Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2015

Reserva cognitiva y participación social significativa

Linaza, Guillermina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/252

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

“Reserva cognitiva y participación social significativa”.

Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social para optar el Título de Licenciatura en Terapia Ocupacional

AUTORAS: Linaza, Guillermina y Plana, Sofía

DIRECTORA: Dra. Deisy Krzemien

CO-DIRECTORA: TO. Mónica Sgalia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

- BUENOS AIRES – ARGENTINA -

2015

..."Fue un salto ínfimo, disimulado.

Un mínimo cambio de ritmo apenas, un paso cambiado.

Y dos cuerdas que resuenan con un mismo número en distintos lados.

O el paso exacto de dos soldados, como dos focos intermitentes.

Súbitamente así, sincronizados.

Dos paseantes distraídos han conseguido que el reloj de arena de la pena pare.

Que se despedace, y así seguir el rumbo que el viento trace.

Ir y venir, seguir y guiar, dar y tener.

Entrar y salir de fase.

Amar la trama más que al desenlace..."

Jorge Drexler

Un especial agradecimiento a nuestra directora de tesis Deisy Krzemien, quien generosamente nos brindo la posibilidad de comenzar de nuevo, brindando todo su conocimiento y transmitiendo su vocación, dedicación y compromiso con la investigación científica. Gracias Deisy por acompañarnos en este periodo final, por la responsabilidad y el esmero que pusiste en nuestro trabajo, pero sobre todo por la generosidad y paciencia con que nos enseñaste y abriste las puertas de tu trabajo.

Gracias Mónica Sgalia, quien se unió desinteresadamente a este equipo. Agradecidas por tu comprensión y predisposición. Por motivarnos a seguir.

Sofía y Guillermina ♥

Agradecimientos...

"Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma"

Julio Cortázar

A mis papas por haberme acompañado en este camino y haberme ensañado que no hay nada que pueda ser más grande que la vocación para seguir adelante, por haberme sostenido en los momentos más difíciles y haber compartido las alegrías.

A mi hermana por aguantar mis locuras y respetar mis tiempos y mis nervios ante cada examen.

A mis nonos por ser incondicionales para lo que necesite y acompañarme en estos años con su compañía y amor infinito, en cada final, en cada etapa.

A mis amigas de la vida por estar siempre para compartir las alegrías y las tristezas, por todos estos años de amistad incondicional, por entender mis tiempos y locuras, por aguantarme y sostenerme cuando más lo necesite.

A mis amigos de la facu que en estos años hemos crecido juntos, hemos tropezado y nos hemos levantado y nadie como ellos entiende lo que significa este logro. No hay mayor regalo de este paso por la Universidad que me pueda llevar que el haber compartido con tan bellas personas.

A mi amiga Guille incondicional, con quien tengo la gracia de compartir el amor por esta profesión y terminar esta etapa que hemos transitado juntas, gracias por acompañarme, por sostenerme cuando más lo necesite, por ser el empuje cuando ya no quedaban fuerzas, por todos los años compartidos, por confiar en mí. Gracias por compartir el desenlace, pero sobre todo la trama...Gracias!!

Gracias a todos los que formaron parte de esta etapa de mi vida, a los que me acompañaron por un largo tiempo, los que quedaron de pasada y aquellos que aun hoy siguen a mi lado. Gracias porque la felicidad solo es real cuando es compartida.

Sofi ♥

"Para mí, la vida en su totalidad es buena.

Y cuando entiendes la vida en su totalidad,

sólo entonces puedes celebrar, de otra forma no.

La celebración es incondicional; celebro la vida.

La celebración es mi actitud, incondicional a lo que la vida me da."

Osho

Y es así, que hoy estoy celebrando. Celebrando el fin de una etapa y el comienzo de otra. Pero no estoy sola, a esta celebración están todos invitados. Y vaya qué alegría compartir con todos los que me han acompañado en esta hermosa etapa, en este intenso recorrido que llevó unos cuántos años. El que comenzó con una adolescente quien había dejado a su familia y amigos en su ciudad para atreverse a un sueño, una meta que en ese momento resultaría inalcanzable. Con muchas incertidumbres y también miedos me entré sin saber muy bien de que se trataba. Y aquí me encuentro feliz, sintiendo que la decisión que tomé con tan pocos años fue lo mejor que podría haber hecho. En una ciudad maravillosa como Mar del Plata, agradecida por todo lo que me ha dado.

Celebrando me encuentro con mi familia: mi mamá, gran mujer, madraza como pocas, sostén incondicional; papá, gran hombre luchador, incansable y mis hermanos, hermosos tesoros que la vida y mis papás me regalaron. Anita, bello ángel quien está en todos lados, en cada cosa, momento o persona, en cada niño con el que comparto. La

impulsora, el motivo de esta maravillosa elección. Eze, ya un hombre, en la búsqueda, risa pícara si las hay. Fran, un aire fresco, respiro y suspiro, un ser tan sensible, cuánto aprendizaje. Pao, hermoso reencuentro en este camino, cuánto por aprender juntas. Familia... Agradecida por y de por vida. Gracias por tanto tanto amor.

Claro que no puedo dejar de agrandar la familia. Los abuelos Oscar y Nona, siempre presentes con sus rezos. El llamado de unas horas antes de cada examen, para tener el rezo en simultáneo de la abuela María, nunca falló. Gran sostén. La abuela postiza no puede faltar, Mirta: siempre con un carisma, una energía y alegría que desborda. La representación de la gran Lucy. Los tíos, padrinos, primos, y todos los que conforman esta loca y hermosa familia. A cada uno, gracias por estar y acompañar. Y los amigos que son familia, los Brarda, Collar, y todas las familias que siempre están en cada paso. Gracias.

Y sí, celebro muy especialmente con mi gran compañero de vida. Hermoso compartir este camino con vos. Gracias por cada paso juntos, por recordarme lo simple y esencial de la vida. Por enseñarme a honrar cada logro, cada alegría y momento. Gracias por tanto tanto amor.

Y esta gran alegría la comparto con todos mis amigos, con los tantísimos amigos que la vida me cruzó y lo sigue haciendo. Con los que nos encontramos, con los que pasaron, volvieron, los que están y con los que se fueron también. Porque cada persona dejo una pizquita de sí en mí. Aunque el paso haya sido corto, rápido o temporal. Agradecida enormemente, a los amigos de siempre, a los amigos de la escuela, con los que empezamos este gran camino de formación. Al grupo de amigas pampeanas, con las

que compartimos el día a día, como si estuviéramos todas en un mismo lugar, un gran sostén. A los scouts, una gran escuela de vida donde pasé mi adolescencia, grandes amigos y enseñanzas me dejó. A mis payas amigos, hermoso grupo, tan humano, tan amoroso, con una gran tarea. Gracias por aportarle tanto color y alegría a mi vida, por hacer que todo se viera de otra forma, por acompañarme en mi crecimiento, haciéndome pensar y re pensar en mi hacer y ser. A todas las personas que construimos una hermosa amistad a través de mi búsqueda y la de ellos, en este camino de crecimiento, a todas las mujeres maravillosas con las que compartí, gracias.

Una especial co-celebración con los amigos de la facultad. Con los que nos entendemos, con quienes pasamos los nervios pre-exámenes, con los que compartimos alegrías y también frustraciones. Con los que nos acompañamos y sostuvimos, cuando era necesario. Con los que crecimos juntos, soñamos, filosofamos y con los que vimos lejos la meta. Agradecida muy, con los amigos que comenzamos este camino, aquellos que se quedaron, que abandonaron, los que siguieron, con los que nos volvimos a encontrar, y los que seguimos. Gracias a todos ellos.

Y se merece un párrafo aparte de agradecimiento, mi gran compañera de tesis. Con quien compartimos especialmente esta celebración. Mi amiga Sofi, con la que empezamos sin saber que íbamos a terminar juntas. Sin conocer todos los obstáculos que tuvimos que pasar para ver cerquita la meta y poder decir ya estamos. Porque parecía que cuando ya estábamos terminando, la meta se nos alejaba aún más. Pero acá estamos, bien firmes y contentas, celebrando, disfrutando esta gran alegría compartida.

Gracias gracias y mas gracias, por entregarte a esto, caminar y por esta linda amistad que construimos.

No me olvido de agradecer y compartir esta celebración con las personas que me han motivado con su ejemplo, profesionales apasionados y entregados a su labor. Y a las familias, niños, con los que pude compartir todos estos años.

Enormemente agradecida con todas las personas que me acompañaron, empujaron y alentaron. Porque dicen que cuando las alegrías se comparten, se multiplican y así lo siento.

Guillermina ♥

Índice General

Pág.

Introducción……. 2

CAPÍTULO I. Revisión bibliográfica y Marco teórico……. 9

1.1. Estado de la cuestión…… 9

1.2. Marco Teórico y conceptual……..……..……..... 19

1.2.1. Proceso de envejecimiento y vejez…… 19

1.2.2 Envejecimiento Exitoso……. 24

1.2.3 Teoría del ciclo vital…..…….…….. 28

1.2.4 El modelo S.O.C: Optimización selectiva con compensación…..…… 34

1.2.5 Reserva cognitiva y plasticidad cerebral..…….…….…….. 40

1.2.6 Participación social significativa……... 46

1.2.7. La participación social en el desarrollo cognitivo en la vejez…..……. 52

1.2.8 Terapia Ocupacional: importancia de la participación social en el envejecimiento……. 53

1.2.9. La ciencia de la ocupación……....……..……. 55

CAPÍTULO II. Metodología……..……..… 58

2.1. Problema…....……...……..…….. 58

2.2. Objetivos…….…….…….…….. 58

2.3. Hipótesis…… 58

2.4. Diseño de investigación……...….....… 59

2.5 Participantes……..……..…….…….……..… 59

2.6 Instrumentos…… 62

2.7 Procedimiento……..……..…….…….…….…….. 64

2.8 Análisis de datos…… 65

CAPÍTULO III. Resultados……. 66

CAPITULO IV. Discusión y conclusiones.……..……..… 73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…….. 83

ANEXO……. 105

Introducción

Es sabido que la mayoría de los países se enfrentan a las demandas de una creciente población adulta mayor. Más aún, se vislumbra que se transita hacia una sociedad donde cada vez más las personas llegan a superar los 60 años con educación y con un buen estado de salud en general. Este acelerado envejecimiento demográfico tiene implicancias en el escenario socio-económico, político, educativo y cultural, y también en el ámbito científico-académico y en la investigación básica y aplicada (CELADE-CEPAL, 2004, Krzemien, 2013). La necesidad de enfrentar las demandas de la creciente población adulta mayor convoca al reto de desarrollar conocimientos sobre la vejez y los múltiples aspectos que determinan su calidad de vida (Hazzard, 2001).

