

---

**“Deterioro Cognitivo y Memorístico en Adultos Mayores entre 60 y 75 años pertenecientes a un Centro de Convivencia Social”**

**“Cognitive Impairment in Older Adults and rote between 60 and 75 years belonging to a Centre of Coexistence Social”**

**Investigador Titular:** Javier Moreno Tapia<sup>1</sup>

**Investigadoras Auxiliares:** Karen Arely Aguilar Gress, Gabriela García Hernández y Judith Salgado Morales

Carrera de Psicología de la Escuela Superior de Actopan  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”<sup>2</sup>

---

## Resumen

El presente estudio es de tipo descriptivo y se basa en técnicas cuantitativas y cualitativas a través de una observación participante y la aplicación del Mini Examen del Estado Mental de Folstein para identificar los niveles de deterioro cognitivo y memorístico en un grupo de adultos mayores que asisten a un centro de convivencia social. Lo anterior con la finalidad de contar con detalles de los elementos contextuales de esta población a fin de realizar un programa de intervención pertinente.

Los resultados comprueban que existe un nivel en el deterioro cognitivo no así en lo memorístico y aunque esto no les impide a las personas una vida funcional si es necesario crear programas de estimulación y prevención para favorecer el desarrollo de estructuras cognitivas.

**Palabras Claves:** Deterioro Cognitivo, Adultos Mayores, Observación Participante

## Abstract

The present study is of descriptive type and is based on quantitative and qualitative technologies across an observation participant and the application of the ‘Mini Examen del Estado Mental de Folstein’ to identify the levels of cognitive and memory deterioration in a group of major adults who are present at centre of social

---

<sup>1</sup> Javier Moreno Tapia es licenciado en Psicología de la Educación por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestro en Multimedia Educativo por la Universidad de Barcelona. Actualmente se desempeña como docente en el programa de Licenciatura en Psicología, Escuela Superior de Actopan, y Asesor virtual en la Maestría en Tecnología Educativa, del Sistema de Universidad Virtual, ambos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Correspondencia puede ser remitida: [motja@servidor.unam.mx](mailto:motja@servidor.unam.mx)

<sup>2</sup> Correspondencia puede ser remitida a: [editor@psicoeureka.com.py](mailto:editor@psicoeureka.com.py) Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

conviviality. All of this with the purpose to have details of the contextual elements of this population in order to realize a program of pertinent intervention.

There is a level in the cognitive deterioration not like that in the memory. But this does not prevent the persons a functional life. However it is necessary to create programs of stimulation and prevention to help the development of cognitive structures.

**Keywords:** Cognitive Impairment, Older Adults, Participant Observation

### **Estado del Conocimiento**

Desde la antigüedad se ha tratado de resolver el misterio de la evolución del envejecimiento. Aristóteles planteó que las incapacidades que aparecen al envejecer no se deben a un trastorno de la mente sino a su vehículo, como ocurre en las enfermedades (Piñón, 1999).

Con todas las aportaciones acerca de este proceso de la vida, podemos darnos cuenta que, no es sólo un cambio físico, sino también psicológico y neuronal. Por lo tanto para la intervención psicológica se deben de tomar en cuenta todos los factores que lo influyen. Un primer aspecto de gran importancia es el que se refiere al envejecimiento biológico, pues el factor genético juega un gran papel dentro del proceso de envejecer ya que toda la carga genética, predispone al individuo de forma directa para que esta etapa transcurra (Palacios, 1999).

Hay cambios en el funcionamiento fisiológico que van relacionados con la edad. Recordemos que el envejecimiento es un proceso gradual que se ve reflejado en la declinación de la fuerza muscular, flexibilidad, eficiencia circulatoria, velocidad de respuestas, agudeza sensorial y otras funciones (Gil-Verona, Pastor, De Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Alvarez & Rami-González, 2002). Podemos notar también que hay variaciones en el envejecimiento, éstas dependerán de los estilos de vida de la persona.

La mayoría conocemos ancianos en ambos extremos: hay quienes son activos, sanos, satisfechos, lúcidos y están alertas de lo que pasa a su

alrededor. Pero también existen casos en donde algunos ancianos se notan confundidos, parecen niños y son dependientes o seniles. A pesar de tales variaciones, podemos hacer algunas generalizaciones, pues el envejecimiento físico es quizás la mayor amenaza de la vejez.

