).

También se debe tomar en cuenta que los resultados pueden ser afectados por problemas como la depresión, ingestión de alguna droga, problemas metabólicos, privaciones ambientales, alcoholismo, infecciones, problemas de desnutrición producidas por falta de vitamina B. Además, como se mencionó también se necesita los resultados de la observación de los familiares o la persona o personas encargadas de cuidar a los adultos mayores.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó el estado mental de los adultos mayores que asistían a un centro geriátrico y se buscó comparar los resultados con aquellos que no asisten a los mismos.

La forma en que el adulto mayor percibe su estado de salud y su calidad de vida está influenciada directamente por su salud o estado mental y su capacidad de valerse por sí mismo (Azpiazu Garrido et al., 2002; Collins, Goldman, & Rodríguez, 2008).

Se puede decir entonces que la percepción de salud está asociada a otras variables como son la autoestima, satisfacción con la vida y depresión y tiene relación directa con el número de enfermedades crónicas que padece el adulto mayor, así como el tiempo que padecen una enfermedad (Beaman, Reyes, García-Peña, & Cortés, 2004; Mella et al., 2004; Winocur et al., 2007)

Con este estudio se deseaba conocer cómo influye la asistencia de los adultos mayores a un centro geriátrico, y se pudo apreciar que para algunos es realmente estimulante el tiempo de permanencia en el centro, básicamente son aquellos que se sienten bien con sus familias, se

sienten apreciados y amados, por lo que se considera de mucho beneficio el apoyo que las personas de la tercera edad reciben de su núcleo familiar, sobre todo de la pareja y los hijos.

Estudios hechos en Costa Rica, mostraron que los adultos mayores que permanecen todo el tiempo en un centro geriátrico son los que muestran mayores problemas porque están alejados de sus familias, se sienten aislados, no tienen ánimo para realizar las actividades del centro, son poco participativos (Cáceres, 2004).

También presentan mayores discapacidades y necesitan de mayor ayuda para realizar las actividades normales de la vida diaria, mientras que aquellos que viven con sus familias y permanecen en el centro durante el día son más activos, participan mucho más y se mantienen ocupados en las diferentes tareas y programas propuestos por el centro geriátrico.

De acuerdo a otros estudios realizados el apoyo que siente el adulto mayor de su entorno es un elemento protector de la salud y el estado mental, porque al haber relaciones estables e importantes mejora la autoestima, el grado de funcionamiento mental y la manera de afrontar el estrés (Aguerre, Bouffard, & Curcio, 2008; Fiori, Smith, & Antonucci, 2007).

Se ha encontrado que los adultos mayores que tienen buenas relaciones con sus familias tienen mejores niveles de salud mental, física y emocional; los que se encuentran solos presentan mayores problemas sobre todo de autoestima y de satisfacción personal porque sienten que no son importantes dentro de su medio social. Los que tienen pareja son los que mejor se sienten en cuanto a su salud y a su relación con el medio. Otro punto interesante es que los que viven con su familia tienen mejor puntuación en las preguntas sobre lugar y tiempo. Esto se pudo comprobar por un mayor número de respuestas acertadas en las preguntas de tiempo y espacio, así como en las de memoria y fijación.

Existe una relación significativa entre la educación y el deterioro cognitivo, los adultos con mayor grado de escolaridad obtuvieron mejores puntajes en lenguaje y comunicación en relación a los que sin ser analfabetos, tenían bajo grado de escolaridad. Estudios realizados muestran resultados parecidos a los obtenidos en este estudio (Abarca et al., 2008; Rodríguez, Herrera, Luque, Hernández, & Hernández de Valera, 2004; Rosselli et al., 2000).

Este primer estudio sobre el estado mental de personas de la tercera edad que asisten a centros geriátricos permite pensar a futuro en un estudio relacionado a los adultos mayores que se quedan en sus casas y no asisten a ningún centro.

Los datos que se obtuvieron en el MMSE (mini mental test) muestran una pequeña parte del estado mental de los adultos que asisten al centro geriátrico, pero estos datos deben ser confirmados con otros indicadores y exámenes médicos adecuados, así como la observación realizada por las personas que cuidan y conviven con los adultos mayores, y también se deben tomar en cuenta la idiosincrasia, así como factores culturales, socio económicos, familiares y educativos.

Para concluir se puede indicar que se deben realizar investigaciones constantes en neurociencias, las mismas que se deberían traducir en políticas públicas de salud. Es importante conocer el estado mental de la población, sobre todo de la población de la tercera edad para lograr mejorar su nivel de vida y que puedan seguir siendo productivos y autosuficientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, J. C., Chino, B. N., Llacho, M., Gonzáles, K., Mucho, K., Vázquez, R., . . . Soto, M. F. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista chilena de neuropsicología*, 3(1).
- Aguerre, C., Bouffard, L., & Curcio, C. (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 22(2), 1146-1162.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699.

- Beaman, P., Reyes, S., García-Peña, C., & Cortés, A. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *La salud del adulto mayor*, 117-138.
- Cáceres, R. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1(2), 3.
- Collins, A. L., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P321-P327.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), P322-P330.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Krzemien, D. (2001). Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. *Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo*, 3.
- Mella, R., González, L., D'appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé (Santiago)*, 13(1), 79-89.
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Galway: Universidad Nacional de Irlanda*, 6.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation.
- Rafferty, M. R., Schmidt, P. N., Luo, S. T., Li, K., Marras, C., Davis, T. L., . . . Simuni, T. (2017). Regular exercise, quality of life, and mobility in Parkinson's disease: a longitudinal analysis of national Parkinson foundation quality improvement initiative data. *Journal of Parkinson's disease*, 7(1), 193-202.
- Rodríguez, N. G., Herrera, H. A., Luque, M. C., Hernández, R. A., & Hernández de Valera, Y. (2004). Caracterización antropométrica de un grupo de adultos mayores de vida libre e institucionalizados. *Antropo*, 8, 57-71.
- Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., & Camacho, M. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol*, 30(5), 428-432.
- Velandia, A. (1994). Investigación en salud y calidad de vida. *El arte y la ciencia del cuidado*, 1, 295-313.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M. A., Bridges, K., & Stuss, D. T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 153-165.