



Fecha de recepción: marzo 29 de 2021
Fecha de aceptación: agosto 23 2022

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.02.813.625>

Relación entre el bienestar, deterioro cognitivo, afrontamiento al estrés y actividad física durante la pandemia por COVID-19 en personas mayores de una ciudad del norte de Chile

Relationship between well-being, cognitive decline, coping with stress, and physical activity during the COVID-19 pandemic in older people in a city in northern Chile

IVONNE JORQUERA-CÁCERES¹, EDUARDO GUZMÁN-MUÑOZ²,
MARGARITA VEGA-PALMA³

¹ Kinesióloga Licenciada en Rehabilitación, Universidad de Tarapacá (Chile). Magíster en Educación de la misma universidad. Docente e investigadora Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás (Chile). Académica asociada a Centro de Investigación e Innovación en Gerontología (CIGAP), Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás (Chile) y Núcleo de Investigación en Kinesiología (NIK), Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás (Chile). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5115-9781>. Ivonnejorquera@santotomas.cl

² Kinesiólogo, Universidad de Talca (Chile). Magíster en Ciencias de la Salud y Deporte, Universidad Finis Terrae (Chile). Doctor en Ciencias de la Actividad Física, Universidad Católica del Maule (Chile). Académico e Investigador Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile. Académico asociado a Núcleo de Investigación en Kinesiología (NIK), Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás (Chile). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7001-9004>. eguzmanm@santotomas.cl

³ Profesora de inglés, Licenciada en Educación, Universidad de Tarapacá (Chile). Magíster en Educación, con Mención en Gestión Inclusiva, Universidad Santo Tomás, Arica (Chile). Docente Dirección Formación General, Universidad Santo Tomás (Chile). Orcid: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-3661-5301>. margaritavega@santotomas.cl

Correspondencia: Klgo. Mg. en Educación Ivonne Jorquera-Cáceres. 18 de septiembre 1191, Arica (Chile). ivonnejorquera@santotomas.cl. Teléfono: +56 582578442. Celular: +56 9 81390837.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre bienestar, deterioro cognitivo, medidas de afrontamiento y nivel de actividad física de personas mayores en situación de pandemia por COVID-19 de una ciudad del norte de Chile y comparar entre personas con y sin deterioro cognitivo leve (DCL).

Metodología: Estudio transversal que incluyó a 65 personas mayores que viven en la comunidad de Arica (Chile). Su rendimiento cognitivo fue valorado con la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA); sus estrategias de afrontamiento se midieron con el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE -28); sus niveles de actividad física con el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) versión corta, y su bienestar mediante el cuestionario de salud general GHQ12.

Resultados: Cuatro variables se comportaron como predictores de bajo bienestar: sexo femenino ($\beta = 1,833$; $p = 0,049$); presentar menor edad ($\beta = 0,175$; $p = 0,030$); usar más bloqueo del afrontamiento al estrés ($\beta = 0,706$; $p = 0,001$); y en menor medida un afrontamiento cognitivo ($\beta = 0,436$; $p = 0,001$). Además, existió relación entre bajo bienestar y menor cantidad de MET en personas con nivel actividad física moderada ($r = -0,250$; $p = 0,022$). Al comparar los resultados de las variables entre sujetos con y sin DCL, no existieron diferencias significativas ($p > 0,05$).

Conclusión: El mayor porcentaje de participantes con bajo bienestar se observó en los de menor actividad física, género femenino y que utilizan el bloqueo de afrontamiento como estrategia a periodos de estrés. Es vital asegurar que las personas mayores permanezcan activas y mantengan adecuadas medidas de afrontamiento para ser más resilientes durante una crisis.

Palabras clave: COVID-19, coronavirus, fragilidad cognitiva, actividad física, bienestar psicológico.

ABSTRACT

Objective: To assess the relationship between well-being, cognitive impairment, coping measures, and level of physical activity in older people in a COVID-19 pandemic situation in a city in northern Chile, and to compare people with and without mild cognitive impairment (MCI).