Los factores que influyen son las edades cronológica, psicológica, funcional y la social. Pues cuando los individuos pasan de los 40 o 50 años, la declinación del vigor, la fuerza y la juventud hacen evidente que han rebasado la mitad de sus años (Ryff & Keyes, 1995).

Una serie de investigaciones y estudios han identificado que estamos emergiendo de una sociedad donde el incremento sociodemográfico reporta un progresivo envejecimiento de población en la cultura occidental (Bentonsela & Mustaca, 2005).

Hay que tener en cuenta la notable baja en el índice de natalidad, que reportan los últimos estudios donde se comprende más el envejecimiento de la población, por lo que se debe tener presente que la pirámide de edades se ha modificado en los primeros años. Esto ha provocado también que se este reestructurando el ciclo vital humano debido a múltiples causas, cuyos elementos hay que tener en consideración cuando se quiere enjuiciar al adulto mayor, pues es evidente que las condiciones en las que viven en la actualidad no son las de antaño y este cambio ha producido la repercusión en su personalidad y su contexto.

La naturaleza sociodemográfica del proceso de envejecimiento de la

población latina puede considerarse por los siguientes factores (Arago, 1998): substancial disminución de la mortalidad; descenso de la mortalidad infantil; drásticas reducciones en la fertilidad; cambios socio demográficos y culturales; programas de planificación familiar; y, migración internacional.

Cada uno de éstos influye de manera directa para la aparición de población más alta de adultos mayores que de jóvenes. De acuerdo con las proyecciones para México, entre los años 2000 y 2025, la tasa de crecimiento del grupo de 60 y más años alcanzará su mayor intensidad (INEGI, 2001). Toda esta recopilación de datos nos permite concluir que el proceso de envejecimiento en la actualidad y en algunos años venideros, se desarrolla en un contexto de transición demográfica persistentemente heterogéneo.

En este sentido el proceso de envejecimiento trae consigo un complejo de cambios asociados a la edad, que atañen a la percepción de la imagen que se tiene de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en la población donde se desarrollan (Bentonsela & Mustaca, 2005).

La incidencia de estos aspectos se ve afectada, al menos en parte, por una edad psicológica o subjetiva, que remite a los problemas para la aceptación de ellos mismos, pero identificamos también una edad social, que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos del individuo y que sustenta que los factores culturales (Casanova, , Casanova, . & Casanova, 2004).

A raíz de los mecanismos de cambio de distribución de la población, las estructuras rurales y urbanas difieren; aunque el envejecimiento se registrara en ambos conjuntos, los adultos mayores estarán más concentrados en el medio urbano que rural (Rodríguez & Sánchez, 2004).

El estudio de morbilidad y el estado de salud percibidos por los ancianos nos acerca a la variedad y la diversidad de variables involucradas. Entre ellas se encuentran inmersas situaciones tales como: sexo, tamaño del hogar, nivel de renta y nivel de estudios. Todas éstas introducen diferencias significativas en la morbilidad percibida y, en definitiva en la valoración del propio estado de salud por parte de esta población (Alonso, Felix, Díaz, Carrasco & Oliva, 2007).

De ello se deduce que las personas de 65 años y más son potencialmente demandantes de servicios sanitarios. Aunado a esto la situación de dependencia en los adultos mayores y el escaso apoyo económico y emocional que reciben de sus familiares, es poco productivo y alentador para el futuro de esta población.

### **Funciones cognitivas**

Las funciones cognoscitivas denominadas también intelectivas o simplemente superiores, propias de la especie humana, son todas aquellas actividades mentales como: el recuerdo y la memoria, el pensamiento, el conocimiento o el lenguaje, que sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, para realizar sus tareas cotidianas y adaptarse al medio (Palacios, 1999).

### **La memoria**

La primera actividad mental mencionada se refiere a la memoria que se reconoce como un mecanismo a través de la cual se retiene o almacena la información aprendida de las relaciones causales, es decir, de las asociaciones entre estímulos. Por lo tanto se puede definir como un registro relativamente permanente de la experiencia que subyace al aprendizaje (Mendoza, Martínez & Vargas, 2004).

Entonces la memoria es un sistema que es activo que recibe,

almacena, organiza, modifica y recupera información; por ello la memoria humana puede concebirse como tres sistemas de almacenamiento por separado:

En la memoria sensorial la información recibida entra primero a la memoria sensorial, que retiene una copia exacta de lo que se observa o se escucha, por unos segundos o menos.

