



UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUERNAVACA

INCORPORADA A LA UNAM

CON CLAVE DE REGISTRO 8344-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**RESERVA COGNITIVA COMO FACTOR
NEUROPROTECTOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN
MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

QUE PRESENTA:

MONICA ARACELI RODRIGUEZ RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. CARMEN DE JESÚS MÁRQUEZ FLORES

COMITÉ RECEPCIONAL:

**DRA. OLGA MARIA SALINAS ÁVILA
MTRO. AMADOR OCAMPO FLORES**

CUERNAVACA, MORELOS

NOVIEMBRE, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. Dedicatoria

A mis padres para ustedes que se dedicaron en cuerpo, alma y espíritu al cuidado de todos nosotros, por todo su amor, cariño y su gran entrega, por habernos introyectado valores y principios, por habernos dotado de grandes recursos emocionales, los cuales nos han ayudaron en todo momento a crecer, enfrentar y a superar la vida con optimismo y valentía, luchando siempre por alcanzar de manera resiliente los retos, saliendo siempre adelante, especialmente con grandes aprendizajes, crecimiento, asimismo muy fortalecidos ¡Gracias!

Gracias a ti mami, por enseñarnos que el estudio y la educación son lo mejor, y la más importante herramienta en la vida, donde el tener no es tan importante como el ser. Y para ser, se requiere de estudio, constancia, entrega y dedicación.

Gracias papi, por enseñarnos que lo más valioso en esta vida son los valores y principios, ese respeto, esa honestidad, esa honradez, esa decencia, esa sinceridad, esa amabilidad y todo eso que forma a un hombre en una sola pieza y le permiten tener siempre una conciencia tranquila y un sueño profundo y reparador. Sí, a ustedes mis padres a los que tanto amo, honro y venero ¡Gracias!

A mi madrastra Irene, quien fue para mí una segunda madre, que llegó para brindar todo su cariño y preparación, a nosotros esos pequeños niños que necesitábamos en ese momento de todo el cuidado y la protección. ¡Gracias!

A cada uno de mis hermanos, que fueron, son y serán el ejemplo de hermanos que, a pesar de las dificultades, es el cariño, la tolerancia y comprensión la que emerge en toda situación. Esa familia, que sin importar el tiempo, la distancia o situación, siempre prevalece la comprensión. ¡Gracias!

A todas mis amistades, especialmente a la amiga Jeanette Átala, Gilberte Misri, Sally Andere y a los padres: Mons. Onésimo Cepeda, Mons. Luis Rodríguez, José Luis Rosales, Miguel Figueroa, Francisco Lamas y Antonio Machuca de los cuales logré aprender y conocer el don de la amistad, que pese al tiempo,

ideologías o espacios no cambia. Por lo que, no dejo de agradecer a “Dios” por haber coincidido y compartido tantos momentos importantes con ustedes, pese a que algunos ya han partido de este plano, los recordaré con cariño por el gran aprendizaje. Hoy sé, que hay amistades con vínculos tan fuertes como los recibidos por la sangre, por lo cual, amigos y familia espiritual ¡Infinitas Gracias!

Al padre Antonio Machuca, el gran amigo, guía y confesor, con el cual trabajé a lo largo de tantos años, recibiendo grandes enseñanzas, y logrando aprender que debemos de llevar a Dios a la acción y dar siempre en todo lo mejor ¡Gracias!

A ti Álvaro, mi esposo de tantos años, por el hermoso par de hijo y por el gran esfuerzo compartido en el arduo trabajo para sacarlos adelante. Por lograr darles la mejor educación integral, que los robusteciera entre ellas, la espiritualidad, lo académico, lo deportivo y lo cultural. Logrando con gran orgullo a un Ingeniero y a una Licenciada con ética y valores. Te agradezco especialmente hoy, todo tu apoyo para lograr sacar adelante todas mis metas personales, muy en especial esta, la de mi titulación como Psicóloga en la UNILA incorporada a la máxima casa de estudios La Universidad Nacional Autónoma de México UNAM ¡Gracias Álvaro!

A mis HIJOS, que han sido la más bella y sublime de todas las bendiciones. Sé que con ustedes, todos mis antepasados se complacen, ustedes son gracias a todos ellos mi gran orgullo. A ustedes, Álvaro Mitchell García Rodríguez y Monica Abril García Rodríguez. Todo mi amor y vocación de madre, los amo desde siempre y para siempre, gracias por ser mis grandes maestros en esta vida, ustedes son mi motor, ese gran estímulo y bendición, que me impulsan cada día a seguir aprendiendo, avanzando dando siempre lo mejor y especialmente a nunca darme por vencida en mis proyectos ¡Gracias hijos, los bendigo eternamente!

Esta tesis tiene un cierre especial, por ser la máxima dedicación que hoy hago a “DIOS” Mi Creador Universal. Él que nos ama a todos por igual, sin distinción de credos o religión. A ti padre, te brindo mi tesis y en especial esta, mi titulación.

A ustedes, que motivaron mis estudios, tesis y mi titulación ¡Infinitas Gracias!

II. Reconocimientos

Quiero agradecer a la Universidad Latina Campus Cuernavaca, a su rector el Mtro. Leopoldo Reyes Equiguas. Por la institución, que me formó desde una excelente filosofía institucional, de la cual hoy me estoy titulando incorporada a la máxima casa de estudios La Universidad Nacional Autónoma de México "UNAM".

Gracias a la directora, la Mtra. Nelly, que ha estado al pendiente de toda la institución, para que se cumplan los objetivos y las metas académicas, manifestando su gran interés por ver el bienestar de cada uno de los estudiantes.

A la directora de la carrera la Dra. Olga Salinas, que siempre ha mostrado entusiasmo, e interés por brindar todo el apoyo a los estudiantes, aportando en todo momento lo mejor, logrando con ello sus metas y las metas de la Institución.

A cada uno de mis profesores que sin ellos y su experiencia, no hubiera logrado recibir los valiosos conocimientos que hoy forman parte de mi acervo cultural, y que me dan esta formación de "Licenciada en Psicología"

A cada persona que contribuyó de alguna manera con mi formación en la Institución, entre ellos el área de dirección, biblioteca, servicios escolares, administrativos, contables, la cafetería, limpieza, vigilancia y papelería.

A los Centros de Integración Juvenil, institución a la cual orgullosamente representé en el espacio que me brindó para realizar el servicio social aprendiendo y disfrutando del hermoso y productivo trabajo virtual, por pandemia.

A mi asesora de tesis, la maestra Carmen de Jesús Márquez Flores, un reconocimiento por dirigir y asesorar la presente investigación. Así mismo, a los lectores, por tomarse esos momentos para compartir sus valiosas observaciones.

Hoy a todos ustedes, les otorgo un reconocimiento por ocupar un instante en mi proceso de aprendizaje a lo largo de un tiempo y espacio en esta etapa de mi ciclo vital, que permitió esta hermosa tesis y mi titulación. ¡Infinitas Gracias!

III.	Índice	
I.	Dedicatoria.....	I
II.	Reconocimientos	III
III.	Índice	IV
IV.	Índice de tablas y figuras	VIII
	Resumen	X
	Introducción.....	XII
	Capítulo I. Antecedentes de la investigación.....	1
	1.1 Antecedentes.....	1
	1.2 Planteamiento del problema	10
	1.3 Preguntas particulares de investigación	12
	1.4 Objetivos.....	13
	1.4.1 Objetivo general	13
	1.4.2 Objetivos específicos	14
	1.5 Hipótesis de investigación	15
	1.6 Justificación	15
	1.7 Alcances y limitaciones del estudio.....	17
	Capítulo II. Marco teórico	20
	2.1 Ciclo vital	20
	2.2 Características de los procesos cognitivos	23

2.3 La adultez media.....	29
2.3.1 Características biológicas	30
2.3.2 Características cognitivas	31
2.3.3 Características psicosociales	32
2.4 La adultez tardía o vejez.....	35
2.4.1 Características biológicas	37
2.4.2 Características cognitivas	38
2.4.3 Características psicosociales	40
2.5 La vejez en el contexto Mexicano.....	43
2.5.1 Definición de vejez y envejecimiento.....	43
2.5.2 Teorías del envejecimiento	44
2.5.3 Percepción de la vejez a nivel mundial y local	45
2.6 Reserva cognitiva	46
2.6.1 Definición y antecedentes de la reserva cognitiva.....	46
2.6.2 Dimensiones de la reserva cognitiva	48
2.6.3 Ventajas de la reserva cognitiva.....	48
2.7 Actividades de ocio	50
2.7.1 Definición de actividades de ocio	50
2.7.2 Clasificación de las actividades de ocio	51
2.8 Calidad de vida	52
2.8.1 Antecedentes de la calidad de vida.....	52
2.8.2 Definiciones de la calidad de vida	53

2.8.3 Dimensiones de la calidad de vida	54
2.8.4 Evaluación de la calidad de vida	56
2.8.5 Calidad de vida en los adultos mayores.....	57
2.8.6 Calidad de vida desde aspectos legales para el adulto mayor.....	58
Capítulo III. Metodología	64
3.1 Tipo y diseño de la investigación	64
3.2 Muestra de la investigación	65
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación	66
3.4 Procedimiento de la investigación	72
Capítulo IV. Análisis de los resultados	74
4.1 Resultados sociodemográficos en muestras A y B.....	75
4.2 Resultados del cuestionario de reserva cognitiva	79
4.3 Resultados del cuestionario de actividades de ocio.....	82
4.4 Resultados de la escala de calidad de vida	84
4.5 Medidas de tendencia central en instrumentos muestras A y B	93
4.6 Correlación de Spearman entre instrumentos grupo A y B.....	94
4.7 Correlación y dirección de dispersión entre CV y RC en A y B.....	95
4.8 Análisis comparativo entre medias A y B.....	98
4.9 Resultados estadísticos T de Student.....	99
4.10 Propuesta del programa de talleres psicoeducativos virtuales	102

Discusión.....	106
Conclusiones.....	111
Recomendaciones.....	114
Referencias	115
Anexos	125
Anexo 1 Cuestionario de Reserva Cognitiva (Rami, 2011).....	125
Anexo 2 Actividades de ocio (IMSERSO, 2010).	126
Anexo 3 Calidad de vida WHOQOL-BREF (1996).....	127
Anexo 4 Consentimiento informado para la primera muestra (A)	130
Anexo 5 Consentimiento informado para la segunda muestra (B).....	131
Anexo 6 Formulario de Google Forms.....	132

IV. Índice de tablas y figuras

Tablas		
Tabla 1.	Ficha Técnica del Cuestionario de Reserva Cognitiva	68
Tabla 2.	Ficha Técnica del Cuestionario de Actividades de Ocio	70
Tabla 3.	Ficha Técnica de la Escala de Calidad de Vida	71
Tabla 4.	Medidas de Tendencia Central Grupo A	76
Tabla 5.	Medidas de Tendencia Central Grupo B	78
Tabla 6.	Puntaje y Nivel de la Reserva Cognitiva A y B	80
Tabla 7.	Factores de la Reserva Cognitiva A y B	82
Tabla 8.	Frecuencia de Actividades de Ocio A y B	83
Tabla 9.	Nivel de la Dimensión de Salud Física A y B	87
Tabla 10.	Nivel de la Dimensión de Salud Psicológica A y B	88
Tabla 11.	Nivel de la Dimensión de Relaciones Sociales A y B	90
Tabla 12.	Nivel de la Dimensión de Ambiente A y B	91
Tabla 13.	Nivel de la Calidad de Vida Global en A y B	92
Tabla 14.	Medidas de Tendencia Central de Instrumentos Grupo A	93
Tabla 15.	Medidas de Tendencia Central de Instrumentos Grupo B	93
Tabla 16.	Correlación de Spearman Tres Instrumentos Grupo A	94
Tabla 17.	Correlación de Spearman Tres Instrumentos Grupo B	95
Tabla 18.	Correlación de Spearman entre CV y RC grupo A	96
Tabla 19.	Correlación de Spearman entre CV y RC grupo B	97
Tabla 20.	Resultados de Análisis al Comparar Medias entre A y B	99

Tabla 21.	Resultados T de Student A y B en Tres Instrumentos	101
------------------	--	-----

Figuras

Gráfica 1.	Edad Grupo A	75
Gráfica 2.	Estado Civil Grupo A	76
Gráfica 3.	Edad Grupo B	77
Gráfica 4.	Estado Civil Grupo B	78
Gráfica 5.	Nivel de Reserva Cognitiva A y B	80
Gráfica 6.	Gráfica de Actividades de Ocio A y B	83
Gráfica 7.	Calificación Personal del Nivel de Calidad de Vida A y B	84
Gráfica 8.	Calificación Personal del Nivel de la Salud A y B	85
Gráfica 9.	Nivel de la Dimensión de Salud Física A y B	86
Gráfica 10.	Nivel de la Dimensión de Salud Psicológica A y B	88
Gráfica 11.	Nivel de la Dimensión de Relaciones Sociales A y B	89
Gráfica 12.	Nivel de la Dimensión de Ambiente A y B	91
Gráfica 13.	Dirección Positiva en Correlación de CV y RC grupo A	96
Gráfica 14.	Dirección Positiva en Correlación de CV y RC grupo B	98

Resumen

La investigación, buscó identificar factores neuroprotectores de la reserva cognitiva que influyen en la calidad de vida de mujeres mayores de 65 años, con los instrumentos de Reserva Cognitiva (Rami, 2011), Actividades de Ocio (IMSERSO, 2010) y Calidad de Vida (WHOQOL-BREF, 1996). Para diseñar el programa de talleres psicoeducativos virtuales a nivel nacional “Preparándome para disfrutar el placer de mi vejez con calidad”, para sensibilizar frente al paradigma de la vejez, promoviendo la inclusión, la estimulación cognitiva y el envejecimiento óptimo incluso en edades previas. Lo anterior, frente a la prevalencia del acelerado y feminizado envejecimiento poblacional a nivel mundial y sus afecciones cognitivas, inmersas en el actual contexto pandémico Covid-19 y variantes. Con proyección hacia la longevidad en beneficio de la calidad de vida.

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo no experimental, de tipo descriptivo, univariable, con alcance correlacional y de corte transversal. Participaron dos muestras determinísticas de mujeres mayores de 65 años. La muestra A; 11 mujeres pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores. La muestra B; 11 mujeres pertenecientes a grupos de comercio ambulante, o empleadas de casa, sin estudios superiores. La recolección de datos fue a través, de Google Forms, presencial y por teléfono en Cuernavaca, México y Durango. Los resultados se obtuvieron del análisis descriptivo, de frecuencias, tablas cruzadas, comparación entre medias, correlación de Spearman y prueba T de Student (SPSS). Se identificó como factor neuroprotector de la reserva cognitiva, a la educación. Así mismo, el 90.9% de la muestra A, arrojó una reserva cognitiva alta y el 9.1% media alta. En contraste al 100% de la muestra B, en el nivel más bajo. Se comprobó una correlación fuerte de $r = 0.747$ entre calidad de vida y reserva cognitiva. Indicando que a mayor reserva cognitiva, mejor es la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años.

Palabras clave: *Reserva cognitiva, Calidad de vida, Actividades de ocio, Adultos mayores, Talleres psicoeducativos virtuales.*

Abstract

The research sought to identify neuroprotective factors of cognitive reserve that influence the quality of life of women over 65 years of age, with the instruments of Cognitive Reserve (Rami, 2011), Leisure Activities (IMSERSO, 2010) and Quality of Life (WHOQOL-BREF, 1996). To design the program of virtual psychoeducational workshops at the national level "Preparándome para disfrutar el placer de mi vejez con calidad", to raise awareness of the paradigm of old age, promoting inclusion, cognitive stimulation and optimal aging even at previous ages. This, given the prevalence of accelerated and feminized population aging worldwide and its cognitive conditions, immersed in the current pandemic context Covid-19 and variants. With projection towards longevity in benefit of the quality of life.

The research was developed under the nonexperimental quantitative approach, descriptive type, univariate, with correlative scope and cross-sectional. Two deterministic samples of women over 65 years of age participated. Sample A; 11 women belonging to cultural or academic groups with higher education. Sample B; 11 women belonging to street trade groups, or domestic workers, without higher education. The data collection was via Google Forms, face-to-face and by phone in the localities of Cuernavaca, Mexico and Durango. The results were obtained from descriptive analysis, frequencies, cross-tables, comparison of means, Spearman correlation and Student T test (SPSS). Education was identified as a neuroprotective factor in the cognitive reserve. Likewise, 90.9% of sample A showed a high cognitive reserve and 9.1% high mean. In contrast to 100% of sample B, at the lowest level. A strong correlation of $r = 0.747$ between quality of life and cognitive reserve was found. Indicating that the greater the cognitive reserve, the greater the quality of life in women of 65 years.

Keywords: *Cognitive reserve, Quality of life, Leisure activities, Elderly, Virtual psychoeducational workshops.*

Introducción

En la actualidad, se está vivenciando un fenómeno a nivel mundial con el cambio poblacional, que ha despertado el interés de investigadores al tomar conciencia de que las personas viven más años. Sin embargo, esto no guarda una relación con la salud, funcionalidad e independencia. Por lo anterior, se presenta en esta introducción, los diferentes capítulos que forman parte de la investigación enfocada en las mujeres mayores de 65 años al ser la población más longeva y vulnerable por el paradigma perpetuado de la vejez.

Para comenzar, se presentan en el primer capítulo los antecedentes con la recopilación en orden cronológico, de las investigaciones realizadas en diversos países, con los investigadores dados a la tarea de aportar conocimientos acerca de la reserva cognitiva y la calidad de vida en los adultos mayores. Así mismo, se muestra en este capítulo el planteamiento del problema, con la pregunta que buscó identificar la influencia de factores neuroprotectores de reserva cognitiva en la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años. Con base a ello, se desplegaron objetivos para la investigación con sus alcances y las limitaciones, justificando la relevancia por la problemática mundial y contextual.

Para continuar, el segundo capítulo muestra el recorrido por los constructos teóricos que dieron estructura a los ejes temáticos de la reserva cognitiva y de la calidad de vida, al ser ambas las variables de la presente investigación.

Al seguir avanzando por el tercer capítulo, se presenta la metodología que expone el tipo, diseño y alcances de la investigación. De igual forma, se expone la muestra con los criterios de inclusión y exclusión, se presentan los instrumentos de reserva cognitiva (CRC), el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF y el cuestionario de actividades de ocio (AO), aplicados para la recolección de los datos.

Así mismo, se expone la forma de aplicación de los tres instrumentos en el contexto pandémico actual. Se continúa con la presentación de los resultados obtenidos, del análisis de los datos a través del programa (SPSS).

Para ir cerrando, fue determinante el resultado arrojado del factor neuroprotector más relevante de la reserva cognitiva, que influye en el nivel de la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años de edad. Así mismo, la identificación de las actividades de ocio que suman a la calidad de vida.

La presente investigación despertó el interés para aportar una propuesta relevante, asumiendo conscientes el contexto y la realidad presente. Esto para intervenir a favor de la educación, y confrontación, derribando los muros de la discriminación por el actual paradigma de la vejez. Y de frente a la inversión de la pirámide poblacional, vinculada a las mujeres por su mayor longevidad, que las hace y las hará más vulnerables si no se actúa en favor de ellas.

Los resultados dieron la pauta de acción para el diseño de los talleres psicoeducativos virtuales, que llevan por nombre: “Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad”, enfocados en la sensibilización, estimulación, educación, confrontación y contención para promover la inclusión de las mujeres, incluso en edades previas a los 65 años. Esto con visión hacia la longevidad para su envejecimiento óptimo, que beneficie su calidad de vida presente y futura.

Por último, se muestra el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación del programa a implementar. Así como, las definiciones teóricas, prácticas y las estrategias para llevar a cabo los talleres psicoeducativos virtuales, que buscan alcanzar un relevante y trascendente cambio de estereotipos y paradigmas con relación a la vejez, para la actual realidad con base a la edad.

El programa pretende desde las diferentes instituciones o sectores, ya sean; educativos, del sector salud, los espacios culturales, políticos, sociales, familiares e incluso desde los personales, alcanzar la conciencia en la problemática y la importancia de asumir la responsabilidad por el envejecimiento activo y saludable.

Capítulo I. Antecedentes de la investigación

1.1 Antecedentes

A continuación, se plasma una recopilación en orden cronológico de algunas investigaciones, que han tenido relevancia en diversos países. Esto con base en las variables de la reserva cognitiva, las actividades de ocio y la calidad de vida de los adultos mayores. Lo anterior, con la finalidad de presentar un panorama de la problemática en investigaciones previas, para contextualizar la presente.

Para iniciar, se presenta el estudio de Meléndez, Mayordomo & Sales (2013) realizado en España, cuyo objetivo fue comparar a dos grupos de adultos mayores; uno sin deterioro cognitivo y con diferentes niveles de reserva cognitiva y el otro grupo con deterioro cognitivo leve. Se comparó las similitudes, y las diferencias de las variables que se asociaron a la formación de la reserva cognitiva, por la relevancia para el diagnóstico de patologías como la enfermedad de Alzheimer (EA) en fase preclínica. Esto, debido a que la reserva cognitiva logró modificar el curso de la enfermedad. El diseño de investigación fue correlacional. Primer grupo de 178 participantes sanos con edad promedio de 74 años, sin antecedentes de enfermedades neurológicas, o psiquiátricas. El segundo grupo, con deterioro cognitivo leve, conformado por 23 personas con edad media de 80 años, una puntuación inferior a 23 en el (MMSE), un nivel 2-3 en la escala GDS y se descartó el diagnóstico de demencia o enfermedades psiquiátricas. Los instrumentos empleados fueron: el MMSE y la subprueba de vocabulario WAIS-III, además se recolectó información acerca de la práctica de 14 actividades de ocio y estimulantes (pasatiempos, leer, escribir, bailar, ejercicio, deporte, manualidades, estudio, talleres, instrumentos, voluntariado, cine, juegos de mesa, pertenencia a asociaciones culturales y viajar). Los resultados mostraron grandes diferencias entre los sujetos con alta y baja reserva cognitiva, y la relación entre reserva cognitiva y el deterioro cognitivo. En los sujetos con altos niveles educativos se mantuvo una mejor función cognitiva, y un menor riesgo de demencia con la edad. De la misma manera, con la educación se observó, mayor flexibilidad al ser

capaces de integrarse en actividades estimulantes, para funciones de cognición después de los 43 años.

En otra investigación, Gonzáles, Facal & Yaguas (2013) que se realizó en España, con el objetivo de conocer el patrón de rendimiento cognitivo de 1747 personas mayores de 50 años. A través, de un estudio longitudinal. Se aplicaron diversos instrumentos entre ellos, el Mini-Mental State Examination (MMSE), las tareas cognitivas medidas en el estudio de ELES, el test de aprendizaje auditivo verbal (AVLT) y la escala de inteligencia para adultos (WAIS, Wechsler, 1999). Para el análisis de datos, emplearon un análisis de varianza (ANOVA), con post hoc Bonferroni y un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA). Se logró con este estudio, ver que el estado cognitivo en la infancia es determinante en gran medida al estado cognitivo de la vida adulta y la vejez. Así mismo, se comprobó que las personas que desempeñaban trabajos con altos niveles de complejidad unidos a bajos niveles de supervisión mostraron un menor declive en la memoria verbal, y el razonamiento inductivo controlando variables como: la edad, el nivel educativo y el nivel de ingresos. Además, en este estudio se encontró, que tanto los años de educación recibidos, como el tipo de profesión ejercida (manual vs no manual), son dos variables que están relacionadas al mejor funcionamiento cognitivo. Analizando datos, se obtuvo que las puntuaciones de todas las funciones cognitivas tienden al declive según aumenta la edad de las personas.

Por otra parte, García, Moya & Quijano (2015) realizaron una investigación en una comunidad de Colombia, la cual, tuvo como finalidad establecer las diferencias entre el rendimiento cognitivo, y la calidad de vida en los adultos mayores. Para la muestra, contaron con 36 personas entre 60 y 75 años, formaron dos grupos, de los cuales, uno asistió a una institución privada, mientras que el otro grupo no. Emplearon diversos instrumentos, como: la prueba Neuropsi para evaluar diversos procesos neurocognitivos, la prueba de aprendizaje auditivo-verbal de Rey, la copia de figura de Rey, el Trail Making Test (TMT A&B), el test de dígito y símbolos (SDMT), el test de denominación de Boston, la escala de calidad de vida Fumat. Para el análisis de datos se utilizó la prueba chi-cuadrado.

Se concluyó, que los adultos mayores contaban con procesos de envejecimiento sin déficit, lo cual permitió disfrutar de autonomía y calidad de vida. Asimismo, dejaron ver la importancia de la inclusión y de las redes sociales de apoyo, como un factor, que incidió en el bienestar psicológico y emocional de las personas.

Tomando en cuenta a, Leite, Castioni, Kirchner & Hildebrandt (2015) quienes evaluaron la capacidad funcional, y cognitiva de los adultos mayores del área urbana de una ciudad de rio grande en Brasil. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra de 368 adultos entre 60 y 70 años, de los cuales, el 90.8% tenían algún grado de escolaridad. La evaluación fue a través de los instrumentos: Mini Mental, el índice de Katz y la escala de Lawton-Brody. Para el análisis de resultados, se empleó el test exacto de Fisher. Al no ser equitativa la muestra en relación al género, en el análisis de datos sociodemográficos, se observaron que la mayoría fueron mujeres entre los 60 a 70 años, casadas, con algún nivel académico. Esto las expuso menos, en comparación con los hombres, quienes fueron los más afectados al estar expuestos. Lo anterior, estuvo influenciado por la población longeva femenina, que dominó en comparación con la población masculina. Este estudio concluyó, que el déficit cognitivo fue una condición desfavorable, por la disminución de las capacidades funcionales y cognitivas que mermaron la calidad de vida de los adultos mayores. No obstante, se dejó ver que la funcionalidad, también puede estar relacionada con el funcionamiento de la persona en su capacidad de autocuidado, la integridad física, el estado intelectual, el estado mental, el estado espiritual y las interacciones sociales. Algo importante, apreciado en el estudio, fue la familia, como factor de apoyo para los adultos mayores. El estudio reveló que la mayoría de los adultos mayores, lograron ser autónomos en las actividades diarias, requiriendo ayuda solo para las actividades instrumentales.

Con respecto a, Olivi, Fadda & Pizzi (2015) quienes evaluaron la forma en que las condiciones del hábitat urbano, afectaban la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso, con el gran índice de vejez. La metodología fue la de triangulación y se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas. La

muestra fue de 13 mujeres y 14 hombres de 63 y 83 años, 15 de ellos habitaban en los cerros y 12 en la ciudad. Los instrumentos fueron encuestas y entrevistas. El análisis se realizó a través de la comparación social, y las diferencias percibidas. Las conclusiones fueron las percepciones objetivas y subjetivas con base en la calidad de vida. Desde lo objetivo, estuvo influenciado por las políticas no incluyentes para la autonomía física e incluso económica de los adultos mayores, esto debido a la falta de acciones de previsión social, adaptaciones en la infraestructura, la movilidad, espacios urbanos, públicos, o de inclusión laboral, etc. Algo relevante que resultó en lo subjetivo fue: los adultos mayores se sintieron apoyados por sus hijos, nietos o pareja, y a falta de estos, se encontraron más seguros y arraigados a su barrio o territorio, lo cual les permitió una vida más sociable, contando con importantes redes de apoyo entre vecinos, que les robusteció la percepción positiva frente a su vejez y benefició su calidad de vida.

En relación a, la investigación de León, García-García & Roldan-Tapia (2016) en España, con el objetivo de estimar la reserva cognitiva de adultos sanos a partir de los 65 años de edad y su repercusión a nivel cognitivo. Fue realizada con una muestra total de 30 participantes, 22 fueron mujeres y 8 hombres entre 65 y 88 años. Empleó la variable educativa que midió de forma cuantitativa, el logro ocupacional en dos pasos: Primero las profesiones y después las ocupaciones, y en segundo lugar, los niveles ocupacionales: alto, medio y bajo. Los criterios de exclusión fueron: antecedentes psiquiátricos o trastornos neurológicos, consumo de drogas, puntuación menor a 27 en el Mini Examen-Cognitivo. A través, de la Escala de Reserva Cognitiva (CRS) se registró la frecuencia de actividades cognitivamente estimulantes, llevadas a cabo a lo largo de la vida (capacitación, información pasatiempos y vida social) en tres periodos de la vida; joven 18-35, edad adulta de 36 a 64 y edad adulta tardía desde los 65 años. Se empleó para el análisis de datos la prueba t de Student, Chi-cuadrado, la prueba exacta de Fisher, la Correlación de Pearson, ANOVA, MANOVA. Con los datos se observó que las personas con más años educativos mostraron un mayor volumen y conectividad de la corteza cerebral. Se demostró que, la atrofia del hipocampo fue menor en sujetos con puestos de dirección. La reserva cognitiva alta demostró el

rendimiento de la memoria, así como la curva de aprendizaje en individuos sanos mayores de 65 años, sin embargo, también se demostró, que la reserva cognitiva no afectó significativamente la atención y memoria de trabajo. No obstante, en un estudio previo, se encontró que los individuos con altas reservas cognitivas, superaron cognitivamente a los de baja reserva, incluso, en tareas de atención y memoria de trabajo. Eso se pudo considerar, por el estudio que se basó en coeficiente intelectual, logro educativo y ocupacional, sin considerar la frecuencia de las actividades estimulantes. Con lo anterior, se concluyó que el envejecimiento, puede estar influenciado por factores de salud, de bienestar psicológicos, genéticos, ambientales, socioeconómicos. Asimismo, se demostró que el estilo de vida activo se relaciona con un envejecimiento exitoso y la calidad de vida de los adultos mayores.

De acuerdo con, la investigación realizada por Vásquez-Amézquita (2016) en Colombia, que tuvo como objetivo, identificar los factores predictores de la reserva cognitiva en adultos mayores entre 60 y 85 años, en condiciones de desventaja social (bajo nivel educativo, y socioeconómico). Se realizó con una muestra de 30 adultos mayores, por selección a través del método probabilístico por conveniencia, esta muestra estuvo conformada por 26 mujeres y 4 hombres en edad media de 70 años. Los criterios inclusión fueron voluntarios, mayores de 60 años, con el consentimiento firmado, lateralidad diestra, sin diagnóstico psiquiátrico, psicológico, deficiencia visual, cognitiva, o con síntomas de depresión, que asistieron regularmente al programa de atención integral del adulto mayor de la Alcaldía de Ibagué. Los instrumentos Aplicados fueron: evaluación de factores predictores de la reserva cognitiva. La escala de inteligencia para adultos WAIS III, la versión abreviada de WAIS para calcular el índice de capacidad intelectual global Wechsler, la escala geriátrica de Yesavage, para evaluar la depresión de adultos mayores en cinco áreas: queja; somática, queja cognitiva, de motivación, orientación futura, pasadas y de pérdidas de autoimagen. La prueba Neuropsi, para medir el rendimiento cognitivo. El análisis fue de tipo descriptivo, y se hizo una correlación bivariada de Spearman, un análisis de regresión múltiple para factores predictores de la reserva cognitiva. Se observó al grupo evaluado,

en situación de vulnerabilidad cognitiva, física y social, que son las características para el envejecimiento patológico, sin embargo, en este estudio no se logró demostrar estadísticamente que la educación pudiera ser un factor mediador en la relación entre la capacidad intelectual y el rendimiento cognitivo, ya que no hubo correlación entre estas variables. Por tanto, ni la capacidad intelectual, ni la educación, parecen explicar por si solas la reserva cognitiva. Los resultados de la investigación mostraron los principales factores que ayudaron al envejecimiento saludable y cuyas características de la muestra suelen ponerla en desventaja física, cognitiva y social. Con lo anterior, se concluyó la importancia de proponer la articulación de programas públicos integrales, de estimulación intelectual, física y social, en el adulto mayor para evaluar el impacto que tienen sobre la salud, el bienestar físico, y mental de las personas, a través de esos programas.