Esta situación ha dado lugar a que -tanto en términos absolutos como relativos- la población de adultos mayores de 65 años y de los muy mayores, 85 años y más, se haya incrementado considerablemente en varios países, generando el fenómeno denominado "inversión de la pirámide poblacional". Este último fenómeno implica un cambio en la estructura por edades de la población, un pasaje desde el antiguo régimen demográfico con grupos numerosos de población en edades infantiles y juveniles, hacia a una nueva estructura donde básicamente crecen los grupos de edades maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad (CELADE-CEPAL, 2009, Krzemien, 2013).

Sin embargo, la ancianidad aún no está valorada socialmente como una etapa positiva de desarrollo, y resulta todavía poco atractiva. El envejecimiento poblacional se

convierte en una cuestión apremiante, lo cual no debe ser considerado como una desventaja, sino como un potencial humano a desarrollar. (Krzemien, 2013).

El creciente interés en el estudio del proceso de envejecimiento fue impulsado, en parte y en materia teórica, por la adopción de una postura crítica ante el enfoque clásico del cambio evolutivo, que sostenía como supuestos epistemológicos la unidireccionalidad, universalidad y determinación biológica, los cuales destacan el declive orgánico asociado a la edad, los procesos de involución y regresión psíquica como características exclusivas de la vejez, y que además, dieron lugar a su biomedicalizacion. Se centraban en la patología, la degeneración neuropsicológica y la incapacidad funcional, con una visión negativa, decremental y deficitaria de la vejez (Monchietti, Krzemien y Lombardo, 2003).

Actualmente se asiste a una revisión paradigmática, que realza los aspectos positivos de la vejez, y que toma en consideración la significación que cada grupo o sociedad le da a la misma (Neugarten, 1996). Se admite la diversidad compleja y multidimensional del proceso de envejecimiento, y la necesidad imperiosa de modificar las condiciones de vida de las personas, que permitan favorecer el desarrollo de sus potencialidades, considerando los diferentes atravesamientos sociales, históricos, políticos, institucionales, económicos, educacionales y éticos que le dan sentido. Se provocó así un viraje en la mirada hacia las perspectiva positiva del envejecer, fundamentada en una visión que va más allá de las perdidas asociadas al avance de la edad hacia la consideración del potencial humano a lo largo del curso de vida.

En las últimas décadas en el campo gerontológico ha avanzado el paradigma del "envejecimiento activo", como un proceso de optimización de oportunidades para mantener un bienestar físico, social y mental, con el fin de prolongar la esperanza de vida saludable, la productividad y la buena calidad de vida (OMS, 2002). No se trata solo de promover un

envejecimiento activo y saludable, sino también de optimizar su calidad de vida, atendiendo a las diversas modalidades de envejecer que se presentan en las diferentes realidades contextuales que afrontan, aprovechando los recursos disponibles que se poseen para afrontar las diversas pérdidas y situaciones críticas, y hacer de ellas un proceso beneficioso para la adaptación en esta etapa vital (Villar, 2005).

La meta de la investigación de la vejez se ha reorientado desde el estudio de las patologías del envejecimiento al interés por el envejecimiento normal. Ya no se trata sólo de propiciar recursos y ambientes que favorezcan la participación e integración social, el autocuidado y la promoción de comportamientos saludables, sino ahora más bien se efectúa un nuevo giro en la investigación gerontológica: estudiar los factores y condiciones que intervienen en un "envejecer con éxito" o "envejecer competente", es decir, en un funcionamiento psicológico saludable y satisfactorio en la vejez (Fernández Ballesteros, 1999; Krzemien y Lombardo, 2003).

Existe una marcada variabilidad en la forma en que las personas responden y se adaptan a las situaciones críticas de la vida cotidiana en la vejez: mientras que algunos adultos mayores presentan un comportamiento disfuncional y síntomas de inadecuación a los cambios propios del envejecimiento, otros mantienen un nivel de adaptación saludable y experimentan satisfacción vital o incluso incrementan su bienestar aún en la edad avanzada (Bar-Tur & Levy-Shiff, 2000; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993; Diehl, 1998; Diehl & Willis, 2003; Fernández Ballesteros, 1999; Mitchell, 1996; Nieto Murillo, Cerezo Correa & Cifuentes Aguirre, 2006; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2008; Price, 1992; Tamer, 2008).

El estudio de las diferencias interindividuales, la cuestión de por qué algunas personas se desarrollan o adaptan "mejor" o "exitosamente" que otras, continúa intrigando

a los investigadores y gerontólogos sin alcanzar aún una resolución o respuesta consensuada. El modelo teórico -y de intervención clínica- de la Transición Vital (Transition Theory) de Schlossberg (1981, 1994), desde el paradigma del Curso Vital, se orienta a explicar la cuestión de "por qué las personas reaccionan diferencialmente a los mismos tipos de transiciones de vida y por qué las mismas personas reaccionan diferentemente en distintos tiempos" (Evans et al., 1998, p. 113).

Una de las cuestiones actuales de la investigación neurocientífica del envejecimiento cognitivo es esclarecer las capacidades de reserva cognitiva como potencial cognitivo en adultos mayores. En este sentido, en las últimas décadas ha cobrado creciente interés la investigación sobre constructos como sabiduría, inteligencia práctica, inteligencia cristalizada y flexibilidad cognitiva, ya que se cree que están en la base de la explicación del funcionamiento cognitivo adaptativo en la adultez y vejez. Esta adaptación cognitiva se fundamenta en mecanismos funcionales compensatorios del declive cognitivo asociado al avance de la edad, y favorece un efecto protector contra el proceso neurodegenerativo en el envejecimiento cognitivo (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004).

En este sentido, el envejecimiento es visto como una oportunidad de crecimiento, progreso y madurez, actualmente se están abriendo nuevas líneas de investigación que permitan articular las capacidades neurocognitivas con procesos de socialización y adaptación satisfactoria.

Es sabido que la participación social favorece un estilo de vida activo y un modelo de envejecimiento que promueve la salud (Pszemiarower, OMS, 1982; Bello Juján et al., 1999; Kim, et al., 2000; Guzmán, J, et al., 2003). Desde las investigaciones de la OMS con el enfoque de la promoción de la salud (Pszemiarower, 1988) se ha demostrado que las personas que participan en grupos sociales mantienen un estado de salud superior a los que

están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse. Se enfatiza la participación social activa de los adultos mayores en su medio como una de las condiciones que constituyen un entorno oportuno y facilitador del envejecimiento saludable (Monchietti & Krzemien, 2002; Krzemien & Lombardo, 2003). "El entorno propicio y favorable para las personas mayores es un tópico destacado del Plan de Acción Internacional del Envejecimiento, sin embargo constituye un ámbito de estudio poco explorado" (CELADE-CEPAL, 2006, p. 113).

Las investigaciones contemporáneas en Gerontología se orientan a describir las diversas modalidades de envejecimiento en nuestro contexto cultural actual, en particular de aquellas personas que son mucho más activos y dinámicos, productivos y saludables que sus antecesores de las generaciones precedentes.

Desde el ámbito de la investigación científica, y específicamente en el área de Terapia Ocupacional de nuestro país no existen líneas de investigación que persigan las variables a desarrollar; para dar cuenta del fundamento teórico que revalidan las prácticas diarias de dicha profesión. El desarrollo de la investigación actual y las prácticas en las diferentes áreas de implicancia profesional, van en desajuste con la teorización y fundamentación epistemológica en el campo de las ciencias de la salud. La mayoría de las experiencias y publicaciones, provienen de la cultura anglosajona; por ello, es fundamental que profesionales de otras latitudes desarrollen proyectos de investigación y estrategias de intervención con el fin de aumentar la evidencia que sustente la práctica, incorporando con rigor metodológico y elementos culturales propios, nuevos conocimientos para la disciplina (Navarrete, 2010).

La implicancia de dicha investigación en el ámbito de la Terapia Ocupacional (TO) se centra en la posibilidad de generar conocimiento científico que de sustento a las intervenciones de un problema actual, el cual se puede abordar a partir de la promoción de prácticas saludables, con una visión futura de interferir en el declive de las funciones neurocognitivas, lo cual implicaría ineludiblemente una afectación del desempeño ocupacional de los sujetos. Los alcances de esta investigación en este sentido apuntarían a la posibilidad de generar evidencia empírica para desarrollar programas de intervención destinados a retrasar y mermar el impacto del declive cognitivo, apelando al constructo de la reserva cognitiva como posibilitador de dicho efecto y dentro del mismo a la participación social como factor facilitador al aumento de la reserva cognitiva. Es así que en busca del desarrollo de estas líneas de investigación teórica se pretende contribuir con la construcción del perfil profesional, adhiriendo a una visión positiva de la vejez, derribando las representaciones sociales negativas hacia esta etapa vital.

Por tanto, este trabajo se centra en la descripción y análisis de la reserva cognitiva y la participación social significativa en adultos mayores marplatenses. La hipótesis básica es que las personas mayores que muestran mayor participación social significativa, tendrán un mayor nivel de reserva cognitiva. La participación social significativa, que implica la integración en actividades e interacciones sociales, es uno de los factores que podría propiciar un envejecimiento satisfactorio en función del nivel de reserva cognitiva de cada persona.

De esta manera, el interés de este estudio apunta a revalidar la importancia del rol del desarrollo de actividades ocupacionales y de la participación social en el marco de la TO y la implicancia de estos en el desarrollo del potencial cognitivo en adultos mayores.

CAPÍTULO I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO TEÓRICO

1.1 Estado Actual de la cuestión

La búsqueda de los antecedentes en la cuestión de este estudio se realizó siguiendo un orden temático de importancia desde lo general a lo particular, y considerando investigaciones previas de origen extranjero como nacionales y locales. Para ello, se consultó las bases de datos informatizadas (Latindex, Nexus Médica Editores, Psicodoc, Psiquiatría.com, Psyinfo, Psyarticles, RedALyC, SAGE Publication, SAGE eReference Enciclopedia, Scielo, y la de la SeCyT).