Methodology: Cross-sectional study that included 65 elderly people living in the community of Arica (Chile). Their cognitive performance was assessed with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), their coping strategies were measured with the Multidimensional Coping Estimation Inventory (COPE -28), their physical activity levels with the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short version, and their well-being using the GHQ12 general health questionnaire.

Results: Four variables behaved as predictors of low well-being: female gender ($\beta = 1.833$; $p=0.049$); being younger ($\beta = 0.175$; $p=0.030$); use more stress coping block ($\beta = 0.706$; $p=0.001$); and less cognitive coping ($\beta = 0.436$; $p=0.001$). In addition, there was a relationship between low well-being and a lower number of METs in people with a moderate physical activity level ($r= -0.250$; $p=0.022$). When comparing the results of the variables between subjects with and without MCI, there were no significant differences ($p>0.05$).

Conclusion: The highest percentage of participants with low well-being was observed in those with less physical activity, female gender, and who use coping blocking as a strategy in periods of stress. It is vital to ensure that older people remain active and maintain adequate coping measures to be more resilient during a crisis.

Keywords: COVID-19, coronavirus, cognitive frailty, physical activity, psychological well-being.

INTRODUCCIÓN

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2 (Covid-19), fuera considerada un evento de salud pública internacional; desde entonces, se han notificado 593 millones de casos confirmados y 6,4 millones de muertes en todo el mundo (1).

El fomento del confinamiento, aislamiento y restricción de aglomeraciones fue una parte fundamental de las estrategias para prevenir su transmisión en diferentes países del mundo (2, 3). Sin embargo, estas medidas fueron identificadas como factor de riesgo para personas mayores (PM),

ya que se evidenció una reducción de los niveles de actividad física, aumento de conductas sedentarias, estrés y alteraciones del sueño durante este tiempo (4, 5).

La presencia de déficits cognitivos en PM, también ha sido ampliamente estudiado previamente a la pandemia (6). El DCL es considerado un estadio precoz de demencia y se refiere al deterioro cognitivo que excede lo normalmente esperado para la edad, pero con funcionalidad preservada (7, 9). Se ha visto que las PM que padecen DCL son más vulnerables a presentar mayor deterioro funcional e incluso presentan mayor riesgo de mortalidad en periodos de estrés (3), y gran parte de la literatura actual sobre DCL presta especial atención a su prevención, con estrategias para evitar conductas sedentarias y mantener una buena dieta (6,10).

En los últimos años se han reportado investigaciones que relacionan los niveles de actividad física y las medidas de afrontamiento como estrategias para evitar el deterioro cognitivo y mantener un buen bienestar (3, 11). Sin embargo, existe escasa información sobre la relación entre el bienestar, medidas de afrontamiento y nivel de actividad física que presentan las PM bajo un periodo de estrés como la pandemia por Covid-19, y no está claro si las personas sin DCL utilizan las mismas estrategias de afrontamiento que las personas con DCL (11).

Los objetivos del estudio fueron: a) evaluar la relación entre bienestar, deterioro cognitivo, medidas de afrontamiento y nivel de actividad física de PM en situación de pandemia por Covid-19 de una ciudad del norte de Chile, y b) comparar el bienestar, medidas de afrontamiento y nivel de actividad física entre personas con DCL versus sin DCL.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, comparativo, y de corte transversal. Llevado a cabo entre agosto y diciembre de 2021. La muestra seleccionada comprendió a 65 participantes mayores de 60 años (49 mujeres y 16 hombres) que viven en la comunidad de Arica (Chile), pertenecientes al programa municipal de Apoyo Integral al Adulto Mayor y programa “Vínculos” (Ministerio de Desarrollo Social, Chile), quienes fueron encuestados de forma presencial en sus domicilios. El muestreo fue por conveniencia y el cálculo muestral se obtuvo considerando una heterogeneidad de 50 %, un margen de error de 5 %, un nivel de confianza del 95 % y una población total de 102 PM (64 mujeres y 38 hombres), determinando un n de 81 sujetos para este es-