Tomando en cuenta a, Cadar, Robitaille, Clouston, Hofer, Piccinin & Terrera (2017) quienes realizaron sus investigaciones en Europa, con el objetivo de evaluar el papel de la educación, como un marcador de la reserva cognitiva, en el rendimiento de la memoria y el cambio en individuos de 65 años o más, en diez países europeos que formaban parte de la encuesta de salud, envejecimiento y jubilación (SHARE). Para el estudio se utilizó la fuente de datos de la encuesta SHARE. El estudio fue longitudinal con 45,000 individuos nacidos en 1954 o antes. Al inicio, once países contribuyeron a los datos de referencia en el 2004, y fueron seguidos cada dos años, por un periodo de ocho años. La muestra final, fue de 11,132 personas de 65 años o más, de 10 países europeos. Estos países fueron: Austria, Suecia, Alemania, Países Bajos, España, Italia, Francia, Dinamarca, Suiza y Bélgica. La educación se empleó como un marcador de la reserva cognitiva, y se evaluó en asociaciones con el rendimiento de la memoria y la tasa de cambio, mientras se contabilizaba el ingreso, la salud general, el tabaquismo, el índice de masa corporal (IMC), el sexo y la edad de referencia. Se empleó para el estudio, personal capacitado en la entrevista personal digital (CAPI), asistida por computadora "Blaise" para la estandarización de formatos entre países. Se encontró al inicio, que en la mayoría de los países, las personas más educadas obtuvieron mejores resultados en ambas pruebas de memoria, en comparación

con los menos educados. No obstante, se demostró que la educación no protegía excepto en España, en el recuerdo inmediato y tardío, y Suiza, para el recuerdo inmediato. Italia mostró descensos ligeramente más rápidos, en el recuerdo inmediato. En este estudio, no se logró apreciar un efecto protector de la educación sobre la memoria pese a que al inicio de la evaluación hubo una asociación positiva con el rendimiento de la memoria. Se concluyó, que la educación está asociada al rendimiento mental. Sin embargo, no parece moderar el deterioro cognitivo.

Por otra parte, en un estudio realizado por Alonso-Sánchez (2017) con el objetivo de caracterizar las actividades de ocio, como un factor protector de la cognición. Se implementó una metodología documental, basada en datos Pubmed y cochrane, con los términos: MeSH Cognition, Cognitive reserve, Dementia y Mild cognitive impairment, cruzándolos con los términos: Leisure, lifestyle y hobbies. Estos términos, se combinaron con el AND, encontrando 465 artículos que se utilizaron como muestra inicial e instrumentos para el análisis. Al utilizar, el filtro de criterios de inclusión y exclusión de estudios e idiomas, se consideraron los estudios aleatorios controlados, estudios de caso, control en inglés, español y portugués. Se concluyó con una muestra final de 19 artículos. Los resultados obtenidos, mostraron la relación de las actividades cognitivamente estimulantes, con el menor riesgo de prevalencia de demencias. Por otra parte, las actividades de baja demanda cognitiva, con el aumento. De este modo, se observó la correlación del bajo nivel educativo, con el mayor tiempo en actividades de ocio pasivas. Los sujetos con mayor reserva cognitiva, presentaron mejor rendimiento en las tareas. Se planteó que algunos autores, consideran la actividad pasiva de ver la televisión, con el mayor riesgo de demencia al remplazar la estimulación cognitiva. Por lo que, con las observaciones de este estudio, se sugiere el control de las actividades para aumentar la plasticidad cognitiva. Las intervenciones para robustecer la cognición, se deberán iniciar antes de que se instaure una patología. El estudio de Kåreholt, sustentó estas afirmaciones, debido, al beneficio de realizar estas actividades de ocio después de los 23 años promedio, observando el gran efecto protector. Se postuló la relación de la educación formal, con las

actividades de ocio cognitivamente estimulantes, que podrían generar una mayor densidad sináptica, o incluso aumentar la habilidad de compensación.

Así mismo, Cancino, Rehbein-Felmer & Ortiz (2018) realizaron en Chile una investigación, para determinar la relación entre la reserva cognitiva, el funcionamiento cognitivo, y si esta relación estaba mediada por la depresión y moderada por el apoyo social en los adultos mayores. Con una muestra conformada por 206 adultos de 69 años, quienes fueron evaluados a través, de instrumentos cognitivos entre ellos, la Addenbrooke's Cognitive Examination revisado (ACE-R), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 15 ítems, el Apoyo social percibido (ENRICHD), el Social Support Inventory (ESSI) de seis ítems, el cuestionario de Reserva Cognitiva (Rami et al, 2011). Emplearon el análisis descriptivo y el análisis factorial que corroboró, el efecto directo de la reserva cognitiva, en el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores. Así mismo, se determinó que la reserva cognitiva surge como protector de los procesos cognitivos utilizados en actividades como: El lenguaje, la atención, la memoria y las habilidades visoespaciales. Una alta reserva cognitiva, se tradujo en conexiones neuronales más flexibles y eficaces, que permitieron afrontar una patología neurodegenerativa con éxito y lograr un envejecimiento activo.

En otra línea de investigación, Ocampo-Osorio, Giraldo-López, Montoya-Arenas & Gaviria (2018) investigaron si el tiempo de práctica musical, estaba asociado al mejor desempeño de los adultos mayores sanos. El estudio fue observacional descriptivo. La muestra se conformó de 11 adultos mayores, sin deterioro cognitivo y con historia de practica musical guiada, mayor a dos años. Se excluyó a, sujetos con alteraciones en el estado de ánimo, consumo o abuso de sustancias, antecedentes neuropsiquiátricos, y con quejas subjetivas de memoria con puntuación de 19 o más en la escala de trastornos de memoria. Se midió el desempeño de las funciones cognitivas como: la atención, la memoria, las habilidades visoespaciales, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Los instrumentos empleados fueron: Test Breve de Inteligencia de Kaufman (TBIK), el cuestionario de reserva cognitiva de Lorena Rami (Rami et al, 2011), la batería

neuropsicológica de NEURONORMA, el Trail Making Test (Forma A y B), el Simbol Digit Modalities Test, la Figura Compleja de Rey Osterrieth (copia y evocación), Tarea de Cubos de Corsi, test de Stroop (Palabras y Colores), Torre de Londres, Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Token Test, y el Test de Vocabulario de Boston. Para el análisis, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Se observó, que en las personas con practica musical, la reserva cognitiva estaba vinculada al mejor desempeño en tareas de denominación, memoria de trabajo visoespacial y verbal, atención focalizada y alternante, fluidez verbal fonológica y rendimiento semántico. Se concluyó, que las personas con entrenamiento musical a lo largo del tiempo, se beneficiaron con un mejor desempeño del lenguaje semántico, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo. Del mismo modo, se favorecieron con la preservación de la inteligencia cristalizada, identificada como factor protector en el envejecimiento normal. El tiempo de práctica musical dirigida, la edad y el nivel educativo, beneficiaron a la reserva cognitiva en los dominios lingüísticos y mnémicos, de los adultos mayores.

Para concluir, en la investigación realizada por Wikee & Martella (2018) al evaluar la eficiencia funcional de las redes atencionales, a tres grupos de adultos mayores con distintos niveles de actividad física y reserva cognitiva. Se empleó un diseño no experimental, comparativo, de corte transversal. La muestra de 60 adultos mayores de 65 años, sin patologías o antecedentes de salud relevantes, El primer grupo, con ganartrosis leve o moderada. El segundo, con personas que realizaban actividad física permanente (mínimo dos veces a la semana). El tercer grupo de personas con interés en participar, sin contar con prácticas físicas habituales. Los instrumentos empleados fueron: el test de inteligencia de Kaufman (k-bit) el mini-mental (EFAM-Chile) el test de capacidad física en adultos mayores (VACAFUN), y el cuestionario de Reserva Cognitiva (Rami et al. 2011), así mismo, se utilizó el ANTI-V. Los estímulos se mostraron en un monitor CTR de 17 pulgadas, con resolución de pantalla de 640 por 480 pixeles, para los sonidos se utilizaron auriculares. La tarea la dividieron en dos bloques (ANTI) con 20 ensayos, y el (ANTI-V) también de 20 ensayos. El análisis se realizó, con ANOVA mixto de factores independiente, por grupo (Artrosis, Actividad Física y

Comunidad) y ANOVA unidireccional. El grupo de artrosis, mostró menor desempeño físico por su situación, no obstante, en las pruebas de atención no se vio deficiencia. Se observó, que la actividad física, cardiovascular o aeróbica, mejora la plasticidad cerebral y reduce la senescencia biológica en el envejecimiento.. Se concluyó, que la reserva cognitiva y la actividad física, son factores protectores frente al deterioro cognitivo en los adultos mayores. Así mismo, que la atención puede ser la clave en la detección prematura de la demencia, al ser la primera función que se deteriora y la actividad física permanente sin importar la intensidad, favorece el funcionamiento atencional, logrando ser una estrategia psicosocial importante en el envejecimiento cognitivo.

Con las anteriores investigaciones, se puede concluir, que la reserva cognitiva está tomando relevancia, en la perspectiva de algunos investigadores. Esto, considerando su influencia en los procesos cognitivos y la calidad de vida. Así mismo, la conciencia en las personas adultas mayores de que viven más años y no siempre es con salud y bienestar. Lo anterior, para promover una vida más activa tanto física, como cognitiva, que permita paliar o compensar los posibles deterioros vinculados a las patologías, e incluso secuelas por pandemias.

1.2 Planteamiento del problema

El envejecimiento, es un proceso natural conocido por todos, se caracteriza por los cambios físicos y psicológicos a lo largo del ciclo vital del ser humano. Sin embargo, los cambios que afectan la funcionalidad e independencia, no siguen patrones lineales en los procesos cognitivos. Esto representa un motivo de alerta en esta época, frente a la inversión de la pirámide poblacional, con el acelerado envejecimiento a nivel mundial y el desarrollo de diversas enfermedades crónicas degenerativas que interfieren en la calidad de vida de los adultos mayores, alertando al sector salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014).

De acuerdo con la OMS en el 2018, se contaba con 125 millones de adultos mayores con 80 años e incluso más. Previendo que para el 2050, la cifra podría ser similar solo en el país de China, arrojando de forma alarmante una población

de adultos mayores de aproximadamente 434 millones, y concentrándose el 80% en los países de ingresos más bajos y medios. Por lo tanto, esto es preocupante especialmente en nuestro contexto mexicano, al no contar con la previsión.

Con las estadísticas es posible apreciar el gran interés que ha despertado a nivel mundial, el inminente cambio poblacional, que estará afectando concretamente a la república mexicana, donde ya se observa el acelerado proceso de envejecimiento, y es justo es en la Ciudad de México (CDMX), donde ya se le percibe, como una de las ciudades más envejecidas. Esperando para el 2030, que el 20.45% serán adultos mayores de 60 años. Así mismo, en el resto de los estados, se encontrará entre el 10.63% y 16.47% en la vejez (CONAPO, 2015).

Con lo anterior, México ya transita por un intenso proceso de envejecimiento demográfico. Sin embargo, cabe resaltar que la población en los diversos estados de la república mexicana no es homogénea. Esto según, las proyecciones del consejo nacional de población, y se espera que para el 2030, la CDMX, será la más envejecida de todas con una población de adultos mayores de 20.5%, continuando con Veracruz 16.5%, Sinaloa 15.9%, Morelos 15.7% y Nuevo León con el 15.5% (González, 2015; CONAPO, 2015).

Por lo tanto, para el 2050 más del 20 por ciento de la población en México, serán personas de 60 años o más. Además, es preciso resaltar que el envejecimiento, se direcciona hacia una especificad de género, esto debido a que en todos los estados de la república, la población femenina de adultas mayores, es mayor a la masculina. De este modo, lo que pareciera ser una ventaja para las mujeres, emerge de forma velada en una relevante desventaja de frente a las limitaciones por los factores que condicionan su calidad de vida (CONAPO, 2015).

Lo anterior, destaca la importancia de diseñar e implementar políticas que atiendan las necesidades de las adultos mayores, en lo referente a la infraestructura, la movilidad, e incluso los espacios de trabajo, de recreación e interacción social. Paras que logren sumar a los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva y asimismo, permear de manera positiva en su calidad de vida.

No obstante, algo que se observa es que algunas mujeres por cuestiones del contexto o culturales, al no contar con estudios académicos adquiridos en etapas tempranas, o en la práctica de actividades deportivas, musicales e incluso las de interacción social con las actividades de ocio, van gestando a lo largo de los años factores que serán determinantes para una baja o limitada reserva cognitiva.

Por lo cual, si se considera el deterioro cognitivo, o trastornos (ansiedad o depresión), la falta de apoyo familiar y de redes sociales, al no estar inmersas o arraigadas a un territorio, a sus vecinos o amistades. Esto les irá limitando sus actividades en la sociedad. A parte, al excluirlas de los ámbitos laborales, educativos, culturales y de espacios públicos por la falta de infraestructura o limitada movilidad. Es indudable, que afectará su funcionalidad, e independencia física, cognitiva y económica. Cuartando el derecho a disfrutar de la calidad de vida a, esta población envejecida que conlleva en desventaja al género femenino.

Por consiguiente, en México no hay conciencia de la problemática en la cual ya se está inmersa la población de adultos mayores, específicamente las mujeres, que incluso al contar apenas con una edad de 45 años, ya se ven limitadas en los ámbitos laborales, que a su vez, se van sumando de manera progresiva a los sociales, educativos e incluso a los familiares. Por lo tanto, surge la importancia al identificar una problemática real, que inspiró a realizar la presente investigación. Emergiendo con ello la pregunta ¿Cómo influyen los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva en la calidad de vida de mujeres mayores de 65 años de edad? Esto, para diseñar un programa de talleres psicoeducativos virtuales, para la sensibilización en la inclusión de las mujeres incluso en edades previas, con proyección hacia su longevidad en beneficio de la calidad de vida.

1.3 Preguntas particulares de investigación

Con lo anterior se pretende responder a las siguientes preguntas que surgen como interrogantes:

- a) ¿Cuál es el nivel de reserva cognitiva, de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores?
- b) ¿Cuál es el nivel de reserva cognitiva, de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores?
- c) ¿Cuáles son los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, que se identifican en mujeres mayores de 65 años?
- d) ¿Cuáles son las actividades de ocio más relevantes de la reserva cognitiva, que se asocian a la calidad de vida en mujeres mayores de 65 años?
- e) ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores?
- f) ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores?
- g) ¿Qué beneficios aportan los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, a la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años de edad?
- h) ¿Qué beneficios se obtienen, cuando se propone un programa de intervención nacional, con talleres psicoeducativos virtuales dirigidos a sensibilizar, estimular, educar, confrontar y contener, para promover la inclusión de las mujeres incluso previo a los 65 años, con proyección hacia su longevidad en beneficio del envejecimiento óptimo y calidad de vida?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar la influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida, de dos muestras de mujeres mayores de 65 años. Para diseñar y proponer, un programa nacional de intervención en talleres psicoeducativos virtuales, con base en factores neuroprotectores, dirigidos a sensibilizar, estimular, educar, confrontar y

contener. Para promover la inclusión de las mujeres incluso previo a los 65 años, con proyección hacia su longevidad en beneficio del envejecimiento óptimo para su calidad de vida.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) Evaluar el nivel de reserva cognitiva de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores.
- b) Evaluar el nivel de reserva cognitiva de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores.
- c) Identificar los factores neuroprotectores más relevantes de la reserva cognitiva, en mujeres mayores de 65 años de edad.
- d) Identificar las actividades de ocio más relevantes para la reserva cognitiva, que se asocian a la calidad de vida de mujeres mayores de 65 años.
- e) Identificar el nivel de la calidad de vida de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores.
- f) Identificar el nivel de la calidad de vida de una muestra de 11 mujeres mayores de 65 años de edad, pertenecientes a grupos de comercio, ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores.
- g) Explicar qué beneficios aportan los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, a la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años.
- h) Proponer el diseño de un programa de intervención nacional, con talleres psicoeducativos virtuales, dirigidos a sensibilizar, estimular, educar, confrontar y contener. Para promover la inclusión de las mujeres incluso previo a los 65 años, con proyección hacia su longevidad en beneficio del envejecimiento óptimo y calidad de vida.

1.5 Hipótesis de investigación

- a) Los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, pueden ser identificados en las mujeres mayores de 65 años.
- b) La reserva cognitiva, beneficia a la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años.

1.6 Justificación

En la actualidad, se ha evidenciado que las personas se están replanteando sus proyectos de vida, al tomar conciencia de que viven más años. Es por ello, que algunos piensan en retomar sus estudios, hacer otra carrera o dedicarse a pasatiempo con más libertad. Así mismo, las nuevas generaciones van estructurando sus sentidos de vida de manera diferente, antes estudiaban trabajaban y formaban su familia, hoy pueden formar primero una familia y después estudiar una carrera, con miras a ese mayor tiempo que les espera. No obstante, esto solo será posible si cuentan con la valiosa y necesaria salud, que no siempre es equivalente a vivir más años (OMS, 2015).

Por esta razón, el propósito que se busca con esta investigación, es identificar aquellos factores, que podrían servir como neuroprotectores de la reserva cognitiva en la etapa de adultos mayores, para aprovecharlos incluso previo o en la adultez media, ese ciclo de vida que es un condicionante irreversible, de la funcionalidad, la independencia física o económica, y que va emergiendo de las crisis o etapas, mermando la calidad de vida de las mujeres en la vejez.

Lo anterior, de acuerdo a Erikson (1968) quien argumentó, la sucesión de crisis o etapas a lo largo del ciclo vital. Por lo que, en la madurez, con la etapa de la generatividad, frente al estancamiento, afecta directamente a las mujeres en la vejez, o etapa de la Integridad del yo, frente a la desesperación. A quienes no aprovecharon sus trabajos, roles, e incluso las interacciones sociales. Sin embargo, frente al paradigma de vejez, no siempre es la mujer la que voluntariamente no cuida esta etapa tan importante. Así mismo, existen otros

factores vinculados a situaciones propias del ciclo vital, entre ellas, al nido vacío, la jubilación, los divorcios, la viudez, los trastornos, patologías y pandemias. Pues, promueven esos estados de carencia o depresión tan comunes por el contexto.

Por consiguiente, esta investigación es relevante al tratar desde un aspecto preventivo, para un cambio de paradigma con respecto a la percepción de la edad de las mujeres. Esto, para favorecer su inclusión desde los 45 años, edad desde la cual se observa que la mujer se va rezagando de manera personal o por terceros sin considerar que aún podría vivir otros 45 años y de ser así, no sería con calidad de vida. De igual forma, es relevante identificar los factores de la reserva cognitiva que aporten al diseño de un programa de intervención nacional, en talleres psicoeducativos virtuales de inclusión con visión en las futuras generaciones longevas femeninas, para planificar y dar estructura a su calidad de vida.

Estos talleres psicoeducativos virtuales de inclusión de la mujer, son necesarios para la sensibilización. Se pretende lograr implementarlos en instituciones, empresas, organizaciones, casas de día, ayuntamientos. Así mismo, a la comunidad en general donde se pretende llegar, y por la virtualidad a nivel nacional. Para lograr con esto, hacer conciencia de que las mujeres en la actualidad viven más de ochenta años, motivo por el cual no deben de ser excluidas de ningún contexto, como actualmente lo hacen desde los 45 años, al ser percibidas como personas que no tienen nada más por aportar o desarrollar.

Lo que se pretende alcanzar no solo beneficia a los adultos mayores, sino previo y específicamente a las mujeres, al ser la población más longeva, que se ve más excluida desde los 45 años de plazas laborales, oportunidades para becas de estudio pese al buen rendimiento cognitivo, e incluso de contextos familiares, sociales públicos o culturales. Para evitar mermar la reserva cognitiva alcanzada, y de igual forma su calidad de vida aún antes de los 65 años, esto con una visión de prevención en la repercusión personal, económica familiar, e incluso en el sector salud, esto debido a los ochenta años o más que se pronostica que vivirán.

Todo esto es innovador, debido a que ningún investigador se ha interesado en la inclusión de esta población de mujeres desde los 45 años y más, con miras a, su longevidad. En los contextos laborales; con plazas de trabajo. En los educativos; para becas de estudios. En contextos sociales; al cambiar el paradigma y verlas como mujeres que aún tienen tanto por realizar y aportar. En contextos familiares; al verlas productivas y con grandes capacidades para seguir desarrollándose. En contextos público; adaptando infraestructura para la movilidad. Todo esto, con una proyección en aras de los factores de la reserva cognitiva identificados y aprovechados para la sensibilización e inclusión, con talleres psicoeducativos virtuales, enfocados en el presente y con visión óptima en el futuro bienestar de las mujeres. Con base en los beneficio para todos.

1.7 Alcances y limitaciones del estudio

Alcances

Lo que se pretende alcanzar en este programa, es mejorar la vida en el presente de las mujeres con visión al futuro, preservando la reserva cognitiva e incluso mejorándola para llegar a la vejez, sanas, llenas de energía, vitalidad, positivas, y con independencia no solo en las actividades básicas, o instrumentales sino en lo económico. Al ser este, un factor relevante para la interacción social en los diferentes grupos y contexto. Para continuar con autonomía, activas e incluso productivas, y no como una carga, discriminadas, agredidas o rezagadas solo por el paradigma de vejez y sus efectos.

Con base en todo lo anterior, la importancia de esta investigación beneficiará al sector salud, debido a que la actividad evitará el sedentarismo, la depresión y mantendrá a las mujeres alejadas de los hospitales, permitiéndoles continuar un estilo de vida más saludable y óptimo, lleno de bienestar, reforzando y estimulando la reserva cognitiva ya alcanzada en edades tempranas, logrando con ella palear o compensar las patologías, que serían determinadamente limitantes.

Estos talleres virtuales, se pueden implementar en instituciones gubernamentales, sector salud, empresas, casas de día, universidades, ayuntamientos, diversos contextos de la comunidad y por la virtualidad alcanzar un nivel nacional. Para sensibilizar no solo a la población local de adultos mayores para que se mantengan activos, sino para que la población nacional en edades previas se visualicen a futuro y actúen en el presente, para prevenir la exclusión, preservando la reserva cognitiva lograda, que les aportará beneficios.

Con esta investigación, se podrá influir a la sociedad en general tanto local como nacional e incluso mundial, alcanzando un relevante cambio de estereotipos y paradigma en relación a la edad. Para mejorar en los adultos mayores de 65 años su condición y calidad de vida, manteniéndoles activos, asimismo, en edades previas, con los talleres virtuales de sensibilización en la inclusión a las mujeres de 45 años y más, en áreas laborales, educativas, culturales, deportivas y sociales e incluso las familiares, para que apoyen a las mujeres y las visualicen en 80 o 100 años, rebosantes de salud. Para hacer la diferencia desde su realidad presente.

La aportación de esta investigación, al sensibilizar a la población a través, de los talleres virtuales de inclusión, a mujeres de 65 años y previo, es decir, desde los 45 años en la adultez media, en los diversos contextos. Pretende que puedan continuar activas física y cognitivamente. Por lo tanto, es necesario concientizar al gobierno, para implementar la adaptación de la infraestructura en los espacios públicos, debido a, que sin ellos las adultas mayores se excluyen y reducen aceleradamente las habilidades y capacidades logradas. Dando como resultado, una limitada y deficiente calidad de vida.

Estos talleres son innovadores, podrían alcanzar un cambio estructural desde los sistemas de creencias o esquemas de pensamiento, debido a, que ningún investigador se ha dado a la tarea de buscar la inclusión de la mujer en edades previas a los 65 años, con miras a la preservación de la reserva cognitiva, buscando mejorar la calidad de vida que permea grandes beneficios para todos.

Los datos recopilados en el estudio, pueden emplearse para realizar una proyección del fenómeno, e incluso para las nuevas investigaciones en el futuro, debido a, que la muestra buscará ser acorde a las necesidades de la investigación pese al contexto pandémico actual, y se tomarán en cuenta, las variables extrañas que puedan interferir en la reserva cognitiva lograda como son: nido vacío, duelos, desempleo, divorcios, jubilaciones, depresiones y patología, entre otras.

Limitaciones

En primer lugar, el escenario actual por el contexto atípico que vivimos a nivel mundial, a causa de, la pandemia del COVID-19 y sus variantes.

En segundo lugar, al no encontrar la muestra indispensable en el contexto actual, de distanciamiento social por la pandemia, para aplicar los instrumentos.

En tercer lugar, que la muestra no esté disponible al momento de aplicar los instrumentos, al tratarse de adultos mayores, en el contexto pandémico actual.

En cuarto lugar, el tamaño de la muestra no logre una proyección en las estadísticas a, nivel local o nacional.

Por último, que el diseño del programa no logre llegar a las instituciones, o público en general, y no se alcancen los objetivos del programa.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Ciclo vital

A lo largo de este capítulo, se plasman los diferentes teóricos, y sus aportaciones, a su vez, se muestra cómo ha sido posible a través de los procesos, e instrumentos psicológicos, las pautas de aprendizaje y la conducta. Así mismo, la influencia por la interacción en el contextos familiar, social y cultural para que se den los cambios evolutivos, en el desarrollo humano y como estos cambios a lo largo de las diferentes etapas de la vida, repercuten a la reserva cognitiva, tan importante en estos tiempos atípicos de pandemia por COVID-19.

Para iniciar, de acuerdo a Santrock (2006) el desarrollo humano en el ciclo vital, tiene como base el estudio científico de los cambios, estabilidad y continuidad de la conducta. Y las habilidades en los procesos cognitivos a lo largo de la vida. Por lo cual, es primordial describir el desarrollo de los procesos que se generan desde el momento de la concepción, hasta el fin del ciclo vital. Estas pautas evolutivas de cambios son tanto cuantitativas, como cualitativas y se componen de las dimensiones biológicas, cognitivas y socioemocionales.

Por lo tanto, para Erikson (1968) los cambios se dan con la sucesión de ocho crisis o etapas a lo largo del ciclo vital. Iniciando a los 18 meses: la confianza o seguridad, frente a desconfianza o inseguridad; los padres aportan esa confianza. De los 18 meses a los 3 años: la autonomía frente a la vergüenza y duda; donde el niño se dirige hacia objetos externos, los padres fortalecen esa autonomía. La vergüenza es la incapacidad para relacionarse. De los 3, a los 6 años: la iniciativa, frente al sentimiento de culpa; el niño experimenta su capacidad de movimiento, libertad e iniciativa, emerge la colaboración. La culpa es por las acciones y los pensamientos. De los 6 años, hasta la adolescencia: la habilidad frente al sentimiento de inferioridad; se desarrolla el sentido de competencia. Los logros favorecen sus habilidades, de no ser así aparecerá el sentimiento de inferioridad.

Así mismo, en la adolescencia se deja ver la Identidad, frente a la difusión del rol; aquí el adolescente toma conciencia de sus experiencias y las integra para dar lugar a su identidad. En la Juventud: la Intimidad, frente a aislamiento: el joven tiene conciencia de su identidad; está apto para las relaciones afectivas, el miedo a otros le provoca el aislamiento. En la madurez: la generatividad, frente al estancamiento, es el sentido de generar vida, de producir o crear. Aquí el estancamiento emerge por la falta de procreación, el no rendimiento y producción alrededor de sus roles, o en la interacción social. Por último la octava etapa en la vejez: la Integridad del yo, frente a la desesperación. Observándose la capacidad del adulto mayor para aceptar todo el ciclo vital e integrarlo. La desesperación emerge al concientizar las oportunidades desaprovechadas (Erikson, 1968).

Por otra parte, Franz (1996) refiere que el desarrollo en el ciclo vital, es hacerse miembro de una sociedad. Esto, por el proceso de aprendizaje que genera los cambios en la conducta, al estar influenciada por la herencia; a través, de los rasgos innatos recibidos por parte de los progenitores, desde la concepción. Y por la influencia que se recibe del medio ambiente o contexto, como un sustrato que activa o desactiva la conducta y la maduración. Esta que representa la relevante organización, de una secuencia de cambios, que se van dando acordes a cada edad en las etapas del ciclo vital, manifestadas en los procesos cognitivos.

Por lo que, la sociedad y la cultura van modelando al ser humano (Erikson, 1985) las mujeres se desarrollarán de acuerdo a los estímulos de su contexto y se podría referenciar especialmente al entorno familiar que las rodea influyendo para que estudien, trabajen y se relacionen. Estos factores aportarán grandes beneficios a lo largo del ciclo vital en su bienestar.

De acuerdo a, Minuchin (2004) la mente se desarrollará en la medida que se procese y almacene la gran cantidad de estímulos internos y externos, del contexto cotidiano. El contexto como el gran escenario de aprendizaje en el periodo histórico alrededor de un tiempo y espacio determinado. Por lo tanto, el grupo familiar logra patrones de interacción y conducta, dando estructura que les

permite roles, conductas y funciones. Por la forma de organización, la familia puede configurarse en: la familia nuclear, mixta o extensa. La familia influye para la transformación de todos los integrantes, es un grupo que se transforma. “La familia es la parte extracerebral de la mente” (pág.27).

Del mismo modo, Minuchin (1998) describió que la estructura familiar llega a tamizar la experiencia de sus miembros, modificando el aprendizaje a lo largo del ciclo vital, en una evolución familiar. La familia, como la constructora de la identidad de sus miembros, de acuerdo a las pautas socioculturales del contexto. Por lo tanto, lo que es adaptativo, en un ciclo puede ser disfuncional en otro.

Además, la posición que ocupa la familia en la sociedad, su economía, su cultura, religión, idioma, etnia, e historias, serán un gran condicionante para los procesos psicológicos. Sin embargo, habrá normativas es decir, esos sucesos biológicos y medioambientales que afectarán de forma similar a las personas de una sociedad, así como, los acontecimientos solo a ciertos individuos. Además lo referente a los periodos críticos, o momento específico en el que un evento, o su ausencia tienen una repercusión en el desarrollo vital (Santrock, 2006).

De igual forma, la influencia del medio ambiente con base en la epigenética, ese mecanismo que activa, o desactiva, haciendo posible la expresión genética de determinadas funciones celulares, que se manifestarán como son; los rasgos físicos y fisiológicos entre ellos la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardíacas, el cáncer, etc. Así mismo, los psicológicos, esos que tienen que ver con la personalidad, el temperamento y el carácter. A su vez, los procesos, entre ellos, la Inteligencia, la memoria, las habilidades verbales, espaciales y el razonamiento. Es decir ese mecanismo que permite la ocurrencia o no, de las enfermedades, la conducta humana y la salud, o la enfermedad mental (Casavilca-Zambrano 2019).

De esta manera, los cambios que se van dando en el desarrollo, se dan de acuerdo a las normativas. Por ello, es importante identificarlos. Uno es el que se da internamente en el desarrollo, desde un organismo activo. Es decir, a esas pautas cuantitativas que se relacionan con los números, o cantidades como es; la

estatura, el peso, cantidad de vocabulario, o frecuencia de la comunicación, etc. Parte de un modelo mecanicista, con su precursor John Locke. Por otro lado, está la normativa de los cambios en la clase, estructura, u organización de un organismo, como respuesta a los estímulos de una manera reactiva. Refiere a esas pautas cualitativas, es decir, a los rasgos o cualidades con base en los cambios continuos y unidireccionales, como es: la transición de la comunicación no verbal a la verbal, los rasgos de personalidad, la conducta, entre otras. Esta parte del modelo organicista de Jean Jacques Rousseau (Santrock 2003).

Por otra parte, Santrock (2006) refiere que el ciclo de vida por el cuál transita una persona, se ha clasificado desde la concepción, al nacimiento en las diferentes etapas como son: Etapa prenatal; comprendida por el periodo germinal, embrionario y fetal. La Infancia o neonatal; del nacimiento a los 2 años. La primera infancia o niñez temprana; de los 2, a los 6 años. La segunda infancia o niñez intermedia; de los 6 a los 12 años. La adolescencia; de los 12, a los 20 años. La adultez temprana o juventud; de los 20, a los 40 años. La adultez media o madurez; de los 40, a los 65 años. La adultez tardía o vejez; de los 65 años, en adelante. Estas dos últimas etapas, son relevantes para la presente investigación.

Sin embargo, en la actualidad se ha observado que la vida, y sus ciclos se han extendido por los avances científicos en la genética, la calidad en la alimentación, las actividades deportivas, y los estilos de vida saludable. Esto ha influenciado en algunos investigadores, para replantear el último estadio de la adultez tardía o vejez. Motivo por el cual, lo han dividido en dos, para describir la transición de vida. Una es el anciano joven desde los 65 a los 85 años, el otros es el gran anciano que abarca desde los 85 años a la muerte (Santrock, 2006).

2.2 Características de los procesos cognitivos

En este capítulo, se presenta un panorama de introducción a los procesos cognitivos del ser humano, de forma general por Papalia. Así mismo, la maduración del cerebro, el sistema nervioso y la adaptación al ambiente desde los constructos teóricos más relevantes como son los de: Piaget, Vygotsky, Chomsky,

Luria, Ardila y Ostrosky entre otros, al ser vitales para la evolución de los procesos básicos a superiores, es decir, procesos como la atención, la memoria y el lenguaje hasta las funciones ejecutivas, que son básicas para la independencia y la calidad de vida en las mujeres mayores de 65 años.

Para iniciar, desde el siglo XVIII, había existido un gran debate con respecto a la participación activa, o reactiva a lo largo del desarrollo. Papalia (2010) hace referencia de ello con algunas aportaciones importantes, entre ellas la del filósofo inglés John Locke, quien mencionó que los niños son una *tabula rasa*, es decir, una especie de mente en blanco a través de la cual la sociedad escribiría. Así mismo, hace referencia a otro filósofo Suizo de nombre Jean Jacques Rousseau, quien argumentó, que los niños nacían como nobles salvajes, es decir, que se desarrollaban según sus tendencias positivas si no los corrompía la sociedad. Sin embargo, Papalia hace notar que el ser humano tiene impulsos y necesidades internas, que influyen activamente en el desarrollo, pero al mismo tiempo, es un animal social que al estar aislado no podría desarrollarse adecuadamente en ningún sentido. Por lo que, deja ver la importancia de lo biológico y de la interacción social en los seres humanos para la adquisición del aprendizaje.