Mientras tanto en la memoria a corto plazo (MCP) se conservan pequeñas cantidades de la información por periodos relativamente cortos. Los recuerdos a corto plazo pueden almacenar imágenes, pero con frecuencia se almacenan sonidos, por lo que resulta más fácil recordar palabras y letras. La MCP actúa como almacén temporal para cantidades pequeñas de información como: nombres, fechas, números telefónicos y otras trivialidades innecesarias. Frecuentemente estos datos almacenados son desechados de la MCP si no resultan relevantes para la persona.

En la memoria a largo plazo (MLP) actúa como un almacén permanente para la información importante. La MLP tiene una capacidad de almacenamiento casi ilimitado. En realidad mientras más sabemos, más fácil es agregar información a la memoria (Coon, 1999).

Para estudiar la memoria es necesario distinguir entre los procesos memorísticos y sus estructuras. Los primeros se refieren a las actividades mentales que se realizan para ingresar información a la memoria y luego utilizarla. Las estructuras se refieren a la naturaleza del almacenamiento de memoria en sí mismo, como se presenta esta información, cuánto puede durar y cómo pueden organizarse las memorias.

Cabe mencionar que existen tres procesos que están relacionados con el recuerdo: adquisición o codificación, retención o almacenamiento y recuperación.

**Adquisición:** proceso por el cual el sistema nervioso desarrolla una representación de un estímulo externo que es un objeto físico o evento que actúa o tiene un efecto sobre el sistema nervioso.

**Retención:** proceso responsable del mantenimiento de la información codificada sobre el tiempo. Son eventos o estímulos que son recordados por segundos, días o incluso años, por lo cual, algunas representaciones de esos eventos deben ser retenidos durante ese período.

**Recuperación:** este proceso se refiere a la utilización de la información almacenada en la memoria, tal información puede estar almacenada pero no puede ser accesible o fácilmente localizada y usada.

### **Envejecimiento y memoria**

La pérdida de la memoria es una de las primeras manifestaciones de la enfermedad Alzheimer. Sin embargo, su deterioro no siempre implica su padecimiento ya que también va ligada a la edad y estilos de vida, entre otros (Mendoza, Martínez & Vargas, 2004).

Las quejas más frecuentes de memoria, asociadas al envejecimiento, se caracterizan por la dificultad en evocar datos concretos y también en rememorar fragmentos de la propia experiencia vivida.

En la pérdida de la memoria por envejecimiento a menudo, cuando no se puede evocar un determinado tipo de información, se suelen proporcionar detalles y elementos relacionados con la memoria. Los nombres de difícil acceso en un momento determinado pueden ser evocados momentos después, en otro contexto, o simplemente mediante una distracción de la atención. En general, la persona que presenta este problema es consciente del déficit y se muestra preocupada al respecto. Esta disfunción tan frecuente de la memoria fue denominada forma benigna de alteración

de la memoria. La forma maligna de la alteración de la misma afecta tanto a los hechos importantes como a los irrelevantes y va acompañada de ausencia de conciencia del déficit o en su mínima expresión de preocupación por el déficit. El trastorno de memoria maligno presente en la demencia suele ir asociado a la desorientación temporal, espacial y personal, así como a fabulaciones.

### **La cognición**

La cognición es el procesamiento mental de la información (imágenes, conceptos, palabras, reglas y símbolos). En otras palabras es una representación interna (expresión mental) de un problema o situación.

Unidades básicas del pensamiento:

- Imágenes: representación mental con cualidades similares a las de una fotografía, semejanza visual o icono.
- Conceptos: Idea generalizada que representa una clase de objetos o eventos relacionados.
- Lenguaje: Son palabras o símbolos y reglas para combinarlos, que utiliza el pensamiento y la comunicación.

### **Deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo y memorístico se asocia a una declinación en general de las funciones, específicamente de la plasticidad neuronal (Rodríguez y Sánchez, 2004). En el trascurso de diversas investigaciones se ha comprobado que uno de los deterioros más específico se constituye en la memoria, afectada en casi todas sus modalidades en grados distintos.

El deterioro es un factor en la pérdida de recuerdos sensoriales, donde el tiempo y los hábitos de vida juegan un papel determinante en los cambios de las células nerviosas y la actividad encefálica, es por ello que en este

estudio nos enfocamos en el deterioro de la memoria, en el cual se ven afectados las funciones cognitivas particularmente en sujetos adultos que no presentan una demencia o evidencias de alteraciones cerebrales o sistémicos que puedan provocar alteraciones o disfunciones cognitivas. Son personas que sólo empiezan a vivir un desvanecimiento en la memoria a corto plazo, ya que la información almacenada ahí parece y se inicia como una ráfaga breve de actividad pero que termina rápido (Bartres,1995).