tudio (51 mujeres y 30 hombres). Para este cálculo se utilizó el *software* GPower (version 3.1.9.6, Franz Faul, Universiät Kiel, Germany). De los 81 participantes potencialmente elegibles, 14 no aceptaron participar, 1 estaba contagiado por Covid-19 al momento de las evaluaciones y 1 falleció previo a la recolección de los datos. Se excluyeron participantes que presentaron antecedentes de lesión o enfermedad que impidiera realización de actividad física; discapacidad visual o auditiva que impidiera la comunicación; puntaje <18 puntos en la evaluación MoCA, y/o diagnóstico previo de demencia. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la recolección de los datos, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad donde se desarrolló el estudio (código 63/2021).

Medición de variables

- *Variables Sociodemográficas:* Se registró edad, sexo, y nivel educacional de los participantes. Las preguntas se obtuvieron mediante la aplicación de cuestionario con preguntas validadas en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 (12).

- *Medidas de afrontamiento:* Se evaluaron las medidas de afrontamiento al estrés con el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE -28), el cual consta de 28 ítems y 14 subescalas con preguntas que se evalúan a través de una escala ordinal tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (1 = No lo hago nunca a 4 = Lo hago muchas veces). Las 14 subescalas son: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor, y autoinculpación (13).

Para este estudio se consideraron 4 medidas de afrontamiento de segundo orden, en las que las subescalas se agrupan lógicamente en tipos de afrontamiento más generales, basado en un estudio previo (13). Finalmente, las estrategias fueron: afrontamiento cognitivo, afrontamiento apoyo social, bloqueo del afrontamiento y afrontamiento espiritual. A mayor puntaje alcanzado en cada estrategia, significa mayor uso de esa medida de afrontamiento (13).

COPE-28 es la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga (documento sin publicar). Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto”, con puntuaciones intermedias.

• *Nivel de actividad física:* El nivel de actividad física se midió a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) versión corta. El indicador de actividad física total fue expresado de manera continua en MET (*Metabolic-energy-equivalents*) y se clasificaron en bajo nivel de actividad física cuando el gasto energético fue ≤ 599 MET/min/semana, moderada ≥ 600 MET/min/semana, y vigorosa ≥ 1500 MET/min/semana (14, 15).

• *Bienestar:* Se utilizó el cuestionario de salud GHQ12 para evaluar el bienestar psicosocial. Su puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes obtenidos en cada una de las 12 preguntas, las cuales presentan un puntaje de entre 0 a 3 puntos. Puntajes elevados indican un bajo bienestar o menor salud psicosocial; 12 puntos o más indican la posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno emocional, por lo que en este estudio la variable fue categorizada como bienestar conservado (GHQ12 < 12 puntos) y bajo bienestar (GHQ12 ≥ 12 puntos) basado en investigaciones previas (3,16,17).

• *Deterioro cognitivo leve:* la presencia de DCL fue evaluado mediante la Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA). Una prueba de 30 preguntas que evalúan diferentes tipos de habilidades cognitivas. El puntaje máximo es de 30 puntos, a los que se añade un punto si el sujeto tiene 12 años o menos de estudios formales (18). El punto de corte para determinar DCL en una persona corresponde a un puntaje > 18 puntos y ≤ 25 puntos, ya que un puntaje ≥ 26 se considera sin deterioro cognitivo y < 18 puntos, deterioro cognitivo importante, como Alzheimer o demencia(18).