La revisión de la literatura científica permite reconocer el creciente interés y la evidencia empírica acerca del rol de la participación social a lo largo del curso vital y su impacto en la calidad de vida, considerando la variabilidad de factores intervinientes en el envejecimiento. Diversas investigaciones demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen un estado de salud superior a los que están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse (Pszemiarower, OMS, 1982; Bello Juján et al., 1999; Kim, et al., 2000; Guzmán, J, et al., 2003)

Estudios de la OMS por ejemplo, (Thonse, 1982), muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades; en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida

pasivo ante las dificultades. Dificultades que se presentan en la diversidad de esferas y factores que intervienen en la calidad de vida, consignando desde las áreas emocionales, físicas, cognitivas, biológicas, sociales, etc.

La relevancia que factores relativos al ambiente social tienen para la adaptación y el bienestar en la vejez (Moos, 1988) han sido destacados por numerosas investigaciones empíricas; y el estudio de las consecuencias del mantenimiento de las relaciones sociales para la persona, también en la vejez, ha cobrado importancia en los últimos años, configurando diferentes líneas de investigación que abordan diversas dimensiones del apoyo social (Iacub, Arias, 2010; Minkler, 1985)

La participación social de las personas mayores es una de las estrategias derivadas del concepto de envejecimiento activo, que sostiene que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel activo y sin desconectarse o aislarse de la sociedad. La participación en actividades sociales y en actividades cognitivamente estimulantes ha sido asociada a una reducción del riesgo de la enfermedad de Alzheimer (Wilson, R.S et al., 2002; Lindstrom, H. A et al., 2005).

El aislamiento y la soledad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo. De hecho, se ha demostrado que el tener una red social muy limitada aumenta considerablemente el riesgo de demencia y, al contrario, el tener una amplia red social parece proteger contra ella (Fratiglioni, L et al., 2000). La participación social es, por lo tanto, otro de los factores cruciales contribuyentes al mantenimiento de la salud y a la promoción de la calidad de vida.

Asimismo, Alonso González, Castro y Herranz Aguayo de la Universidad de Castilla La Mancha, realizaron un recorrido y análisis teórico sobre la participación en la universidad de adultos mayores, y arribaron a la afirmación que la participación en los programas universitarios de mayores produce un elevado nivel de satisfacción, integración y proyección social, así como una mejora en la calidad de vida de los participantes en dichos programas.

Richards, Hardy y Wadsworth (2003) observaron que la realización de actividades de tiempo libre y cognición está positivamente relacionada, con la función cognitiva después de los 43 años. En relación con dichas actividades, el trabajo de Valenzuela y Sachdev (2006) examinó su relación con la incidencia ante el deterioro cognitivo según los cuales existe clara evidencia empírica de sus beneficios para el envejecimiento en general y para el retraso de la enfermedad de Alzheimer (Scarmeas & Stern, 2003; Vance & Crowe, 2006).

En la esfera nacional y latinoamericana existe un amplio campo de evidencia empírica acerca del rol de la participación social, desde diferentes esferas, en la calidad de vida de los adultos mayores.

Krzemien (2002) evidenció que las ancianas que presentan participación social significativa, poseen un alto nivel de salud mientras que en el grupo no participativo el nivel de salud es medio-bajo. Por lo tanto, se halló que existe una correlación positiva entre participación social significativa y salud en adultas mayores. En otros términos, a medida que la participación social significativa de la mujer anciana aumenta, se incrementa asimismo su estado de salud. En otro estudio local (Arias & Scolni, 2005) se constató que los adultos mayores consideraban que el disponer de buenas relaciones familiares y sociales

era un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. En este sentido, 85% de las personas participantes de la muestra lo incluyó como uno de los factores determinantes, y el 43% lo ubicó entre los primeros tres lugares. Así, se observó que los adultos mayores que poseían niveles de participación, integración y apoyo informal más elevados presentaban las mayores puntuaciones en satisfacción vital. La integración y la participación comunitarias han sido consideradas entre los factores que tienen mayor impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez.

Arias (2008), por su parte, demostró que disponer de recursos de participación social tanto informales como formales que sean adecuados y suficientes contribuye a mejorar la calidad de vida en la vejez.

Yuni y Urbano (2007) constataron que las intervenciones socio-educativas-recreativas para mayores, son dispositivos de participación social que constituyen un factor de oportunidad para el bienestar y la calidad de vida de los mayores. En general, los resultados mostraron que las personas mayores revelaron que la intervención educativa, es percibida por ellas como un importante factor de optimización de su desarrollo personal. En relación al efecto de dicha intervención sobre las diferentes dimensiones del desarrollo, los datos revelaron que habría un efecto diferencial sobre ellas, es decir que los sujetos perciben mayores cambios en ciertas dimensiones y mejoras menos notables en otras. Siendo las de mayor nivel de cambio percibido, las relativas a la integración social y al descubrimiento de potencialidades personales.

Las investigaciones mencionadas, han aportado una amplia evidencia respecto a la relación de la participación social con el bienestar psicológico, la salud y la calidad de vida en general. Razón por la cual la disponibilidad y el fortalecimiento de los apoyos sociales

han sido incluidos entre los principales objetivos, estrategias, planes y recomendaciones internacionales y nacionales de políticas públicas dirigidas a la población mayor, y se han planteado más fuertemente sus posibilidades para dar respuesta a una variedad de demandas que aparecen con el envejecimiento poblacional.

En concordancia con los estudios citados hasta el momento, con respecto a la relación de las redes sociales y el bienestar psicológico, variados estudios han demostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de los adultos mayores que viven en hogares particulares, (Antonucci, Fuhrer, & Dartigues, 1997; Forsell & Winblad, 1999 ; Chou & Chi, 2001; Peirce, Frone, Russell, Cooper & Mudar, 2000; Vanderhorst & Mc Laren, 2005) como en el de los que viven en residencias para mayores (Doyle, 1995). De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital (Muchinik,1984; Levit, Antonucci, Clark & Rotton, 1986; Aquino, Russell, Cutrona & Altmaier,1996; Arias, 2004; Bishop, Martin & Poon, 2006; Yoon & Lee, 2007; Phillips, Sui; Yeh & Cheng, 2008), así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales (Prince-Paul, 2008).

Existe un amplio consenso acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el estado funcional de los adultos mayores (Liu, Liang & Gu, 1995; Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999) y el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Mendes de Leon, Glass, Beckett, Seeman, Evans & Berkman, 1999). Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la

salud (Sutherland & Murphi, 1995), así como el riesgo de mortalidad posterior al alta (Irvine et al., 1999).

Si bien se supone que existe una menor actividad social de las personas mayores y además que ellas deben sufrir sucesos vitales relacionados con pérdidas de relaciones sociales y roles relevantes, existe evidencia empírica sobre la importancia de la "redes de apoyo social" para el bienestar de la población anciana (Bowling y Browne, 1991; Broadhead et.al., 1983; Berkman, 1984, Harel, y Deimlong, 1984; Bello Juján et. al., 1999; Ward, 1985). Investigaciones (Mateos Álvarez, et. al., 2001; Seidmann, 2001) destacan la relación entre el apoyo social y la disminución de factores de riesgo de la salud en la vejez.

La existencia de redes horizontales que posibiliten la participación activa y solidaria de los adultos mayores constituye un instrumento útil tanto para satisfacer diversas necesidades, como la autoestima, y la participación, y pertenencia, como para enfrentar la crisis, recuperar la confianza y asistir a otros mayores más vulnerables (Gascón, 2002).

Por otro lado, investigaciones desde el paradigma del Curso Vital y los avances metodológicos en la evaluación de los aspectos cognitivos de adultos mayores (Baltes *et al*, 1999; Schaie, 2003), han aportado conclusiones controversiales que ponen en revisión los conocimientos en el campo del pensamiento de la vejez, cuestionando el “modelo decremental de la senectud” y el supuesto deterioro cognitivo concebido como universal e irreversible; y superando el énfasis en el criterio que vinculaba el rendimiento intelectual exclusivamente a la edad cronológica (De Ribaupierre, 2005; Monchietti, Lombardo, Krzemien, 2005). Estos estudios muestran que el envejecimiento cognitivo no es generalizado a todas las funciones intelectuales.

Actualmente es sabido que el envejecimiento normal supone cambios neuroanatómicos y fisiológicos que afectan el funcionamiento y procesamiento cognitivo, declinando varias habilidades mentales y sensoriales (Park, 2002). No obstante, se ha observado un funcionamiento regenerativo conservado y cierta plasticidad neuronal en personas mayores sanas (Mirmiran, van Someren y Swaab, 1998).

Existe evidencia de que ciertas habilidades y los procesos cognitivos pragmáticos tienden a conservarse, e incluso optimizarse, con el avance de la edad (Woodruff, 1983). Greve y Staudinger (2006) destacan la existencia de "capacidades de reserva" en el cerebro humano, que pueden compensar las pérdidas del funcionamiento cognitivo. Sin embargo, la mayoría de la investigación sobre el envejecimiento cognitivo se ha centrado en las procesos básicos: memoria, atención y lenguaje (Schaie, 2004), y todavía es escaso el conocimiento acerca de las potencialidades en el envejecimiento normal.

Numerosos estudios experimentales en Neurociencias (Álvarez González y Trápaga Ortega, 2013) evidenciaron que el cerebro es un órgano permeable a la interacción con el ambiente; esto significa que la red neuronal es extremadamente sensible a los cambios y que las experiencias dan lugar a alteraciones morfológicas, estructurales y funcionales en el sistema nervioso. La plasticidad del sistema cognitivo, depende, en parte, del contexto en el que la persona se ha desarrollado, de las experiencias de vida y de su capacidad para adaptarse a las alteraciones y pérdidas en las habilidades funcionales. Estos cambios plásticos en el cerebro envejecido se asocian con la reserva cognitiva (Arenaza-Urquijo y Bartrez-Faz, 2014).

Estas investigaciones anuncian que los sistemas cerebrales y cognitivos en el envejecimiento normal son más dinámicos, plásticos y multifacéticos de lo que se suponía

años atrás (Cabeza, 2002). De ahí, la importancia de los programas de entrenamiento sociocognitivo a partir de la adultez, ya que producen un efecto moderador beneficioso sobre el envejecimiento neurocognitivo, y en la calidad de vida en general de los adultos mayores.