Por consiguiente, Papalia (2010) citó al conocido zoólogo y etólogo Austriaco Konrad Lorenz con su valiosa aportación acerca de la impronta. Esto al demostrar la predisposición del sistema nervioso, para adquirir cierto aprendizaje durante un breve periodo crítico. Y retomando este periodo crítico, es conocido en la actualidad que el ser humano tiene ese momento en el cual un acontecimiento o la ausencia del mismo, da como resultado patrones normales o anormales que pueden repercutir de forma relevante e irreversible a lo largo de la vida. Esto, específicamente se puede observar en procesos como el lenguaje, la atención, la memoria y la interacción social. Así mismo, otras funciones ejecutivas, que son necesarias a lo largo de los ciclos de vida para robustecer la reserva cognitiva.

Así como en la etología lo biológico es relevante, en la ecología de acuerdo a Bronfenbrenner (1987) el ambiente es un factor primordial en el aprendizaje y el

desarrollo. Por lo que, la teoría bioecológica refiere al ser humano activo en su desarrollo desde los entornos inmediatos, es decir, no está separado interactuando, por el contrario, es parte activa y su desarrollo es modelado por la influencia ambiental o sistemas, en sus características biológicas y psicológicas como son; el temperamento, habilidades, capacidades e incapacidades, entre otros. Los sistemas que modelan al ser humano son: El microsistema; es un patrón de actividades y roles interpersonales, que experimentan a lo largo de su desarrollo en su entorno. El mesosistema; es la interacción de dos o más entornos. El exosistema; uno o más entornos que sin incluir a la persona en desarrollo, la afectan. Seguido por el macrosistema; que se refiere a la correspondencia de los sistemas con base en una cultura o creencias, y el cronosistema; que son los patrones ambientales condicionantes y socio históricos.

De forma similar, la teoría sociocultural de Vygotsky (1995) hace énfasis en el desarrollo cognitivo, al referirse que el ser humano aprende en la interacción social, internalizando los modos de pensar y actuar de su sociedad y apropiándose de los usos. También, expone la Zona de desarrollo próximo (ZDP): al ser la diferencia entre lo que el ser humano puede hacer solo, y lo que puede hacer con ayuda (andamios temporales) de alguien más capaz. Su teoría es evolutiva no solo desde lo biológico o genético de acuerdo a Piaget, sino desde lo social de forma muy esencial, para la evolución de la inteligencia, motivo por el cual la denomina de la formación social de la mente, es decir, que los procesos psicológicos superiores tienen su origen en los procesos sociales que después se internalizan y reconstruyen internamente. Así mismo, los procesos mentales entendidos a través de los instrumentos y signos que actúan de mediadores.

Por lo tanto, es relevante recordar lo sucedido en Francia en el siglo XVIII, en los límites del bosque en Caune (Vázquez, 2012) donde fue capturado un pequeño niño salvaje (Viktor) de aproximadamente 10 años. Su conducta manifiesta era similar a la de un animal, no prestaba atención, salvo a lo relacionado con sus necesidades básicas, no hablaba, sólo emitía sonidos y usaba las cuatro extremidades para caminar, por la falta de equilibrio. Desde los 4 años, (justo ese

periodo crítico de aprendizaje en el ser humano) vivió sin contacto social. Por lo que, sus procesos eran básicos, no creaba vínculos emocionales, su conducta era mecánica. Fue considerado como retrasado mental, no obstante, esto fue el resultado de la limitada estimulación cognitiva, y la falta de adquisición de cierto aprendizaje e interacción social, vinculada a la precaria o nula reserva cognitiva.

Por otro lado, Piaget (1976) exploró la adquisición del aprendizaje, considerando al desarrollo cognoscitivo como el resultado entre la maduración del cerebro, el sistema nervioso y la adaptación al ambiente. Su teoría (Piaget, 1980) demostró el desarrollo de los procesos cognitivos y biológicos del ser humano desde su inicio con los reflejos, que al ser estimulados adquirirían los primeros esquemas mentales o funcionamiento intelectual, en una forma de actividad biológica con la que se construirían sucesiva e intelectualmente, las estructuras organizándose para después asimilarse, dando una acomodación, equilibrando y reequilibrando, a lo largo del ciclo vital. En esa constante de estructuras cambiantes o las llamadas invariables funcionales, como un sustrato biológico de la inteligencia, y no de funciones limitantes innatas; la inteligencia, vista como la impronta biológicamente definida y determinada en el sentido de las estructuras heredadas, que condicionarían el aprendizaje y los procesos superiores del ser humano.

En cambio, Vygotsky (1995) considera que el desarrollo del ser humano, depende del aprendizaje en el contexto social, las funciones mentales o psicológicas, son sociales y se clasifican en inferiores y superiores. Las funciones psicológicas inferiores son las biológicas o genéticamente formadas (involuntarias), dan lugar a las superiores comenzando por un nivel social o interpsicológico y continuando a un nivel individual o intrapsicológico, que al internalizar se concientiza la experiencia. Las psicológicas superiores son las socialmente formadas a través de los procesos educativos y las herramientas cognitivas, que son esos instrumentos y signos. El proceso de la adquisición y significado en el aprendizaje de las palabras, lo explica por medio del concepto de la unidad "palabra-significado". Este concepto no solo asocia a los estímulos

verbales con los objetos superficialmente, sino también internamente, es decir, en la génesis del pensamiento y el surgimiento del lenguaje interior, a través del cual se desarrollaran otros procesos psicológicos.

Por lo tanto, Piaget (1976) hace referencia al lenguaje egocéntrico, donde el ser humano en la niñez hablaría para sí mismo. Sin embargo, Vygotsky (1995) centra su atención en el surgimiento del lenguaje interior, contrastando la hipótesis de Piaget acerca de este lenguaje egocéntrico que se observa cuando el ser humano en la niñez habla sin tener un evidente destinatario para sus palabras. Para Vygotsky, ese tipo de lenguaje tiene una función social de comunicación, y es cuando al interiorizarse da lugar al nacimiento del lenguaje interior del ser humano, vital para que se desarrollen los procesos psicológicos superiores.

Para Piaget (1974) la función semiótica o simbólica es la generadora de la representación. Al término del primer estadio (sensorio motor, del año y medio o dos años) esta función fundamental para la evolución, es poder representar algo desde un "significado" (cualquiera: objeto, acontecimiento o concepto) por medio de un "significante" (lenguaje, imagen mental, gesto simbólico, etc.) Para los lingüistas los "símbolos" y los "signos" es la expresión de la "función semiótica" para expresar el funcionamiento referente a un significante diferenciado.

Por consiguiente, Chomsky (1998) hace la distinción entre la gramática mental, de contenido subconsciente que se desarrolla en el cerebro, como una especie de dispositivo, o un sistema computacional frente a los datos de la lengua de un hábitat. Él habla de un componente genético y lo denomina "Gramática Universal". Haciendo notar que el ser humano en la niñez, sin importar la raza, al ser colocado en otros contextos diferentes al suyo, sin ningún problema aprenderá esas lenguas, esto parecido a una impronta genética. Al ser un proceso que se desarrolla en un espacio social. Así mismo, hace la diferencia entre los humanos, con otras criaturas o máquinas, viendo al lenguaje, como una capacidad para evocar y expresar los pensamientos.

De acuerdo a, Marciano (2021), Noam Chomsky es considerado el lingüista responsable de la llamada “revolución cognitiva” que ha marcado de forma relevante al siglo XX y XXI. Haciendo notar la importancia del lenguaje, elevándolo de una simple capacidad innata, a una ciencia cognitiva.

Por otro lado, está el enfoque del procesamiento de la información de Lachman y Butterfield, sobre el desarrollo cognoscitivo mediante el análisis de los procesos. Refiere que los individuos utilizan la información, la observan y trabajan con ella. La memoria es el aspecto central para el procesamiento de la información, en el desarrollo cognoscitivo, supone la retención de la información a lo largo del tiempo. Así mismo, expone que la memoria consciente en el ser humano entra en juego a los siete meses, para dar sentido a la información que se recibe, y la forma como se realizan las tareas de atención, memoria, estrategias de planificación, toma de decisiones y fijación de las metas. La aportación a través de su premisa, es la analogía entre la relación de la mente y el cuerpo, comparándola con la relación entre un ordenador y el programa (Leahey, 2004).

Por lo tanto, para entender los procesos cognitivos desde su génesis y funciones inferiores o superiores que robustecen la reserva cognitiva y benefician la calidad de vida en las mujeres es importante citar a, Ardila-Ardila & Ostrosky (2008) quienes se refieren a las funciones ejecutivas, y sin dudar exponen a Luria, quien en los años ochenta, propuso las tres unidades funcionales en el cerebro. La primera; que corresponde al sistema límbico y reticular relacionada con la alerta y la motivación. La segunda; que corresponde a las áreas corticales postrolándicas que se encargan de la recepción, procesamiento y almacenamiento de la información. La tercera; en la corteza prefrontal, encargada de la programación, control y verificación de las actividades. Sin embargo, para Luria la tercera es donde se identifican las funciones ejecutivas encargadas de la conducta humana (solución de problemas, planeación, inhibición de respuestas, desarrollo e implementación de estrategias y memoria de trabajo). La corteza prefrontal se entiende como el centro de integración entre las emociones y la cognición.

En general, se puede apreciar ciertos patrones en el desarrollo cognoscitivo del ser humano, desde los diversos constructos teóricos, considerando las pautas en los periodos sensibles de acuerdo a la edad. Además, la influencia del ambiente que permite el aprendizaje. Y la maduración que es indispensable para el desarrollo cognitivo, que sin este sería imposible la adquisición de la reserva cognitiva con su importancia para preservar los procesos superiores en las personas mayores de 65 años, e incluso en edades previas o en aquellas personas que han sido afectadas en el actual contexto pandémico con sus variantes, evidenciado las secuela cognitivas que afectan la calidad de vida.

2.3 La adultez media

El término de adultez media es una construcción social subjetiva, apareció en 1895 esto de acuerdo a Lachman (2004) cuando la esperanza de vida de las personas se comenzó a prolongar, este término hace referencia a la mitad de la vida, etapa entre los 40 y 65 años de edad donde la mayoría de las personas se encuentran con buenas condiciones de salud física, cognoscitiva y emocional. Se caracteriza por la práctica de diversos roles en los cuales se sienten competentes como son el trabajo y la familia, en medio de los cambios graduales físicos, psicológicos y sociales asociados a las pérdidas y ganancias que se van dando en esta etapa del ciclo de vida. Sin embargo, como vivan esta etapa las personas, estará relacionado directamente con la forma en que envejecerán, debido a que en esta etapa que podría ser de declive para algunas personas, puede ser de dominio, capacidad y crecimiento para otras, todo dependerá de cómo asuman esta etapa de su vida y lo que hagan con ella.

De acuerdo a Begoña (2009) en la actualidad los estilos de vida son diversos, y esta etapa se presenta confusa por los antiguos roles. Antes en esta etapa las personas morían, hoy algunos están iniciando o cambiando de trabajo, e incluso de relaciones, antes la vida de las mujeres giraba en torno a tener hijos y criarlos, hoy gran número de mujeres se integran a las áreas educativas y laborales, o incluso tienen proyectos nuevos de vida. La mujeres en la actualidad se ven muy

capaces y más ocupadas, algunas cuidando a niños pequeños, adolescentes e incluso a sus padres pese al gran número de roles que desempeñan diariamente. Por tanto, esta etapa es diferente a la de otras épocas hoy se vive más años y las dinámicas o sentidos de vida han cambiado de manera relevante y seguirán cambiando, por lo cual, es importante comprender los siguientes cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que se dan en este ciclo de vida.

2.3.1 Características biológicas

Algunos cambios fisiológicos son el resultado del envejecimiento biológico por la composición genética. Así mismo, los factores conductuales o del estilo de vida adoptados desde la juventud, se reflejarán en esta etapa, y del mismo modo lo que realicen en este ciclo de vida de la adultez media, influirá de manera decisiva en la salud en el ciclo de adultez tardía o vejez (Papalia, 2015).

Por consiguiente desde esta perspectiva de los cambios biológicos a lo largo del ciclo vital, se darán las ganancias y las pérdidas. Plasmando una dinámica de optimización en las capacidades adaptativas del psicoorganismo a las demandas biológicas, psicológicas, culturales y del medio ambiente. Distinguiendo en el proceso de adaptación, a los mecanismos de selección, optimización y compensación. La compensación, se dará frente a las pérdidas con ayuda de la optimización de las habilidades preservadas. La adaptación, será de acuerdo a la edad (Begoña, 2009).

Por consiguiente, en esta etapa hay cambios en el peso que aumenta especialmente en las mujeres sedentarias, la piel se ve más pálida y con manchas, perdiendo elasticidad, el cabello se vuelve blanco y delgado, la estatura disminuye, en algunas mujeres la pérdida de densidad ósea puede provocar osteoporosis, y las varices son comunes. Hay cambios sensoriales y motrices graduales, por lo cual no son perceptibles hasta que se dan cuenta de que los reflejos ya no son los mismos, se va dando la pérdida en la agudez y nitidez visual, del mismo modo que la agudez auditiva, que es dos veces menos rápida en las mujeres, también, el gusto y el olfato se van perdiendo por las papilas

gustativas que pierden sensibilidad y la reducción de las células olfatorias receptoras. Estos cambios paulatinos se llegan a compensar entre sí, por lo cual pueden pasar desapercibidos al inicio (Papalia, 2009).

Por otro lado la actividad sexual disminuye gradualmente, los síntomas y la conducta hacia la menopausia dependerá de los factores culturales y de los cambios naturales asociados al envejecimiento. Los problemas de salud que más se asocian en esta etapa es la hipertensión, el cáncer como la primera causa de muerte entre 45 y 65 años (más común el cáncer de mama). La cuarta causa de muerte es la diabetes, por ello, son importantes los estudios preventivos. Por otro lado, la pérdida ósea por la descalcificación en este ciclo provoca la osteoporosis. El estrés frente a las demandas y exigencias es mayor en esta edad y puede deteriorar el sistema inmune afectando la salud (Begoña, 2009).

Es importante retomar que la salud dependerá en gran parte de las emociones positivas, una dieta balanceada, el ejercicio, y buenos hábitos, evitando el sobrepeso, alcoholismo, tabaquismo, etc. Lo que se haga en esta etapa influirá tanto en esta etapa, como en la siguiente, por lo cual es importante resaltar que la actividad física en esta edad, aumenta la probabilidad de conservar la salud y la movilidad en la vejez, alejando las enfermedades cardiovasculares. Se sabe que 72 minutos de ejercicio a la semana beneficia a la salud incluso de quienes son sedentarios. Cabe mencionar que la desigualdad social también es un factor que afecta la salud en la edad media, por los niveles económicos, las personas de posición económica baja suelen contar con una salud deplorable, por lo tanto, sus expectativas de vida son limitadas por las enfermedades crónicas vinculadas a la mala alimentación, malos hábitos y los limitados servicios de salud (Papalia 2010).

2.3.2 Características cognitivas

En esta etapa la madurez neurobiológica y los cambios son más de tipo funcional que estructural. Por lo tanto, lo que acontece es un proceso de optimización del funcionamiento de las estructuras construidas previamente. En un estudio realizado en Seattle, se obtuvo que algunas habilidades mentales

primarias conserven su función durante esta etapa, sin embargo, hay cambios individuales. La inteligencia fluida va en declive antes que la cristalizada. La mayor pericia, o conocimiento especializado, se ha atribuido a las habilidades fluidas en el contexto donde se desempeña la persona, y las tareas complejas tienen el funcionamiento cognoscitivo más sólido a medida que envejecen. La apertura a nuevas experiencias, depende de la personalidad, y afecta al desempeño cognoscitivo con el tiempo, debido a que es más probable que las mujeres que mantienen actitudes positivas hacia el aprendizaje y las experiencias conserven sus capacidades y un mejor desempeño en sus roles (Santrock, 2006).

Así mismo, las mujeres que prefieren actividades estimulantes conservarán más flexibilidad y agudeza mental. La creatividad personal, no guarda relación con la inteligencias y si con el contexto. El pensamiento divergente y la producción creativa aparecen en declive aunque varían de acuerdo a la persona y su ocupación. Las limitaciones en el desempeño de tareas se compensan por la calidad producto de la experiencia ganada con los años. El trabajo complejo, mejora la flexibilidad cognoscitiva, algunas mujeres se benefician al incorporarse en actividades educativas o de capacitación (Papalia, 2015).

2.3.3 Características psicosociales

En particular, la vida es atípica considerando el contexto en relación a otras épocas. Actualmente a los 40 años, algunas mujeres se convierten en madres por primera vez, mientras que otras se convierten en abuelas. A los 50 años, algunas inician una carrera o trabajo, mientras que otras están a punto de jubilarse o ya se han jubilado. Los roles de los miembros de la familia o amistades son completamente diferentes a la sociedad en general. Hoy puede haber una mujer que estudió una carrera profesional a la mitad de su vida, y su vida es completamente diferente a la de su madre, que solo vivió para cuidar de sus hijos y del aseo de su casa, que hizo de su familia el trabajo de toda su vida. Todos esos factores, y otros más, forman parte del estudio del desarrollo psicosocial en la adultez media (Begoña, 2009).

Según Santrock (2006) el cambio y la continuidad deben verse en el contexto y en términos del ciclo de vida completo. Maslow y Rogers consideraron que la edad, en la etapa de adultez media es la oportunidad de cambios positivos. Jung sostenía que las mujeres en la mitad de la vida expresaban aspectos previamente suprimidos de su personalidad. En esta etapa es necesario renunciar a la imagen juvenil y reconocer la mortalidad.

Para Erikson (1968) el desarrollo psicosocial se da, a través, de la sucesión de ocho crisis o etapas a lo largo de su ciclo vital. Sin embargo, la séptima etapa que corresponde a la generatividad, frente al estancamiento, se presenta en la adultez media o madurez, aporta sentido al transmitir la vida, al producir, o crear en el trabajo. Y de forma contraria, el estancamiento lo atribuye a las mujeres que no decidieron tener hijos, a rendir en sus tareas o roles laborales. Incluso en esta época se incluiría a quienes no optaron por iniciar o terminar una carrera profesional, un trabajo o cultivar relaciones sociales, etc. Es importante retomar esta séptima etapa de vida, por la influencia que ejercerá directamente en la última, la cual es la vejez, con la Integridad del yo, frente a la desesperación. Es en la adultez tardía o vejez, al integrar todo el ciclo vital, que emergerán las facturas del estilo de vida llevado.

Según Papalia (2015) en la teoría de Whitbourne de la identidad, las personas modifican de manera continua sus percepciones acerca de sí mismas, con base en la experiencia que van logrando y la realimentación que reciben de otras personas, esto es importante considerar en esta etapa de vida, por los cambio que se producen internamente en las mujeres y que pueden ayudar a predecir la adaptación positiva o no, al envejecimiento. La generatividad es un aspecto del desarrollo de la identidad. Así como las emociones, y la personalidad que se relacionan con el bienestar psicológico, que suele aportar salud mental y bienestar, aunque la posición socioeconómica juega un papel sumamente importante, por lo cual, será un factor determinante para la calidad de vida de las mujeres en este ciclo de vida y en especial en el siguiente.

Tal como predice la teoría de Carstensen, las redes sociales suelen reducirse e incrementar su nivel de intimidad en este ciclo de vida, sin embargo, las amistades son fuentes importantes de apoyo emocional y bienestar para las mujeres, esas amistades giran en torno al trabajo, la crianza, el vecindario, asociaciones u organizaciones de voluntariado. La calidad de las amistades compensa el escaso tiempo compartido. Las personas de edad media suelen dedicar menos tiempo a los amigos, no obstante, dependen de ellos para obtener contención emocional y consejos frente a las crisis que se presentan como son: las de divorcio, o situaciones problemáticas. Los adultos en esta etapa recurren a los amigos. Los conflictos que se llegan a suscitar con estos amigos, suelen darse por diferencia de valores creencias o estilos de vida, sin embargo, suelen resolver esta situación fácilmente a esta edad, asumiendo el respeto mutuo (Papalia 2010).

Por otro lado, la calidad del matrimonio sufre un descenso, durante la crianza de los hijos, seguido por una mejor relación frente al nido vacío. El divorcio en la mitad del ciclo vital, puede estresar y cambiar la vida. Las personas casadas suelen ser las más felices, que aquellas con cualquier otro estado civil. El nido vacío puede ser liberador para algunas mujeres, pero puede afectar a quienes dependen de su rol de madres. Los padres suelen mantener la relación con sus hijos adultos y por lo general se sienten felices. Sin embargo, se pueden dar conflictos debido a la necesidad de independencia de los hijos, frente a la continua preocupación y control de los padres por ellos (Begoña 2009).

Las relaciones entre este ciclo y sus progenitores, suele basarse en un fuerte vínculo afectivo. Las dos generaciones mantienen contacto frecuente, ofrecen y reciben ayuda, la cual fluye sobre todo de los padres hacia los hijos. A medida que la vida se alarga, más padres adultos mayores, llegan a depender del cuidado de sus hijos de edad media. La aceptación de esas necesidades de dependencia, es el distintivo de la madurez filial. La posibilidad de convertirse en el cuidador de un padre adulto mayor, se incrementa cada vez más en esta etapa, en especial en el caso de las mujeres. La mayoría de los adultos se convierten en abuelos y tienen menos nietos que en las generaciones previas. Cada vez son más los abuelos

jóvenes que se encargan de la crianza de sus nietos, cuando los padres no pueden hacerlo por los diversos roles. También, hay que considerar que criar a los nietos puede crear presiones físicas, emocionales y financieras (Papalia, 2015).

Sin duda son tan diversos los nuevos roles, que se contemplan y asumen de acuerdo a los cambios atípicos por las expectativas de la vida actual. Hoy el ciclo de vida de la edad media, invita a replantearse los sentidos de vida, es decir, a buscar un bienestar físico, psicológico y social en el presente, que sume a futuro para una mejor vejez., esta que se alarga cada vez más, pero no con calidad. Concluyendo, la sabiduría para asumir y vivir en este ciclo de vida, influirá directamente a la calidad de vida con la que llegarán las personas a la siguiente etapa de adultez tardía o vejez.

2.4 La adultez tardía o vejez

Envejecer es una parte del ciclo vital, y se comienza a envejecer desde el nacimiento, es un proceso natural y gradual de transformaciones en las características biológicas, psicológicas y sociales, estructuradas conforme pasa el tiempo en las personas (Burba, 2021).

El presente apartado hace referencia a la adultez tardía o vejez, en donde el término vejez se entiende como un constructo social, para ello basta ver en Japón donde la edad avanzada es sinónimo de status y respeto, mientras que en Estados Unidos por el contrario remite a decadencia y a la etapa indeseable del declive para la mayoría de las personas. Los estereotipos internalizados sobre la vejez se han reforzado por décadas, y pueden afectar de manera personal a las expectativas de los adultos mayores y sus vidas. Sin embargo, en la actualidad se lucha por combatir la discriminación por la edad conocida como viejismo, y es cada vez más favorable esa lucha gracias a la gran cantidad de los nuevos adultos mayores activos, que actualmente manifiestan conductas diferentes, donde lejos de ser vistos como personas decadentes, se muestran saludables, optimistas, llenos de energía y sentidos de vida (Papalia 2015).

Por consiguiente, en la actualidad se han observado no solo gran cantidad de adultos sanos, sino que la vida y sus ciclos se han extendido por los grandes avances científicos, la genética, la calidad en la alimentación, las actividades deportivas y los estilos de vida saludable. Esto ha influenciado a los investigadores, al replantear el último estadio de la adultez tardía, o vejez, debido a lo cual, lo han dividido en dos etapas para describir esta transición de vida. Una es la del anciano joven desde los 65 a los 85 años, y el otro es la del gran anciano, que abarca desde los 85 años hasta la muerte Santrock (2006).

Por otro lado de acuerdo a Begoña (2009) en los últimos años ha surgido el término de cuarta edad, o vejez avanzada, para referirse a la edad de 80 u 85 años en adelante. Es decir, similar al anterior o gran anciano. Sin duda, esto con base en que los adultos cada vez viven más, pero no en las mejores condiciones. Más edad o longevidad, no es sinónimo de mejor salud física, psicológica o social. Por lo tanto, es primordial conocer esta población de adultos mayores, sus capacidades económica, y saber qué les afecta directamente, para mantener su autonomía reflejada, en todas las esferas, que permean en su calidad de vida.

Por tal motivo, el término de esperanza de vida definida como el número promedio de años que se espera que viva una persona, se ha incrementado junto al descenso de la natalidad, lo que explica el mayor número de adultas mayores, al ser la población que vive más en comparación a los hombres, esta diferencia se refleja de igual forma, en la viudez, soledad y pobreza que afecta específicamente a la población de mujeres longevas (Triado, 2015).

Así mismo, Triado (2015) hace referencia a Rowe y Kahn quienes en la década de los ochenta, propusieron el término de envejecimiento satisfactorio, como una implicación de tres factores importantes interrelacionados entre sí. Uno es la salud física, con la baja probabilidad de padecer enfermedades, y las diversas discapacidades. Otra sería la capacidad funcional alta, tanto física como cognitiva, y por último la implicación activa en la vida misma, esto para hacer referencia de las personas en un envejecimiento personal activo óptimo.

2.4.1 Características biológicas

Considerando el desarrollo biológico durante el envejecimiento, es decir, los cambios que se caracterizan o hacen referencia al proceso universal pero que a su vez es muy individual, esto debido a que el envejecimiento no guarda el mismo orden en todas las personas, todas las personas envejecen de forma diferente a través de los cambios progresivos e irreversibles y tienen influencia según la genética, el estilo o la historia de vida. Sin embargo, los sistemas o células que comienzan a degenerarse y a morir más de lo que les es posible a las células regenerarse, provoca a un nivel celular, que en los órganos y los sistemas del cuerpo humano, se comience a emerger una gran cantidad de modificaciones, alteraciones y limitaciones en el funcionamiento (Cornachione 2016).

Para Begoña (2009) los cambios biológicos y funcionales en los adultos mayores, tienen que ver con los cambios sensoriales a nivel visual, auditivo, táctil, del gusto y del olfato. En lo visual la vista cansada o presbiopía, las cataratas, el glaucoma son las más comunes que pueden interferir con su vida normal, algunos se pueden corregir. No obstante, la degeneración macular puede ser irreversible. En lo auditivo la presbiocusia, o pérdida de audición por la degeneración de la cóclea. La percepción táctil se deteriora. La pérdida de gusto y olfato puede afectar la nutrición así mismo la pérdida de piezas dentales. Los tiempos de reacción aumentan dando esa lentitud en el procesamiento y movimiento.

De igual forma, la fuerza disminuye con la edad, por ello es recomendable el ejercicio para mejorar la fuerza muscular, el equilibrio y evitar el problema de la osteoporosis que se dan por la pérdida ósea aumentando la posibilidad de accidentes, caídas o fracturas, y la osteoartritis que es el desgaste del cartílago de las articulaciones, que impiden a las personas continuar su vida normal por la inflamación, o el dolor. Así mismo, los problemas articulares pueden ser responsables de la lentitud del movimiento en la vejez. Es importante monitoriar el funcionamiento de los diversos órganos y sistemas, vigilar el colesterol, los triglicéridos y evitar en todo lo posible el sobrepeso (Begoña, 2009).

La mayoría de los sistemas corporales continúan funcionando bien, sin embargo, el metabolismo disminuye, haciendo relevante vigilar los sistemas endócrino, renal, digestivo, circulatorio, etc. El cerebro cambia con la edad, los cambios incluyen la pérdida de volumen y peso, así mismo, las alteraciones neurológicas por la disminución de la irrigación sanguínea, la química cerebral, los impulsos nerviosos, la disminución de los neurotransmisores y receptores. Aparte las respuestas son más lentas aumentando los tiempos de reacción. En la vejez el cerebro puede disminuir de tamaño, y peso, pero al igual desarrolla nuevas neuronas y construye nuevas conexiones que optimizan zonas de compensación y funcionamiento. Pueden aparecer problemas circulatorios manifestados con varices, trombosis, etc. Gran cantidad de adultos mayores mantienen actividad sexual, aunque esta disminuye con la edad Papalia (2015).

Es importante considerar el sistema inmunológico y evitar todos los factores, como son el tabaquismo, alcohol y otras drogas, que unidas a los malos hábitos alimenticios, el estrés y la falta de autocuidado con el ejercicio, la higiene del sueño, la sana alimentación y los estilos de vida saludable inciden en aquellos procesos degenerativos, que no solo merman la salud, sino que afectan directamente al sistema encargado de salir a flote y defender al organismo de todas las enfermedades (Quintanilla, 2000).

2.4.2 Características cognitivas

Para Begoña (2009) el envejecimiento conlleva a pérdidas cognitivas, que son dadas desde el sistema nervioso central, en el reflejo de los cambios cerebrales subyacentes, estos cambios afectan el desempeño en la velocidad de procesamiento, en la memoria, en la capacidad de concentración, las capacidades visuoespaciales, visuoperceptivas y visuoestructurales y en las funciones ejecutivas. La memoria sensorial, la semántica y la procedimental se mantienen prácticamente intactas. Al contrario, de la memoria de trabajo, o la memoria a corto plazo, al tratar de recordar información recientemente aprendida. El lenguaje al parecer se conserva, sin embargo, se ve afectado en la producción

específicamente durante la evocación. Por lo que, la inteligencia guarda una relación directa e incluso es predictora de la longevidad de una persona.

De acuerdo a, Santrock (2006) los cambios neurológicos y los problemas en la codificación, almacenamiento y recuperación, pueden ser manifestaciones del deterioro del funcionamiento de la memoria de los adultos mayores. Sin embargo, el cerebro puede compensar esas fallas relacionadas con la edad, activando otras zonas del cerebro que lo compensan. Las personas mayores muestran una plasticidad considerable en el desempeño cognoscitivo y pueden beneficiarse con la ayuda de la estimulación o del entrenamiento.

Con respecto a, Sánchez (2008) algunos aspectos del pensamiento abstracto e integrador, tienden a mejorar en los adultos saludables, teniendo pequeñas pérdidas a los 70 años, y es hasta después de los 80 o 85 años que su desempeño cae de acuerdo al promedio. Los adultos mayores poseen razonamiento pragmático, intuitivo, y mítico, más que lógico son capaces de repetir dígitos en el mismo orden por la memoria sensorial, que se conserva a lo largo de la vida. Al contrario, en el orden inverso, esto por la manipulación de la información relacionada con la memoria de trabajo, que se deteriora gradualmente desde la adultez media. El hipocampo pierde el 20% de las células, mientras que el cuerpo calloso responsable de la coordinación de los hemisferios se atrofia, al igual que la corteza prefrontal encargada de las funciones ejecutivas, por ello se pierde capacidad de juicio, toma de decisiones, planeación, entre otras funciones.

Santrock (2006) define a la sabiduría, como una experiencia pragmática del significado de la vida y la relaciona con la inteligencia cristalizada, la creatividad y la motivación hacia la excelencia en el adulto mayor. Esta sabiduría no es exclusiva de la vejez, pero si representa una parte cognoscitiva importante de los adultos mayores, sin embargo también los jóvenes pueden dar esas respuestas tan acertadas, con base en la experiencia y el aprendizaje a lo largo de su vida.

La atención voluntaria o sostenida disminuye. En procesos demenciales el registro, el almacenamiento y la recuperación se ven afectados junto con la

memoria reciente, en la medida que avanza el deterioro, la persona se muestra más distraída, con menos capacidad de atención sostenida, y con alteración progresiva en la selección de estímulos Santrock (2006).

De acuerdo a, Taleisnik (2021) el Alzheimer, incrementa su prevalencia a medida que las personas envejecen. Es la enfermedad de las redes neurales, o trastorno neurodegenerativo progresivo, que se caracteriza por la demencia progresiva, en las funciones cognitivas, es decir, con las dificultades al pensar, recordar, razonar e incluso en la conducta. Este trastorno que afecta más en la etapa de la vejez, se relaciona con la herencia transmitida por los genes en un 70%, las lesiones cerebrales, la depresión e incluso a la hipertensión.

Sin embargo, para Begoña (2009) la estimulación cognitiva, la alimentación, el ejercicio y el estilo de vida saludable son determinantes. La actividad cognoscitiva desde edades tempranas puede ser una gran protección al construir la importante y actualmente llamada reserva cognitiva que permite al cerebro funcionar de forma más óptima compensando las funciones pese al deterioro. Las terapias de estimulación y los medicamentos pueden retrasar el deterioro. El daño cognoscitivo leve, puede ser una señal precoz de la enfermedad, por ello es importante el diagnóstico temprano, sin embargo la actividad cognitiva siempre será una potente protector en todo momento.