Análisis de datos

Todos los análisis fueron realizados con el *software* estadístico IBM SPSS versión 23. Las variables continuas fueron presentadas en promedio y desviación estándar y las categóricas en porcentaje. Se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la distribución de los datos. Posteriormente, se realizó un análisis inferencial para estudiar la relación entre la variable bienestar, nivel de actividad física y las medidas de afrontamiento. Se utilizó la correlación de Spearman (no paramétrica) para determinar la existencia o no de relación entre las variables y se categorizaron las variables de manera dicotómica o politómica para una regresión lineal múltiple y obtener el coeficiente β . La variable bienestar fue utilizada como grupos de referencia (bajo bienestar psicosocial- bienestar conservado). A su vez, se hizo un análisis comparativo para determinar diferen-

cias entre las variables según grupo de personas con y sin DCL, utilizando la prueba estadística U de *Mann-Whitney*. Todos los análisis utilizaron un nivel de significancia de 0,05.

RESULTADOS

De la población estudiada ($n = 65$), 49 (75 %) fueron mujeres; el promedio de edad fue $70 \pm 5,2$ años (mínimo 62 y máximo 76 años).

En la Tabla 1 se presentan de forma descriptiva las características sociodemográficas y presencia de DCL en la muestra según el nivel de bienestar de participantes basados en el cuestionario GHQ-12. Por su parte, los niveles de actividad física y medidas de afrontamiento se muestran también descriptivamente según el antecedente de bienestar en la tabla 2.

En resumen, la mayoría de los participantes presentaron un bienestar conservado (74 %) y en menor porcentaje un bajo bienestar (26 %) (tabla 1). La mayor proporción de participantes con bajo bienestar se observó en sujetos con bajo nivel de actividad física (41%) versus moderada a alta actividad física (27 %). El mayor uso de medidas de afrontamiento en el grupo de PM con bajo bienestar fue el afrontamiento cognitivo, al igual que en el grupo con bienestar conservado. Cabe destacar que en los participantes con bajo bienestar se observó un 76 % de participantes con DCL versus un 58 % de los cuales, presentaban bienestar conservado (tabla 1). También las mujeres presentaron un mayor porcentaje de participantes con bajo bienestar (76 %).

Tabla 1. Características sociodemográficas, bienestar y presencia de DCL según nivel de bienestar basado en el cuestionario de salud general GHQ12

| Antecedentes | Bajo bienestar n: 17 | Bienestar Conservado n: 48 |
|--|-------------------------|-------------------------------|
| Sociodemográficos | | |
| Participantes (%) | 26 | 74 |
| Edad (media en años y DS) | 69,11 +4,45 | 70,7+5,45 |
| Hombre o Mujer (%) | | |
| Mujer | 76 | 75 |
| Hombre | 24 | 25 |
| Antecedentes Diabetes (%) | | |
| Si | 53 | 27 |
| No | 47 | 72 |
| Antecedentes HTA (%) | | |
| Si | 65 | 63 |
| No | 35 | 37 |
| Bienestar psicosocial | | |
| Cuestionario GHQ12 (puntaje promedio y DS) | 16,05 +3,78 | 7,18+2,28 |
| Deterioro cognitivo leve | | |
| DCL (%) | | |
| Si | 76 | 58 |
| No | 24 | 42 |
| Test MoCA (puntaje promedio y DS) | 23,82+3,21 | 24,62+2,84 |

Tabla 1. *DS: Desviación Estándar; HTA: hipertensión arterial. n:65.

Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 2. Nivel de actividad física y medidas de afrontamiento según variable Bienestar basado en el cuestionario de salud general GHQ12

| Antecedentes | Bajo bienestar n:17 | Bienestar conservado n:48 |
|--|------------------------|---------------------------------|
| Medidas de afrontamiento (MAF) | | |
| Afrontamiento cognitivo (media de puntaje y DS) | 15,7+ 5,43 | 16,1 +3,49 |
| Afrontamiento apoyo social (media de puntaje y DS) | 8,8 +3,28 | 7,2 +2,83 |
| Bloqueo del afrontamiento (media de puntaje y DS) | 12,6 + 5,64 | 8,1 +3,37 |
| Afrontamiento espiritual (media de puntaje y DS) | 4,6 + 1,35 | 4,3+1,48 |
| Nivel de actividad física | | |
| (%) | | |
| NAF Baja | 41 | 27 |
| NAF Moderada/alta | 59 | 73 |

Tabla 2. *MAF: Medidas de afrontamiento/NAF: Nivel de actividad física. / DS: Desviación Estándar. n:65.