Un ejemplo de ello es que a menudo, los recuerdos parecen estar disponibles, pero simplemente se ven difíciles de recuperar, estas situaciones indican que muchos recuerdos se olvidan, puede ser porque los estímulos asociados al recuerdo se pierden y no se concretan para ser asociados y traerlos al presente, por ello no podemos decir que el desvío por sí sólo pueda explicar adecuadamente el olvido a largo plazo (Coon, 1999).

Cabe resaltar que en la actualidad las demencias y los trastornos cognitivos se han convertido en un problema importante de la salud, por su frecuencia en la población latina y su trascendencia en la calidad de vida de los adultos mayores; ya que como se mencionó previamente México se convertirá en uno de los mas envejecidos del mundo (Casanova et al, 2004).

En este sentido y debido a la gran diversidad de opiniones e investigaciones, se nos hace necesario como propósito de este estudio hacer una evaluación precisa de estos cambios con el fin de no confundirlos, con aquellos que aparecen con procesos neurodegenerativos o en su defecto que se encuentren asociados a enfermedades sistémicas cuyos síntomas pueden ser confundidos con el proceso de envejecimiento normal.



De esta manera teniendo el conocimiento adecuado, podremos precisar los cambios y dotar a los adultos mayores de las estrategias adecuadas con el fin de que puedan llevar a cabo sus actividades cotidianas en la vida diaria. En este sentido se ha demostrado el efecto preventivo y curativo con la práctica de programas de estimulación cognitivas, para minimizar el impacto del envejecimiento; así mismo las intervenciones conductuales incluyen el mantenimiento y cuidado general de la salud y una dieta adecuada, el ejercicio físico y el entrenamiento específico de funciones cognitivas (Bentonsela y Mustaca, 2005).

En este sentido, el objetivo de esta investigación fue diagnosticar los niveles de deterioro cognitivo y memorístico en un grupo de adultos mayores que asisten a un centro de convivencia social a través de una técnica de observación participativa y encuesta (Mini Mental de Folstein) durante el período de septiembre de 2009 a mayo de 2010 con el fin de fundamentar y planificar un plan de intervención o prevención posterior.

## Método

Se trata de una investigación que se basa en un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo.

### Participantes

La muestra está compuesta por 20 adultos mayores del sexo femenino, de edades comprendidas entre los 60 y los 75 años, todas ellas asiduas asistentes al centro de convivencia social donde se realizó la investigación. La selección se realizó a partir del rango de edad y a la constante asistencia a la institución. En general se consideraron diferentes variables sociodemográficas y estilos de vida, tales como el lugar de procedencia, grado de estudios, estado

civil, nivel socioeconómico y enfermedades crónicas degenerativas.

### Instrumentos

Se utilizó el diario de campo como un registro de la técnica de observación participante que tuvo un período de seis meses.

El otro instrumento utilizado fue el Mini Examen del Estado Mental de Folstein (de aquí en adelante como MMSE) quien lo desarrolló como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium (Mendoza et al, 2004).

Las características esenciales que se evalúan están divididas en 4 escalas que son:

- La escala de orientación proporciona información acerca de la capacidad de orientación en espacio y tiempo que tiene la persona. Una puntuación baja puede indicar una desorientación de la persona en relación al lugar y al tiempo, por lo que se debe prevenir a los familiares del riesgo que tiene de perderse si sale sola de la casa.

La escala de registro indica la capacidad que tiene la persona para registrar información en la memoria. Una puntuación baja indica dificultades para crear nuevos recuerdos.

- La escala de atención y cálculo mide la capacidad de atención, concentración y abstracción que tiene la persona. Una puntuación baja puede indicar: dificultad para atender y concentrarse; discalculia o acalculia Otra escala es la de recuerdo y mide la memoria reciente de la persona, es decir, su capacidad para recordar información recientemente adquirida.

- La última escala es la de Lenguaje que indica la capacidad que tiene la persona para expresarse mediante palabras, para repetir y para seguir instrucciones básicas o de igual manera determina la capacidad de la persona para la escritura. Una

puntuación baja puede indicar: problemas de motricidad fina; dificultad de expresión verbal o escrita; dificultad y juicio de razonamiento. También puede indicar: déficit en la percepción viso-espacial; dificultad de organización; dificultad motriz; presencia de deterioro mental al existir dificultad en la integración de sus partes; adición u omisión de ángulos. Sin embargo podría expresar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si usa lentes, los utilice al realizar esta prueba.