2.4.3 Características psicosociales

Desde el desarrollo psicosocial, la etapa final propuesta por Erikson (1968) de la integridad del yo frente a la desesperanza, culmina con la sabiduría o aceptación de la vida propia y la muerte inminente de todo ser humano. Dependiendo de la personalidad de cada adulto mayor que se mantiene prácticamente estable a lo largo de la vida, a menos que exista una patología, serán las emociones y la forma de conducirse más positiva o más rígido o negativo de acuerdo al funcionamiento del sistema nervioso central SNC, que ha registrado, almacenado e integrado las experiencias del organismo traducidas

como conductas afectivas o no, frente a los sucesos y las oportunidades aprovechadas o desperdiciadas y no aceptadas a lo largo de la vida.

De acuerdo a, Begoña (2009) en la vejez pueden aparecer trastornos afectivos o de ansiedad, pero también estos pudieran estar presentes a lo largo de la vida. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente pero se puede enmascarar con la desesperanza, la fatiga o la ansiedad. Hay factores de riesgo psicosocial frente a las pérdidas por seres queridos, del poder adquisitivo o la falta de apoyo emocional. La depresión se da por el desequilibrio bioquímico, pero la depresión y las demencias a veces se solapan, si bien la depresión puede dar déficit cognitivo, atencional y de memoria, el Alzheimer puede tener una manifestación inicial caracterizada por ciertos síntomas depresivos.

Un acontecimiento en la etapa, o ciclo de vida de la vejez, está marcado por la jubilación. Esta representa el cese del rol laboral ejercido durante largos años, y que conlleva una serie de cambios específicos en la vida del adulto mayor y en especial un alto compromiso de autocuidado para conservar y mantener la salud y bienestar. Pese a que representa el límite de uno de los roles sociales más importantes, este puede ser la gran oportunidad de iniciar, continuar y mantener ciertas actitudes y actividades que sumen a la calidad de vida del adulto. Desde continuar estructurando su vida, levantándose temprano para realizar ejercicio, alimentarse sanamente y mantener actividades de autocuidado, hasta disponer del tiempo al liberarse de compromisos sociales, estableciendo acciones e interacciones gratificantes, y potencialmente agradables. Es cuidarse para disfrutar de la vida bien vivida, esto de acuerdo a Zanelli (2020).

Papalia (2009) manifiesta la teoría de la desvinculación, la cual fue una teoría muy utilizada, sus creadores fueron Cummings y Henry en los años sesenta, esta teoría refería como los adultos mayores en el declive se desvinculaban de sus roles poco a poco hasta la muerte, en una condición universal propia del envejecimiento. Sin embargo, esta teoría es considerada como una teoría defectuosa y no muy bien fundamentada, surgiendo en contraposición la teoría de

Bernice, Neugarten y sus colaboradores, que hacía referencia a aquellos individuos que mantenían los roles sociales en la etapa adulta con altos niveles de actividad, se mantenían más satisfechos. De acuerdo a, esta teoría la actividad es crucial para un envejecimiento exitoso. Los roles del trabajador, cónyuge, padre, etc., son fuente de satisfacción para el adulto mayor, y las pérdidas de estos roles por la jubilación, viudez, nido vacío, o por las limitaciones pueden provocar la insatisfacción. Las personas que envejecen exitosamente mantienen la mayor cantidad de actividades posibles dando con esto, sentido a su vida.

Por otra parte, la teoría de la caravana social según Papalia (2010) al envejecer, los adultos mayores siguen manteniendo aunque en menor grado su red social de apoyo con familiares y amigos en los que pueden confiar y les brinda cierto bienestar y estabilidad. Pero existe la otra teoría, la de selectividad socioemocional, la cual hace mención de como los adultos mayores deciden pasar su tiempo con personas y en actividades que les llena de satisfacción emocional inmediata. Estas personas generalmente se reducen a familiares más íntimos o amigos muy cercanos con los que deciden gastar su energía y tiempo. En ambas teorías, los adultos mayores reducen el apoyo que brindaban, para recibir ellos mismos ese apoyo desde diversas interacciones sociales de amigos o familiares.

Para Begoña (2009) el envejecimiento puede tener una connotación exiosa u optima, de acuerdo a las condiciones de vida de algunas personas. Esto surge por el gran número de adultos mayores activos y saludables, que guardan relación directa en la ausencia de las enfermedades o discapacidades, con el alto funcionamiento físico, cognitivo, y las actividades sociales provechosas o hasta lucrativas. Estas personas cuentan con el soporte social, emocional, material, etc. Lo que les permite verse y sentirse independientes, productivos e incluso personas en declive. Esto a ellos les aporta más positivismo, más salud mental y satisfacción en esta etapa en la que guardan el control de su vida pese a la edad.

Por consiguiente, los adultos mayores que toman el control de sus vidas, frente al mayor tiempo, lo hacen estructurando ciertas actividades que en la

actualidad han tomado gran importancia, por los beneficios que aportan al mantenerlos activos, estas actividades llamadas de Ocio, de acuerdo a, IMSERSO (2010) son estructuradas en actividades de ocio llamadas sedentario y activo. El Ocio sedentario, refiere a esas actividades que sin estar en movimiento siguen estimulando cognitivamente como son el ver la televisión, escuchar la radio o leer. Mientras que el Ocio dinámico se manifiesta en aquellas actividades que implican el movimiento o la actividad física, sin ser necesariamente todas de tipo deportivas. Varían en la tipología, siguiendo las características del lugar, dónde se realiza o su finalidad, ambas tanto las sedentarias o las dinámicas suman a los procesos cognitivos y en especial manifiestan bienestar.

De igual importancia, Maldonado (2019) hace referencia a los factores de la espiritualidad y la religiosidad, y de cómo están directamente relacionadas con el bienestar psicológico que beneficia a la calidad de vida de los adultos mayores. Estos factores favorecen en especial la autoestima, y el sentido de vida, asimismo, se ha demostrado que ha mayor religiosidad, menos depresión del adulto mayor. Sin duda la religiosidad para el adulto mayor es una dimensión muy importante, le ayuda a enfrentar de mejor forma las limitaciones y le permite sentir que todo estará bien. Maldonado hace referencia a Salgado y Wong quienes resaltan, que en las comunidades extremadamente pobres, el factor espiritual y religioso ante la trascendencia, favorece la salud mental de los adultos mayores.

2.5 La vejez en el contexto Mexicano

Se ha revisado lo referente al desarrollo o las características de los cambios, a lo largo de las diversas etapas en el ciclo vital. Sin embargo, es importante contextualizar el concepto de envejecimiento y lo referente a la vejez, en el contexto mexicano, para comprender mejor la conducta y los procesos.

2.5.1 Definición de vejez y envejecimiento

De acuerdo con, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019), los términos de envejecimiento y vejez son dos conceptos

completamente diferentes, debido a ello es importante diferenciarlos. El término envejecimiento, es el proceso de cambios normales que se dan con el transcurso del tiempo afectando de forma diferente a las personas, se inicia con el nacimiento, continúa a lo largo de la vida y termina con la muerte. Está influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mientras que el término de la vejez, es una de las etapas en el ciclo de vida que comienza a partir de los 60 años.

2.5.2 Teorías del envejecimiento

Desde 1800 se ha duplicado la esperanza de vida de 40 a 80 años, siendo este un indicador del nivel de la salud, las condiciones sociales y las económicas de un país. Uno de los logros más notables, ha sido la manipulación para ampliar el ciclo de vida, a través, de la activación o represión genética, involucrada con la regulación fisiológica o bioquímica del envejecimiento celular de los órganos, y de la restricción calórica que desde 1930, ha aumentado el tiempo de vida con la mejora de la salud y el retraso de enfermedades (Rodríguez, 2013).

En efecto las personas se desarrollan de forma diferente a lo largo de sus vidas, por tal motivo, la forma de envejecimiento no será igual para ellas, ni en lo biológico, psicológico, o social. Por lo tanto, es vital considerar los diferentes tipos de envejecimiento con base en la edad cronológica, biológica y funcional. La edad cronológica: hace referencia al tiempo transcurrido a partir del nacimiento, el cual es considerado en días, meses y años. Por otro lado, se tiene la edad biológica: la cual refiere, al funcionamiento de los órganos comparados con patrones normales establecidos por la edad, en esta se ve como un adulto mayor puede ser más sano en sus órganos o sistemas que alguna persona más jóvenes. La edad funcional: manifestada por la capacidad de continuar los diversos roles y la integración de estos a un nivel personal y social. Por consiguiente, algunos adultos se mantienen activos en sus trabajos, en los roles familiares e incluso en contextos educativos, cuando posiblemente alguna persona más jóvenes no lo

hacen, ya sea por desempleo, falta de oportunidades, falta de motivación, de sentidos de vida, por desidia, desinterés e incluso enfermedades (Monroy, 2005).

2.5.3 Percepción de la vejez a nivel mundial y local

Tomando en cuenta, lo referido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019) la población de los 65 años y más están avanzando velozmente, proyectando para el 2050 a una de cada 6 personas en ese rango de edad, a nivel mundial. Así mismo, en Europa y América del norte para el 2050, se espera a una de cada 4 personas. Con lo anterior, es importante destacar que desde el 2018 los adultos mayores de 65 años, han superaron a los niños con menos de cinco años, en todo el mundo. Y se estima que para el 2050, los adultos mayores de 80 años se triplicaran de los 143 millones que había en el 2019, a 426 millones.

Con respecto a, lo publicado por el INAPAM en el 2018. México ya es un país que presenta un proceso de envejecimiento acelerado. Se tiene entendido que en la actualidad hay casi 13 millones de personas adultas mayores, siendo el 10% de la población. Sin embargo, se espera que para el 2030 sean 20 millones 365 mil adultos mayores. Por ello, es importante conocer quiénes son actualmente esos adultos, sus características, y muy en especial las condiciones en las que viven o sobreviven. Así mismo, algo que en la actualidad es verdaderamente relevante considerar, es lo que concierne a la población femenina, esto debido a las estadísticas publicadas por el INAPAM en el 2019, con relación a, que de cada 10 personas adultas mayores, actualmente seis son mujeres.

Por otra parte, Gutiérrez (2019) manifiesta que en la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) más del 30% de las personas adultas mayores en América Latina, viven en condiciones de pobreza, y considera que son ayudados por sus familiares, debido a que los ingresos para ellos son muy limitados. Así mismo, argumenta que la gran mayoría de las mujeres adultas mayores, no cuentan con una pensión, por no haberse desempeñado en algún empleo de manera formal en su etapa más productiva, por lo cual esto las hace aún más vulnerables, colocándolas en condiciones completamente desfavorables

para ellas mismas si no cuentan con esa ayuda de algún familiar e incluso para sus familias si se considerara la situación económica en la que viven.

Por lo tanto, es relevante analizar que la vejez se ha sumido en percepciones y opiniones que solo demuestran la falta de información, con referencia a esta importante etapa de vida a la cual todos o en su mayoría en México se desea llegar. Mientras que las condiciones de los adultos mayores mejoran, las percepciones y significados relacionados con la vejez, se sitúan solo en deterioro, declive y debilidad que se manifiesta en la discriminación por la edad avanzada en los empleos. Así mismo, por el maltrato que reciben incluso en el ámbito familiar al ser vistos como una carga. Esto es considerado más como una problemática moral, que como una realidad social que va en aumento, a nivel mundial y que está alcanzando a México, donde es evidente que no se está preparado con la información necesaria, ni con las herramientas para lograr asumir lo que se contempla lejano, cuando ya es una realidad (Gutiérrez, 2019).

Por último, si a todo esto se suma que la población de mujeres es la más longeva, sin duda dará para reflexionar en el contexto México, de lo que está aconteciendo y que es ya una realidad. Continuar, sin tomar las acciones adecuadas de inclusión para proteger a las mujeres, es atentar contra su bienestar y no aterrizar en la problemática social presente, que de manera exponencial a futuro afectará a todos, en todos los contextos, como pandemia y a nivel mundial.

2.6 Reserva cognitiva

El presente apartado hace referencia a la historia de la reserva cognitiva, y la forma como esta fue aceptada al ser demostrada en los estudios postmortem, realizados por investigadores a los cerebros de varias monjas de una comunidad.

2.6.1 Definición y antecedentes de la reserva cognitiva

La reserva cognitiva (RC) emerge como un importante componente protector activo de los recursos psicológicos, que un sujeto logra desplegar para resolver de

forma eficiente, y eficaz las diversas tareas que demandan la activación de procesos cognitivos tales como; atención, la memoria, el lenguaje, y las habilidades visoespaciales. Debido a que una alta RC, se traduce en conexiones neuronales más flexibles y más eficaces, esto le permite hacer frente satisfactoriamente a una patología neurodegenerativa paleando el deterioro neurocognitivo y emergiendo como ese factor protector logrando un envejecimiento activo (Cancino, 2018).

Por lo tanto, es importante resaltar como se fundamentó la reserva cognitiva. Esta tomó relevancia en la segunda mitad del siglo XX, en los Estados Unidos. Cuando se publicó una impactante información obtenida a partir de los estudios postmortem realizados a diversos cerebros de una comunidad de monjas. En las importantes publicaciones se destacó la presencia de neuropatologías avanzadas relacionadas a la enfermedad de Alzheimer (EA). Sin embargo, esos cerebros en vida no evidenciaron la patología. Así mismo, los cerebros se encontraban prácticamente intactos, en las funciones y sus procesos, no mostraban signos del daño clínico de la enfermedad, por lo cual con base a lo que lograron observar y analizar, emergieron dos variables que se correlacionaban: La educación y el alto nivel intelectual. Por lo que, con ambas variables se logró fundamentar este estudio, y lo ya mencionado anteriormente por diversos investigadores interesados en el tema de la reserva cognitiva. Sudentando que la reserva cognitiva robustecida a lo largo de la vida, lograba modular el funcionamiento e incluso la estructura del cerebro, paleando a las patologías o daños neuronales que pudieran desembocar en demencias (Rami, 2011).

De acuerdo a, Vásquez-Amézquita (2016) algunas investigaciones relevantes como son las de Stern (2006) y Meléndez (2013) entre otros, resaltaron a la educación y la capacidad intelectual como los predictores más consistentes e importante de la reserva cognitiva, esto de frente al rendimiento cognitivo. Sin embargo, también en investigaciones previas se habían referenciado otros factores que sumaban a esa reserva cognitiva como son: las actividades dadas por los juegos intelectuales, el dominio de idiomas, la actividad lectora, o la

formación musical. Algo que deja ver Vázquez-Amézquita, es la relación entre la formación intelectual y actividad lectora, con el nivel educativo. Por lo que, él resaltó a la educación, que al ser más robusta, promovía y mantenía un alto, o mejor rendimiento intelectual.

2.6.2 Dimensiones de la reserva cognitiva

De acuerdo a, Bartrés-Faz et al. (2009) en un estudio a personas mayores sanas, con deterioro leve y con la enfermedad de Alzheimer (EA). Se logró comprobar la relación de la reserva cognitiva lograda por el nivel educativo, las actividades sociales e intelectuales y las actividades físicas con el volumen cerebral. Se observó el funcionamiento en vivo por medio de neuroimagenes y la resonancia magnetica estructural. Esto permitió identificar y publicar dos importantes dimensiones que complementan a los mecanismos cerebrales de la reserva cognitiva. Estas dimensiones son las siguientes de acuerdo a Bartrés-Faz:

Primera dimensión; refiere al modelo pasivo de la reserva cognitiva. Esta considera los índices elevados de la reserva cognitiva y su relación con el mayor número de neuronas. Así mismo, la calidad de las conexiones sinápticas. Lo anterior se fundamentó a través, del estudio de cerebros en vivo, con neuroimagenes y la resonancia magnetica estructural.

Segunda dimensión, hace referencia al modelo activo de la reserva cognitiva (RC). Este modelo refleja la relación entre los indicadores de la reserva cognitiva, con la actividad cerebral y su funcionamiento eficaz, en todas las regiones del encefalo.

2.6.3 Ventajas de la reserva cognitiva

Es evidente, que las ventajas de la reserva cognitiva están relacionadas con el mejor desempeño cognitivo, pese a los daños por las patologías neurológicas. En un estudio realizado por Meléndez (2013) se obtuvieron resultados que, manifestaban que mientras más alta reserva cognitiva se tenía por la educación,

se daba un mejor desempeño cognitivo en las personas. Así mismo, en una baja reserva cognitiva, el perfil de las personas era similar al de las personas con deterioro cognitivo, existiendo solamente diferencias en cuanto a la edad. Lo anterior, hace referencia a las ventajas de la reserva cognitiva en el funcionamiento cognitivo, demostrando que una persona con alta reserva cognitiva y deterioro cognitivo, puede incluso funcionar mejor que una persona sin deterioro cognitivo pero con una baja reserva cognitiva. Por lo que, una baja reserva cognitiva se puede confundir con un deterioro, a pesar de que el cerebro se encuentre normal. La reserva cognitiva alta por la educación, logra estimular las conexiones neurales y la capacidad cognitiva por el flujo sanguíneo y la mayor plasticidad cerebral, dando una mejor funcionalidad cognitiva.

Por consiguiente, Stern (2006) afirmó que las personas con mayor reserva cognitiva, debida al alto coeficiente intelectual y a la educación, ligada a las actividades personales o contextuales de forma independiente como son los logros ocupacionales y la participación en las actividades de ocio tenían menor riesgo de desencadenar las patologías o enfermedad de Alzheimer (EA). Esto debido a la protección que la reserva cognitiva les brinda de forma individual según cada tarea a desempeñar. Este investigador hacía referencia de las ventajas de la reserva neural, en esas redes ya existentes que se mostraban menos susceptibles al ser interrumpidas por una patología. Es decir que las redes afectadas lograban ser compensadas fácilmente por otras redes preestablecidas por la reserva cognitiva a lo largo de la vida. Los estudios actuales de resonancia magnética han identificado la modulación de la expresión clínicamente dada en la neuropatología, por la protección otorgada a través la reserva cognitiva.

Con todo lo anterior se deja plasmado a través, de la fundamentación de los diversos autores y sus investigaciones, la importancia de la reserva cognitiva que aporta grandes beneficios a las redes neurales, robustecidas por la educación, el nivel intelectual, las actividades personales y contextuales, así mismo las actividades de ocio, realizadas a lo largo de la vida. Permitiendo al cerebro con sus conexiones eficientes y eficaces, emerger protegido o incluso compensando

su actividad frente al deterioro o las patologías que pueden ser compatibles con la enfermedad de Alzheimer (EA). Por lo tanto, desde su dimensión pasiva y activa con base en diverso estudios que constatan en la actualidad la modulación neural por la reserva cognitiva (RC).

2.7 Actividades de ocio

El presente apartado hace referencia de las actividades de ocio, su clasificación, y el beneficio que logran aportar.

2.7.1 Definición de actividades de ocio

De acuerdo con, el Centro de Investigación Sociológica (CIS) que deja plasmado a través de sus estudios, la importancia de la estimulación con base a, ciertas actividades que logran robustecer a la reserva cognitiva. Estas actividades son de contenido relevante por la forma como se realizan, es decir, que proporcionan placer y satisfacción personal al ser realizadas de manera libre y voluntaria. Por lo que, ofrecen beneficio a las redes neurales, a lo largo de las diversas etapas o ciclos de vida, específicamente en la vejez. Pues, estas suman a los factores neuroprotectores en los inicios de los estadios neurodegenerativos. Con base en este conocimiento, las actividades de ocio han servido para evaluar a las personas, por medio de una pregunta muy sencilla “En general ¿En qué suele ocupar el tiempo libre?” (CIS, 2017).

A lo largo de diversas investigaciones se han aplicado diferentes cuestionarios con referencia las actividades de ocio, esto debido a que se pueden evaluar estas actividades a lo largo de las etapas del ciclo vital. Los cuestionarios varían en la posición o el número de las preguntas, sin afectar el sentido del cuestionario.

- El cuestionario aplicado en 1994, para medir actividad de tiempo libre en la tercera edad, realizado por Sáenz Narro.
- El cuestionario elaborado por IMSERSO en el 2010, en donde se evaluó las actividades de ocio más realizadas por los adultos mayores.

- El cuestionario aplicado a personas entre 18 y 65 años, por el Barómetro de Junio en Madrid, del Centro de Investigación Sociológica Con la pregunta 9 ¿En qué suele emplear su tiempo libre? (CIS, 2017).

2.7.2 Clasificación de las actividades de ocio

Las actividades de ocio, aparte de estimular a los proceso cognitivos y sumar a la reserva cognitiva, sin duda son un gran indicador de la calidad de vida global de la persona como lo argumentó Del Barrio Truchado en el 2007. El cuestionario refleja las actividades más realizadas por las personas encuestadas, y sin duda a mayores actividades es mayor la portación de beneficios en la persona. El cuestionario más apropiado a la población de mujeres de 65 años y más, es el del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2010) con la pregunta:

¿Qué actividades realiza habitualmente?

Este cuestionario de IMSERSO se clasifica de la siguiente forma:

1. Ocio sedentario, que implica ver la televisión, escuchar la radio y leer.
2. Ocio dinámico, este se divide en algunas tipologías con caracterizas en común y son las siguientes:
 - Ocio doméstico (compras, manualidades, cocer, cuidar huerto o jardinería, etc.).
 - Ocio social (ir al bar o cafetería, asistir a espectáculos, asistir a centro social o asociaciones, visitar a familiares, ir a la iglesia), todo lo que requiera interacción social.
 - Ocio saludable (Ir al parque, pasear, hacer algún deporte, bailar).
 - Ocio aprendizaje (Asistir a clases, usar ordenador o computadora, navegar por internet).

2.8 Calidad de vida

El presente apartado hace referencia a los antecedentes de la calidad de vida, su definición, sus dimensiones, evaluación y la forma como esta es asumida por la dulzura tardía o vejez, para un envejecimiento óptimo. Así mismo su relevancia en este ciclo vital e incluso previos.

2.8.1 Antecedentes de la calidad de vida

Al hablar de la calidad de vida, es indudable cuestionar de dónde surgió y cómo ha evolucionado el interés por el concepto, debido a lo cual es importante evocar al gran filósofo Aristóteles, quien afirmaba que el mayor desafío de los seres humanos, era el logro de la felicidad. Sin embargo, la aparición del concepto de calidad de vida y la preocupación por la evaluación sistemática y científica, comenzó en la segunda mitad del siglo XX. Por consiguiente, a lo largo del tiempo el concepto ha tomado relevancia y se ha ido vinculando a los sectores de salud, educación, economía, política y a los servicios en general. Por ello, en la actualidad al hablar de progreso y desarrollo social, la calidad de vida emerge como un componente de gran importancia de frente a los cambios políticos, económicos culturales o tecnológicos, en donde la meta de toda política social y sanitaria en la mayoría de los países no solo es vivir más, sino lograr vivir mejor sin problemas de salud física y mental (Ferradás, 2016).

De acuerdo a, Gómez-Vela (2005) el concepto de Calidad de Vida hace su aparición por primera vez entre los años 50 y 60, en medio de los discursos públicos con referencia al medio ambiente y a las condiciones de la vida urbana. Eso despertó el interés y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad naciendo con esto, la necesidad de medir de forma objetiva a través de las ciencias sociales. Lo anterior da inicio a las estadísticas de los indicadores sociales para obtener información del bienestar social, de una población al perfeccionarse los indicadores sociales a finales de los 70 y comienzos de los 80. El significado del término calidad de vida, se definió como un concepto integrador para comprender las diversas áreas de la vida, en forma

multidimensional referenciando condiciones objetivas, y los componentes subjetivos. El concepto de Calidad de vida fue presentado por primera vez en los años setenta en una revista de EE UU, "Social Indicators Research", y después en la "Sociological Abstracts" Esto permitió la concepción teórica, y metodológica. En los años 80 surgió realmente la investigación del término, encubierto por conceptos de felicidad, salud y bienestar.

2.8.2 Definiciones de la calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), definió el término de la calidad de vida, con respecto a la manera como el individuo lograba percibirla con base en "El lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones". Por tanto, toda esa percepción era influenciada por factores o las conocidas dimensiones que comprenden a un ser humano como lo referenció en ese momento la OMS al considerar, que lo anterior era: "Matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales".

Desde esta perspectiva, Olivi (2015) define el concepto "calidad de vida", como un estado de satisfacción general, que se deriva de la realización de las potencialidades de la persona. Este con base a los componentes subjetivos de bienestar físico, psicológico y social, desde factores como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Así mismo, desde los aspectos objetivos como son el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social de la misma forma con la comunidad y la salud autopercebida. Es decir, aquellos factores que dan bienestar como son: la salud, alimentación, vivienda, vestido, trabajo, educación, ocio, recreación, seguridad social, medio ambiente, derechos y el buen trato recibido.

Por otra parte, Perea en el 2018, hace referencia a Schumaker y Neughton quienes en la década de los noventa, ya definían a la calidad de vida como la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud de la persona, debido a la

cual esta le permitía realizar aquellas actividades que eran valoradas por la persona. Así mismo, hace referencia a Schwartzmann, al definirla como esa conciencia propia de los humanos, para identificar la satisfacción frente a la situación física, el estado emocional, familiar, amoroso, social. Así como, el sentido ponderado a la existencia. Por consiguiente, hace hincapié, de que la calidad de vida es un constructo social relativo, en general, no se puede dar un único criterio por estar influenciado de forma personal. Cada sujeto o grupo define su bienestar. Lo anterior por los bienes y servicios, el ejercicio de los derechos, el respeto a los valores, según la propia interpretación y la ponderación de lo que él tiene, vive y espera del mundo.

2.8.3 Dimensiones de la calidad de vida

A lo largo de la historia y del correr de los años, el concepto de calidad de vida ha tenido una continua modificación con base en, la complejidad de su definición. Sin embargo, la mayoría de las definiciones coinciden en las condiciones de vida y la satisfacción en función de las necesidades y la escala de valores de una persona, por lo tanto, tiene dos dimensiones: una es la dimensión objetiva, y la otra es la dimensión subjetiva. De este modo, Perea (2018) señala lo siguiente:

a) La dimensión objetiva: hace referencia a la satisfacción que tiene una persona de manera tangible, es decir, desde su bienestar con base en lo que se posee como es su salud, sus bienes materiales y su estado funcional.

b) La dimensión subjetiva: es la forma como una persona logra percibir su existencia con base a, su estado emocional. Por lo tanto, considera diversas variables como son: las relaciones familiares, la seguridad social, ideales, metas y objetivos en la vida. Todo aquello que le brinda la sensación de bienestar.

De acuerdo a Ferradás (2016), la calidad de vida es un constructo multidimensional configurado por las dimensiones objetivas en función de las condiciones materiales y subjetivas en función del contexto psicosocial percibido

por la persona. De este modo, los componentes esenciales de la calidad de vida son:

Dimensión Objetiva:

- Estado de salud
- Disponibilidad de apoyo social
- Bienestar material
- Condiciones laborales
- Disponibilidad de servicios comunitarios
- Sistema educativo
- Sistema político

Dimensión Subjetiva:

- Valores, necesidades e interese individuales
- Nivel de aspiraciones personales
- Evaluación de las circunstancia contextuales

Al respecto, en la multidimensional concepción de la calidad de vida, han surgido diversos modelos. Uno de ellos es el de Lawton, como lo refiere Ferradás en el (2016) con el modelo ecológico de cuatro categorías, o dimensiones, de la calidad de vida que alcanza a otros dominios más específicos:

1. La dimensión de la calidad de vida física: determinada por lo biológico, es decir, desde el estado de salud, el dolor, los síntomas y las limitaciones funcionales o cognitivas.

2. La dimensión de la calidad de vida social: esta dimensión que incluye indicadores objetivos relacionados a las interacciones del individuo. Considera a la red social, contactos y la participación en actividades.

3. La dimensión de la calidad de vida percibida: tiene como base, a la valoración subjetiva que hace el individuo entre la calidad de sus relaciones familiares, de las amistades, de su tiempo o la seguridad económica.

4. La dimensión de la calidad de vida psicológica: se basa en los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y las perspectivas de los puntos de vista. El efecto de esta dimensión es más sobre la calidad de vida global.

2.8.4 Evaluación de la calidad de vida

Frente a la importancia de definir y evaluar la calidad de vida de las personas, sin duda se tiene que hacer referencia en primer lugar a la organización mundial de la salud (OMS, 1996) con su grupo de investigadores, quienes elaboraron el instrumento WHOQOL-100, que evalúa a la calidad de vida general y salud global de una persona a través de 100 preguntas, estas distribuidas en seis dimensiones que son: la salud física, la salud psicológica, el niveles de independencia, las relaciones sociales, el ambiente, la espiritualidad, religión o creencia.

Así mismo, se cuenta en la actualidad con un cuestionario genérico derivado del WHOQOL-100 (1996), este cuestionario WHOQOL-BREF de la organización mundial de la salud (OMS) se ha traducido a 99 idiomas diferentes, ha servido para validar varias escalas, mide de forma rápida y sencilla la calidad de vida, a través de 26 ítems, con cinco opciones de respuestas tipo Likert. Iniciando con dos preguntas para medir de manera global la calidad de vida y la salud general, seguida de los 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones evaluando: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente. El indicador es a mayor puntuación mejor calidad de vida, esto de acuerdo a (Cardona-Arias, 2014).

Por otro lado, es relevante mencionar que hoy los adultos mayores al vivir más, están viviendo una nueva era y cultura, si se comparan a otras generaciones, esto debido a que hoy cuentan con más tiempo libre, es por ello que a las actividades que realizan se trata de identificar si tienen contenido, es decir, como hacen lo que hacen en su tiempo libre, si son placenteras y

voluntarias. Por ello se ha considerado actualmente sumamente importante evaluar a las actividades de ocio, estas actividades que suman a un nivel cognitivo y físico a quienes las realizan. Por tanto, es fundamental hacer referencia a lo expresado y publicado en el 2007 por Del Barrio Truchado en donde expresa textualmente que “La actividad es un claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores. Estar activo implica directamente tener salud, relaciones sociales, independencia y autonomía”.

2.8.5 Calidad de vida en los adultos mayores

Para que se dé la calidad de vida en los adultos mayores, sin duda es necesario hablar del envejecimiento óptimo, para ello es primordial contar antes que nada con el bien máspreciado de la salud. De acuerdo a Cobos Lazo (2020) en pleno siglo XXI al hablar del envejecimiento y la longevidad, es relevante hablar de los profesionales de la salud que están a la vanguardia tecnológica, profesional y ética para promover la calidad de vida del adulto mayor en aras de una vejez más activa, desde una visión holística e integral.

En este sentido, Oblitas (2008) hace referencia a la Organización Mundial de la Salud que en 1974 propuso una definición para el concepto de la salud, en la que se contempló tres dimensiones: “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” Sin embargo para Oblitas el problema en la definición radica en tener que explicar primero qué es el bienestar para un individuo.

De acuerdo a la OMS (2014) el reto mundial es buscar estrategias de salud pública, para los cambios poblacionales en relación a las enfermedades crónicas que disminuyen el bienestar y calidad de vida en la vejez. Debido a que longevidad no es indicador de vivir más sano, y los pacientes que van en aumento si llegan a ser una carga para sus familias, en los sistemas de salud y en las economías. Lo anterior atribuido a las enfermedades de larga duración como son las crónico degenerativas entre ellas: el cáncer, las enfermedades respiratorias, las osteomusculares, mentales y neurológicas. Estas últimas de gran relevancia al

considerar las estimaciones de 44 millones de personas actuales, esperando que para el 2050 sean 135 millones con demencia.

Debido a esto el Dr. John Beard. Director del departamento de envejecimiento y ciclo de vida de la OMS, hace hincapié en la necesidad de reformar las estructuras de los sistemas de salud y atención social, así mismo, hace el señalamiento para tener cuidado frente a esas reformas, para no acentuar las desigualdades que promueven la mala salud y las limitaciones funcionales de las persona que menos tienen. Por lo cual es trascendente que los países den seguimiento a la población envejecida y la que está en este proceso. Implicándose en mantenerla más activa desde los contextos del sector salud, el físico y social para su calidad de vida. Cambiando normativas laborales, que discriminen por la edad. Previniendo enfermedades con la tecnología, vacunas o estilos de vida a través del autocuidado. Para lograr los grandes beneficios que aporta a nivel mundial una población más sana, productiva y en especial feliz (OMS, 2014).

Por consiguiente Moreno-Crespo (2018) menciona que cualquier práctica basada en el envejecimiento activo, debe promover la mejora de la calidad de vida, así mismo, la generación del aprendizaje adecuándose a la sociedad y sus retos, pero en especial al lograr abandonar la imagen pasiva donde ya no tiene mucho que aportar, y que de acuerdo a los cambio dados como la perdida de trabajo o la jubilación entre otras se fomenta la exclusión social y la marginación.