Fuente: elaboración propia, 2022.

En la tabla 3 se pueden observar los factores que se relacionan a la disminución del bienestar en PM con y sin DCL. En este contexto, se pudo identificar correlación significativa inversa entre bienestar con actividad física moderada ($p=0,022$), afrontamiento apoyo social ($p=0,002$) y bloqueo del afrontamiento ($p=0,001$). Sin embargo, al comparar los resultados entre las variables edad, bienestar, niveles de actividad física, y medidas de afrontamiento en relación con las personas con DCL versus las personas sin DCL (tabla 4), no existieron diferencias significativas ($p>0,05$).

Finalmente, el análisis de regresión lineal múltiple (tabla 5) arrojó cuatro variables que se relacionaron de manera significativa como predictores de bajo bienestar: pertenecer al sexo femenino ($p=0,049$); presentar menor edad (cercana a los 60 años) ($p=0,030$); usar más bloqueo del afrontamiento al estrés ($p=0,001$); y en menor medida, un afrontamiento cognitivo ($p=0,001$).

Tabla 3. Relación entre bienestar y variables del estudio

| Variables | Valor p | Valor r |
|----------------------------|-----------|-----------|
| DCL | 0,286 | 0,071 |
| Afrontamiento Espiritual | 0,168 | -0,121 |
| Afrontamiento cognitivo | 0,443 | 0,018 |
| Afrontamiento apoyo social | 0,002* | 0,359* |
| Bloqueo del afrontamiento | 0,001* | 0,424* |
| NAF (METs) | 0,252 | -0,084 |
| AF Baja | 0,386 | -0,037 |
| AF Moderada | 0,022 | -0,250* |
| AF Intensa | 0,359 | -0,046 |

Tabla 3. Estadístico de prueba Spearman. *Relación significativa (sig. <0,05). Variable dependiente: bienestar. NAF: Nivel de Actividad física; AF: Actividad Física.

Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 4. Comparación participante con deterioro cognitivo leve versus sin deterioro cognitivo

| Variable | Con DCL (media y DS) | Sin DCL (media y DS) | Valor <i>p</i> |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| Edad (años) | 69,65 +4,88 | 71,5 +5,68 | 0,616 |
| Afrontamiento espiritual (puntos) | 2,65 + 2,21 | 2,96 +2,42 | 0,530 |
| Afrontamiento social (puntos) | 6,36 + 2,28 | 7,25 +2,47 | 0,359 |
| Afrontamiento cognitivo (puntos) | 11,80 +4,67 | 13,04 +5,48 | 0,647 |
| Bloqueo del afrontamiento (puntos) | 6,23 + 3,46 | 6,66 + 4,40 | 0,764 |
| Bienestar (puntos) | 8,77+ 4,30 | 8,83 + 3,37 | 0,573 |
| NAF intensa (METs) | 4420,31 + 4310,53 | 3867,66 +2382,03 | 0,522 |
| NAF moderada (METs) | 971,9 +261,30 | 799,5 + 91,01 | 0,436 |
| NAF ligera (METs) | 289,53 +160,96 | 342,42 +107,60 | 0,846 |

Tabla 4. *DCL: deterioro cognitivo leve; NAF: Nivel de Actividad física; DS: Desviación Estándar.

Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 5. Modelo de regresión lineal múltiple

| Modelo | Coef. β | Valor <i>p</i> |
|----------------------------|---------------|----------------|
| (Constante) | 22,664 | 0,001* |
| Sexo Femenino | 1,833 | 0,049* |
| Edad cercana a los 60 años | 0,175 | 0,030* |
| Afrontamiento cognitivo | 0,436 | 0,001* |
| Bloqueo del afrontamiento | 0,706 | 0,001* |

Tabla 5. Leyenda. Modelo de regresión lineal múltiple. Resumen del modelo r^2 : 0,409. *Relación significativa (sig. <0,05). Predictores de bajo bienestar o peor salud psicosocial: sexo femenino; menor edad (cercana a los 60 años); usar más el bloqueo del afrontamiento al estrés; y usar en menor medida un afrontamiento cognitivo. Variable dependiente: Bienestar.

Fuente: elaboración propia, 2022.

DISCUSIÓN

El objetivo primario de este estudio fue evaluar la relación entre bienestar, deterioro cognitivo, medidas de afrontamiento y nivel de actividad física de PM en situación de pandemia. Los principales resultados señalan que las personas que tienen mayor puntaje en el cuestionario GHQ12 (bajo bienestar) son de género femenino, tienen edad más cercana a 60 años, usan menos la estrategia de afrontamiento cognitivo y usan en mayor medida el bloqueo como respuesta de afrontamiento al estrés.

También, un peor desempeño en el cuestionario GHQ12 se relacionó a participantes que presentaban menor cantidad de MET ante un nivel de actividad física moderada y un mayor uso de afrontamiento social y bloqueo del afrontamiento. Estos resultados podrían ser de utilidad para la implementación de programas de vigilancia y promoción en la población de PM, los que presentan una alta prevalencia de conductas sedentarias, lo cual le expone a empeorar su funcionalidad (19, 21).

Estos hallazgos concuerdan con reportes anteriores, en los que se ha demostrado que las PM más activas físicamente tienden a presentar una mayor autopercepción de bienestar sociopsicológico y experimentan menos niveles de angustia frente a periodos de crisis (3). En nuestra investigación, el mayor porcentaje de sujetos que presentaron de bajo bienestar fueron participantes con menor actividad física (41 %), con una relación negativa en el grupo de actividad física moderada, es decir, a menor cantidad de MET, mayor puntaje en GHQ12 (menor bienestar psicosocial). Sin embargo, este resultado debe interpretarse con precaución, debido a que el instrumento IPAQ, aunque existe antecedentes de su uso en poblaciones mayores de 69, aún no tiene validación en personas mayores de 69 años (3,15,22). La decisión de ocupar este instrumento obedeció a la situación de pandemia por Covid-19 (23), ya que el cuestionario IPAQ valora la actividad física a tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y de transporte, mientras que otros instrumentos evalúan solo la actividad física del tiempo libre (15).

Por otra parte, las medidas de afrontamiento fueron caracterizadas mediante el test COPE-28, el cual permite determinar cuatro dominios secundarios (afrontamiento cognitivo, social, espiritual y bloqueo del afrontamiento), donde el grupo de PM con un bajo bienestar utilizó, preponderantemente, el bloqueo de afrontamiento, a diferencia del grupo de bienestar conservado (puntajes \bar{X} 12,6 \pm 5,6 versus \bar{X} 8,1 \pm 3,4, respectivamente). La evidencia sugiere que las estrategias positivas

de afrontamiento como son las medidas de afrontamiento cognitivo durante una crisis se basan en mayor parte en una planificación frente a la adversidad, lo cual refleja capacidad de adaptarse de las personas a problemas ya sean físicos, de movilidad y psicológicos (3). Estudios previos a la pandemia también refieren que el afrontamiento activo y búsqueda de ayuda es una estrategia comúnmente usada por PM ante problemas, sin embargo, a mayor edad y frente a los conflictos tienden a usar una estrategia más evasiva. La educación, por otra parte, juega un rol importante a la hora de utilizar distintas estrategias, ya que a mayor educación, mayor afrontamiento activo y menos evasivo (24).