Existen recomendaciones generales para la aplicación del MMSE, ya que es una prueba destinada para ser administrada de forma individual.

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez contestada la prueba.

- 27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.

- 24 puntos o menos: Sospecha patológica

- 24 a 12 puntos: Deterioro

- 12 a 9 puntos: Demencia

- Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado con postración. No se reconoce él mismo y actúa de forma incoherente.

### **Procedimiento**

El contacto inicial se hizo con todos los adultos mayores que acuden al centro de convivencia social eligiendo a las 20 personas más asiduas al mismo, con la finalidad de enriquecer la recogida de datos. Sus edades oscilan en el rango de edad de entre 60 y 75 años.

En primera instancia se realizó observación participante, evaluando que características cognoscitivas presentaban los adultos mayores, reflejadas en la conducta. Posteriormente se aseguró a través de diagnósticos médicos que los participantes no presentaran algún grado de delirium o alzhéimer, pues sería una limitante para nuestra investigación. Una

vez seleccionada la muestra de 20 personas, el investigador explicaba detenidamente las cuestiones del estudio, en qué consistía, cuánto tiempo iba a durar el estudio y qué tipo de instrumento se aplicaría para evaluar el deterioro cognitivo. Después del periodo de observación participante, se aplicó de forma individual y en una sesión por persona el MMSE. Al terminar las aplicaciones se tuvo una entrevista individual para dar a conocer los resultados personales a cada uno de los participantes, con algunas recomendaciones generales sobre el uso de estrategias cognitivas y memorísticas.

### **Resultados**

Respecto al instrumento MMSE las figuras 1 y 2, realizadas con Excel ya que el número de participante no permitió realizar pruebas estadísticas inferenciales, muestran los resultados generales obtenidos. En ellos se puede notar que 11 personas (el 55% de la muestra participante) alcanzaron una puntuación baja en el rubro total de deterioro cognitivo, en un rango de 12-24 puntos, lo que significa que presentan un grado de deterioro mientras que los restantes se encuentran dentro de la categoría normal con base en los criterios del instrumento. La figura 2 revela que la escala con mejor puntuación es la de orientación, sin embargo el resto de escalas muestra una puntuación baja lo cual puede indicar problemas con el registro memorístico, las capacidades de atención y concentración así como una limitación en la memoria a corto plazo.

### **Análisis de resultados cualitativos**

Respecto a los análisis cualitativos de la observación participante registrada en el diario de campo y realizados a través del programa Atlas-ti versión 5.0, se

concluye que a pesar del grado de deterioro detectado por el MMSE, en cuanto a la memoria se refiere, se pudo notar que las personas adultas mayores solían mencionar hechos relevantes sobre experiencias cotidianas, por ejemplo: una de ella recordaba la cantidad que había pagado por determinados artículos en una tienda departamental; de igual manera sabían los nombres de todo el personal que labora en casa de día, así como el nuestro; podían expresar cuántos nietos tienen y sus nombres, en qué año se casaron u otros sucesos trascendentales de sus vidas.

En general, se pudo notar que las personas participantes de este estudio

llevan a cabo una vida funcional de acuerdo a su contexto y necesidades por lo que no existe impedimento para realizar sus actividades cotidianas, las cuales no tienen una exigencia cognitiva importante, por lo que los niveles de deterioro cognitivo detectados no les afectan.

Una limitante importante fue el grado de alfabetización de las personas ya que algunas de ellas no sabían leer o escribir, factor que consideramos impactó en el resultado del MMSE, que en estos casos se aplicó de forma verbal.

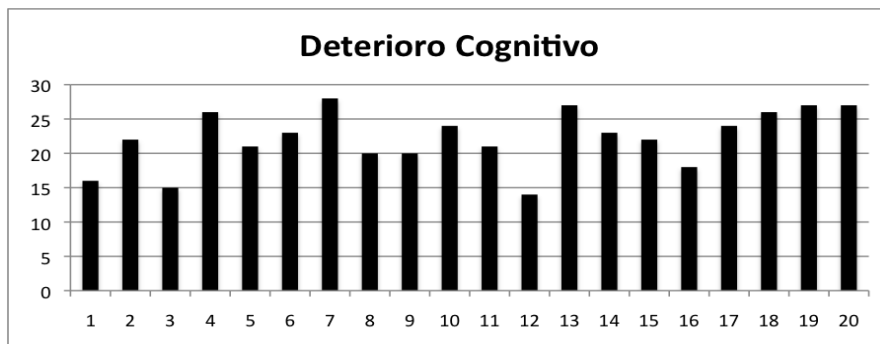


Figura 1: Grado de deterioro global que existe en los adultos mayores de acuerdo al instrumento de Folstein