Por ello es importante identificar, reeducar y promover la inclusión en la vejez, para mantener a la población activa y productiva con ese mayor tiempo de vida del que disponen actualmente. Así mismo, es vital la protección de esta población que va en aumento, y que puede ser vulnerada en sus derechos, salud e integridad.

2.8.6 Calidad de vida desde aspectos legales para el adulto mayor

El 29 de mayo del 2021, durante la 74ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS) se abordó la importancia de las desigualdades en la dimensión de la salud, que han emergido en la actual pandemia por COVID-19. Así como, los determinantes

sociales que han condicionado la vida de las personas. Se dejó plasmada la forma como esos determinantes sociales se une la discriminación, la persecución en el caso del racismo, clasismo y en especial el sexismo. Esto es importante si consideramos a las mujeres como la población más longeva, siendo las más afectadas por el cambio poblacional vinculado a las actuales y futuras pandemias.

La imagen de las personas mayores de acuerdo a Del Barrio Truchado (2007), se ha asociado por lo general a gastos, relacionados al mismo tiempo con una carga familiar y social. Motivo por el cual, no es posible dar la importancia que se merece a la persona y a sus actividades desarrolladas en los diferentes contextos.

Por tanto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1999) aportó a través de “Los principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad” una serie de importantes preceptos para beneficiar y proteger a esta población, exhortando a los gobiernos a implementarlos con base en programas y normativas que guardan relación con la independencia que deberán tener las personas en su vejez. Estos principios que aún siguen vigentes, por su trascendencia e importancia para ser considerados y adoptados son:

Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

2. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de trabajar o tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.

3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.

4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.

5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio.

6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

Participación

9. Las personas de edad avanzada podrán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

10. Las personas de edad avanzada Podrán buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

11. Las personas de edad podrán formar movimientos o asociaciones.

Cuidados

12. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

13. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

14. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía protección y cuidado.

15. Las personas de edad deberán tener acceso a medios necesarios para atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

16. Las personas de edad avanzada deberán lograr disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

17. Las personas de edad avanzada deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

18. Las personas de edad avanzada deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

19. Las personas de edad avanzada deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

20. Las personas de edad avanzada deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Aparte de todo lo anterior que aún sigue vigente en la actualidad, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018) publicó el decálogo de los derechos de las personas adultas mayores, para protegerlas. Este refiere lo siguiente:

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación. (Artículo 5°, fracción I)

2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial. (Artículo 5°, fracción II)

3. Derecho a la salud, alimentación y familia. (Artículo 5°, fracción III)

4. Derecho a la educación. (Artículo 5°, fracción IV)

5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado. (Artículo 5°, fracción V)

6. Derecho a la asistencia social. (Artículo 5°, fracción VI)

7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en tu comunidad (Artículo 5°, fracción VII)

8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Artículo 5°, fracción VIII)

9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público. (Artículo 5°, fracción XI)

10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte (Artículo 5°, fracción IX)

Sin duda, es relevante el recorrido a lo largo de los diversos capítulos del presente marco teórico, en los cuales se ha dado un panorama general, de los diversos constructos, que fundamentan la presente investigación, que guarda

relación con los procesos cognitivos y el aprendizaje que suma a la reserva cognitiva. Así como, al interés en la población de adultez tardía o vejez, específicamente en las mujeres al ser las más vulnerables frente a los cambios poblacionales y lo que esto implica según se apreció a lo largo de este capítulo.

Por consiguiente, se debe de implicar de manera activa a esta población en su salud y bienestar, desde un envejecimiento activo y óptimo. Considerando la intervención desde la inclusión, educación, estimulación, confrontación y contención e incluso en los ciclos previos a la adultez tardía o vejez, para realizar los cambios en su beneficio por los paradigmas que se perpetúan a lo largo del tiempo, y que dañan en todos los contextos. Hoy más que nunca en México, se deben de implementar programas psicoeducativos introyectando la inclusión, para que se logren beneficios desde lo personal con el autocuidado, hasta lo social con el cambio de visión poblacional más consciente e incluyente por los retos actuales.

Con todo lo anterior se hace notar los constructos teóricos que visibilizan la importancia de evaluar a las mujeres adultas mayores de 65 años, para identificar esos factores neuroprotectores de la reserva cognitiva que suman a su calidad de vida, para lograr con base a esa información, implementar los programas psicoeducativos de inclusión en su beneficio e incluso de la población que se encuentra en proceso de envejecimiento, para realizar un cambio de percepción derribando estructuras o esquemas que solo sirven para excluir, discriminar y enfermar, agredir y violentar a quienes aún tiene tanto por aportar en los diversos contextos. Sin importar su género o edad.

Los adultos mayores y sus condiciones de vida, son el espejo que proyecta una realidad presente, pero al mismo tiempo, son los indicadores veraces y oportunos de las condiciones de vida que les espera, a gran parte de población mundial que envejece día con día. Por lo tanto, se deben de accionar todos los mecanismos para confrontar y cambiar esa realidad presente y especialmente de las mujeres. Lo que se implemente hoy por ellos, será en un mañana por el bien de todos.

Capítulo III. Metodología

En el presente capítulo, se detalla la metodología utilizada en la investigación, debido a la cual se plasma cómo se llevó a cabo el proceso para obtener los resultados de la identificación, de aquellos factores neuroprotectores de la reserva cognitiva que influyen en la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

La presente investigación pertenece a un enfoque cuantitativo no experimental, esto teniendo presente a Hernández Sampieri (2014) quien argumenta, que este método tiene como base recolectar información para la obtención de los datos que puedan probar las hipótesis, con la medición de las variables de manera numérica, y con el análisis estadístico para lograr establecer un patrón de desarrollo de la investigación. El estudio no tuvo estrategia experimental, debido a que las variables de reserva cognitiva y calidad de vida, no se sometieron a manipulación o grupos control, esto según Quintanilla (2020).

El estudio fue de tipo descriptivo con diseño univariable de alcance correlacionado. Al ser descriptivo se logró observar y describir según Perez (2020), la reserva cognitiva y la calidad de vida de forma independiente, al ser ambas variables el objeto de estudio. Así mismo, el alcance fue correlacionado debido a que se correlacionaron los datos de las dos muestras A y B para ser analizadas.

El corte del diseño en la presente investigación, fue de tipo transversal o transeccional, en esta clase de estudio, se recopilan los datos de las variables en un momento actual específico, esto según lo refiere Mias (2018). Sobre las muestras previamente seleccionadas para la recopilación de los datos que cumplen con los criterios de la investigación, siendo esta un muestreo de una población según lo refiere Phil Wood & Smith (2017).

Técnicas utilizadas para obtener los resultados fueron: El cuestionario de reserva cognitiva (CRC) 8 Ítems, el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF de 26 ítems y el cuestionario de actividades de ocio de 18 ítems.

3.2 Muestra de la investigación

Las muestras empleadas para la recolección de los datos y obtención de los resultados en la presente investigación fueron: Primer grupo: 11 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores. Segundo grupo: 11 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa, sin estudios superiores. La selección de la muestra fue de tipo determinístico, considerando a juicio la más conveniente para la investigación por sus características, esto de acuerdo a Hernández Sampieri (2014).

Para la primera muestra, de 11 mujeres mayores de 65 años se consideró:

Criterios de inclusión

- a) Mujeres mayores de 65 años de edad
- b) Pertenecientes a grupos culturales o académicos
- c) Con estudios superiores
- d) Nivel económico de medio a medio alto
- e) Estado civil indistinto
- f) No institucionalizadas
- g) Mostrando un estilo de calidad de vida satisfactorio

Criterios de exclusión

- a) A los hombres en general
- b) A las mujeres menores de 65 años
- c) La formación académica menor a la superior
- d) Institucionalizadas
- e) Condiciones de salud mermada en las dimensiones física o psicológica

- f) Calidad de vida no satisfactoria
- g) Las mujeres que no contestaran los instrumentos, no los terminaran o no los autorizaron

Para la segunda muestra de 11 mujeres mayores de 65 años se consideró:

Criterios de inclusión

- a) Mujeres mayores de 65 años de edad
- b) Pertenecientes a comercio ambulante o empleadas de casa
- c) Sin estudios superiores
- d) Nivel económico bajo
- b) Estado civil indistinto
- c) No institucionalizadas
- d) Mostrando un estilo de calidad de vida no satisfactorio

Criterios de exclusión

- a) A los hombres en general
- b) A las mujeres menores de 65 años
- c) La formación académica superior
- d) Institucionalizadas
- e) Condiciones de salud mermada en la dimensión física o psicológica
- f) Las mujeres que no contestaran los instrumentos, no los terminaran o no los autorizaron

3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

Las técnicas e instrumentos de investigación que se emplearon para obtener los resultados en los dos grupos de 11 mujeres con estudio superiores y 11 mujeres sin estudios superiores, con los cuales se logró diseñar el programa de intervención en talleres psicoeducativos virtuales para la sensibilización de los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, con la intención de promover la inclusión de mujeres a partir de los 45 años con una proyección hacia su

longevidad en beneficio de la calidad de vida, fueron los que a continuación se presentan:

Cuestionario de la Reserva Cognitiva de 8 Ítems

Se aplicó el cuestionario de Reserva Cognitiva (*Ver tabla 1 y anexo 1*) validado por Lorena Rami, y un grupo de colaboradores en el 2011. Este cuestionario, es un instrumento confiable, útil y rápido de administrar, para evaluar la formación de la reserva cognitiva. Fue validado a través de un estudio experimental con dos muestras, una de 55 adultos mayores de 65 años, sanos a nivel neurológico, y otro grupo de 53 personas con la enfermedad de Alzheimer (EA) leve. Se administraron baterías neuropsicológicas, que incluían: al MMSE, test de alteración de memoria, dígitos directos e inversos de la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS III), memoria de caras de Ribermead Behavioural Memory Test, fluencia semántica de animales, fluencia fonética, test de acentuación de palabras y Trail Making Test A (TMT-A). Se utilizó el análisis de correlación de Pearson para determinar la asociación del CRC y el rendimiento cognitivo de ambos grupos. El análisis estadístico fue con el SPSS. Se encontró una asociación entre el CRC y las puntuaciones obtenidas de los test neuropsicológicos que evaluaron las funciones ejecutivas especialmente en el grupo de pacientes con EA. Los resultados de la regresión lineal para el grupo control como para el grupo de EA, indicaron que el CRC, se ve influenciado por la variable años de escolaridad que influye en la formación de la reserva cognitiva. La media del CRC, obtenida en el grupo control ($17,5 \pm 6,6$) no fue significativa al grupo de EA ($15,1 \pm 7,7$). Con esto se determinó su validez frente a las baterías. Los datos normativos del cuestionario se determinaron por cuartiles (Rami, 2011).

A continuación se presenta la ficha técnica del cuestionario de Reserva Cognitiva (RC) validado por Rami et al. (2011).

Tabla 1*Ficha Técnica del Cuestionario de Reserva Cognitiva*

Cuestionario de Reserva Cognitiva	
Autor	Lorena Rami y colaboradores.
Año	2011.
Cuestionarios más relevante	Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ) de Valenzuela y Sachdev (2007). Realiza estimación de RC, a lo largo de la vida
Validado	Estudio experimental con un grupo control sano y otro grupo con enfermedad de Alzheimer (EA) leve. A través de baterías neuropsicológicas.
Aplicación	Es un cuestionario sencillo que puede ser auto aplicable de manera presencial o virtual por el contexto actual.
Duración	2 minutos.
Evalúa	En 8 ejes las actividades que aportan estimulación cognitiva a una persona.
Ejes	<ol style="list-style-type: none">1. Escolaridad se (mide en 6 ítems de 0 a 5).2. Escolaridad de los padres (se mide en 3 ítems de 0 a 2).3. Realización de cursos de formación (se mide en 4 ítems de 0 a 3).4. Ocupación laboral desempeñada a lo largo de la vida (se mide en 5 ítems de 0 a 4).5. Formación musical (se mide en 3 ítems, de 0 a 2).6. Dominio de idiomas (se mide en 4 ítems de 0 a 3).7. Lectura (se mide en 5 ítems de 0 a 4).8. Práctica de juegos intelectuales; crucigramas y ajedrez, etc. (se mide en 3 ítems 0 a 2).
Puntaje	Máximo de 25 puntos.
Calificación	La normativa de calificación es a través de cuartiles: <ul style="list-style-type: none">• En 6 o menos corresponde a la reserva cognitiva baja.• De 7 hasta 9 da una reserva cognitiva media baja.• Entre 10 y 14 pertenece a la media alta.• De 15 en adelante representa a la reserva cognitiva alta.

Cuestionario de las Actividades de Ocio de 18 Ítems

Se aplicó el cuestionario cerrado para recolectar información de las actividades de ocio para personas adultas mayores, tomando de referencia los cuestionarios más relevantes que se han aplicado para evaluar esta variable tan relevante que suma a la reserva cognitiva, y es un gran indicador de la calidad de vida global de la persona (Del Barrio Truchado, 2007).

El cuestionario de actividades de ocio para el presente estudio, tuvo como base lo aplicado en diversas investigaciones en las cuales se observó variaciones en algunas pregunta con relación en su redacción o posición de las misma o resumiendo dos preguntas en un mismo ítems. Sin embargo, el contenido y el sentido al evaluar las actividades de ocio es el mismo. Entre ello se tiene el aplicado en 1994, para medir las actividad de tiempo libre en la tercera edad, realizado por Sáenz Narro. Otro es el cuestionario elaborado por IMSERSO en el 2010, en donde se evaluó con la pregunta ¿Qué actividades realiza habitualmente? Las actividades de ocio más realizadas por los adultos mayores. Así mismo, en el estudio más reciente aplicado en el Barómetro de Junio en Madrid, utilizado por el Centro de Investigación Sociológica (CIS, 2017) en el cual evaluaron en la pregunta 9 ¿En qué suele emplear su tiempo libre? este cuestionario estuvo dirigido a personas entre los 18 y más de 65 años. El cuestionario en la presente investigación fue el de IMSERSO 2010, por ser el más adecuado a la población. La forma de calificar fue, a mayores actividades de ocio realizadas fue más positivo (*Ver tabla 2 y anexo 2*).

A continuación se presenta la ficha técnica del cuestionario de Actividades de Ocio (AO), validado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en el 2010.

Tabla 2*Ficha Técnica del Cuestionario de Actividades de Ocio*

Cuestionario cerrado de Actividades de Ocio	
Autor	Se han elaborado varios; Sáenz (1994). Centro de Investigación Sociológica (CIS). Barómetro de junio del 2017. Estudio # 3179. Ámbito: Nacional. El cuestionario utilizado fue el de IMSERSO.
Año	2010.
Validado	Elaborado para la encuesta del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en Madrid.
Aplicación	Es un cuestionario sencillo que puede ser auto aplicable de manera presencial o virtual por el contexto actual.
Duración	Aproximadamente de 5 minutos.
Evalúa	Las actividades de ocio realizadas a través de la pregunta ¿Qué actividades realiza habitualmente?
Ejes	A través de 18 Ítems, clasificados en dos ejes principales, y el segundo eje subdividido en cuatro. <ul style="list-style-type: none"> 3. Ocio sedentario (ver la televisión, escuchar la radio y leer). 4. Ocio dinámico lo agruparon en tipologías siguiendo las características del lugar, dónde se realiza o su finalidad. Así, se establece la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> a) Ocio doméstico (compras, manualidades, cocer, cuidar huerto o jardinería, etc.). b) Ocio social (ir al bar o cafetería, asistir a espectáculos, asistir a centro social o asociaciones, visitar a familiares, ir a la iglesia), todo lo que requiera interacción social. c) Ocio saludable (Ir al parque, pasear, hacer algún deporte, bailar). d) Ocio aprendizaje (Asistir a clases, usar ordenador o computadora, navegar por internet).
Consigna	¿Qué actividades realiza habitualmente?
Puntaje	A mayores respuestas positivas, mayor es la actividad de ocio que beneficia a la reserva cognitiva y muestran calidad de vida.
Puntuación	La normativa de calificación corresponde a mayor respuestas positivas, mayor serán las actividades de ocio (IMSERSO, 2010).

Cuestionario de la Calidad de Vida de WHOQOL-BREF de 26 Ítems

Se aplicó el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF de la OMS, 1996 con 26 ítems, el cual evalúa dos preguntas globales y cuatro dimensiones (Cardona-Arias, 2014). Este cuestionario fue de tipo Likert con cinco respuestas, a través del cual a mayor puntaje se considera mayor calidad de vida (Espinoza, 2011). Está compuesto por 26 ítems, de los cuales dos de ellos evalúan de manera global la calidad de vida y la salud general. Los 24 siguientes ítems emiten un perfil de la calidad de vida en cuatro dimensiones: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y el Ambiente (*Ver tabla 3 y anexo 3*).

Tabla 3

Ficha Técnica de la Escala de Calidad de Vida

Escala de la calidad de vida auto percibida WHOQOL-BREF (Tipo Likert)	
Autor	Organización Mundial de la Salud (OMS).
Año	1996.
Validado	Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL 100.
Aplicación	Es un cuestionario sencillo y rápido, que puede ser auto aplicable de manera presencial o virtual.
Duración	Aproximadamente de 20 minutos.
Evalúa	La calidad de vida auto percibida a través de 26 ítems, de los cuales dos de ellos evalúan de manera global la calidad de vida y la salud general, seguido de 24 ítems que emiten perfiles de la calidad de vida en cuatro dimensiones: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.
Ejes	<ul style="list-style-type: none">• Dos preguntas generales, una sobre la calidad de vida y otra de la satisfacción con el estado de salud.• Salud Física.• Salud Psicológica.• Relaciones Sociales.• Ambiente.
Puntaje Calificación	El puntaje total se deriva de la escala Likert de 26 ítems La normativa de calificación será, a mayor puntaje mejor será la calidad de vida de acuerdo a Cardona-Arias (2014) y Espinoza (2011).

3.4 Procedimiento de la investigación

La realización de la investigación, se llevó a cabo por medio de la recolección de información con base en dos muestras determinística de 11 mujeres mayores de 65 años cada una, que viven en México, Cuernavaca y Durango. Se consideraron criterios de inclusión y de exclusión para ambas muestras por lo cual fueron adecuadas para la recolección de los datos requeridos para el análisis de la investigación de corte transversal al ser en un único momento.

La recolección de los datos, de la escala tipo Likert de calidad de vida, el cuestionario de reserva cognitiva y el cuestionario de las actividades de ocio, se realizó de manera presencial, por teléfono y virtual a lo largo de 15 días.

En primer lugar, se habló con las integrantes de la primera muestra para contar con su participación de manera virtual, por teléfono, o presencial. Para el segundo grupo, se recolectó de forma presencial los datos, por lo que, se les visitó en puestos de un tianguis de la ciudad de México (comerciantes ambulantes). Así mismo, se recolectó información de las empleadas de casa, en un condominio de la ciudad de Cuernavaca.

Para la primera muestra, se elaboró un cuestionario vía Google Forms, con una liga virtual auto aplicable, con duración de 5 a 10 minutos. En el primer apartado, se explicó la confidencialidad y el resguardo de sus respuestas, haciendo referencia al consentimiento informado como requisito para la participación voluntaria en la investigación. Solo aceptando se podía continuar contestando la escala y cuestionarios contenidos en la liga.

El instrumento virtual, fue enviado a la muestra seleccionada en la dirección web, tuvo una duración de 5 a 10 minutos. La liga para el primer grupo, se envió el martes 26 de octubre, dando seguimiento a las personas que no contestaban, a través, de llamadas por teléfono, hasta contar con los datos para la investigación. Cabe señalar que para la segunda muestra, también se elaboró una liga virtual. Sin embargo, los datos se ingresaron a la liga al ser recolectados de forma

presencial, al ser visitadas en los puestos de un tianguis en la ciudad de México y otras personas fueron empleadas de casa de un condominio en Cuernavaca.

Los datos se ingresaron al programa de Excel y a la base de datos del programa estadístico “SPSS” (Statistical Package for the Social Sciences), para realizar el análisis de los datos sociodemográficos, como para el análisis descriptivo de frecuencias, tablas cruzadas, la correlación a través de Spearman, la comparación de medias y la prueba estadística T de Student para muestras independientes.

Se realizó el análisis de frecuencias en SPSS, se comparó y se contrastó los resultados obtenidos en ambas muestras permitiendo realizar una descripción detallada de los resultados logrados con base en la investigación, que de acuerdo a Hernández Sampieri (2014) fue a través de una muestra determinística, con el diseño en un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo univariable, no experimental de corte transversal y con alcance correlacionado.

Por lo tanto, con los resultados obtenidos ha sido posible el diseño y elaboración de un programa de talleres psicoeducativos virtuales. Estos para ser implementados a nivel nacional, en beneficio específicamente de la población femenina, al ser estadísticamente la más longeva, y al mismo tiempo la más vulnerable.

Estos talleres, están enfocados en la sensibilización, estimulación, educación, confrontación y contención. Con la intención de promover la inclusión de las mujeres incluso en edades previas a los 65 años, para lograr un envejecimiento óptimo y saludable con beneficio en su calidad de vida.

La propuesta lleva por nombre: “Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad” Cuenta con el objetivo general y los específicos. Así mismo, con la justificación y la planeación del programa con base en, las estrategias dirigidas para alcanzar las metas. De la misma forma a corto, mediano, como a largo plazo aportando beneficios, frente a los cambios poblacionales emergentes.

Capítulo IV. Análisis de los resultados

En el presente capítulo, se expondrá la descripción del análisis de los resultados obtenidos, que aportan valiosa información con relación a la influencia de los factores neuroprotectores de la reserva cognitiva, a la calidad de vida de la mujeres mayores de 65 años.

Los resultados se obtuvieron de la aplicación de tres instrumentos a un total de 22 mujeres mayores de 65 años, que conformaron las dos muestras A y B.

- (A) Pertenecen a grupos culturales o académicos con estudios superiores.
- (B) Pertenecen al comercio ambulante o empleadas de casa, sin estudios superiores.

Los resultados se analizaron a través, del programa SPSS (Statistical Package for the social Sciences) considerando las siguientes variables.

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, formación académica estado civil
- Resultados del cuestionario de Reserva Cognitiva (RC)
- Resultados del cuestionario de Actividades de Ocio (AO)
- Resultados de la escala de Calidad de Vida (CV)

Con los resultados obtenidos en ambas muestras A y B, con los tres instrumentos se analizaron los resultados de acuerdo:

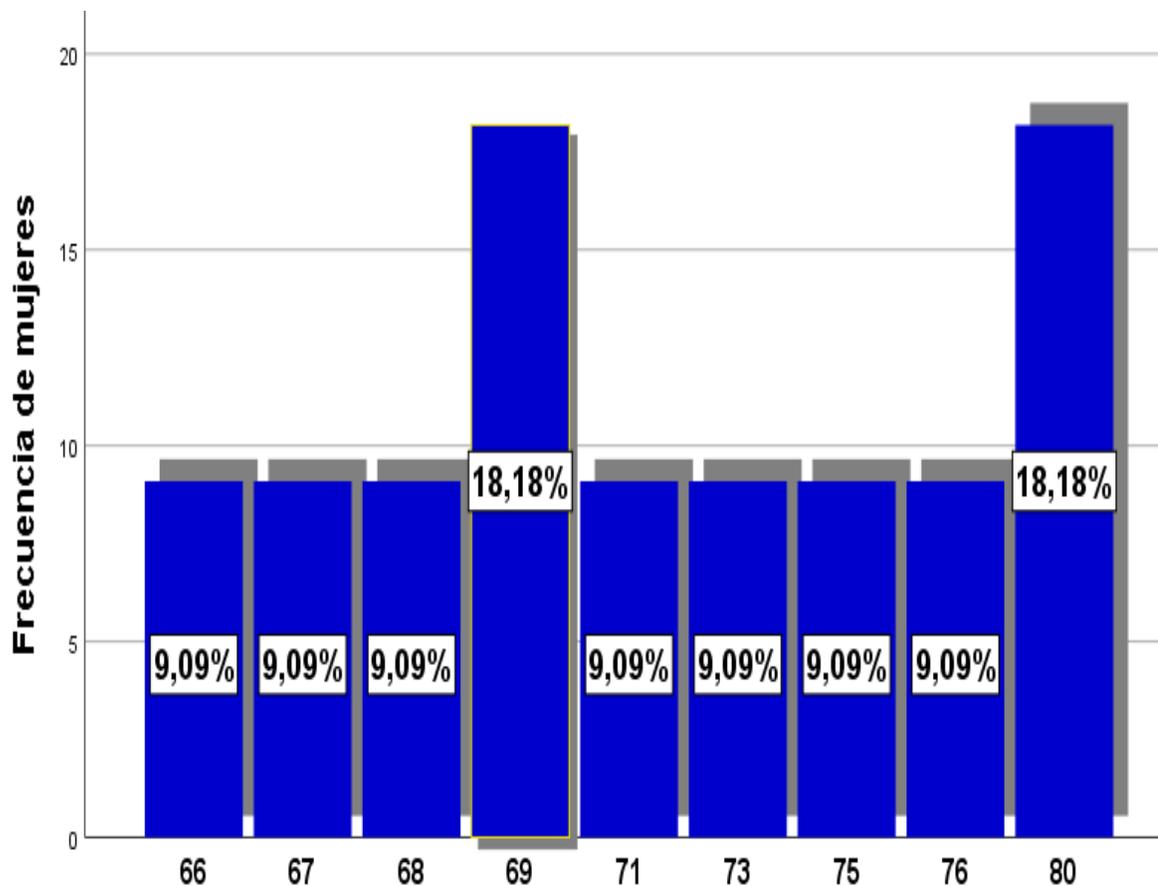
- a) Las medidas de tendencia central de los instrumentos
- b) La correlación de Spearman en tres instrumentos A y B
- c) La correlación y dirección de dispersión CV y RC en A y B
- d) La comparación de medias con la prueba T de Student

4.1 Resultados sociodemográficos en muestras A y B

Con los resultados obtenidos en la primera muestra A, de grupos culturales o académicos con estudio superiores, se observó que el 100% son mujeres, la edad oscila entre 66 y 80 años (*Ver gráfica 1*). Cuentan con estudios superiores y todas aceptaron participar en la investigación. Así mismo, el 100% de la muestra se encontró gozando de salud, el estado civil más frecuente fue el de viudas y solteras representando el 27.27% cada una respectivamente, las mujeres divorciadas el 18.18% y las mujeres separadas, casadas o en pareja representando cada una el 9.09% (*Ver gráfica 2*).

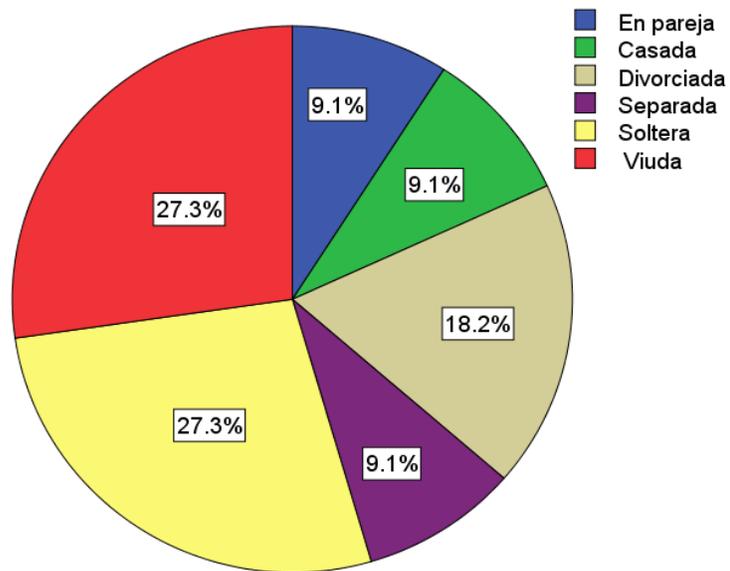
Gráfica 1

Edad Grupo A



Gráfica 2

Estado Civil Grupo A



Por consiguiente en los resultados que se obtuvieron en la primera muestra, se pudo analizar un promedio de edad que corresponde a 72.18 años, con una desviación de ± 4.9 . La edad más frecuente fue la de 69 y 80 años, la edad mínima correspondiendo a los 66 años y la edad máxima 80 años (Ver tabla 4).

Tabla 4

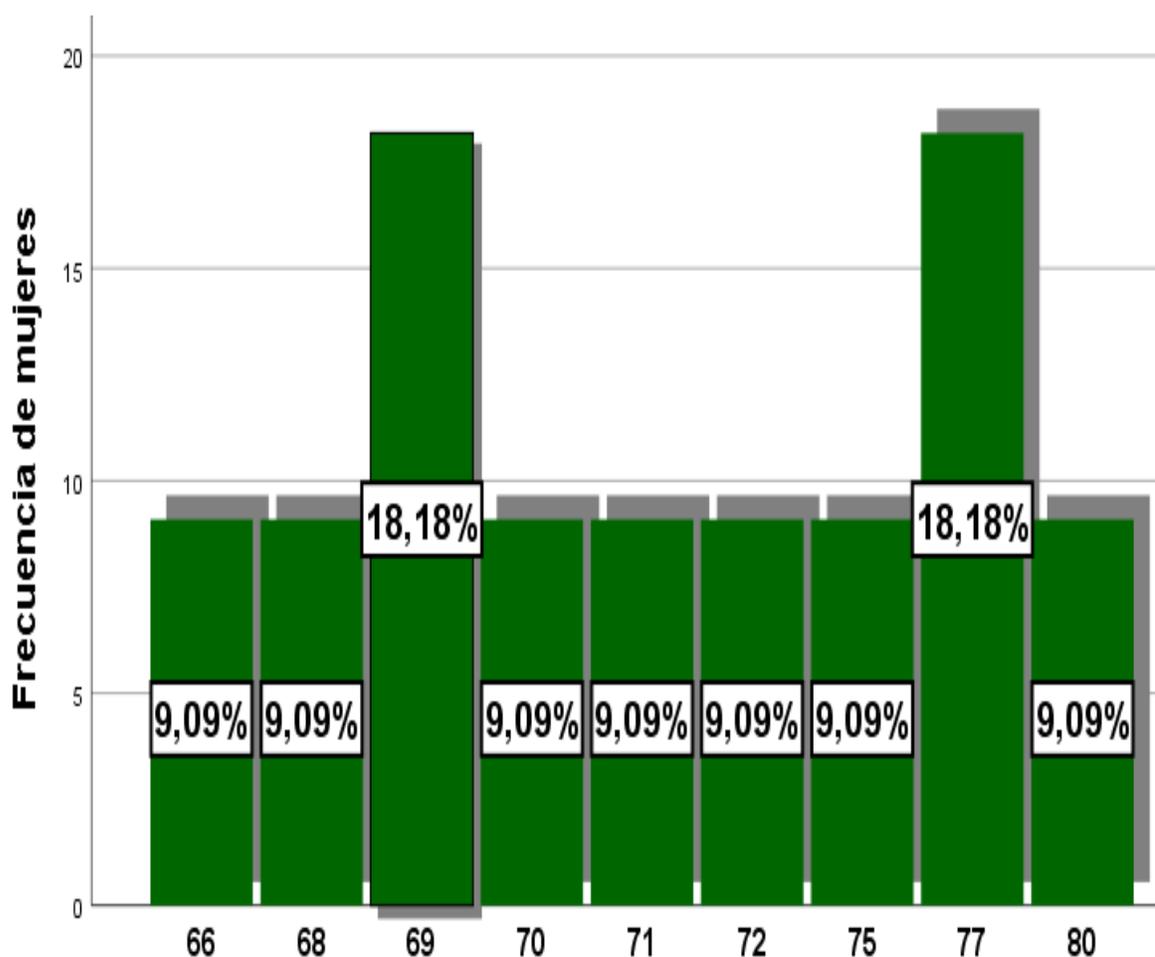
Medidas de Tendencia Central Grupo A

Mujeres	Grupo A
N	11
Media	72.18
Mediana	71.00
Moda	69 y 80
Desviación	4.996
Mínimo	66
Máximo	80

En la segunda muestra (B), se pudo observar que el 100% fueron mujeres que aceptaron participar. La edad entre 66 y 80 años (*Ver gráfica 3*). Pertenecientes a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa, el 90.91% contó con estudios básicos y solo el 9.09% con educación media. Así mismo, el 100% de la muestra se encontró con problemas de salud. También, se pudo observar que el estado civil más frecuente fue el de viudas con un 45.45%, separadas con 27.27%, casadas con un 18.18% y solteras con el 9.09% (*Ver gráfica 4*).