Los estudios de neuroimagen funcional, electrofisiológica y conductual, muestran que sujetos con mayor nivel educativo y experiencias sociocognitivas (mayor reserva cognitiva) utilizan mecanismos compensatorios cerebrales a nivel frontal en la ejecución de tareas; y se ha hallado que los ancianos más instruidos son los que presentan un menor declive cognitivo y mayor resistencia a padecer trastornos cognitivos asociados a la edad (Knopman, 2003; Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004). Rami y Bartres-Faz (2011) evaluaron la reserva cognitiva mediante el Cuestionario de reserva cognitiva (CRC - cuestionario que se utilizará en este estudio) en grupos de ancianos sanos y con demencia, hallando que la edad no tuvo una influencia significativa en la puntuación obtenida en el CRC en ninguno de los grupos, sin embargo los años de escolaridad sí influyeron significativamente. En ambos grupos, se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación en el CRC y el rendimiento en pruebas neuropsicológicas que miden la función ejecutiva.

Se considera que la reserva cognitiva resulta un factor clave en la explicación del funcionamiento cognitivo adaptativo en la edad avanzada, y fundamentan el efecto protector frente a la patología neurodegenerativa en el envejecimiento (Harris y Allegri, 2009). La mayoría de la investigación tradicional en el campo del envejecimiento cognitivo se ha centrado en la evaluación de los procesos neurodegenerativos (Schaie, 2003). Gates y Valenzuela (2010) valoran el beneficio del entrenamiento cognitivo como terapéutico y

destacan que es una estrategia necesaria para maximizar la reducción del riesgo y mantener una salud cerebral óptima.

Parece haber una creciente evidencia epidemiológica de que un estilo de vida caracterizada por una mayor implicación en actividades de incumbencia social y cultural, están asociadas con un deterioro cognitivo más lento en personas mayores sanas (Scarmeas & Stern, 2003). Más específicamente, aquellos ancianos que participan en actividades de ocio, de tipo social y cultural presentan un menor riesgo de desarrollar demencia (Rodríguez-Álvarez, M., Sánchez-Rodríguez, J. L. 2004). Otros autores (Small, et al. 2007) van más allá y proporcionan un nuevo enfoque a la relación entre ocio y reserva, sosteniendo que la exposición a ambientes complejos influye positivamente en muchas estructuras cerebrales.

En esta misma línea, otros estudios (Arenaza, E. & Bartrés, D, 2014) muestran que la participación en actividades sociocognitivas puede ayudar a mantener el funcionamiento cognitivo, protegiendo al sujeto contra el declive y promoviendo la longevidad. Plantean que la participación en actividades del orden sociocultural, recreativas, educativas, cognitivas, grupales tienen un efecto beneficioso a lo largo de la vida y especialmente la importancia radica en que es un factor pasible de modificación. Estos mismos autores citan que se han encontrado evidencias empíricas acerca de los factores protectores del deterioro cognitivo, siendo alguno de ellos la participación en actividades físicas, específicamente sociales, participación en actividades educativas.

Es exigua y reciente la investigación de la relación entre los constructos participación social y reserva cognitiva en el envejecimiento normal, y por lo tanto este estudio aporta a la comprensión del funcionamiento cognitivo en adultos mayores en condiciones normales, con implicaciones para la evaluación cognitiva y el diseño de intervenciones de entrenamiento sociocognitivo, orientadas al desarrollo de la reserva

cognitiva como potencial cognitivo.

A partir de esa revisión de la literatura científica de los antecedentes en el tema de este estudio, se destaca la importancia creciente en esclarecer la relación entre variables psicosociales y cognitivas, como la participación social y la reserva cognitiva, cuestión que se propone abordar en la presente investigación.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Proceso de envejecimiento y vejez.

En el siglo XXI, el aceleramiento del proceso de envejecimiento de la población es uno de los hechos sociodemográficos más importantes y con mayores implicancias en diferentes esferas, en los países postindustriales. Aunque de un modo creciente, también en la mayoría de los países en vías de industrialización se percibe una tendencia al envejecimiento, con el aumento de la población de más de 60 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer. El envejecimiento no es un mero producto del devenir biológico de la naturaleza humana, sino también un proceso de desarrollo humano con connotaciones sociales y culturales.

"La vejez como proceso da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia. No se puede pensar en una definición de vejez sin tener en cuenta el contexto socio-cultural e histórico en el que se desarrolla. Sin embargo, a pesar de las particularidades culturales, de las marcas sociales y de los momentos históricos, hay un punto que es común a todos los hombres: cada hombre lleva consigo la impronta de su vejez a lo largo de toda su vida" (Alvarez, & Del Pilar, 1998). Además se trata de un proceso continuo que transcurre durante el desarrollo de la vida, es un proceso que toma significancia en la mediana edad, momento en el que se comienzan a registrar los cambios físicos, tanto internos como externos.

Esto último hace referencia a que el resultado del **proceso de envejecimiento**, la vejez, representa en cierta medida la forma en que se ha vivido dicho proceso a lo largo de la vida, depende de las experiencias vividas en los años anteriores, de cómo se ha vivido en relación a las redes vinculares sostenidas durante ese tiempo, la forma de relacionarse

consigo mismo y con el contexto socio-cultural en el que se encontraba inmerso el sujeto según tiempo y espacio.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantea que el envejecimiento es un proceso de integración, entre el individuo que envejece y una realidad contextual, en proceso permanente de cambio. Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-psico-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en el medio ambiente socioeconómico y cultural más amplio. Desde la perspectiva funcional, el adulto mayor sano, es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Cornachione Larrinaga, 2006).

La definición de envejecimiento y vejez es una cuestión compleja y multidisciplinar. No existe una definición unívoca de la vejez ni tampoco hay consenso en determinar la edad de inicio de la vejez cuando éste abarca todo el curso de la vida humana. Es sabido que la edad, el paso del tiempo y el envejecimiento poseen una significación de acuerdo a cómo cada grupo o sociedad construye colectivamente el sentido y significado del envejecer, de la vejez y del ser viejo, en un determinado contexto histórico (Neugarten, 1996).

A partir del paradigma del Curso Vital podemos entender al envejecimiento como "un proceso dinámico e ineludiblemente diverso, no sólo en términos de los aspectos que involucra (biológico, morfológico, psicológico, comportamental, social, etc.) y las diferencias de género, clase, cultura, sino también, por ser un proceso temporalmente cambiante", (Krzemien, 2013, p.34).

La concepción de la vejez y el envejecimiento tiene una connotación sociocultural, relativa a la representación social predominante en el discurso cultural, a través del paso del

tiempo. El adulto mayor que envejece hace su propia representación, convirtiéndose en el elemento por el que se autodefine a sí mismo.

De este modo, una característica esencial de las representaciones sociales es que, al ser socialmente compartidas, no sólo definen el objeto, le dan sentido, sino que en cierto modo lo crean y lo construyen. Así pues la vejez es una realidad socialmente construida (Chávez, et al., 2006). Rodríguez (1994) considera que dichas representaciones, son el consenso normativo que regula las expectativas, las actitudes y las conductas de los demás grupos hacia el grupo "viejos" como categoría social y de los "viejos" hacia sí mismos como grupo y como individuos.

El campo representacional[1] que nos ocupa, está constituido por un conjunto de significantes acerca de la vejez. Este campo sería, heterogéneo y diverso, comprendiendo las visiones contradictorias que coexisten en el contexto representacional compartido de las gentes (Moscovici, 1984, 1986). Es susceptible de contradicción, fragmentación, negociación y debate (Rose, Efraim y otros 1994). Muestra particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de las significaciones que lo componen; carácter prejuicioso, mayor o menor influencia de la experiencia personal, trivialidad u originalidad, mayor o menor incidencia en ellos del saber científico, mayor o menor conciencia de que se es portador de una creencia, etc. e implica apreciaciones y juicios de valor contradictorios.

Más allá de "lo compartido", existen los matices, diferencias y antagonismos que se generan en los procesos de comunicación que se van sucediendo dentro de una continuidad.

[1] Define un espacio en el que conviven a un tiempo el consenso, la contradicción y la ambivalencia, aportando sus diversas significaciones en tanto portavoces de la relativa heterogeneidad que alberga un colectivo humano determinado, aún compartiendo esquemas interpretativos básicamente comunes.

Dentro de este campo existiría una tensión necesaria, propia de la coexistencia de ideas compartidas, determinadas desde el patrimonio común histórico y cultural, y aquellas innovaciones producidas en el plano argumentativo bajo la influencia del discurso científico y de los cambios sociales, así como de los aportes propios de la reelaboración individual de las mismas (Lombardo, Monchietti, Krzemien y Sánchez, 2008).

Considerando la gran cantidad de significaciones acerca de la vejez, las mayormente compartidas son las que la definen en términos de deterioro psíquico y trastorno cognitivo (Monchietti & Lombardo, 2003; Moscovici, 1986).

Esta visión de vejez, definida exclusivamente como una etapa de declinación no sólo biológica sino psicológica y cognitiva, ha dado lugar a prejuicios y estereotipos que ubican a las personas mayores como menos capaces de resolver problemas que los jóvenes, más inflexibles y rígidas, con dificultades de memoria, y poco susceptibles de adquirir nuevos conocimientos y habilidades (Fernández Ballesteros, 1992; Villar,2005).

Estas creencias sociales han sido fundamentadas por concepciones teóricas y metodológicas, que tendieron a destacar una declinación de los procesos cognitivos como consecuencia universal del envejecimiento biológico asociado a la edad. Sin embargo, existe evidencia de que la relación cognición y envejecimiento no es unidimensional (Krzemien, Monchietti, Sánchez y Lombardo, 2007).

Existen evidencias empíricas crecientes de que el funcionamiento intelectual de los adultos mayores puede declinar si se exponen a estereotipos culturales negativos, mientras que los estereotipos positivos sobre el envejecimiento pueden ser benéficos (Rice, Löckenhoff & Carstensen, 2002).

Bandura (1977) desarrolló una serie de investigaciones donde focalizó el modo en que las creencias culturales y las teorías implícitas sobre el envejecimiento pueden influir

en la autoeficacia durante la vejez desalentando las expectativas, las metas y los resultados. Incluso aquellos que tienen expectativas positivas sobre su proceso de envejecimiento parecen ser vulnerables a la amenaza de los estereotipos cuando sienten que corren el riesgo de confirmar un estereotipo negativo existente acerca de su grupo (Steele, 1997).