De manera secundaria se planteó en esta investigación comparar el bienestar, medidas de afrontamiento, y nivel de actividad física entre personas con y sin DCL. No existieron diferencias significativas en cuanto a la comparación de estas variables; esto se pudo deber a que las personas que presentaban DCL podrían haber demostrado un solo dominio cognitivo afectado, ya que estudios han identificado que los participantes con DCL unidominio mantienen un rendimiento bastante similar a PM sin compromiso cognitivo (8, 9). Sin embargo, en este estudio no se planteó como objetivo identificar que dominio o función cognitiva pudo presentar mayor afección en la realización del test MoCA, por lo que sería importante considerarlo en un futuro.

Cabe destacar que en el grupo de personas con bajo bienestar se observó un 76 % de participantes que presentaron DCL versus un 58 % en los de bienestar conservado; lo que indica la importancia de hacer un seguimiento a los criterios diagnósticos, los protocolos de los instrumentos, los dominios afectados y nivel educativo, ya que varias pruebas de “screening” neuropsicológico suelen ser sensibles a factores educacionales y socioculturales (25).

Las mujeres, por otra parte, presentaron también un mayor porcentaje de bajo bienestar (76 %) con respecto a los hombres (24 %); situación que podría deberse, tal como en otros estudios en los que un mayor porcentaje de mujeres en la muestra, y en su mayoría reportando ser dueñas de casa, sin ingresos remunerados, y con bajo nivel educacional, la influencia sociocultural y educativa podría afectar los resultados (3,7,25).

Entre las fortalezas de esta investigación se encuentra el uso de instrumentos validados; sin embargo, los resultados deben ser considerados tomando en cuenta las limitaciones propias de un estudio de tipo transversal, que no permite establecer relaciones causa-efecto en las asociaciones

entre las variables. Además, debemos considerar el tamaño muestral alcanzado (74 % de la estimada) y el uso de un instrumento de actividad física con rango etario limitado.

En conclusión, el mayor porcentaje de PM con DCL y sin DCL que presentaron bajo bienestar se observó en participantes con menor actividad física, de género femenino y que utilizan el bloqueo como estrategia de afrontamiento. Estos resultados podrían ser de utilidad para identificar tempranamente grupos de riesgo, y así aplicar medidas que permitan asegurar que las PM permanezcan activas, mantengan adecuadas estrategias para ser más resilientes durante una crisis y un adecuado bienestar psicosocial.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer a los participantes, y a los asistentes de investigación, en concreto a Carolina Peralta-Pasten y Felipe Tapia-Aliste por sus aportes técnicos al estudio.

Financiación: ninguna.

Declaración de Conflicto de interés: Todos los autores revisaron el manuscrito y están de acuerdo con su versión final. Ninguno de los autores reporta tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) *Global epidemiological situation* [internet], agosto 2022; 24. Disponible en: reliefweb.int/report/world/coronavirus-disease-covid-19-weekly-epidemiological-update-24-august-2022.
2. OMS. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. *Organ. Mund. La Salud.* 2020; 1:1-34 Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Murukesu RR, Singh DKA, Shahar S, Subramaniam P. Physical activity patterns, psychosocial well-being and coping strategies among older persons with cognitive frailty of the 'we-rise' trial throughout the covid-19 movement control order. *Clin. Interv. Aging.* 2021vol. 16: 415-429. doi: 10.2147/CIA.S290851.
4. Fernández RS, Crivelli L, Guimet NM, Allegri RF, Pedreira ME. Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *J. Affect. Disord.* Enero 2020; 277: 75-84. Doi: 10.1016/j.jad.2020.07.133.