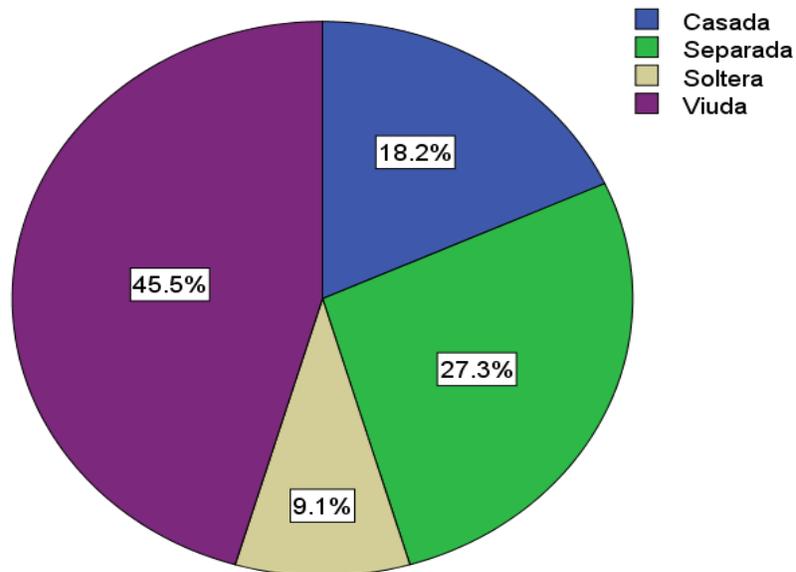
Gráfica 3

Edad Grupo B



Gráfica 4

Estado Civil Grupo B



Los resultados de la segunda muestra, perteneciente al grupo B, muestran un promedio de edad que correspondió a 72.18 años, con una desviación de ± 4.4 . La edad más frecuente fue la de 69 y 77, siendo la edad mínima 66 y la edad máxima a los 80 años (Ver tabla 5).

Tabla 5

Medidas de Tendencia Central Grupo B

Género: Mujeres	Grupo B
11	11
Media	72.18
Mediana	71.00
Moda	69 y 77
Desviación	4,996
Mínimo	66
Máximo	80

4.2 Resultados del cuestionario de reserva cognitiva

En primer lugar, se agruparon los ítems, después se transformaron (SPSS) para dar un rango o nivel según la puntuación:

- Menor de 7, al rango más bajo de la reserva cognitiva.
- Entre 7 y 9 al rango de la reserva cognitiva en el nivel medio-bajo.
- Entre 10 y 14 al nivel medio-alto.
- Puntuaciones ≥ 15 puntos se clasificó en la categoría superior.

Después con el análisis de frecuencia y de tablas cruzadas (SPSS) se logró obtener los resultados de la evaluación de la reserva cognitiva en un total de 22 mujeres (n=22), divididas en dos grupos. Primer grupo, 11 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a grupos culturales o académicos con estudios superiores. Segundo grupo, 11 mujeres mayores de 65 años de grupos de comercio ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores.

Reserva Cognitiva del grupo A:

- Obtuvo un puntaje total de 192 pts., (*Ver tabla 6*).
- El 90.9% de la muestra, con una reserva cognitiva en el nivel más alto, a su vez, el 9.1% restante con un nivel medio alto.
- Se observa una reserva cognitiva favorable (*Ver grafica 5*).

Reserva Cognitiva del grupo B:

- Obtuvo un puntaje total de 32 pts., (*Ver tabla 6*).
- El 100% de la muestra, con reserva cognitiva en el nivel más bajo.
- Se observa una reserva cognitiva desfavorable (*Ver grafica 5*).

Gráfica 5

Nivel de Reserva Cognitiva A y B

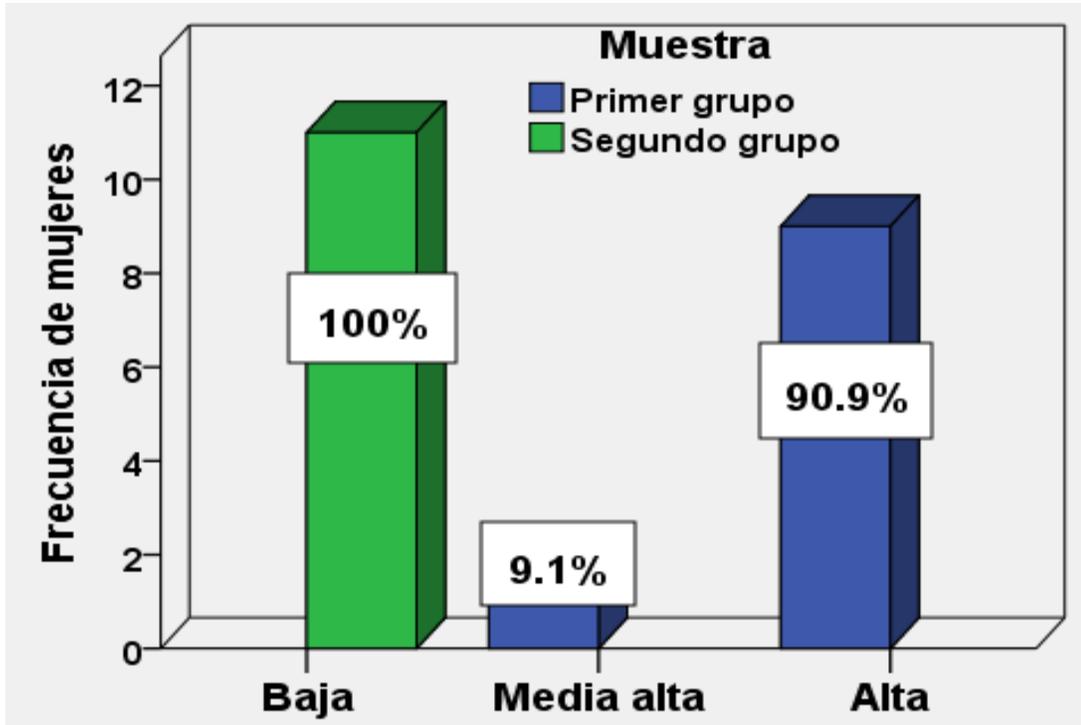


Tabla 6

Puntaje y Nivel de la Reserva Cognitiva A y B

RC	Muestras A – B											Puntaje Total
	Puntaje Individual											
Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Bajo ≤ 6	3	3	3	3	3	0	2	2	3	6	4	32
Medio Bajo 7- 9												
Medio Alto 10-14	13											
Alto ≥15	19	15	20	16	19	22	20		15	18	15	192

Identificación del Factor Principal de la Reserva Cognitiva

Se observó los porcentajes más elevados en la muestra A con relación a la muestra B. Arrojando un porcentaje del 100% a la escolaridad. Así mismo, con otro 100% a la escolaridad de los padres (*Ver tabla 7*).

- En primer lugar, se observó al 100% como el factor principal de la reserva cognitiva a la escolaridad y escolaridad de los padres.
- En segundo lugar, se observó con un 73% a los curso de formación, así mismo, a los juegos intelectuales.
- En tercer lugar, con un 66% a la ocupación laboral.
- En cuarto lugar, con el 57% a la actividad lectora.
- En quinto lugar, con un 55% a la formación musical.
- En sexto lugar, a los idiomas con el 27%.

Los resultados arrojados por el grupo B, en su nivel más bajo de la reserva cognitiva son los siguientes:

- En primer lugar, se encontró en un 36%, a la escolaridad.
- En segundo lugar, se observó con un 14% a la escolaridad de los padres.
- En tercer lugar, con un 11% a la ocupación laboral.
- En cuarto lugar, con el 4% a la formación musical.
- En quinto lugar, con un 3% a la actividad lectora.
- En sexto lugar, con un 0%, a los cursos de formación, los juegos intelectuales y los idiomas (*Ver tabla 7*).

Tabla 7*Factores de la Reserva Cognitiva A y B*

Factores de Reserva Cognitiva	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
1. Escolaridad	55	100%	20	36%
2. Escolaridad de los padres	22	100	3	14
3. Cursos de formación	24	73	0	0
4. Juegos intelectuales	16	73	0	0
5. Ocupación laboral	29	66	5	11
6. Actividad lectora	25	57	3	7
7. Formación musical	12	55	1	4
8. Idiomas	9	27	0	0
Suma	192	-	32	-
Nivel de Reserva Cognitiva	Alta Media Alta	90.9 % 9.1 %	Baja	100 %

4.3 Resultados del cuestionario de actividades de ocio

Con los resultados obtenidos a través de transformar variable, la agrupación visual, el análisis de frecuencia y las tablas cruzadas, se puede observar para la primera muestra (A) que la actividad de ocio más relevante fue la social con 46 actividades, seguidas con 31 sedentarias que incluyen estimulación cognitiva en la lectura, televisión o radio. El aprendizaje con 26, ocio saludable 29, ocio doméstico 20 que incluye manualidades o jardinería. En contraste se pudo apreciar el segundo grupo (B) con 0 actividades de aprendizaje y solo 2 en saludables, 4 en el ocio doméstico, 7 en social, y 14 en el ocio sedentario (*Ver gráfica 6 y tabla 8*).

Gráfica 6

Gráfica de Actividades de Ocio A y B

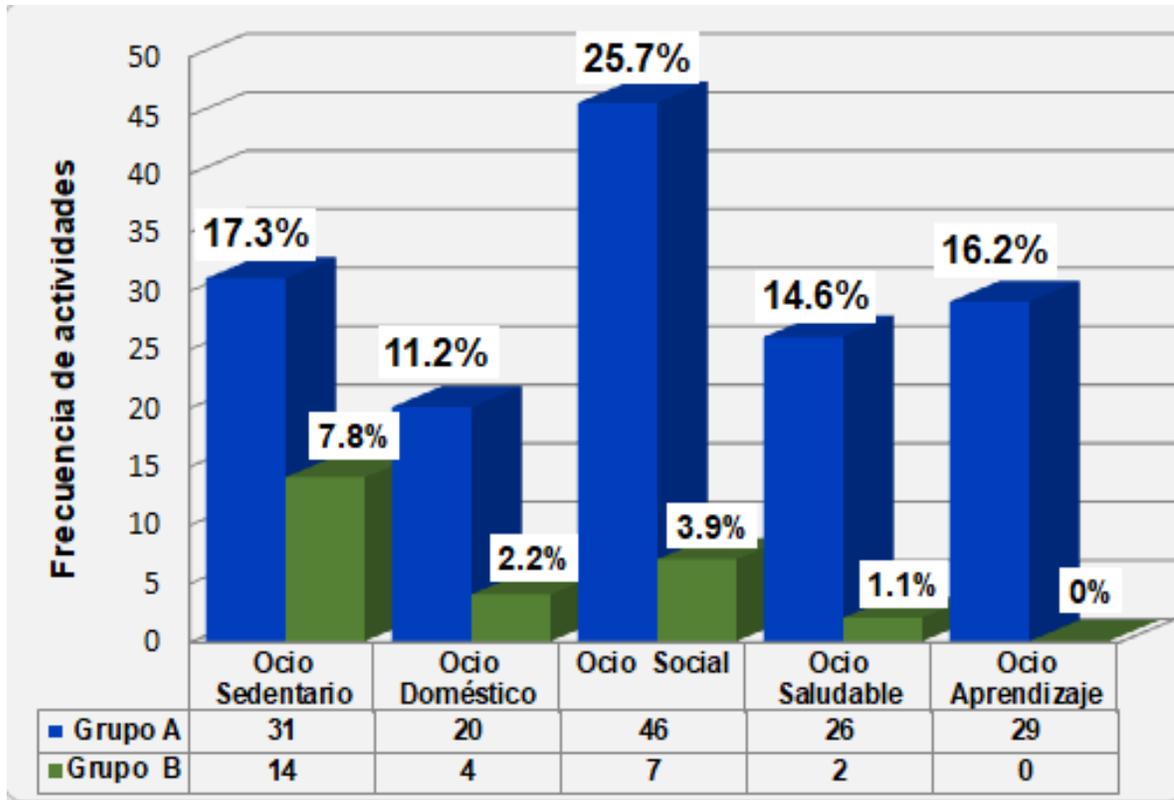


Tabla 8

Frecuencia de Actividades de Ocio A y B

N =22	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
	A	A	B	B
Ocio sedentario	31	17.3%	14	7.8%
Ocio doméstico	20	11.2	4	2.2
Ocio social	46	25.7	7	3.9
Ocio saludable	26	14.6	2	1.1
Ocio aprendizaje	29	16.2	0	0

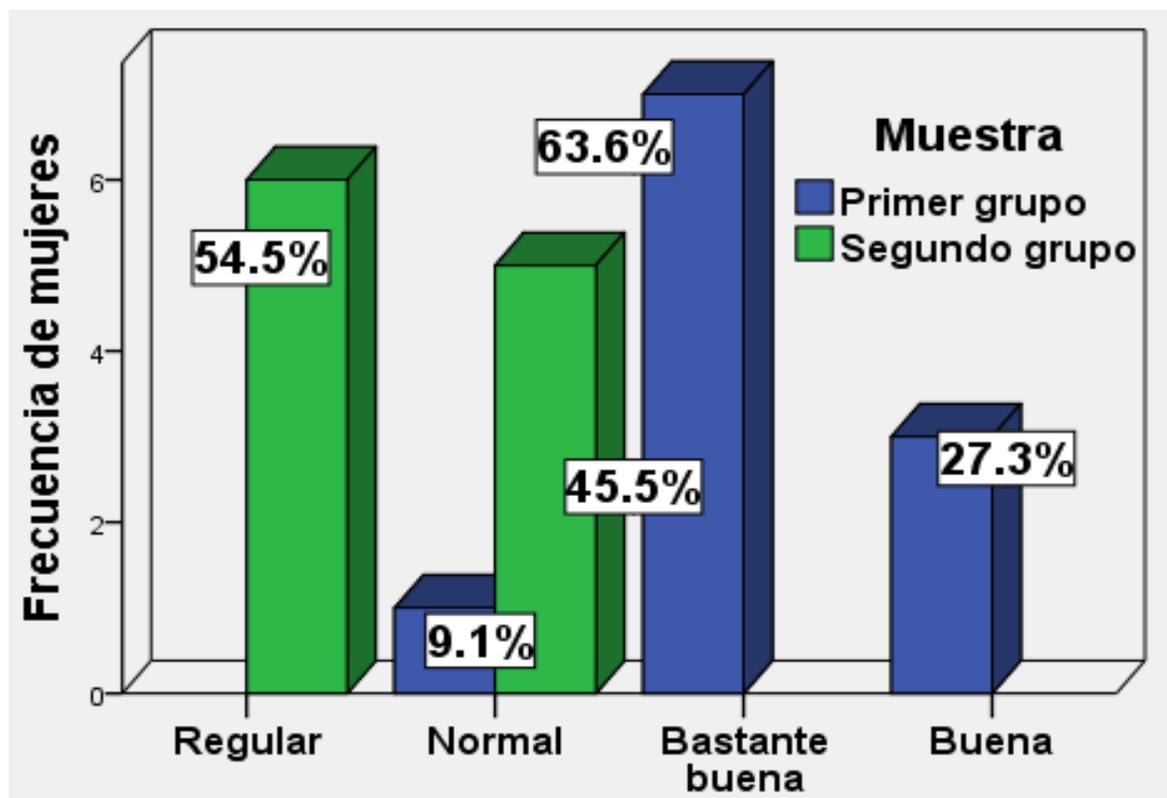
4.4 Resultados de la escala de calidad de vida

Con los resultados arrojados a través del análisis del programa SPSS, fue posible apreciar el comportamiento de los datos recabados con relación a la escala tipo likert de calidad de vida, en la pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida? De las muestras A, perteneciente a grupos culturales y académicos con estudios superiores y B, de comercio ambulante o empleadas de casa sin estudios superiores.

El grupo A, en su mayoría con un 63.6%, consideró su calidad de vida bastante buena, con un 27.3% la consideró buena y solo el 9.1% normal. Mientras que, en la segunda muestra (B) la mayoría la consideró regular con un 54.5% y el 45.5% restante la consideró normal (Ver gráfica 7).

Gráfica 7

Calificación Personal del Nivel de Calidad de Vida A y B

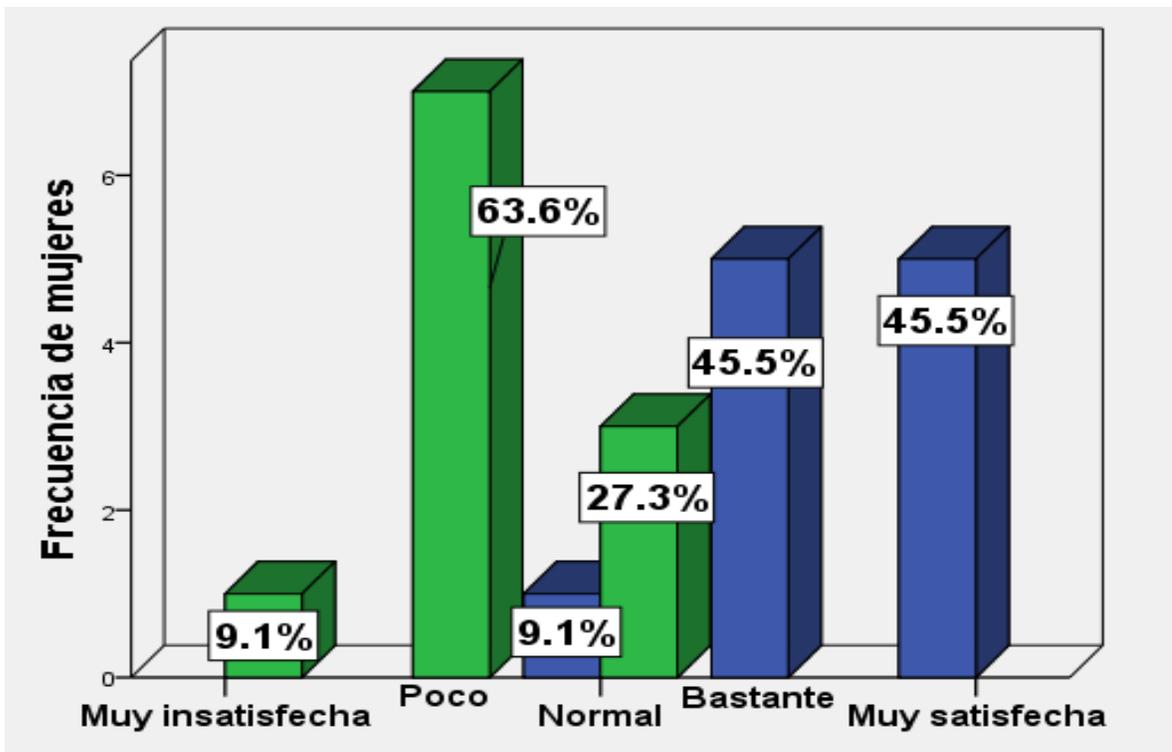


El análisis en la segunda pregunta ¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?

- En el grupo A, el 45.5% se consideró muy satisfecha, así mismo, otro 45.5% bastante satisfecha y solo un 9.1% se consideró normal.
- El grupo B el 63.6% se consideró un poco insatisfecha, el 27.3% normal y el 9.1% expresó sentirse muy insatisfecha (Ver gráfica 8).

Gráfica 8

Calificación Personal del Nivel de la Salud A y B



Dimensiones de la escala de calidad de vida

Con los resultados obtenidos (SPSS) en el análisis estadístico descriptivo de tablas cruzadas después de la agrupación visual de los 24 ítems totales en la dimensión correspondientes de las cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) de la escala de calidad de vida, se obtuvieron los cuatro niveles siguientes:

- El nivel de muy mala para el rango más bajo,
- Mala para el rango bajo
- Buena para el nivel medio
- Muy buena para el nivel correspondiente al más alto

Resultados de la dimensión de salud física

Con los resultados obtenidos de los 7 ítems (3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18) agrupados que corresponden a la dimensión de salud física. Se pudo apreciar:

- El primer grupo (A) se ubicó en el nivel de muy buena con un 63.6%, seguida de buena con un 27.3% y solo el 9.1% en mala.
- El segundo grupo (B) el 72.7% se encontró en la categoría buena y el 27.3% en la categoría de mala (*Ver gráfica 9 y tabla 9*).

Gráfica 9

Nivel de la Dimensión de Salud Física A y B

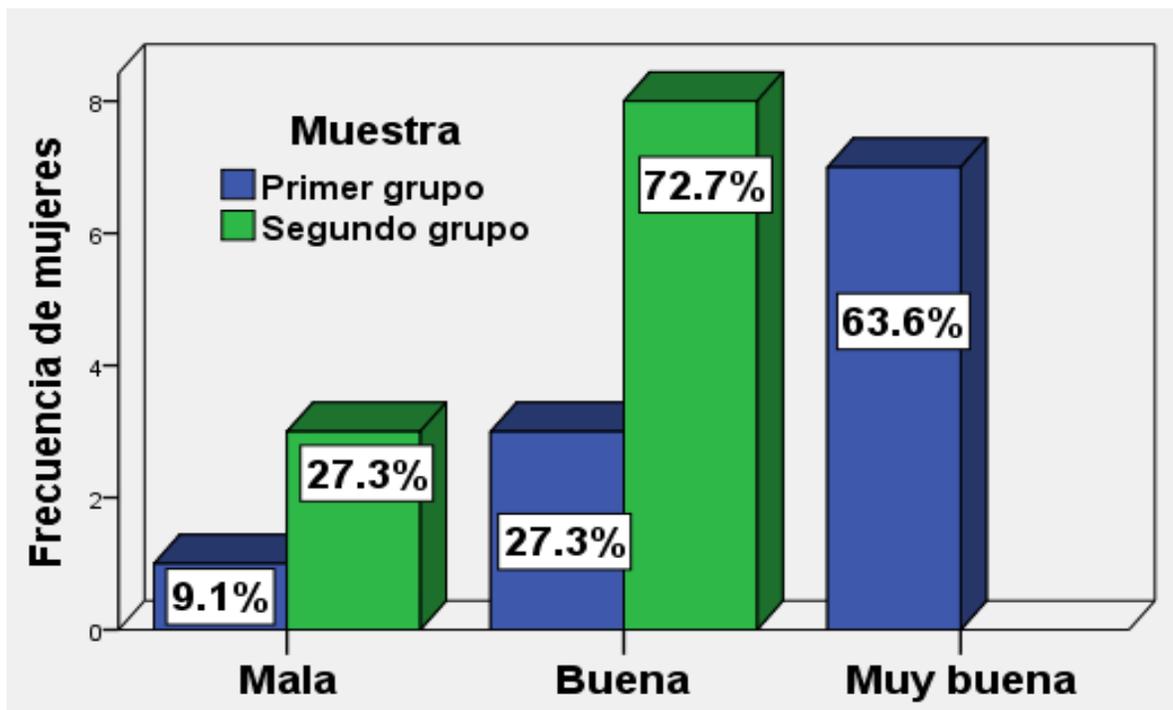


Tabla 9*Nivel de la Dimensión de Salud Física A y B*

Tabla cruzada		Muestra		
		A-11	B-11	Total
Mala	Recuento	1	3	4
	% dentro de Dimensión física	25.0%	75.0%	100.0%
	% dentro de Nivel dimensión física	9.1%	27.3%	18.2%
	% del total	4.5%	13.6%	18.2%
Buena	Recuento	3	8	11
	% dentro de Dimensión física	27.3%	72.7%	100.0%
	% dentro de Nivel dimensión física	27.3%	72.7%	50.0%
	% del total	13.6%	36.4%	50.0%
Muy buena	Recuento	7	0	7
	% dentro de Dimensión física	100%	0.0%	100%
	% dentro de Nivel dimensión física	63.6%	0.0%	31.8%
	% del total	31.8%	0.0%	31.8%
Total	Recuento dentro de la muestra	100%	100%	100%

Resultados en la dimensión en la salud psicológica

Con los resultados en los 6 ítems (5, 6, 7, 11, 19, 26) agrupados que corresponden a la dimensión de salud psicológica, se pudo observar:

- El primer grupo (A) en la dimensión de salud psicológica se ubicó en el nivel de muy buena con un 63.6%, seguida de buena con 36.4%.
- El segundo grupo (B) el 81.8%, se encontró en el nivel de mala y solo el 18.2% en el nivel de buena (*Ver gráfica 10 y tabla 10*).

Gráfica 10

Nivel de la Dimensión de Salud Psicológica A y B

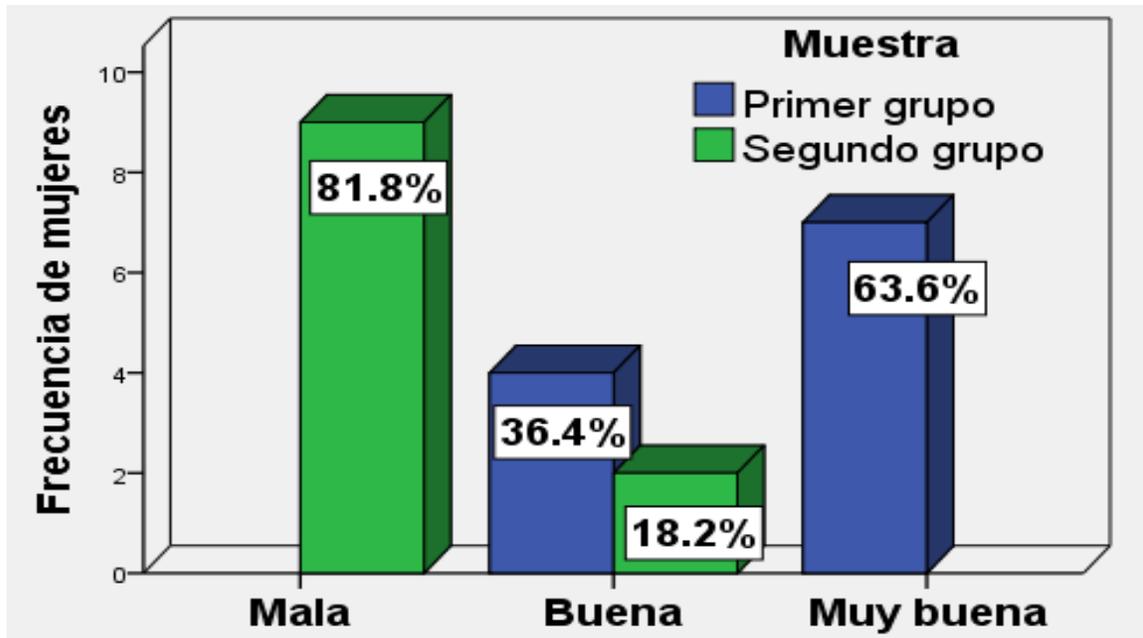


Tabla 10

Nivel de la Dimensión de Salud Psicológica A y B

Tabla cruzada		Muestra		
		A-11	B-11	Total
Mala	Recuento	0	9	9
	% dentro de Dimensión psicológica	0%	100%	100%
	% dentro del Nivel D-Psicológica	0.0%	81.8%	40.9%
	% del total	0%	40.9%	40.9%
Buena	Recuento	4	2	6
	% dentro de Dimensión psicológica	66.7%	33.3%	100%
	% dentro de Nivel D-Psicológica	36.4%	18.2%	27.3%
	% del total	18.2%	9.1%	27.3%
Muy buena	Recuento	7	0	7
	% dentro de Dimensión psicológica	100%	0%	100%
	% dentro de Nivel D-Psicológica	63.6%	0.0%	31.8%
	% del total	31.8%	0%	31.8%
Total	Recuento dentro de muestra	100%	100%	100%

Resultados en la dimensión de relaciones sociales

Con los resultados obtenidos (SPSS) de los 3 ítems (20, 21, 22) agrupados que corresponden a la dimensión de relaciones sociales. Se pudo observar:

- El primer grupo (A) en la dimensión de relaciones sociales se ubicó en el nivel de muy buena con un 36.4%, seguida de buena con un 63.6%
- El segundo grupo (B) el 54.5%, se encontró en el nivel de mala y el 45.5% en el nivel de buena (Ver gráfica 11 y tabla 11).

Gráfica 11

Nivel de la Dimensión de Relaciones Sociales A y B

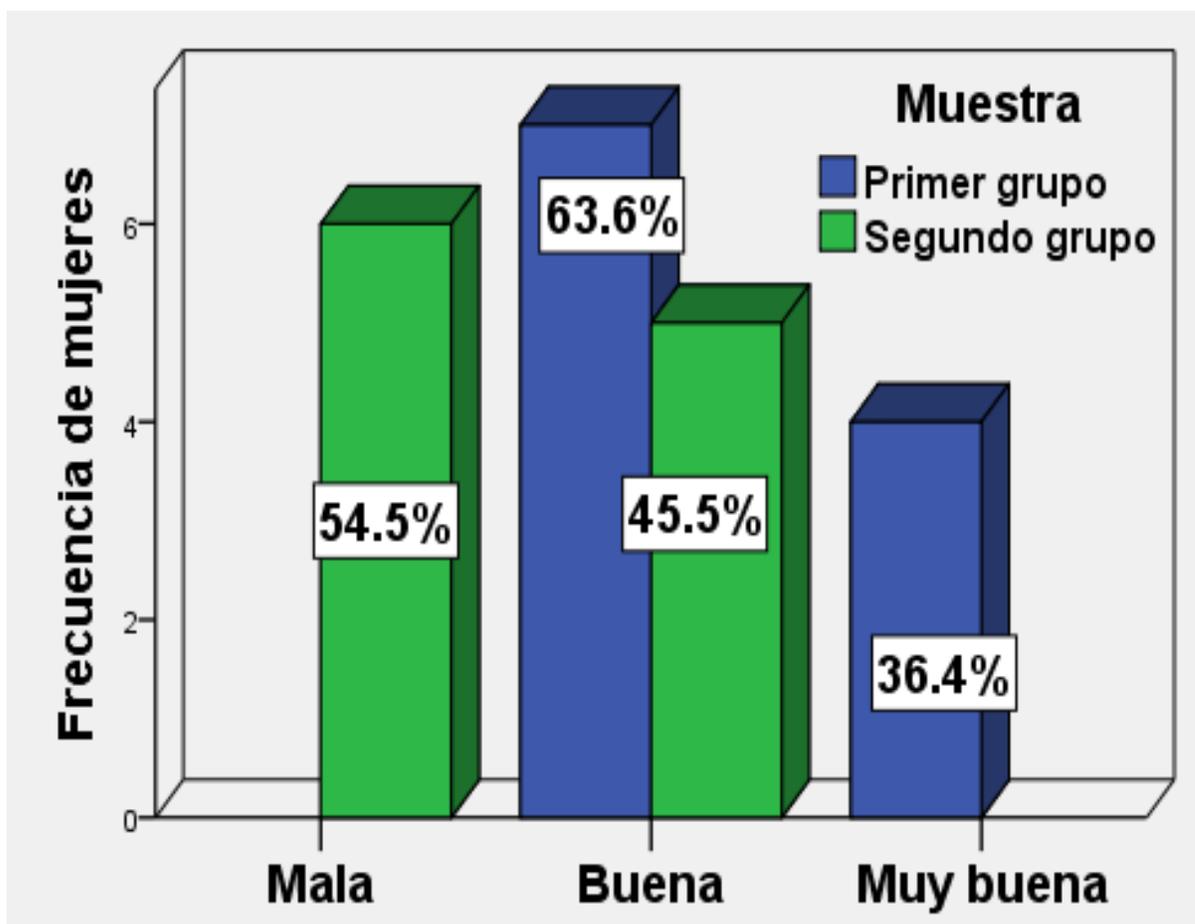


Tabla 11*Nivel de la Dimensión de Relaciones Sociales A y B*

Tabla cruzada		Muestra		
		A-11	B-11	Total
Nivel Dimensión Social				
Mala	Recuento	0	6	6
	% dentro de Dimensión Social	0%	100%	100%
	% dentro de Nivel dimensión Social	0.0%	54.5%	27.3%
	% del total	0%	27.3%	27.3%
Buena	Recuento	7	5	12
	% dentro de Dimensión psicológica	58.3%	41.7%	100%
	% dentro de Nivel dimensión Social	63.6%	45.5%	54.5%
	% del total	31.8%	22.7%	54,5%
Muy buena	Recuento	4	0	4
	% dentro de Dimensión psicológica	100%	0%	100%
	% dentro de Nivel dimensión Social	36.4%	0%	18.2%
	% del total	18.2%	0%	18.2%
Total	Recuento dentro de muestra	100%	100%	100%

Resultados en la dimensión de ambiente

Con los resultados obtenidos (SPSS) de los 8 ítems (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) agrupados, que corresponden a la dimensión de ambiente, se observó:

- El primer grupo (A) se ubicó en el nivel más alto (muy buena) con 27.3%, seguido de buena con 72.7%
- El segundo grupo (B) el 90.9%, se encontró en el nivel de ambiente malo y solo el 9.1% en ambiente bueno (*Ver gráfica 12 y tabla 12*).