Las experiencias científicas muestran que los estereotipos negativos hacia la vejez, en las personas mayores, generan una sensación de "amenaza" a la integridad personal, impactando directamente sobre el potencial cognitivo de los sujetos, (Levy, 1996; 2000) así como pudiendo potenciar los trastornos de salud (Levy, 2000) y afectando los compromisos y roles laborales y sexuales (Iacub, 2003, 2006).

Algunas investigaciones hacen énfasis en los efectos que tiene el valor social atribuido a los ancianos: los roles, los propósitos vitales y el sentido de crecimiento personal y de metas y objetivos personales. El reconocimiento de valor y utilidad social incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y de la calidad de vida así como disminuye el riesgo de mortalidad (Ekerdt, Bosse & Levkoff, 1985) o puede constituirse en un indicador de un envejecimiento exitoso (Fischer, 1995).

El sujeto, sujetado a distintos grupos a lo largo de su vida, y que recibe de ellos y de los distintos contextos socioculturales sucesivas marcas, puede apropiarse de representaciones sociales acerca de la vejez hoy vigentes, agregándose nuevas dificultades que obstaculizan un proceso de envejecimiento saludable, influyendo en las formas de subjetividad y en las configuraciones vinculares (Cohen, 1998) dando lugar a distintas formas de envejecimiento.

1.2.2 Envejecimiento Exitoso

Ryff (1982) y Rowe (Rowe y Kahn, 1987) han propuesto el concepto de "envejecimiento exitoso", inaugurando una línea de investigación e intervención más allá del envejecimiento activo. Desde entonces, se ofrecen diferentes aproximaciones conceptuales que intentan entender qué es el "buen envejecer", qué implica el "envejecimiento exitoso", y cuáles son los factores que lo posibilitan o no. La cuestión de por qué algunas personas se desarrollan "mejor" o "más exitosamente" que otras, continúa intrigando a los investigadores sin que se alcance aún una resolución o respuesta consensuada. No obstante, existe acuerdo en que el interés de la Gerontología se focaliza, no sólo en la prevención de incapacidades y fragilidad, sino en la protección de la autonomía y en cómo favorecer un ambiente propiciador de un envejecimiento exitoso o satisfactorio, o sencillamente, cómo llegar bien a viejo, y vivir una buena vejez.

La definición del "envejecimiento exitoso", es producto de una construcción social y discursiva, condicionada por una regularidad externa de prácticas sociales, políticas e institucionales, las cuales juegan un rol en dicha construcción colectiva del saber. Muchas veces subyace a la definición de vejez exitosa un interés en cómo envejecer sin ser viejo, realimentado valoraciones culturales que exaltan la juventud e intentan "evitar" el envejecimiento. Las imágenes y estereotipos negativos de la vejez aún perduran en la cultura actual (Monchietti et al., 2003).

La evidencia muestra más bien un amplio conjunto multidominio de factores predictores y una amplia variabilidad interpersonal (Fernández Ballesteros et al., 2010). En general, suele concebirse el envejecimiento exitoso como relacionado a una valoración subjetiva como la experiencia de satisfacción vital y bienestar psicológico. En este sentido,

Blazer (1990) lo entiende como conformidad o satisfacción con la vida, y se refiere a una combinación de vitalidad, resistencia, flexibilidad adaptativa, integridad, control y autonomía, y buen ambiente social.

Más allá de los aportes diferenciales de cada uno de los investigadores, existe consenso en afirmar que el envejecimiento exitoso, se trata de un concepto multidimensional, el cual involucra diversos dominios del desarrollo ontogenético (bio-psico-social-espiritual-moral-cultural), a pesar de que los estudios varían en la consideración de cuáles son los criterios, condiciones e indicadores del mismo.

Siguiendo a Rowe y Kahn (1987), se pueden identificar tres componentes principales del envejecimiento exitoso: a) bajo riesgo de padecer enfermedad e invalidez, b) desarrollo de la capacidad cognitiva, física y funcional, y c) compromiso activo con la vida y participación social. Numerosos autores destacan la importancia de las variables psicosociales, sosteniendo que los factores de mayor riesgo para el buen envejecer serían una escasa integración social, carencia de apoyo social, y el estrés en la vida diaria (Fierro, 1994; Krzemien y Lombardo, 2003; Pelechado y De Miguel, 1994). Krzemien, Lombardo y Monchietti, respaldan empíricamente en diversas investigaciones, el rol beneficioso de las condiciones de sociabilidad, en especial la participación social, como recurso para el afrontamiento frente a diferentes situaciones críticas en la adultez y vejez (Krzemien, 2002; Krzemien y Lombardo, 2003; Monchietti y Krzemien, 2002).

En resumen, como sugiere Krzemien (2013), los siguientes aspectos se encuentran implicados en el hacer del envejecer, una experiencia positiva:

1. El mantenimiento de la capacidad funcional psicofísica, que le permita a la persona mayor realizar las actividades de la vida diaria con relativa autonomía.

2. Un buen estado nutricional y un equilibrio en los hábitos alimenticios.

3. La satisfacción de las necesidades vitales básicas, incluyendo la higiene y las socioeconómicas para el abastecimiento.

4. Un proyecto de vida con propósito: metas vitales motivadoras y renovadas.

5. Entrenamiento cognitivo constante, que favorezca la actividad cerebral y la plasticidad neurocognitiva, y mantenerse informado y actualizado acerca de los hechos sociales o temáticas de interés.

6. Participación social significativa, mediante el compromiso en interacciones y actividades sociales percibidas como beneficiosas.

7. Uso de estrategias de afrontamiento activas, paliativas y adaptativas, tanto de carácter cognitivo como emocional.

8. Preservación de valores, creencias y tradiciones de interés y valoradas positivamente, y hallar formas de trasmisión de la sabiduría aprendida y la experiencia cultural a las otras generaciones.

9. Conservación de un balance afectivo en las relaciones interpersonales en medio de posibles circunstancias adversas o negativas, hacia un aumento en el enriquecimiento de la capacidad de ayuda mutua y servicio a los demás.

10. Desarrollo de alguna habilidad, talento o destreza personal, en particular de carácter creativo, artístico o productivo.

11. Apertura al cambio, autoeficacia y confianza en Dios.

A medida que se envejece, la persona debe reconocer y estar alerta a su vulnerabilidad y probable fragilidad, a fin de mantener un nivel adecuado de ajuste entre sí mismo y el medio, que exige desarrollar el dominio propio y del entorno en función de las necesidades, posibilidades reales y limitaciones. Como en cada momento vital habrá un esfuerzo o trabajo psicológico de adaptación y una tarea psíquica a realizar: la de convivir con el paso del tiempo, y continuamente reajustar las metas de vida, aceptando las limitaciones, cambios y los eventos críticos relativos al envejecimiento (por ejemplo, viudez, muerte de seres queridos, jubilación, debilidad física y funcional, enfermedades, disminución de ingresos económicos, pérdida de algunas habilidades cognitivas, cambios corporales, etc.), y a la vez, desarrollando estrategias de afrontamiento frente a las situaciones críticas o adversas, renovando su perspectiva cognitiva de la vida, modificando su estilo de vida, aprovechando los recursos potenciales y hallando nuevas formas de satisfacción personal (Krzemien, 2013).

Desde un marco integrador neurocognitivo y sociocultural de la vejez, es oportuno destacar que aún en edades avanzadas, progresa la plasticidad cognitiva y la capacidad de adaptación a las condiciones cambiantes tanto internas como externas del medio. La posibilidad de cambio adaptativo ante nuevas experiencias de aprendizajes e influencias del contexto social y cultural, puede ejercer un efecto en la estructura del cerebro, modificándolo y estableciendo nuevas conexiones y circuitos neuronales que a su vez, alteran su funcionamiento (Ansermet y Magistretti, 2004; Álvarez y Trápaga, 2005; Kandel, 2007).

1.2.3. Teoría del ciclo vital

Uno de los modelos actuales que aborda el envejecimiento y que ha cobrado relevancia en el ámbito académico-científico en relación al estudio del envejecimiento, y que sus presupuestos plantea una aproximación alternativa a los modelos tradicionales del desarrollo humano es *El paradigma del curso vital*. El cuestionamiento del enfoque evolutivo tradicional de la visión decremental de la vejez, ha dado lugar al surgimiento de nuevos modelos y enfoques que prometen abordar la problemática del envejecer.

Este paradigma, también llamado ***"Teoría del Ciclo Vital"***, propone un enfoque holístico-sistémico-diacrónico del desarrollo humano. Es de importancia destacar que la traducción de *"lifespan psychology"* a teoría del ciclo vital, no resulta fidedigna en su expresión, ya que el término Span alude a extensión, etapa, período, duración, transcurso; dando cuenta de la continuidad de la vida humana terrenal que tiene un comienzo y un fin, con sus etapas diferenciales, en una regularidad temporal y, a la vez, caracterizada por una discontinuidad marcada por las disrupciones o proceso de cambio. En concordancia con dicho planteo es que Baltes mismo, prefirió denominar ésta teoría como ***"Curso de la vida"*** (Baltes, 2000).

La misma plantea que existe una continuidad en la vida exterior y psíquica (interior) de una persona, que permite integrar el cambio de la historia previa, sin generar un desequilibrio significativo. Los cambios que surgen del envejecimiento, son incorporados de forma que preserva el ego de la persona. Esta corriente tuvo su auge en EE.UU. y Alemania en los años 70, dentro de los principales autores sobresalen Baltes, Reese y Nesselroade. Plantearon que el desarrollo psicológico es multidimensional, orientado a distintas dimensiones psicosociales como pueden ser la inteligencia, la memoria, etc. las

cuales no evolucionan en la misma dirección, mientras que algunas capacidades disminuyen, otras aumentan o se mantienen; lo que la caracteriza además como multidireccional. Permitió introducir la noción de individualidad y particularidad en el desarrollo, comprobando que existen diferencias de un individuo a otro.

La adopción del enfoque del ciclo vital supone entender el envejecimiento como un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y que la salud en la vejez, puede comprenderse si se tiene en cuenta como se ha vivido, como se han afrontado los acontecimientos y crisis a lo largo del curso de la vida. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que cualquier intervención en el área social o de la salud que pretende producir cambios, con el objetivo de modificar las condiciones de vida de las personas y favorecer el desarrollo de sus potencialidades, no puede dejar de tener en cuenta, la cotidianeidad de las personas involucradas y los diferentes atravesamientos sociales, históricos, políticos, institucionales, productivos, éticos, entre otros (Krzemien, 2002).