5. Bentlage E et al. "Practical recommendations for staying physically active during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. doi: 10.1101/2020.06.24.20138313.
6. Chacón-Valenzuela E et al. Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución. *Univ. Médica*. 2019; 60(3):1-11. Doi: 10.11144/javeriana.umed60-3.fcde.
7. Custodio N, Duque L, Montesinos R, Alva-Díaz C, Mellado M, Slachevsky A. Systematic Review of the Diagnostic Validity of Brief Cognitive Screenings for Early Dementia Detection in Spanish-Speaking Adults in Latin America. *Front. Aging Neurosci*. September 2020; 12: 1-13. Doi: 10.3389/fnagi.2020.00270.
8. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An. la Fac. Med.* 2013; 73 (4):321. Doi: 10.15381/anales.v73i4.1032.
9. Olivares-Tirado P. Deterioro Cognitivo y Trastornos Metabólicos en Adultos Mayores. *Dep. Estud. y Desarro.* 2020.
10. Hobson N, Dupuis SL, Giangregorio LM, Middleton L. E. Perceived facilitators and barriers to exercise among older adults with mild cognitive impairment and early dementia. *J. Aging Phys. Act.* 2020; 28(2): 208-218. Doi: 10.1123/JAPA.2019-0010.
11. Aceiro CB, Torrecilla MA, Moreno M. "Estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Memorias Jornadas Investig. y Encuentro Investig. en Psicol. del Mercosur* [Internet]. 2020. p. 8-12 [Online]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11563>.
12. MINSAL. Encuesta nacional de salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados. Ens 2016-2017. *Encuesta Nacional de Salud*. 2018.p. 50 Disponible en: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171122/asocfile/20171122142253/ens_2016_17_primeros_resultados.pdf.
13. Morán Astorga C, Landero Hernández R, González Ramírez MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. *Univ. Psychol.* 2010; 9(2): 543-552. Doi: 10.11144/javeriana.upsy9-2.capv.
14. Sember V, Meh K, Sorić M, Jurak G, Starc G, Rocha P. Validity and reliability of international physical activity questionnaires for adults across eu countries: Systematic review and meta analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(19): 1-23. Doi: 10.3390/ijerph17197161.

15. Mantilla Toloza SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiol.* 2007;10(1):. 48-52. Doi: 10.1016/S1138-6045(07)73665-1.
16. Min Qin JF, Vlachantoni A, Evandrou M. General Health Questionnaire-12 reliability, factor structure, and external validity among older adults in India. *Indian J. Psychiatry.* 2018; 60(1): 56.59. Doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.
17. Rivas-diez R. Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en Población Femenina Chilena. *Rev. Argentina Clin. Psicol.* Enero 2014; XXIII: 251-260.
18. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia.* 2019; 34(6): 376-385. Doi: 10.1016/j.nrl.2017.01.013.
19. Abarza Morales Z. B. Depresión en adultos mayores y su relación con la actividad física y sedentarismo en Talca, Chile. Depression in older adults and its relationship with physical activity and sedentary lifestyle in Talca, Chile. *Cienc. Lat.* 2021; 5(5): 9719-9733.
20. Kornfeld R. Resultados tercera encuesta nacional calidad de vida en la vejez 2013. *Chile y sus mayores.* 2013.
21. Robinson E et al. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite.* Enero 2021; 156. Doi: 10.1016/j.appet.2020.104853.
22. Valdés Arriagada M, Inostroza Martínez D, Valdebenito LE, Valenzuela A, Veas C. Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la ciudad de Talca - Chile. *Rev. Fac. Ciencias la Salud UDES.* 2017;4(1): 39. Doi: 10.20320/rfcsudes.v4i1.105.
23. Reporte ODEL. "ENFERMEDAD POR SARS-CoV-2 Departamento de Epidemiología. *Dep. Epidemiol. Minist. Salud Chile.* 2021;2. Disponible en:<https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>.
24. Herrera P BL, Fernández L. Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer. *Ansiedad y estrés.* 2018; 24: 47-52.
25. V.-M. Rojas -Zepeda, López-Espinoza, Cabezas- Araneda, Castillo-Fuentes, Márquez-Prado, Toro-Pedrerros. Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuad. Neuropsicol.* 2021;15(2): 43-56. doi: 10.7714/CNPS/15.2.204.