Gráfica 12

Nivel de la Dimensión de Ambiente A y B

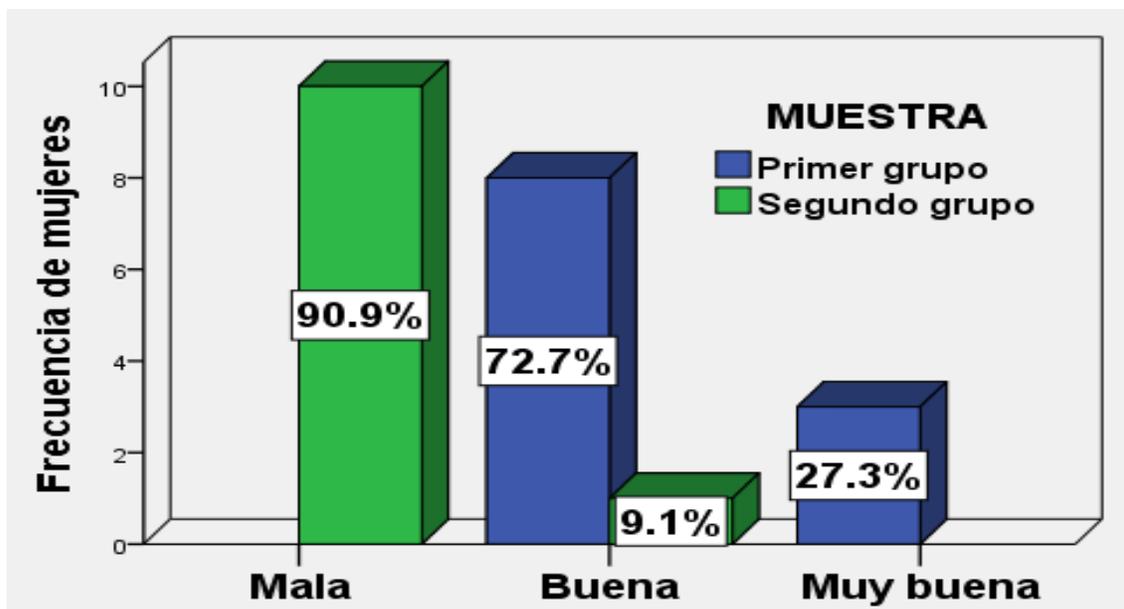


Tabla 12

Nivel de la Dimensión de Ambiente A y B

Tabla cruzada		Muestra		Total
		A-11	B-11	
Mala	Recuento	0	10	10
	% dentro de Nivel D-Ambiente	0.0%	90.9%	45.45%
	% del total	0%	45.45%	45.45%
Buena	Recuento	8	1	9
	% dentro de Dimensión psicológica	88.9%	11.1%	100%
	% dentro de Nivel D-Ambiente	72.7%	9.1%	40.9%
	% del total	36.35%	4.55%	40.9%
Muy buena	Recuento	3	0	3
	% dentro de Dimensión psicológica	100%	0%	100%
	% dentro de Nivel D-Ambiente	27.3%	0.0%	13.6%
	% del total	13.65%	0%	13.65%
Total	Recuento dentro de muestra	100%	100%	100%

Calidad de Vida Global del Grupo A y B

Por consiguiente, la calidad de vida global de las muestras A y B se ubicaron:

- La muestra de grupo A con una calidad de vida global buena.
- La muestra de grupo B con una calidad de vida global mala.

Lo anterior se puede observar a continuación (*Ver tabla 13*).

Tabla 13

Nivel de Calidad de Vida Global en A y B

CV	Primer Grupo (A)	%	Segundo Grupo (B)	%
1-¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Bastante buena	63.6	Regular	54.5
	Buena	27.3	Normal	45.5
	Normal	9.1		-
2-¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?	Muy satisfecha	45.5	Un poco insatisfecha	63.6
	Bastante satisfecha	45.5	Normal	27.3
	Normal	9.1	Muy insatisfecha	9.1
Dimensión de salud física	Muy buena	63.6	Buena	72.7
	Buena	27.3	Mala	27.3
	Mala	9.1		-
Dimensión de salud psicológica	Muy buena	63.6	Mala	81.8
	Buena	36.4	Buena	18.2
Dimensión social	Muy buena	36.4	Mala	54.5
	Buena	63.6	Buena	45.5
Dimensión de ambiente	Muy buena	27.3	Mala	90.9
	Buena	72.7	Buena	9.1

4.5 Medidas de tendencia central en instrumentos muestras A y B

Con el análisis de los resultados obtenidos de la muestra A, en los tres instrumentos (*Ver tabla 14*) se obtuvo las siguientes medidas de tendencia central:

- Cuestionario de reserva cognitiva con promedio de: $17.45 \pm 2,806$
- Cuestionario de actividades de ocio el promedio fue: $13.82 \pm 2,483$
- La escala de calidad de vida con promedio de: $89.18 \pm 10,477$

Tabla 14

Medidas de Tendencia Central de Instrumentos grupo A

Estadísticos descriptivos	N	Media	Desviación
Reserva Cognitiva (A)	11	17.45	2,806
Actividades de Ocio (A)	11	13.82	2,483
Calidad de Vida (A)	11	89.18	10,477

A la vez, en el segundo grupo (B) las medidas de tendencia central, de los tres instrumentos (*Ver tabla 15*) fueron las siguientes:

- El cuestionario de reserva cognitiva el promedio fue: $2.91 \pm 1,446$
- El cuestionario de actividades de ocio el promedio fue: $2.45 \pm 1,508$
- La escala de calidad de vida el promedio fue de: $59.09 \pm 4,392$

Tabla 15

Medidas de Tendencia Central en Instrumentos grupo B

Instrumentos Grupo (B)	N	Media	Desviación
Reserva Cognitiva	11	2.91	1,446
Actividades de Ocio	11	2.45	1,508
Calidad de Vida	11	59.09	4,392

4.6 Correlación de Spearman entre instrumentos grupo A y B

De acuerdo a la correlación total de la muestra A de los tres instrumentos se obtuvo en la correlación de Spearman lo siguiente:

- Correlación de la reserva cognitiva con la calidad de vida .747
- Correlación de las actividades de ocio con la calidad de vida .038
- Correlación de la reserva cognitiva con las actividades de ocio .244
(Ver tabla 16)

Tabla 16

Correlación de Spearman Tres Instrumentos en Grupo A

			RC	AO	CV
Rho de Spearman	RC	Coeficiente de correlación	1,000	.244	.747
		Sig. (bilateral)	-	.471	.008
		N	11	11	11
	AO	Coeficiente de correlación	.244	1,000	.038
		Sig. (bilateral)	.471	-	.913
		N	11	11	11
	CV	Coeficiente de correlación	.747**	.038	1,000
		Sig. (bilateral)	.008	.913	-
		N	11	11	11

De acuerdo a la correlación total de la muestra B de los tres instrumentos se obtuvo en la correlación de Spearman lo siguiente:

- Correlación de la reserva cognitiva con la calidad de vida .370
- Correlación de las actividades de ocio con la calidad de vida .403
- Correlación de la reserva cognitiva con las actividades de ocio .313
(Ver tabla 17).

Tabla 17*Correlación de Spearman Tres Instrumentos Grupo B*

			RC	AO	CV
Rho de Spearman	RC	Coeficiente de correlación	1,000	.313	.370
		Sig. (bilateral)	.	.349	.263
		N	11	11	11
	AO	Coeficiente de correlación	.313	1,000	.403
		Sig. (bilateral)	.349	.	.219
		N	11	11	11
	CV	Coeficiente de correlación	.370	.403	1,000
		Sig. (bilateral)	.263	.219	.
		N	11	11	11

4.7 Correlación y dirección de dispersión entre CV y RC en A y B

En los resultados obtenidos del análisis de la correlación de Spearman del grupo A, en la escala de calidad de vida y la reserva cognitiva, se observó:

- Una correlación fuerte de $r = 0.747$
- Una gráfica de dispersión de puntos en dirección positiva entre ambas variables de este grupo A.

Lo anterior indica, que la calidad de vida y la reserva cognitiva si están relacionadas, es decir que a mayor reserva cognitiva, mayor es la calidad de vida en esta muestra de personas (*Ver tabla 18 y gráfica 13*).

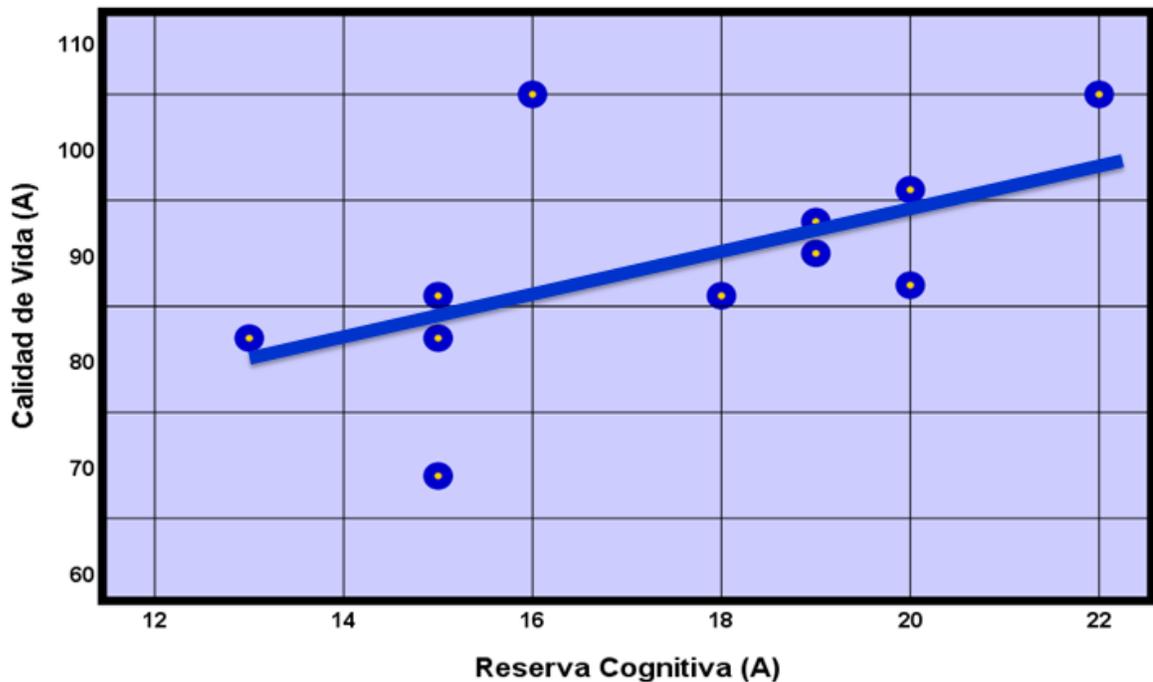
Tabla 18

Correlación de Spearman entre CV y RC grupo A

Correlaciones		Calidad de Vida	Reserva Cognitiva
Rho de Spearman	CV (A)	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.747
		N	11
	RC (A)	Coeficiente de correlación	.747
		Sig. (bilateral)	.008
		N	11

Gráfica 13

Dirección Positiva en Correlación de CV y RC grupo A



Con el análisis realizado en la correlación de Spearman del grupo B en la escala de calidad de vida y la reserva cognitiva, se observó:

- Una correlación débil de $r = 0.370$
- Una gráfica de dispersión de puntos en dirección positiva entre ambas variables de este grupo B

Lo anterior indica, que ante una moderada reserva cognitiva, es débil la calidad de vida del grupo B (*Ver tabla 19 y gráfica 14*).

Con los datos arrojados en ambos grupos A y B, es posible apreciar que el nivel de la reserva cognitiva, influye directamente en el nivel de la calidad de vida.

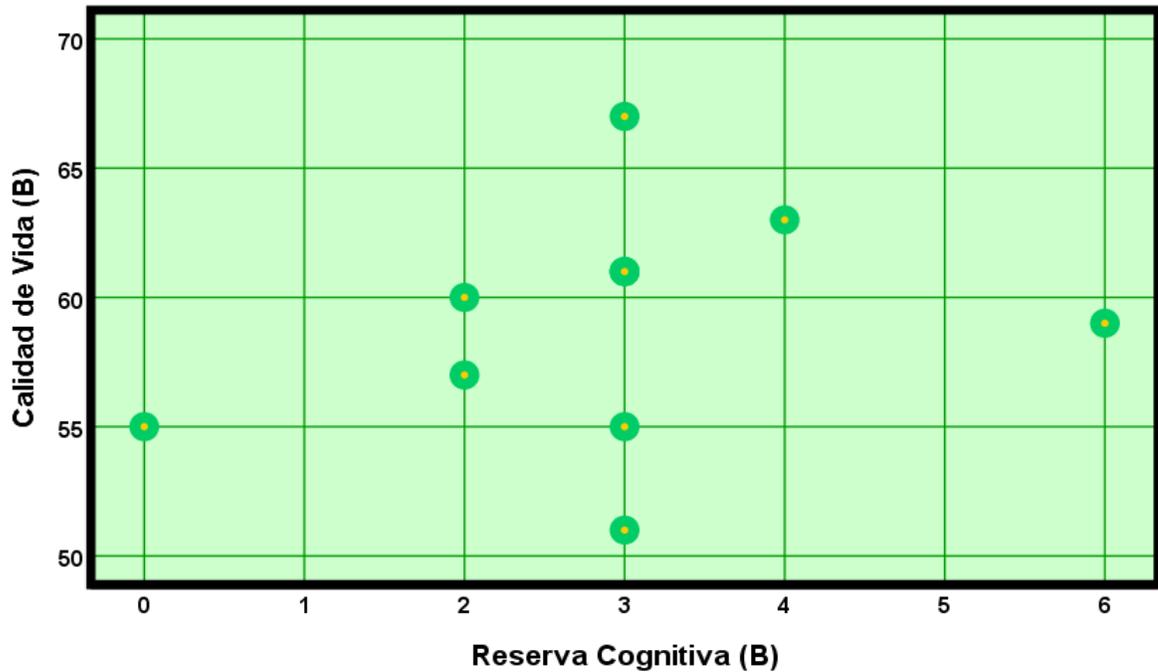
Tabla 19

Correlación de Spearman entre CV y RC grupo B

	Correlaciones		Calidad de Vida	Reserva Cognitiva
Rho de Spearman	CV (B)	Coefficiente de correlación	1,000	.370
		Sig. (bilateral)		.263
		N	11	11
	RC (B)	Coefficiente de correlación	.370	1,000
		Sig. (bilateral)	.263	
		N	11	11

Gráfica 14

Dirección Positiva en Correlación de CV y RC grupo B



4.8 Análisis comparativo entre medias A y B

Se obtuvieron las medias totales de las escalas para las muestras A y B, realizándose una prueba T de Student para muestras independientes (SPSS) encontrando los siguientes resultados (*Ver tabla 20*).

- Reserva cognitiva: El grupo A con una media de 17.45 ± 2.806 comparada al grupo B con una media de 2.91 ± 1.446
- Actividades de ocio: El grupo A con una media de 13.82 ± 2.483 comparada al grupo B con una media de 2.45 ± 1.508
- Calidad de vida: El grupo A con una media de 89.18 ± 10.447 comparada al grupo B con una media de 59.09 ± 4.392

Tabla 20*Resultados de Análisis al Comparar Medias entre A y B*

	Grupo A-B	N	Media	Desviación	Desviación. Error promedio
RC	A	11	17.45	2,806	.846
	B	11	2.91	1,446	.436
AO	A	11	13.82	2,483	.749
	B	11	2.45	1,508	.455
CV	A	11	89.18	10,477	3,159
	B	11	59.09	4,392	1,324

4.9 Resultados estadísticos T de Student

De acuerdo a los resultados de la prueba T de Student (*Ver tabla 21*) para muestras independientes (SPSS) fue posible analizar las hipótesis estadísticas nula y alterna, obteniendo los siguientes resultados:

Hipótesis estadísticas:

A) Para Reserva Cognitiva (RC):

Ha: \bar{X} del grupo "A" \neq \bar{X} del grupo "B"

Ho: \bar{X} del grupo "A" = \bar{X} del grupo "B"

Resultado de prueba T: Al realizar el estadístico de la prueba T de Students, se pudo encontrar una $T = 15.283$, con $gl = 20$, siendo significativo de 0.006, lo cual

indica, aceptar la hipótesis alterna y rechazar la nula. Esto significa, que la media de la reserva cognitiva del grupo A, es diferente a la media de la reserva cognitiva del grupo B, observando mayor puntaje de reserva cognitiva (RC) del grupo A.

B) Para Actividades de Ocio (AO):

Ha: \bar{X} del grupo "A" \neq \bar{X} del grupo "B"

Ho: \bar{X} del grupo "A" = \bar{X} del grupo "B"

Resultado de prueba T: Al realizar el estadístico de prueba T de Students, se pudo encontrar una $T = 12.976$, con $gl = 20$, siendo significativo de $.369$, lo cual indica, aceptar la hipótesis alterna y rechazar la nula. Esto significa, que la media de las actividades de ocio (AO) del grupo A, es diferente a la media de las actividades de ocio (AO) del grupo B, observando mayor puntaje de las actividades de ocio (AO) del grupo A.

C) Para la Calidad de Vida (CV):

Ha: \bar{X} del grupo "A" \neq \bar{X} del grupo "B"

Ho: \bar{X} del grupo "A" = \bar{X} del grupo "B"

Resultado de prueba T: Al realizar el estadístico de prueba T de Students, se pudo encontrar una $T = 8,785$, con $gl = 20$, siendo significativo de $.047$, lo cual indica, aceptar la hipótesis alterna y rechazar la nula. Esto significa, que la media de la calidad de vida (CV) del grupo A es diferente a la media de la calidad de vida (CV) grupo B, observando mayor puntaje de la calidad de vida (CV) del grupo A.

Tabla 21

Resultados T de Student A y B en Tres Instrumentos

Prueba de Muestras Independientes							
		Prueba Levene de Igualdad de Varianzas		Prueba T para la Igualdad de Medias			
		F	Sig.	T	(gl)* Grados de Libertad	Sig.* (bilateral)	Diferencia de Medias
RC	Se asumen varianzas iguales	9,674	.006	15,283	20	.000	14,545
	No se asumen varianzas iguales			15,283	14,962	.000	14,545
AO	Se asumen varianzas iguales	.844	.369	12,976	20	.000	11,364
	No se asumen varianzas iguales			12,976	16,492	.000	11,364
CV	Se asumen varianzas iguales	4,491	.047	8,785	20	.000	30,091
	No se asumen varianzas iguales			8,785	13,410	.000	30,091

Nota:* (gl) grados de libertad.,* (sig) significación

4.10 Propuesta del programa de talleres psicoeducativos virtuales

Objetivo general:

Implementar una serie de talleres psicoeducativos virtuales, enfocados en la sensibilización, estimulación, educación, confrontación y contención, para promover la inclusión de las mujeres incluso en edades previas a los 65 años, con visión hacia la longevidad enfocado en el envejecimiento óptimo y saludable con beneficio en su calidad de vida.

La siguiente propuesta lleva por nombre:

“Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad”

Objetivos específicos:

- 1.1 Concientizar con el actual contexto y realidad
- 1.2 Sensibilizar para romper el paradigma de la vejez
- 1.3 Introyectar nuevas ideas y conceptos de vejez
- 1.4 Educar para el autocuidado del envejecimiento activo y saludable
- 1.5 Estimular los procesos cognitivos para preservarlos
- 1.6 Motivar la práctica de estilos de vida saludables
- 1.7 Activar los mecanismos de acción social
- 1.8 Promover la inclusión de las mujeres de 65 años, e incluso en edades previas en los diferentes contextos
- 1.9 Evaluar y realimentar los talleres implementados

Justificación del taller virtual

Con esta investigación se podrá influir a la sociedad en general tanto local, nacional e incluso mundial, alcanzando un relevante cambio de estereotipos y paradigma en relación a la edad, para sensibilizar y promover la inclusión para

mejorar en los adultos mayores de 65 años su condición y calidad de vida, manteniéndoles activos.

Así mismo, enfocando estos talleres virtuales más específicamente en las mujeres, incluso en edades previas (45-50) para sensibilizar en la inclusión en áreas laborales, educativas, culturales, deportivas, sociales, incluso las familiares y políticas, buscando:

- A corto plazo: prevenir la discriminación y la violencia por la edad, en todas sus manifestaciones en los diferentes contextos.
- A mediano plazo: Ser un vínculo entre las empresas, instituciones y gobierno con las mujeres para su inclusión laboral, educativa o social. Mejorar condiciones de vida presente.
- A largo plazo: Cambio de paradigma, preservar procesos cognitivos, conservar la salud física, mental, mejorar condiciones y la calidad de vida futura.

Se realizarán una serie de talleres estructurados en temáticas de acuerdo a los objetivos que se desean abordar determinado día, con base en los objetivos.

Objetivo	Definición teórica	Definición práctica	Estrategias
1.1 Concientizar con el actual contexto y realidad.	Hacerse conscientes y responsables, del cambio poblacional.	Comprensión del contexto actual de la tercera edad.	Mostrando en exposiciones las estadísticas.
1.2 Sensibilizar para romper el paradigma de la vejez.	Concientización por el daño que se ocasiona al discriminar.	Aprendiendo a ser empáticos para tratar mejor a los adultos mayores.	Con videos y películas que muestren la problemática.
1.3 Introyectar nuevas ideas y conceptos de vejez.	Contextualizar en la realidad y los cambios que se deben de dar.	Conociendo las nuevas formas de entender al ciclo vital de la vejez.	Con imágenes o experiencias de vida, comparar otros tiempos con el actual.

<p>1.4 Educar para el autocuidado del envejecimiento activo y saludable.</p> <p>1.5 Estimular los procesos cognitivos para preservarlos.</p> <p>1.6 Motivar la práctica de estilos de vida saludables.</p>	<p>Integrarlos a clases virtuales de activación física y pláticas de nutrición.</p> <p>Enseñarles la importancia de la estimulación cognitiva.</p> <p>Concientizar en la importancia de estar vivos y sanos.</p>	<p>Hacerlos responsables de su salud.</p> <p>A través de juegos, dinámicas y manualidades.</p> <p>Que piensen en ellos mismos y en sus seres queridos. ¿El por qué? y ¿El para qué? De la salud.</p>	<p>Con clases virtuales de activación física y pláticas.</p> <p>Utilizar Kahoot, origami, juegos intelectuales virtuales, etc.</p> <p>Introyectado palabras, frases, imágenes y vivencias de motivación.</p>
<p>1.7 Activar los mecanismos de acción social.</p>	<p>Hacer llegar estos talleres a los responsables en las empresas e instituciones.</p>	<p>Impartiendo talleres a empresarios o directivos para concientizarlos e involucrarlos en el cambio de paradigma.</p>	<p>Realizar talleres y enviar carteles dirigidos a las personas que pueden generar los cambios sociales.</p>
<p>1.8 Promover la inclusión de las mujeres de 65 años, e incluso en edades previas en los diferentes contextos.</p>	<p>Generar los cambios sociales, al incluir a las mujeres desde los 45-50 y años sin discriminarlas en los diferentes ámbitos y contextos.</p>	<p>Implementando ferias virtuales, para vincular e incluir en áreas laborales, educativas y culturales a las mujeres.</p>	<p>A través, de ferias virtuales quincenales o mensuales, vincular a las mujeres con empresas e instituciones.</p>
<p>1.9 Evaluar y realimentar los talleres implementados, para mejorarlos y continuar.</p>	<p>Evaluar el alcance de los talleres.</p> <p>Buscar implementar las escuelas y universidades virtuales de la tercera edad.</p> <p>Ayudar a quienes no cuenten con el conocimiento de las herramientas virtuales o dispositivos.</p>	<p>Dar seguimiento a los resultados de los talleres y mejorarlos.</p> <p>Mejorar los alcances logrados en los talleres, con las mujeres y las empresas e instituciones vinculadas.</p>	<p>Evaluar los talleres, analizar y dar seguimiento a las mujeres vinculadas a empresas o instituciones.</p> <p>Mejorar los talleres y continuar</p>

Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad				
Objetivo general	Objetivos específicos	Objetivo operativo	Participante	Frecuencia
Intervenir a través, de talleres psicoeducativos virtuales enfocados en factores neuroprotectores, para preservar la reserva cognitiva, el envejecimiento óptimo y promover la inclusión de las mujeres incluso previo a los 65 años con visión hacia su longevidad en beneficio de su calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Concientizar con el actual contexto y realidad. • 1.2 Sensibilizar para romper el paradigma de la vejez. • 1.3 Introyectar nuevas ideas y conceptos de vejez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en talleres psicoeducativos de 45 a 60 minutos. • A través de diapositivas, videos, cine debate y reflexiones. • Dinámica para consolidar el tema en cuestión. • Realimentación y cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogas 	2 veces por semana
	<ul style="list-style-type: none"> • 1.4 Educar para el autocuidado del envejecimiento activo y saludable. • 1.5 Estimular los procesos cognitivos para preservarlos. • 1.6 Motivar la práctica de estilos de vida saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con base en talleres psicoeducativos dinámicos de 45 a 60 minutos. • A través, de ejercicios y estimulación cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogas 	3 veces por Semana
	<ul style="list-style-type: none"> • 1.7 Activar los mecanismos de acción social. • 1.8 Promover la inclusión de las mujeres de 65 años incluso en edades previas desde los 45 años en los diferentes contextos. • 1.9 Evaluar los resultados de talleres implementados, realimentar y concluir (Periodo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un taller de inclusión quincenal. • Invitar a las empresas e instituciones para vincular en áreas laborales, educativas y sociales a las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogas 	Cada 15 días

Discusión

Como se ha abordado a lo largo de la presente investigación, es posible apreciar el gran interés que ha despertado a nivel mundial el cambio poblacional. Esto es indudable al ver concretamente al país mexicano, donde se percibe ya la creciente y acelerada población envejecida con adultos mayores de 60 años y la población que aún está en ese proceso de envejecimiento (CONAPO, 2015).

Lo anterior, refleja un panorama que invita a tomar conciencia de una problemática actual, como la han tomado algunos investigadores en otros países. Esto al replantear que el envejecimiento poblacional no guarda relación con un envejecimiento óptimo y mucho menos saludable. Lo que indica que, vivir más años no es un sinónimo de vivir más sanos, saludables o mejor. Motivo por el cual, no guarda relación directa con el bienestar y la calidad de vida de una persona, especialmente de las mujeres mayores de 65 años.

Sin embargo, en la actualidad hay mujeres asumiéndose en la nueva realidad, y al ser conscientes de que viven más años, se están replanteando su existencia, muy en especial con sus proyectos de vida. Es justo en ese momento donde algunas, de frente a los cuestionamientos existenciales, retoman sus estudios, inician otra carrera, cambian de trabajo, emprenden otro, o incluso pueden dedicar mayor tiempo en pasatiempos o actividades de ocio, que les brinda salud y bienestar (OMS, 2015).

No obstante, esto solo será posible si cuentan con una alta reserva cognitiva, que brinda esa consciencia reflejada objetivamente en la salud física, la salud psicológica, en las relaciones sociales, el ambiente o contexto que les rodea, y especialmente, en su estabilidad económica. Lo anterior para poder asumirse totalmente autónomas y responsables de su existencia, logrando con todos los recursos con los que cuentan, iniciar nuevos proyectos de vida en la adultez media, para salir adelante y permear positivamente a nivel cognitivo, beneficiando en el nivel de la calidad de vida global en la adultez tardía o vejez.

Por lo tanto, es importante voltear a ver a las mujeres en la actualidad, y no solo para ser empáticos con sus situaciones por las crisis propias a lo largo de las etapas de vida (Erikson, 1968) que indudablemente, al ser la población más longeva (CONAPO, 2015; Leite et al. 2015) y la más influenciada por su entorno familiar y contexto histórico (Minuchin, 1998), se han privado o las privaron, de la formación académica. Dando como resultado, el estancamiento, al no aprovechar la etapa de la generatividad de la adultez media en los roles laborales con sus beneficios cognitivos y económicos, dejando ver los estragos a lo largo de los años, y acentuándose irreversiblemente en el ciclo de la adultez tardía o vejez en su nivel de calidad de vida.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, se pudo observar que en cada muestra (A y B) el 82% se encontraron solas, en su mayoría por estar viudas, lo cual confirma la longevidad femenina. Otras por estar solteras, divorciadas o separadas, y solo el 18% en cada grupo (A y B), se encontraron acompañadas por su pareja o esposo. Demostrando que la mayoría están solas en el último ciclo de vida, lo cual puede ser muy desfavorable.

De igual forma, se comprobó que la muestra B al 100%, no se encontraron gozando de salud, a diferencia de la muestra A, quienes al 100% si disfrutaban de la salud, que beneficia el nivel de la calidad de vida. Esto fue expresado por Papalia en el 2010, al referir que las personas de posición económica baja, suelen contar con una salud deplorable, vinculada a la mala alimentación, los malos hábitos y los limitados servicios de salud. Por lo cual, al considerar estas estadísticas y la longevidad femenina, es vital asumirnos responsables de la problemática que está vivenciando en la actualidad esta población de mujeres mayores de 65 años, y la que aún se encuentra en proceso de envejecimiento.

Por consiguiente, es relevante para todas las mujeres incluso en edades previas, el ir tomando conciencia y control de la propia existencia para cambiar el caótico futuro que se avecina. No obstante, esto solo será posible a través de la educación, ese factor neuroprotector relevante de la alta reserva cognitiva, que ha

quedado identificado en la presente investigación con una fuerte correlación de $r = 0.747$, que a su vez, se traduce en una gran influencia de la buena calidad de vida en las diferentes dimensiones, en las mujeres mayores de 65 años de edad.

Esto ya se había referenciado en el 2013 por Meléndez, Mayordomo & Sales quienes argumentaron con base en su investigación, que las personas con altos niveles educativos mantenían una alta reserva cognitiva que les permitía preservar las funciones cognitivas, teniendo un menor riesgo de demencias como el Alzheimer, e incluso modificando o paleando el curso de las ya existentes. Esto es indudable en el contexto actual pandémico, en donde las secuelas cognitivas por COVID-19, han sido relevantes, y al mismo tiempo más fáciles de afrontar y salir adelante para las personas con una robustecida reserva cognitiva.

Sin embargo, de acuerdo a las investigaciones de Cadar y colaboradores, realizadas en Europa en el 2017, al evaluar a la educación como marcador de la reserva cognitiva en el rendimiento de la memoria, solo encontraron relación positiva con el rendimiento mental. Por lo tanto, no lograron apreciar la protección de la educación sobre la memoria, por lo cual, para ellos no parece moderar el deterioro cognitivo. De acuerdo a los resultados obtenidos en las investigaciones previas como las de Rami et al. (2011), no es posible compartir esa opinión, debido a que las personas con una alta reserva, se encuentran con más factores de protección para evitar, moderar e incluso palear el deterioro cognitivo.

De este modo, es relevante al observar como la educación al ser ese factor neuroprotector de la cognición, logra aportar no solo la protección, sino también, la flexibilidad para la estimulación latente, que robustece los procesos cognitivos. En este sentido, en la presente investigación es posible apreciar que al contar con la formación académica superior, es decir, mayor reserva cognitiva, se ejerce fácilmente los retos cognitivos integrándose estas mujeres al mayor número de actividades de aprendizaje, que estimulan sus procesos, e incluso dan contención al posible replanteamiento frente a los nuevos retos en sus actuales proyectos de vida en los diferentes contextos con la perspectiva de longevidad actual.

Lo anterior, debido a que las mujeres que buscan el aprendizaje y la estimulación cognitiva, lo hacen en actividades con contenido, es decir que, hasta escuchar la radio o ver la televisión, (ocio sedentario) lo harán buscando esos programas que les aporte a su cognición. Esas son las mujeres que tienen más conocimiento debido a la formación superior, que está relacionada directamente con la formación de sus padres, que sin duda, les aportaron en su sistema de creencias y esquemas del pensamiento, el valioso tesoro del saber. Manteniendo un enfoque en la estimulación cognitiva del aprendizaje, que les permite gozar de alta reserva cognitiva traducida en consciencia, salud y calidad de vida.

Dado que la formación superior está vinculada al aprendizaje, no es raro ver a estas mujeres mayores de 65 años, tomando cursos o capacitándose continuamente, y esto les hace estar más informadas, incluso en la forma de cuidarse y mantenerse sanas con base a un estilo de vida más saludable. Recordando con lo anterior lo ya referido por León, García-García & Roldan-Tapia en el 2016, al expresar que el estilo de vida activo se relacionaba con un envejecimiento exitoso y la calidad de vida de los adultos mayores de 65 años.

Así mismo, el estilo de vida activo incluye esas actividades de estimulación cognitiva a través de juegos intelectuales y la interacción social, que es de gran relevancia en toda etapa del ciclo vital. Esto por el mantenimiento y la estimulación de los procesos, preservando el vínculo que se crea con las personas con las que se interactúa, y por los lazos de amistad que se refuerzan en la convivencia.