En palabras de Paul Ricoeur (1985) este paradigma puede definirse como:

"El estudio interdisciplinario del transcurrir de la vida humana (ontogénesis humana), es decir el análisis y la integración en un marco teórico común de las interacciones e interdependencias entre: (a) los procesos de desarrollo biológico y psicológico; (b) el contexto socio-histórico y las dinámicas que lo afectan, así como sus mediaciones institucionales y dentro de ellas, particularmente, los modelos de trayecto de vida como formas de regulación social; y c) los trayectos de vida individuales que se desarrollan en el marco de las obligaciones y de las posibilidades delimitadas por (a) y (b), todo esto en función de los recursos propios de cada individuo, del trabajo de reflexividad que éste maneja y de su propia identidad narrativa" (p. 442).

No se trata sólo de una teoría sino una metateoría, para abordar el desarrollo ontogenético a lo largo del curso de vida completo, desde la concepción hasta la muerte, tanto a nivel macro como micro-social, y referido a poblaciones e individuos. Representa un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico que destaca los parámetros histórico-culturales, los procesos de cambio y las experiencias idiosincráticas por sobre cualquier clasificación del desarrollo que tome la edad como criterio demarcatorio. Permite considerar al envejecimiento como un proceso dinámico, destacando las trayectorias de vida (Dulcey-Ruiz, 2010).

El elemento clave de este enfoque es el énfasis en la interdependencia y complejidad del desarrollo de una persona en interacción con los diferentes contextos mientras que construye su curso de vida.

Entre las bases conceptuales de este enfoque conviene destacar:

- La irrelevancia de la edad como variable explicativa del desarrollo: Ninguna etapa vital tiene primacía sino que cada una supone sus características particulares. Una etapa dada no puede entenderse aislada de las anteriores. Los cambios en el desarrollo forman un proceso continuo, no limitado a alguna edad en particular. El desarrollo y el envejecimiento no son conceptos opuestos sino que constituyen un mismo proceso a lo largo de la vida. Esta idea supone también que los cambios evolutivos son posibles en cualquier edad y que el cambio puede ser cuantitativo y/o cualitativo. La edad, entonces, deja de ser una variable explicativa del desarrollo; no es el único criterio organizador, sino que el acento está puesto en los procesos, cambios y mecanismos mentales y comportamentales en un contexto histórico-cultural. Es necesario considerar las distintas fuentes de influencias asociadas al contexto, el

género y la transición de la vida, sobre todo en los últimos momentos del curso vital (adultez tardía y vejez).

- Las nociones de cambio y transición: Desde el Paradigma del Curso Vital (CV) se concibe al desarrollo humano como un "proceso ontogenético de adaptación transaccional", un "proceso de cambios en la capacidad adaptativa de las personas" (Baltes,Lindenberger y Staudinger,2006, p. 626). Se observa que el desarrollo se lo define en función del importante papel del cambio, e involucra relaciones interdependientes entre la persona y los múltiples niveles de cambio del contexto donde ella se desenvuelve. Birren (Birren y Schroots, 1996) se refiere con el término de "gerodinámica" (gerodynamics) a estos "patrones y procesos de cambio de las personas a medida que envejecen y se desarrollan" (p. 19).
- El interjuego entre factores biológicos y culturales: El contexto y la historia relativizan los efectos de la herencia genética. El grupo de Berlín (Baltes,Lindenberger y Staudinger,2006) plantea una arquitectura del desarrollo ontogenético, que supone una relación dinámica entre la genética y el medio, la cual varía durante el curso vital. En este sentido, el desarrollo es producto de la interacción entre factores biogénicos y psicogénicos, es decir, entre los factores biológicos y madurativos, y los factores psicosociales y contextuales. Estos factores interactúan dialécticamente, tienen efectos acumulativos y pueden variar con el paso del tiempo, explicando la dinámica de los procesos de cambio. Pero la manera en que intervienen en el desarrollo del individuo es diferencial. De este modo ciertos factores tienen mayor peso que otros en determinado momento vital. El curso de vida de una persona supone una continuidad y regularidad temporal, y a la vez, una discontinuidad, provocada por dicho sistema de influencias. La interacción entre los factores es la

responsable de la diversidad en las trayectorias de vida, sumando además la significación o apreciación cognitiva que cada sujeto le imprime a sus experiencias, sean estas particulares o compartidas.

- ✓ Influencias normativas relacionadas con la edad: Determinantes biológicos y ambientales que muestran correlación con la edad cronológica. Son cambios esperables, vinculados a la maduración biológica o a la incorporación en la vida social.
- ✓ Influencias normativas relacionadas con la historia: Acontecimientos socio-históricos generales, experimentados por una unidad cultural dada en conexión con el ámbito biosocial.
- ✓ Influencias no-normativas: Determinantes ambientales y biológicos que, aunque significativos en su efecto sobre la historia del individuo, no son generales. No les ocurren a todos ni tienen un patrón único.

- La importancia del contexto y el tiempo histórico: La definición de las etapas vitales se debe más a la propia historia de vida, al contexto socio-histórico y a la cultura. La adultez y la vejez tienen una significación cultural y no sólo biológica. Es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre en ese tiempo (Neugarten, 1968). En el curso de un proceso histórico, quien es en un momento adulto mayor, se ha ido constituyendo en la compleja trama vincular y social. A partir de esta interacción con el entorno inmediato y mediato, el sujeto se configura en relación con los diferentes grupos de pertenencia que operan como sostén del psiquismo mediante la internalización de las formas de encuentro con el otro, consigo mismo y de un sistema de significaciones sociales. De esta manera, como sujeto de interacción social, actor y participante, va construyendo su propio modelo de relación con el mundo. En cada

contexto histórico-social, las creencias compartidas en el orden social relativas a la concepción del anciano han ido cambiando, ofreciendo diferentes significaciones acorde con las ideologías imperantes de la época. Más aún, a través del tiempo estos imperativos se internalizan. La historia del individuo y sus vínculos primarios confluyen con las determinaciones culturales en calidad de dimensión constitutiva del sujeto que envejece (Monchietti, Krzemien y Lombardo, 2003). La extensión y recreación de vínculos sociales significativos resultaría de la posibilidad de reaccionar contra las creencias negativas y prejuicios sociales culturalmente impuestos.

- La multidimensionalidad y multidireccionalidad de los procesos de cambio: En un intento de superar aquellas concepciones que plantean la dicotomía crecimiento-declinación, desde el paradigma del curso vital se reconoce que cualquier momento de vida se caracteriza por pérdidas y ganancias (Baltes,Lindenberger y Staudinger,2006), limitaciones y progresos, reducciones y renovaciones, desventajas y ventajas. Así, dos ideas clave de este paradigma (Baltes, 1987; Elder, 1999) que conviene enfatizar, se refieren a las influencias normativas y no normativas que afectan la adaptación en cada etapa vital, de manera multidimensional y multidireccional:

    - La multidimensionalidad alude a la complejidad de los diversos factores biológicos y ambientales, psicosociales y contextuales, cuya interacción varía a lo largo del curso vital de manera diferencial. Algunos cambios suponen pérdidas en determinadas áreas de funcionamiento biofísico, pero se producen compensatoriamente avances en otros dominios como el conocimiento cultural y experiencial, a la vez que aumenta la necesidad de

servirse de los recursos sociales. Con el avance de la edad suceden cambios en una multiplicidad de áreas, como en las relaciones sociales y en la cognición, y también dentro de cada uno de esos mismos dominios.

- La multidireccionalidad expresa la diversidad en la dirección de los cambios, los cuales no siempre abarcan todo el curso vital, ni se presentan en una sola dirección en cada etapa. De esta manera, los cambios que experimenta una persona se producen en una variedad de aspectos, estructuras y dominios cualitativamente distintos, y en ritmos y direcciones diversas.

- La variabilidad intra e interindividual: Se refiere a la importancia de las diferencias individuales relativas a las condiciones de vida, los estilos de vida y la experiencia de bienestar, etc. La marcha del desarrollo varía a través de cada individuo y dentro de un mismo individuo: cambios dentro de una persona singular y diferencias entre grupos o cohortes. Los cambios individuales en una misma persona se producen en una variedad de diferentes funciones y dominios y en diferentes direcciones. Por otro lado, las tareas del desarrollo parecen estar dadas cada vez menos por los "relojes biosociales" y la edad cronológica, sino que más bien los individuos van construyendo su propia biografía a partir de la formulación de proyectos y metas personales, sobre todo en las sociedades occidentales (Grob, Krings y Bangerter, 2001).

- La "plasticidad adaptativa" y "potencialidad intraindividual": La plasticidad se refiere a la "adaptabilidad". Es el grado en que las características del organismo humano cambian o permanecen estables durante el desarrollo. El término plasticidad neuronal, también neuroplasticidad cerebral, es la propiedad que emerge de la naturaleza y funcionamiento de las neuronas y sus conexiones, y que modula la adaptación a los

estímulos del medio interno y externo. Pascual-Leoné afirma que "la plasticidad no es un estado ocasional del sistema nervioso, sino el estado de funcionamiento normal del sistema nervioso durante toda la vida" (Pascual-Leoné y Tormos Muñoz, 2010, p. 306). Este concepto expresa la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones o pérdidas a través de modificar su propia organización estructural y funcional.

A lo largo de la vida la persona varía en su capacidad de adaptación a su ambiente, que se observa por ejemplo, en los cambios en su desempeño de las tareas cotidianas, en la respuesta a las situaciones de crisis, en el ajuste a las exigencias del entorno, en el uso de las habilidades instrumentales y de los recursos personales y culturales, en la adquisición y modificación de nuevas estrategias y esquemas cognitivos, y en la satisfacción en las relaciones interpersonales, en la valoración de los vínculos sociales, etc. Dicha capacidad adaptativa de reserva cognitiva se basa en la plasticidad que posee el cerebro (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004).

1.2.4. El modelo S.O.C: Optimización selectiva con compensación

Baltes y sus colegas (Baltes, 1997; Freund y Baltes, 2002) proponen un modelo de adaptación desarrollo exitoso basado en el principio de "optimización selectiva con compensación" (SOC). Este se enfoca en procesos adaptativos y en las respuestas de la persona frente a las pérdidas biológicas, cognitivas, psicoemocionales y sociales.