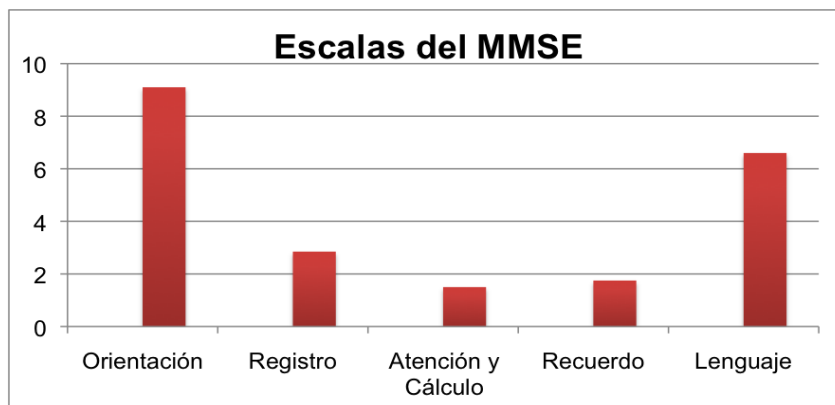


Figura 2: Nivel existente en los adultos mayores encuestados de las escalas del MMSE.



## Conclusiones

El objetivo principal del proyecto consistía en detectar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores de casa de día, encontrando que sí existe en un 55% de la muestra, según el MMSE; así mismo es importante señalar que la escala de atención y cálculo fue en la que se obtuvieron los puntajes más bajos en comparación a las otras categorías.

Lo anterior nos permite considerar que a pesar de que el grado de deterioro presentado no ha influido en la vida funcional de las personas participantes sí se recomienda ampliamente llevar a cabo un programa de estimulación cognitiva y memorística de carácter lúdico y con fines preventivos. Por ejemplo a través de talleres de lectura, cine debate, así como el uso de tecnologías de la información y comunicación y videojuegos.

Finalmente exhortamos a que se realicen nuevas investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas en cuanto al tema, considerando que las variables nivel educativo, alfabetización digital, factores de crianza y estilos de vida, entre otras, que podrían estar influyendo para que se presente el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

## Referencias Bibliográficas

Alonso, P., Felix, S., Díaz, A., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*. 33 (1) Fecha de consulta 10 abril de 2010 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_1\\_07/spu10107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm)

Arago, J. M. (1998). Aspectos psicosociales de la senectud. En M. Carretero, J. Palacios & A. Marchesi (Eds.). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud* (pp. 289-326). Madrid: Alianza.

Bartrés-Faz, D., Junqué, C., López, A., Valveny, N., et al. (1999b). Apo E influences declarative and procedural learning in age-

associated memory impairment. *Neuroreport*, 10, 2923-2927.

- Bentonsela, M., & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos del envejecimiento Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(002): 211-235.
- Casanova, S. P., Casanova, C.P. & Casanova, C. (2004) Deterioro cognitiva en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 (5-6) Consultado el 10 de abril 2010 en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_5-6\\_04/mgi125\\_604.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm)
- Coon, D. (1999). *Psicología exploración y aplicaciones*. México: Thomson Editores.
- Gil-Verona, J., Pastor, J., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J., Maniega, M., Alvarez, I. & Rami-González, L. (2002). *Revista Española de Neuropsicología*, 4(4):262-282.
- Mendoza, V., Martínez, M. & Vargas, L. (2004). *Gerontología comunitaria*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Palacios, J. (1999). Desarrollo psicológico en la adultez y la vejez. En J. Palacios, A. Marchesi & C. Coll (Eds.). *Desarrollo psicológico y educación Vol. 1 Psicología evolutiva*. (2º ed. pp. 521-544) Madrid: Alianza.
- Piñon, M. (1999). Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación. Tesis de Doctorado no publicada. Universitat Rovira y Virgili.
- Rodríguez, M. & Sánchez J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20(002): 175-186.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69(4):719-727

Recibido: Noviembre/2010

Aceptado: Diciembre/2010