Por otro lado, una mayor formación académica o superior se relaciona a un mejor desempeño en el área laboral. Ya sea como profesionistas o directivos, el rendimiento cognitivo es más exigente, de modo que a lo anterior se pueden sumar las capacitaciones, que en la actualidad son parte vital del desempeño laboral y son implementadas periódicamente por las empresas. Los idiomas o las actividades de ocio enfocadas en el aprendizaje, también permiten favorablemente, continuar robusteciendo esa reserva cognitiva ya lograda con antelación.

Por consiguiente, frente a un mejor desempeño laboral es indudable una mejor remuneración económica, que a su vez, se traduce en mejor ambiente, relaciones sociales de calidad, más satisfacción existencial, estabilidad económica y tranquilidad. Sumando lo anterior, los mejores servicios médicos, la mejor alimentación y la posibilidad del autocuidado, que contribuye a la salud física, favoreciendo las condiciones para la salud psicológica y la buena calidad de vida.

Por lo tanto, es relevante el gran beneficio que aporta la reserva cognitiva a la calidad de vida de las mujeres. Esto se logró contrastar entre las muestras (A y B), al evidenciar como el primer grupo era capaz de sumar actividades de aprendizaje, mientras que el segundo no buscaba estimulación para sus procesos cognitivos en la más mínima actividad, como podrían ser los juegos intelectuales. Lo anterior permite inferir que, en las actividades de ocio sedentario, al oír o ver la televisión e incluso leer, no se cuente con contenido relevante, es de bajo aporte, que lejos de sumar a sus procesos les iría mermando, hasta quedar desprotegidos frente al deterioro cognitivo y la actual pandemia.

Por lo que, de acuerdo con los resultados observados de la baja reserva cognitiva vinculada a la mala calidad de vida, aunado al estar solas, enfermas y con mala economía, expuestas al lacerante e irreversible deterioro cognitivo, que se une al actual contexto pandémico y al no tan lejano aumento del envejecimiento poblacional, que limitara más los recursos. No es factible ser positivos, ante la ya evidente realidad que nos afecta a todos. Por lo tanto, es importante ser conscientes al accionar nuestros recursos de frente a la caótica problemática.

En el 2015 el investigador de nombre Leite, al evaluar la capacidad funcional y cognitiva de los adultos mayores que mermó la calidad de vida, constató que la funcionalidad está relacionada con la capacidad de autocuidado, la integridad física, el estado intelectual, el estado mental y las interacciones sociales. Con base en esto, se podría intervenir a través de los talleres psicoeducativos virtuales de inclusión, estimulación, educación, confrontación y contención. Enfocados en el envejecimiento óptimo de las mujeres, en el contexto pandémico por COVID-19.

Conclusiones

En la presente investigación, se evaluó a un total de 22 mujeres mayores de 65 años, divididas en dos muestras, A y B. La primera (A) perteneciente a grupos culturales o académicos con estudios superiores. La segunda muestra (B) perteneciente a grupos de comercio ambulante o empleadas de casa, sin estudios superiores.

Al evaluar el nivel de reserva cognitiva en ambas muestras, fue determinante observar como la educación o formación académica al 100% representó el factor neuroprotector más importante para sumar a la reserva cognitiva, y a su vez, su vinculación con otros factores que aportaron a los procesos cognitivos como son: los cursos de formación, juegos intelectuales, la ocupación laboral y la actividad lectora entre otras actividades, que benefician la calidad de vida de las mujeres.

Así mismo, se reflejó que los estudios de los padres al 100%, están directamente relacionados con los anteriores resultados. Lo que hace recordar sobre la estructura familiar, que llega a tamizar la experiencia de cada uno de sus miembros, y como esta modifica el aprendizaje y por consiguiente las pautas de conducta, la familia es un grupo que se transforma (Minuchin, 1998).

Fue determinante observar como las actividades de ocio sumaron a la calidad de vida, especialmente en el grupo A, por la estimulación que ofrecen a los procesos cognitivos con las actividades de ocio social, las de ocio aprendizaje y las de ocio saludable que contrastaron evidentemente con la segunda muestra (B).

Se logró identificar la calidad de vida en ambos grupos, en los cuales el promedio fue evidentemente más elevado para la muestra del grupo A con un total de 89.18 ± 10.477 , comparado con la segunda muestra del grupo B con un promedio de $59.09 \pm 4,392$. Lo cual refleja una mayor calidad de vida para el primer grupo (A), de mujeres mayores de 65 años con estudios superiores.

Se comprobó que a mayor reserva cognitiva, es mayor la calidad de vida en la muestra (A), esto al obtener una correlación fuerte de $r = 0.747$, comparado con la correlación débil de la muestra (B) de $r = 0.370$. Con lo anterior, se deja ver la influencia de la reserva cognitiva para el nivel de calidad de vida de las personas.

En la presente investigación, se deja plasmado todo un cúmulo de información, que indudablemente va respaldado por grandes teóricos y sus constructos. Así mismo, por toda la información recabada y analizada por las estadísticas (SPSS) con los números plasmados en los resultados obtenidos.

Los números en las estadísticas que han proyectado el futuro, irán emergiendo con el paso veloz de los años a la nueva realidad, que exige replantear y muy en especial accionar aquellos mecanismos que puedan palear e incluso contrarrestar, la problemática emergente del caótico contexto mundial.

De tal forma, como la actual pandemia que mirándola desde lejos en otros países, tarde o temprano al nuestro llegó haciendo sus estragos. Así mismo, los estragos por el cambio poblacional llegarán, a menos que se asuma la conciencia social de la actual realidad, y se actué en favor de las mujeres adultas mayores que más vulnerables son y están. Generando una nueva cultura para derribar los muros de la discriminación por el paradigma de la vejez y sembrando la conciencia del autocuidado para un envejecimiento activo y positivo para todas las mujeres.

Es por todo lo anterior, que la presente investigación da una pauta para concientizar, la inclusión, protección y bienestar de las mujeres incluso en edades previas a los 65 años, con visión hacia la longevidad óptima que de beneficio a su calidad de vida. A través de la propuesta de un programa de intervención, al implementar los talleres psicoeducativos virtuales que llevan por nombre: “Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad”

Por un mejor presente y futuro de todos, en los diferentes sectores público o privados, políticos, de salud, educativos, culturales, sociales familiares, e incluso personales. Es trascendental considerar esta investigación, para aportar un

cambio verdadero, como resultado del relevante aprendizaje que se puede brindar con los talleres psicoeducativos virtuales, al ser estos una pequeña luz que vislumbra exponencialmente al no tan lejano pero caótico abismo de la población envejecida, que emerge velozmente y en el cual la educación puede ser la base y la solución, para romper con los dañinos paradigmas, e introyectar los nuevos sistemas de creencias, en los esquemas del pensamiento social para promover la inclusión y autocuidado, con base en la sensibilización, estimulación, educación, confrontación y contención, de las mujeres incluso en edades previas a los 65 años, con visión hacia la longevidad desde un envejecimiento óptimo y saludable que beneficie su calidad de vida.

Para concluir, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, al observar que es la educación el factor neuroprotector más relevante de la reserva cognitiva, que influye en la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años e incluso en las edades previas, es imprescindible en el actual contexto atípico histórico por COVID-19, que cada mujer en la adultez media se asuma consciente y responsable al expresar:

Estoy “Preparándome para Disfrutar el Placer de mi Vejez con Calidad”

Concluyendo esta investigación con los resultados obtenidos, se hace el señalamiento al coincidir la educación, con una frase que hoy hace eco frente al factor neuroprotector más relevante de la calidad de vida de las mujeres mayores de 65 años de edad. Esta frase tan bella y de gran contenido citada por, Benito Juárez García el Benemérito de las Américas. Hoy se actualiza de frente a la presente investigación en la cual la educación no solo aporta felicidad social, es decir, hoy la educación es vital para la valiosa salud de los procesos cognitivos que permean y son indispensable para la salud física, psicológica, el ambiente y las relaciones sociales en la calidad de vida. “Libre, y para mí sagrado, es el derecho de pensar. La educación es fundamental para la felicidad social; es el principio en el que descansan la libertad y el engrandecimiento de los pueblos” (GOBIERNO DE MEXICO, 21 de Marzo del 2021).

Recomendaciones

A partir de los cuestionamientos observados y detectados a lo largo de la presente investigación, se pretende realizar las recomendaciones pertinentes que sirvan a las futuras investigaciones que guarden relación directa con las variables de la reserva cognitiva, la calidad de vida y los cambios poblacionales en referencia a los adultos mayores de 65 años.

Para los futuros estudios e investigaciones, se recomienda la implementación de una mayor cantidad de mujeres participantes para ambas muestras. Pues, debido al contexto pandémico atípico actual por el COVID-19, una de las limitantes de la investigación fue la muestra, que por su edad (mayores de 65 años) eran la población más vulnerable.

Así mismo, se pueden controlar las muestras con relación a las actividades de ocio, que sin duda pueden aportar aun mayor información a futuro, por la relevancia con la cual se están implementando y los beneficios que aportan.

El COVID-19 y sus variantes que mutan día con día, son sin duda una pandemia que aún tiene tantas secuelas en los procesos psicológicos por emerger. Y es evidente que la reserva cognitiva es un campo fértil de estudio en esta área cognitiva tan relevante por su magnitud y trascendencia mundial.

Se sugiere implementar más investigaciones con base en el cambio poblacional, y por consiguiente, en las problemáticas de los adultos mayores con base en, el deterioro cognitivo y sus secuelas que puede llegar a ser una de las futuras pandemias, unidas a las ya presentes secuelas por COVID-19 y variantes que ya son temas actuales y relevantes de estudio para ser abordados.

Por consiguiente, también se sugiere la implementación de todo tipo de programas que sumen a la problemática que se avecina a pasos agigantados por el cambio poblacional, no solo a nivel mundial, sino contextual en México.

Referencias

- Alonso-Sánchez, María Francisca. (2017). Caracterización de las actividades de ocio como factor de Reserva Cognitiva: una revisión sistemática. *Medicina naturista*. 11(2): 62-68.
- Ardila-Ardila. A., & Ostrosky-Solís F. (2008). Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas. *Revista Neuropsicológica, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (1) 1-21.
- Barómetro de Junio (2017). Estudio N^o 3179. Pregunta 9. En general ¿En qué suele emplear su tiempo libre? *Centro de Investigación Sociológica (CIS)*
http://datos.cis.es/pdf/Es3179mar_A.pdf
- Bartrés-Faz, D., Solé-Padullés. C. Junqué, C., Rami, L., Bosch, B., Bargalló, N., Falcón, C., Sánchez-Valle, R., & Molinuevo, J. L. (2009). Interactions of cognitive reserve with regional brain anatomy and brain function during a working memory task in healthy elders. *Biological Psychology*. 80:256-9
- Begoña, D. E. (2009) *Psicología del desarrollo Desde la infancia a la vejez*. Mc Graw Hill Vol. 2
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Burba, C., González, V. M., Luque, M., et al. (2021). *Vejez y diversidad*. Editorial Brujas. Elibro.
- Cadar, D., Robitaille, A., Clouston, S., Hofer, S. M., Piccinin, A. M., & Muniz-Terrera, G. (2017). An International Evaluation of Cognitive Reserve and Memory Changes in Early Old Age in 10 European Countries. *Neuroepidemiology*, 48(1-2), 9-20. <https://doi.org/10.1159/000452276>
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: Rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión.

Revista médica de Chile, 146(3), 315-322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

- Cardona-Arias., Jaiberth Antonio., & Higueta-Gutiérrez, Luis Felipe. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es
- Casavilca-Zambrano, Sandro., Cancino-Maldonado, Karina., Jaramillo-Valverde, Luis., & Guio, Heinner. (2019). Epigenética: la relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. *Revista de Neuropsiquiatr.* 82 (4), 266-273
- Chomsky, N. (1998). *Una aproximación naturalista a la mente y al lenguaje*. Editorial Prensa Ibérica.
- Centro de Investigación Sociológica (CIS) (2017). Barómetro de Junio. Estudio nº 3179; *Ante la pregunta 9 ¿en qué suele emplear su tiempo libre?* Consultado: http://datos.cis.es/pdf/Es3179mar_A.pdf
- Cobos Lazo, F. A. (2020). *Psicología en el adulto mayor: envejecimiento, salud y bienestar*. Instituto Superior Tecnológico American College. <https://elibro.net/es/ereader/unila/158437?page=10>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015). *Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas* GOBIERNO DE MÉXICO. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico
- Cornachione Larrinaga, M. A. (2016). *Psicología del desarrollo. Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/78199>

- Del Barrio Truchado, E. (2007). *Uso del tiempo libre entre las personas mayores*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, N° 27. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Erikson, Erik. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Paidós.
- Erikson, Erik. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Carrasco, L. M., & Bunout, Daniel. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. Med. Chile* 139; 579-586.
- Ferradás Canedo, M. D. M., & Freire, Rodríguez. C. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Ediciones Pirámide.
<https://elibro.net/es/ereader/unila/115616?page=10>
- Franz J. M. (1996). Herencia y Ambiente: una aproximación interactiva hacia el talento. *Revista de Psicología de la PUCP*. 14 (2).
- García, M. A., Moya, L. M., & Quijano, M. C. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403.
<https://doi.org/10.22379/2422402258>
- GOBIERNO DE MEXICO (21 de Marzo del 2021) *Benito Juárez Impulsor de la educación en México*. Coordinación General @prende.mx.
<http://www.gob.mx>
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. (2005). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.
- González, Karla. D. (2015). *Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas Consejo Nacional de Población*

CONAPO [Consejo Nacional de Población]. Gobierno de México.
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico

González, M. F., Facal, D., & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas. Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 6(3), 34-42.
<https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>

Gutiérrez, Cuéllar. P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral*. 26(75), 197-237. <https://doi.org/10.32870/eees.v26i75.7024>

Hernández Sampieri Roberto. (2014). *Metodología de la investigación científica*. Mc Graw-Hill. 6 ed.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Observatorio de personas Mayores (2010). *Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas: del IMSERSO*. Capítulo 6 (pp 284-306). INFORME 2010, Estadístico N° 22023.
https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/coleccioness/informacion_publicacion/index.htm?id=36

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (12 de mayo 2018). *Conapo e Inapam, de la mano en la atención del envejecimiento*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (17 de febrero 2018). *Decálogo de los derechos de las personas adultas mayores*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/aticulos/inapam-hoy-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (5 de marzo 2019). *Envejecimiento y Vejez*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual review of psychology*, *55*, 305-331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Leahey, T. H. (2004). *Historia de la Psicología*. 6ª ed. Pearson Prentice Hall.
- Leite, M. T., Castioni, D., Kirchner, R. M., & Hildebrandt, L. M. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, *14*(37), 1-11.
- León, I., García-García, J., & Roldán-Tapia, L. (2016). Escala de Reserva Cognitiva y envejecimiento. *Anales de Psicología*, *32*(1), 218-223.
- Lorena Rami., & David Bartz Faz. Reserva cognitiva: estudio científico y cuestionario (en línea). Circunvalación del Hipocampo, mayo 2011
Consultado: <https://www.hipocampo.org/originales/original0010.asp>
- Maldonado, S. M. Rosas, R. E., & Camacho, G. E. (2019). *Vejez y envejecimiento*. Guadalajara, México. ITESO. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Consultado: <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/130071>
- Marciano, E. (09 de octubre del 2021). *Chomsky, la naturaleza humana, el lenguaje y las limitaciones de la ciencia y una propuesta complementaria inspirada en C. S. Lewis*. Facultad de Filología, Universidad Complutense de Madrid. <https://www.unav.edu/web/ciencia-razon-y-fe/chomsky-la-naturaleza-humana-el-lenguaje-y-las-limitaciones-de-la-ciencia>
- Meléndez Moral, J. C., Mayordomo Rodríguez, T., & Sales Galán, A. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, *12*(1), 73-80.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.casa>

- Mias, C. D. (2018). *Metodología de investigación, estadística aplicada e instrumentos neuropsicología: guía práctica para investigación*. Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/106711>
- Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Editorial Paidós.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Monroy, L. A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. <http://amapsi.org/web/articulos/aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>
- Moreno-Crespo, P. (Coord.), Moreno-Fernández, O. (Coord.) & Cejudo-Cortés, A. (Coord.). (2018). *Envejecimiento activo: un reto socioeducativo*. Ediciones Octaedro, S.L. <https://elibro.net/es/ereader/unila/158294>
- Oblitas, Luis. A. (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad* Universidad Nacional Autónoma de México. 16 (1).
- Ocampo-Osorio, E., Giraldo-López, J. A., Montoya-Arenas, D. A., & Gaviria, A. M. (2018). Reserva cognitiva y rendimiento cognitivo en adultos mayores sanos con historia de práctica musical reglada. *Medicina U.P.B.*, 37(2), 97-106.
- Olivi, A., Fadda Cori, G., & Pizzi Kirschbaum, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Pap. Poblac.* 21(84), 227-249.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ediciones de la OMS. http://www.who.int/about/licencing/copyright_form/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida*. Foro Mundial

de la Salud. Ginebra, Suiza. Vol. 17.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Envejecer bien, una prioridad mundial*. Comunicado de prensa. Ginebra.

<https://www.who.int/es/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Envejecimiento y salud*

Comunicado de prensa. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1999). *Los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Departamento de asuntos económicos y sociales.

<https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2019) *Envejecimiento. Perspectivas de la Población mundial de 2019, para 2050*. Departamento de asuntos económicos y sociales. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) *74ª Asamblea Mundial de la Salud. 29 de mayo del 2021*. <https://www.who.int/es/news/item/29-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-29-may-2021>

Papalia, D. E., Harvey, L. S., Duskin Feldman., & Cameron J. C. (2009). *Desarrollo del Adulto y vejez*. Mc Graw Hill. 3 ed.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2015). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill. 13 ed.

- Papalia, D. E., Wendkos, O. S., & Duskin, F. R. (2010) *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill. 11 ed.
- Perea, Quesada. R. (2018). *Educación para la salud y calidad de vida*. Ediciones Díaz de Santos. <https://elibro.net/es/ereader/unila/57550?page=27>
- Perez, L. Perez, R., & Seca, M. V. (2020). *Metodología de la investigación científica*. Editorial Maipue. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/138497>
- Phil Wood., & Smith, J. (2017). *Investigar en educación: conceptos básicos y metodología para desarrollar proyectos de investigación*. Narcea Ediciones. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/46288>
- Piaget, J. (1974). *Psicología del niño*. Morata.
- Piaget, J. (1976). *Problemas de epistemología genética*. Ariel.
- Piaget, J. (1980). *Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget*. Creative Commons Attribution Share Alike. 3,1-13.
- Quintanilla Cobián, L. (Coord.), García Gallego, C. (Coord.), & Rodríguez Fernández, R. (Coord.). (2020). *Fundamentos de Investigación en Psicología*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://elibro.net/es/ereader/unila/167595?page=141>
- Quintanilla, M. (2000) *Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano*. Mons.
- Rami, L., Valls-Pedret, C., Bartrés-Faz, D., Caprile, C., Solé-Padullés, C., Castellví, M., & Molinuevo, J. L. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*. 52(4), 195-201.

- Rodríguez Cabrera, R. (2013). *Longevidad y sus implicaciones*. Editorial Alfil, S. A. de C. V. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/40860>
- Sáez Narro, N., Aleixandre Rico, M., & Meléndez Moral, J. C. (1994). Actividad y Tiempo Libre en la Tercera Edad. Dpto. Ps. Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia. *Revista de Psicología de la Educación*. 14, 5-24.
- Sánchez, G., & Pérez, M. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez; atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana Medicina G*. 24 (2); 1-7.
- Santrock, J. W. (2003). *Psicología del desarrollo*. Infancia (7 ed.). Mc Graw-Hill.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo*. El ciclo vital (10 ed.). Mc Graw-Hill.
- Stern, Y. (2006). Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20(2), 112-117.
- Taleisnik, S. (2021). *¿Por qué mueren las neuronas?* Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/183420>
- Triadó, C. (2015). *Psicología de la vejez*. Difusora Larousse. Alianza Editorial. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/45413>
- Valenzuela, M.J., & Sachdev, P. (2007). Assessment of complex mental activity across the lifespan: development of the Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ). *Psychological Medicine*.
- Vásquez-Amézquita, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 11(1); 5-11.
- Vázquez Romero, J. M. (2012). Grandes de la Educación: Víctor de Aveyron y Jean Itard. La educación del salvaje. *Padres y Maestros / Journal of Parents*

and Teachers, (347). Consultado:

<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/577>

Vygotsky, L. S. (1995). *Pensamiento y Lenguaje Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Fausto.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida*. Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Wikee, G., & Martella, D. (2018). Capacidad física y reserva cognitiva como factores protectores de las funciones atencionales en adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 146(5); 570-577. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000500570>

Zanelli, J. C. (2020). *Jubilación, prioridades de la vida para ser bien vivida: cuidarse para disfrutar*. Programa Editorial Universidad del Valle. <https://elibro.net/es/lc/unila/titulos/189391>

Anexos

Anexo 1 Cuestionario de Reserva Cognitiva (Rami et al; 2011).

VARIABLES A EVALUAR	PUNTUACIÓN
ESCOLARIDAD	
• Sin estudios	0
• Lee y escribe de manera autodidacta	1
• Básica (< 6 años)	2
• Primaria (≥ 6 años)	3
• Secundaria (≥ 9 años)	4
• Superior (Diplomado-Licenciatura)	5
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES (al de mayor escolaridad)	
• No escolarizados	0
• Básica o primaria	1
• Secundaria o superior	2
CURSOS DE FORMACIÓN	
• Ninguno	0
• Entre uno y dos	1
• De dos a cinco	2
• Más de cinco	3
OCUPACIÓN LABORAL	
• No remunerado (sus labores)	0
• Remunerado manual	1
• Remunerado no manual (secretariado o técnico)	2
• Profesional (estudios superiores)	3
• Directivo	4
FORMACIÓN MUSICAL	
• No toca ningún instrumento ni escucha música frecuentemente	0
• Toca poco (aficionado) o escucha música frecuentemente	1
• Formación musical reglada	2
IDIOMAS (Mantiene una conversación)	
• Solamente el idioma materno	0
• Dos idiomas	1
• Dos / tres idiomas	2
• Más de dos idiomas	3
ACTIVIDAD LECTORA	
• Nunca	0
• Ocasionalmente (diario o un libro al año)	1
• Entre dos y cinco libros al año	2
• De cinco a diez libros al año	3
• Más de diez libros al año	4
JUEGOS INTELECTUALES (ajedrez, puzzles, crucigramas, etc.)	
• Nunca o alguna vez	0
• Ocasional (entre 1 y 5 al mes)	1
• Frecuente	2
Puntuación Total 25 Puntos	

Fuente: Rami y colaboradores, validaron el cuestionario (CRC) con grupos control (2011).

Puntuación de la reserva cognitiva corresponde: <7 nivel bajo, 7 a 9 media-baja. Entre 10 y 14 media-alta. Puntuaciones ≥ 15 puntos se clasifica en la categoría alta o superior.

Anexo 2 Actividades de ocio (IMSERSO, 2010).

Con base en la pregunta ¿Qué actividades realiza habitualmente?

	ACTIVIDADES	SI	NO
1	LEER		
2	OIR LA RADIO		
3	VER LA TV		
4	IR AL BAR O CAFETERIA		
5	IR AL PARQUE O PASEAR		
6	HACER LAS COMPRAS		
7	MANUALIDADES		
8	ASISTIR A ESPECTACULOS		
9	ASISTIR A UN CENTRO SOCIAL, ASOCIACIÓN DE MAYORES		
10	HACER ALGUN DEPORTE O ACTIVIDAD FISICA		
11	VER A FAMILIARES QUE VIVEN EN OTRO DOMICILIO		
12	IR A LA IGLESIA O PARROQUIA		
13	BAILAR		
14	ASISTIR A CLASES		
15	ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO SOCIAL		
16	USAR EL ORDENADOR (COMPUTADORA)		
17	NAVEGAR POR INTERNET		
18	OTRAS ACTIVIDADES		

Fuente. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2010).

Se califica dando un valor a las actividades que se realizan, por lo cual a mayores actividades realizadas, será mayor el puntaje.

Anexo 3 Calidad de vida WHOQOL-BREF (1996)

WHOQOL-BREF 26 ítems.
Organización Mundial de la Salud (OMS 1996)
Validado por Cardona-Arias (2014).

Antes de comenzar con la evaluación nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted, haga un círculo en la respuesta que le parezca la opción correcta para usted, o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre _____ Mujer _____ **¿Cuándo nació?** Día _____ Mes _____ Año _____

¿Qué estudios tiene? Ninguno _____ Básico _____ Medio _____ Superior _____

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a _____ Separado/a _____

Casado/a _____ Divorciado/a _____ En pareja _____ Viudo/a _____

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí _____ No _____

Tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____ **Enfermedad/Problema.**

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las **dos últimas semanas**

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta						
		Muy mala	Regular	Normal	Buena	Bastante buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecha	Un poco insatisfecha	Lo normal	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
2	¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la					

	vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida						
		Muy insatisfecha	Poco	Lo normal	Bastante Satisfecha	Muy satisfecha
16	¿Qué tan satisfecho/a está con su sueño?					
17	¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la					

	vida diaria?					
18	¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23	¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.						
		Nunca	Rara mente	Moderada mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?					

Fuente: WHOQOL-BREF 26 ítems (OMS). Cuestionario Validado por Cardona-Arias (2014).

En la medida que se contestan más ítems positivos, arrojarán un mejor nivel de calidad de vida en las diferentes dimensiones (Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente)

Nota: Algunas preguntas del cuestionario original se adaptaron para ser mejor entendidas en el contexto de aplicación. Y las respuestas se transformaron según puntaje a niveles.

Anexo 4 Consentimiento informado para la primera muestra (A)

Con sentimiento informado integrado en formulario de Google Forms, como requisito fundamental para participar en la investigación.

Consentimiento informado para la primera muestra (A)

Primer grupo, 11 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a grupos culturales o académicos (*Con estudios superiores*).

Liga del formulario: <https://forms.gle/mwrCTAWqck2QVYKW8>



Investigación Académica de Aspectos de su ⌵ ⋮ Calidad de Vida

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario tiene como objetivo: recolectar de manera voluntaria la información sobre los aspectos de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida esta información será totalmente confidencial, no representando ningún daño para su salud e integridad. Cabe resaltar que tiene el derecho a no participar en el estudio, sin embargo con sus datos aportados será beneficiada a la investigación académica. Por lo cual se le agradece de antemano su valiosa participación.

INSTRUCCIÓN GENERAL

Se le pedirá responder algunas preguntas, por favor conteste lo más rápido y honestamente posible, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, todas las respuestas son importantes y suman a la investigación académica. ¡Gracias!

Acepto participar en esta investigación. ★

Sí

No

Anexo 5 Consentimiento informado para la segunda muestra (B)

Con sentimiento informado integrado en formulario de Google Forms, como requisito fundamental para avanzar en la recolección de la información

Consentimiento informado para la segunda muestra (B)

Segundo grupo: 11 mujeres mayores de 65 años pertenecientes a grupos sociales de comercio ambulante o empleadas de casa (*Sin estudios, o básicos*).

Liga del formulario: <https://forms.gle/Vb3fR9MqCuN4Wepw6>



Sección 1 de 8

Investigación Académica de Aspectos de su Calidad de Vida

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario tiene como objetivo: recolectar de manera voluntaria la información sobre los aspectos cognitivos, esta información será totalmente confidencial, no representando ningún daño para su salud e integridad. Cabe resaltar que tiene el derecho a no participar en el estudio, sin embargo con sus datos aportados será beneficiada a la investigación académica. Por lo cual se le agradece de antemano su valiosa participación.

INSTRUCCIÓN GENERAL

Se le pedirá responder algunas preguntas, por favor conteste lo más rápido y honestamente posible, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, todas las respuestas son importantes y suman a la investigación académica. ¡Gracias!

Acepto participar en esta investigación. *

Sí

No

Anexo 6 Formulario de Google Forms

Los formularios fueron dos diferentes ligas, con el mismo contenido, solo se cambió el color para distinguir las respuestas de las muestras (A y B). Sin el consentimiento informado aceptado era imposible avanzar en el cuestionario.

Acepto participar en esta investigación. *

Sí

No

Sexo *

Mujer

Hombre

¿Qué edad tiene? *

Texto de respuesta corta

.....

¿Qué estudios tiene? *

Básicos

Medios

Superiores

¿Cuál es su estado civil? *

Soltero /a

Separado/a

Casado/a

Divorciado/a

En pareja

Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? *

Sí

No

Investigación académica de aspectos de su calidad de vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la mente. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

1- ¿Cómo calificaría su calidad de vida? *

- Muy mala
- Regular
- Normal
- Buena
- Bastante buena

2- ¿Qué tan satisfecha está con su salud? *

- Muy insatisfecha
- Un poco insatisfecha
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas



Descripción (opcional)

3- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

4- ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

5- ¿Cuánto disfruta de la vida? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

6- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

7- ¿Cuál es su capacidad de concentración? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

8- ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

9- ¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

Descripción (opcional)

10- ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

11- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

12- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

13- ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

14- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

15- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? *

- Nada
- Un poco
- Lo normal
- Bastante
- Extremadamente

Después de la sección 4 Ir a la siguiente sección

Sección 5 de 8

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

Descripción (opcional)

16- ¿Qué tan satisfecho/a está con su sueño? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

17- ¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

18- ¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

19- ¿Qué tan satisfecho/a está de si mismo? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

20- ¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

21- ¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

22- ¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

23- ¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? *

- Muy Insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

24- ¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? *

- Muy insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

25- ¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona? *

- Muy insatisfecha
- Poco
- Lo normal
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

Después de la sección 5 Ir a la siguiente sección

Sección 6 de 8

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

Descripción (opcional)

26- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión? *

- Nunca
- Raramente
- Moderadamente
- Frecuentemente
- Siempre

Después de la sección 6 Ir a la siguiente sección

Investigación de aspectos cognitivos



A continuación se le pide conteste las siguientes preguntas, debe elegir la opción de respuesta que corresponda a usted.

1- Escolaridad *

- Sin estudios
- Lee y escribe de manera autodidacta
- Básica (< 6 años)
- Primaria (≥ 6 años)
- Secundaria (≥ 9 años)
- Superior (Diplomado-Licenciatura)

2- Escolaridad de los padres (marcar al de mayor escolaridad) *

- No escolarizados
- Básica o primaria
- Secundaria o superior

3- Cursos de formación *

- Ninguno
- Entre uno y dos
- De dos a cinco
- Más de cinco

4- Ocupación laboral *

- No remunerado (sus labores)
- Remunerado manual
- Remunerado no manual (secretariado o técnico)
- Profesional (estudios superiores)
- Directivo

6- Formación musical *

- No toca ningún instrumento ni escucha música frecuentemente
- Toca poco (aficionado) o escucha música frecuentemente
- Formación musical reglada

6- Idiomas (Mantiene una conversación) *

- Solamente el idioma materno
- Dos idiomas
- Dos / tres idiomas
- Más de dos idiomas

7- Actividad lectora *

- Nunca
- Ocasionalmente (diario o un libro al año)
- Entre dos y cinco libros al año
- De cinco a diez libros al año
- Más de diez libros al año

8- Juegos intelectuales (ajedrez, puzzles, crucigramas, etc.) *

- Nunca o alguna vez
- Ocasional (entre 1 y 5 al mes)
- Frecuente

Después de la sección 7 Ir a la siguiente sección

Sección 8 de 8

Actividades de los aspectos cognitivos

A continuación se le pide conteste las siguientes preguntas, debe elegir la opción de respuesta que más corresponda a usted de acuerdo a la siguiente pregunta: ¿Qué actividades realiza habitualmente?

1- LEER *

- SI
- NO

2- OIR LA RADIO *

- SI
 NO

3- VER LA TV *

- SI
 NO

4- IR AL BAR O CAFETERIA *

- SI
 NO

5- IR AL PARQUE O PASEAR *

- SI
 NO

6- HACER LAS COMPRAS *

- SI
 No

7- MANUALIDADES *

- SI
 NO

8- ASISTIR A ESPECTACULOS *

- SI
 No

9- ASISTIR A UN CENTRO SOCIAL O ASOCIACIÓN DE MAYORES *

- SI
 No

10- REALIZAR ALGUN DEPORTE O ACTIVIDAD FISICA *

- SI
 No

11- VER A FAMILIARES QUE VIVEN EN OTRO DOMICILIO *

SI

No

12- IR A LA IGLESIA O PARROQUIA *

SI

No

13- BAILAR *

SI

NO

14- ASISTIR A CLASES *

SI

No

15- ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO SOCIAL *

SI

No

16- USAR LA COMPUTADORA *

SI

No

17- NAVEGAR POR INTERNET *

SI

No

18- OTRAS ACTIVIDADES *

Texto de respuesta corta

.....