Esos autores sostienen que el buen envejecimiento implica esforzarse constantemente en aprovechar al máximo lo que se gana y reducir lo que se pierde, y no de evitar las pérdidas que implica el correr de los años.

Su tesis principal es que el desarrollo y el envejecimiento "exitoso" depende del interjuego entre las tres estrategias: seleccionar y jerarquizar las metas, optimizar y potenciar los recursos, y compensar y regular las pérdidas con el avance de la edad. Envuelve un proceso regulatorio que permite maximizar los recursos personales y ambientales.

Abordan de esta manera el proceso de regulación adaptativa, destacando aspectos y mecanismos que supone el desarrollo ontogenético en los diferentes periodos de la vida, a través de los distintos dominios de funcionamiento. El proceso se manifiesta de manera específica y diferencial en cada persona, contexto y momento de vida.

La vejez, considerada como una crisis del desarrollo supone desafíos como jubilación, alteraciones físicas y corporales, modificaciones en los recursos económicos, muerte de otros y aproximación a la propia, etc. situaciones que requieren el uso de ciertos recursos para poder abordarlas y enfrentarlas. Desde el marco teórico de Baltes y colegas, esas estrategias son:

Este modelo aborda, en general, el *proceso de regulación adaptativa*, destacándose aspectos y mecanismos universales que implican el desarrollo en los diferentes periodos del curso de vida, a través de los distintos dominios de funcionamiento y niveles de análisis (biológico, individual, societal, etc.). Este proceso general se manifiesta de manera diferencial según cada persona, contexto y momento de vida. Su tesis principal es que el desarrollo y envejecimiento "exitoso" depende del interjuego entre tres estrategias: *Selección*, *Cptimización* y *Compensación* (Baltes, 1997; Marsiske, Lang, Baltes, M. y Baltes, P., 1995):

• <u>Selección electiva y restrictiva</u>: implica la focalización del comportamiento en el desarrollo de ciertos dominios, recursos, metas personales que determinan una

direccionalidad o intencionalidad multicausal. Los individuos tienden a preferir ciertos cursos de acción, orientan sus vidas en función de determinadas intenciones y, a la vez, restringen las oportunidades y posibilidades a unas metas específicas y a la obtención de ciertos resultados. La selectividad implica las oportunidades y las restricciones en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social y psicológico) a medida que la persona se centra en metas, intencionalmente o no, potenciando los aspectos positivos o bien reformulando y actualizando las metas. Se trata de la selección de objetivos prioritarios en función de las demandas ambientales, las habilidades, los intereses, las necesidades y la satisfacción obtenida en las distintas áreas de vida. Durante el envejecimiento, la persona se focaliza en uno o pocos dominios para continuar funcionando en ellos con el mismo nivel de calidad o incluso mejor que en años anteriores, a costa de sacrificar el número global de dominios y metas en los que ella se encontraba generalmente implicada.

• Optimización: consiste en la adquisición, aplicación y refinamiento de medios para el logro de las metas seleccionadas como relevantes. Se trata de la generación de recursos, "maximización de ganancias y minimización de pérdidas", aprovechamiento de recursos propios, refuerzos, mantenimiento y recuperación de dominios determinados. Implica optimizar o maximizar el desempeño en esos dominios o metas seleccionadas, gracias a la capacidad de aprendizaje y enriquecimiento (potencial de plasticidad) que no se pierde con los años.

• Compensación: se refiere a las respuestas para reparar perdidas, es decir, nuevas estrategias para mantener la adaptación efectiva o para recuperar el nivel de funcionamiento. Es un proceso de restauración y regulación de pérdidas en los medios, capacidades y recursos, valiéndose de alternativas en la forma de afrontar y

superar las limitaciones. Se trata de compensar las posibles pérdidas de los recursos que se disponía hasta el momento a través del desarrollo de otras habilidades o capacidades que aún se conservan o bien que han aumentado gracias a la experiencia de vida. El mismo rendimiento puede ser mantenido cambiando el modo de realizar las tareas e involucrando estratégicamente otros recursos como medios.

En síntesis, la *selección* implica la priorización de metas de vida y/o restricción de otras; la *optimización* es la adquisición e inversión de los medios y esfuerzos para alcanzar esas metas y reforzar los recursos; y la *compensación* se refiere al uso de medios alternativos para mantener un determinado nivel de funcionamiento y regular las pérdidas propias del proceso de envejecimiento (Maddox, 2008).

En definitiva, se trata de seleccionar y jerarquizar las metas, optimizar y potenciar los recursos, y regular las pérdidas con el avance de la edad. Es decir, el proceso de adaptación incluye el esfuerzo de selección de unas metas y restricción de otras, concentrándose en los dominios y metas priorizadas, que convergen con las demandas ambientales, capacidades, habilidades y concepciones personales; dicho esfuerzo puede resultar en optimización de medios y recursos para alcanzar esas metas y mantener el nivel de funcionalidad, reforzando el desempeño en los dominios y metas seleccionadas, y a la vez, previniendo posibles limitaciones; y la compensación se desarrolla frente a las pérdidas normativas y no-normativas relativas al envejecimiento o cuando se ve reducida la capacidad adaptativa, posibilitando la plasticidad y el desarrollo potencial (Greve y Staudinger, 2006; Gignac, Cott y Badley, 2002). Feliciano Villar (2005) aclara que la noción de "plasticidad evolutiva" se refiere a la existencia de reservas y su efecto

beneficioso que nos permite mantener un rendimiento cotidiano óptimo, incluso en situaciones muy exigentes o bien valernos de los apoyos externos.

Estas estrategias adaptativas suponen todas las respuestas que el individuo realiza para poder así reparar las perdidas, a partir de nuevas estrategias que le permitan mantener la adaptación efectiva o bien para recuperar un nivel del funcionamiento.

Algunas personas en una etapa determinada de su vida se especializan (selección) en diversas áreas de funcionamiento, en base a sus motivaciones, salud, historia de vida, intereses, valores culturales, oportunidades ambientales, etc. A su vez, la experiencia de vida adquirida con el correr de los años les permite saber cómo poner en marcha ciertas habilidades que le permiten optimizar sus recursos adaptativos a las exigencias que el medio le impone, y pudiendo de esta manera desplegar formas efectivas de afrontamiento a las situaciones críticas o adversas que permiten compensar la vulnerabilidad o las perdidas concernientes a la edad.

1.2.5. Reserva cognitiva y plasticidad cerebral

Establecida ya la multidimensionalidad del paradigma del curso vital y realizando un enfoque en el campo de la neurociencia cognitiva y la gerontología, se plantea a continuación el desarrollo del concepto de **reserva cognitiva (RC)** y su implicancia en el curso vital, teniendo como sustento neurocientífico el "Modelo de Optimización Selectiva con Compensación".

En una breve introducción al término de reserva, se define como la capacidad del cerebro para afrontar los cambios cerebrales producidos por el envejecimiento normal o por un proceso neuropatológico, que contribuye a disminuir sus manifestaciones clínicas. Esta capacidad, modularía la relación entre las lesiones cerebrales y sus manifestaciones

clínicas, limitando el impacto negativos de estas lesiones en el área cognitiva.

En el capitulo Reserva Cognitiva escrito por Arenaza & Bartrés en el libro Neurociencia Cognitiva (2014) se plantea la existencia de dos modelos teóricos interrelacionados para el estudio de la reserva. Uno denominado **modelo pasivo**, fundamentado en las características anatómicas cerebrales, como el mayor número de neuronas o la mayor densidad sináptica y vinculado al concepto de reserva cerebral, el cual encuentra sustento en dichas características; hace referencia a cómo las propiedades y las relaciones anátomo-funcionales alternativas entre regiones cerebrales pueden mediar la manifestación de los síntomas de una patología cerebral. Aquellos sujetos que poseen en grado elevado dichas características tienen un mayor sustrato de base, que le sirve como medio para mantener un funcionamiento normal, esta capacidad de reserva cerebral va ligada a los correlatos anatómicos, lo cual sugiere que ciertos factores pasivos confieran una capacidad particular para tolerar los proceso neuropatológicos; de aquí la denominación de este primer modelo. El segundo modelo teórico que se plantea es el **modelo activo**, que enfatiza que la reserva es cognitiva, entendiendo a esta como la habilidad para ejecutar tareas cognitivas de manera eficiente, ya sea mediante la utilización de redes preexistentes especificas para una tarea o mediante el reclutamiento de redes alternativas; reflejada en la habilidad individual de utilizar procesos cognitivos y redes neuronales de manera efectiva, de modo que le permita disminuir al mínimo el impacto de los cambios asociados al envejecimiento y/o a los procesos neuropatológicos. Dicho modelo se relaciona con la implicancia en actividades socioestimulantes a lo largo de la vida, en donde el cerebro activamente intenta contrarrestar los cambios cerebrales típicos del envejecimiento.

Ambos enfoques no son excluyentes, sino que se complementan para explicar la

complejidad del fenómeno del funcionamiento neurocognitivo, planteando la existencia de diferencias interindividuales y de ésta manera una mayor o menor tolerancia a los cambios producidos por el envejecimiento. Tanto el modelo activo, como pasivo intentan dar sustento a los mecanismos subyacentes al proceso de la reserva cognitiva, el cual detallaremos a continuación.

Se define a la RC como la capacidad adaptativa del cerebro adulto de minimizar la manifestación clínica de un proceso neurodegenerativo (Stern, 2002, 2011). Se refiere a la habilidad de tolerar los cambios en el cerebro asociados a una patología dada, antes de alcanzar el umbral de manifestación de la sintomatología clínica. Es un mecanismo cerebral potencial activo basado en la aplicación de los recursos adquiridos gracias a la educación, el entrenamiento, la profesión, la capacidad intelectual, etc., que se pone en funcionamiento cuando en el proceso de envejecimiento disminuyen ciertas habilidades cognitivas. Es decir, la RC se relaciona con los recursos cognitivos e intelectuales que la persona ha logrado acumular en el curso de su vida mediante sus conocimientos culturales, estudios académicos, la ocupación profesional realizada a lo largo de la vida, las aficiones, la alimentación, así como otras variables relacionadas con hábitos de vida saludables, la participación en actividades intelectuales, lúdicas, de aprendizaje y de esparcimiento (lectura, escritura, aprendizaje de idiomas, cine debate, juegos intelectuales como el ajedrez, palabras cruzadas, etc.). En dicho mecanismo influyen los factores genéticos y las capacidades innatas, en especial la memoria, la inteligencia general y el lenguaje; y también tienen efecto las actividades psicofísicas que hayan favorecido el desarrollo psicomotriz.

La reserva cognitiva refleja la influencia de múltiples factores condicionantes de la riqueza y actividad cerebral, y no permanece estable a lo largo del curso vital, sino que

evoluciona con el desarrollo (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004). Por lo tanto, probablemente potencia la plasticidad y la conectividad de las redes neuronales durante la edad adulta y la vejez.

Una persona mayor que ha ejercitado continuamente sus capacidades cognitivas y ha afrontado diversas experiencias, ha acostumbrado a su sistema cerebral a adaptarse a los cambios y a usar vías neuronales alternativas cuando algún circuito neuronal se ha deteriorado o debilitado. Dicho mecanismo denominado flexibilidad cerebral favorece cambios neuronales que dan lugar a una potencialidad para mantener, preservar, recuperar, e incluso a veces optimizar, funciones cognitivas.

En la ejecución de una función cognitiva intervienen diversos subsistemas cerebrales siendo preponderante algunos de ellos para su control. Cuando se producen pérdidas o deterioro en alguna función neuropsicológica, ésta puede ser compensada por la activación de otros subsistemas estructurales conservados y ejercer el control sobre dicha función para su preservación o recuperación (Salazar García y Villar Rodríguez, 2007). Una habilidad que se hace más lenta o disminuye con la edad puede ser compensada por otra/s función/es cerebrales.

Numerosos estudios experimentales en Neurociencias (Kandel, 2001, 2007; Purves et al., 2013) evidenciaron que el cerebro es un órgano permeable a la interacción con el ambiente; esto significa que la red neuronal es extremadamente sensible a los cambios y que las experiencias dan lugar a alteraciones morfológicas, estructurales y funcionales en el sistema nervioso.

Diferentes autores (Ansermet y Magistretti, 2004; Álvarez y Trápaga, 2005; Kandel, 2007) definen a la ***plasticidad*** como la capacidad de las experiencias de aprendizaje e influencias del contexto social que pueden ejercer modificaciones en la estructura cerebral,

estableciendo nuevas conexiones y circuitos neuronales que alteran el funcionamiento del mismo. Aún en el envejecimiento, se observan cambios plásticos en la red neuronal relacionados con contextos facilitadores de la ejercitación cognitiva. Los mecanismos de plasticidad operan a lo largo de la vida del individuo y le permite al cerebro ser un sistema creativo y renovador, encargado de reelaborar la información nueva a partir de las experiencias que tienen las personas con su entorno físico-social-cultural. En el caso de los adultos mayores, la plasticidad cerebral dispone, por medio del entrenamiento, comenzar a usar áreas del cerebro que no han sido activadas cotidianamente. Esta modulación de la plasticidad neuronal del cerebro que subyace en los procesos de envejecimiento es lo que determina la *potencialidad intraindividual*[2].

Como ya se mencionó anteriormente, existen diversos factores genéticos y ambientales que interactúan favoreciendo la plasticidad neuronal y que hacen que la RC se potencie o se mantenga durante la adultez y vejez. Entre los factores ambientales se mencionan el ejercicio físico, la alimentación balanceada, el aprendizaje y la estimulación neurocognitiva (Ming y Song, 2011). De igual manera otros factores también tienen importancia en el desarrollo de la RC, como los años de escolaridad, la ocupación laboral, la capacidad lectora (Stern, 2011; Stern, Gurland, Tatemichi, Tang, Wilder y Mayeux, 1994), y a estos le sumamos la experticia, la sabiduría, la participación social y las interacciones sociales. Estos recursos y experiencias vividas pueden influir en la neuronatomía de nuestro cerebro, contribuyendo a la neurogénesis a lo largo del curso vital y reduciendo el riesgo de deterioro cognitivo. En última instancia, la combinación

---

[2] Diferencias individuales relativas a las condiciones de vida, los estilos de vida y la experiencia de bienestar, etc. El desarrollo varía de un individuo a otro y dentro del mismo individuo.

multidimensional de estos factores intervinientes en el desarrollo de la reserva cognitiva, ayudan a la salud mental, al bienestar psicológico y al funcionamiento cognitivo en el envejecimiento, lo cual, a su vez, optimiza la integridad y plasticidad neuronal. Las diferencias individuales en el nivel de reserva cognitiva explican la variabilidad interindividual de manifestación de sintomatología clínica cuando el grado de afección patógena es semejante en cerebros envejescentes.

La presencia de casos con atrofia cerebral pero con un nivel de funcionamiento cognitivo que no se corresponde con ese nivel de patología, es lo que han intentado explicar los neurocientíficos mediante el concepto de reserva cognitiva. Esas personas tendrían una mayor resistencia cerebral y plasticidad neuronal -evidenciada por un funcionamiento cognitivo adaptativo-, a pesar de sufrir un proceso de degeneración neuronal igual o más avanzado (Rami, Valls-Pedret, Bartrés-Faz, Caprile, Solé-Padullés, Castellví et al, 2011). La reserva cognitiva parece ser un cambio en la estructura misma del cerebro y de sus formas de procesamiento de la información (Stern, 2009). La misma, puede modificar la expresión comportamental de una alteración o deficiencia en el funcionamiento cerebral, a fin de poder continuar con un nivel de desempeño adaptativo a las demandas del medio.

Actualmente, se ha avanzado desde la tesis de la multidimensionalidad y multidireccionalidad de los cambios cognitivos en el curso vital, considerando el interjuego entre los factores neurobiológicos y contextuales, incluyendo la cultura, la historia cognitiva y las experiencias de aprendizaje y empoderamiento (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Corral Iñigo, 1998; Iacub y Arias 2010; Krzemien, 2009, 2013; Stern, 2003, 2011; Villar, 2005), que podemos suponer explican la variabilidad interpersonal en la capacidad de adaptación.

El **envejecimiento cognitivo** y **el envejecimiento neuronal** son procesos

relacionados que dependen tanto de la estructura genética como del ambiente y las experiencias a lo largo del curso vital. Los cambios cognoscitivos relacionados con la edad se corresponden con cambios morfológicos o funcionales que se producen en el cerebro (Cabeza, 2002). El deterioro cognitivo causado por la edad se debe a los cambios que se producen en el cerebro sano al envejecer. Algunos de los principales déficits observados en la vejez afectan a las funciones ejecutivas, al procesamiento de información, al aprendizaje y recuperación de información (memoria), a la resolución de problemas y a la rapidez de la respuesta. Se ha demostrado que el deterioro se ralentiza y los déficits son más leves si las personas han participado en contextos enriquecidos y si continúan ejercitando sus capacidades mediante prácticas y ejercicios de estimulación cognitiva. El déficit cognoscitivo relacionado con la edad puede estar ocasionado por alteraciones en regiones cerebrales específicas; no obstante, la reserva cognitiva es la responsable de la presentación e intensidad del deterioro cognoscitivo (Cabeza, 2002).

La RC no se puede medir directamente, por lo que el enfoque de investigación más común es estudiar variables asociadas (Jones et al., 2011). En este estudio para describir y evaluar la RC se considerarán las siguientes variables, de acuerdo a la literatura científica del tema la educación, la ocupación y las aficiones intelectuales (Arenaza-Urquijo y Bartrez-Faz, 2014; Baldivia, Andrade y Amodeo Bueno, 2008; Rami et al., 2011). El instrumento a utilizar considera a la variable de la RC a partir de la definición operacional de la escolaridad y la realización de cursos de formación, la escolaridad de los padres, la ocupación laboral desempeñada a lo largo de la vida, la formación musical y el dominio de idiomas, la lectura y la práctica de juegos intelectuales, como crucigramas y ajedrez.

1.2.6. Participación social significativa

La integración social (IS), constituye un constructo multidimensional. Desde un enfoque psicosocial, la IS se sitúa en la interrelación entre el individuo y la estructura social, que no se reduce a una simple sumatoria de ambos elementos, sino que alude principalmente a una interacción social dinámica (Gottlieb, 1985a; Merton, 1980). Se la concibe en relación al intercambio social y simbólico de las personas en tanto miembros de un grupo societal y cultural, donde se recibe e intercambia apoyo o soporte social, mediante las distintas formas de participación (Merton, 1980). Es decir, la IS comprende no sólo la pertenencia a una estructura social, sino también el intercambio que realiza el individuo con su entorno simbólico y social. De este modo, la IS es producto del proceso de socialización o vinculación social en un determinado contexto histórico-cultural. Por ende, cuando existe ruptura o debilitamiento de los vínculos sociales, se hace referencia a una desintegración social o a la exclusión social de las personas respecto de la sociedad (CEPAL-CELADE, 2003; Gottlieb, 1985a; Páez, 1993).

De acuerdo a Páez (1993), la IS hace referencia a una posición entre individuo y sociedad, la cual es constituida por formas de percibir y de relacionarse concretamente con lo social. Estas posiciones conforman distintos grados del modo de relación, pertenencia a la estructura social, participación social y apoyo social. No se trata sólo de la inserción en una red social sino la existencia de relaciones significativas de apoyo social (Clark & Grote, 2003). La IS es resultante de la participación en una red de relaciones intersubjetivas de apoyo (Dykstra, 2006; Zapata, 2001).

La participación como concepto, ha sido objeto de debate teórico y político desde la segunda mitad del siglo XX, y a través de él se pueden leer los cambios en los contextos

históricos, económicos, políticos y sociales. Las diversas definiciones del concepto de participación social coinciden en un aspecto: es "la capacidad que tienen los individuos de intervenir hasta la toma de decisiones en todos aquellos aspectos de su vida cotidiana que los afectan e involucran". Esto implica la pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que les conciernen. Por lo tanto, participar significa tener cierto grado de poder o influencia en la decisión de que se trate (Palma, 1991)

Actualmente se considera a la "participación social", como un valor del propio campo de la salud, distinguiéndose la pertenencia a un grupo social y un estilo de vida activo, como vinculados al mantenimiento de una buena salud y a la prevención de enfermedades (Epp, Kickbusch, Lalonde, y Terris, OPS, 1996). Recordemos que el concepto de participación es un atributo que hace a nuestra condición de seres humanos y, como tal, una necesidad humana básica, ligada al reconocimiento de identidad que todo ser humano posee.

Atendiendo al nivel de referencia de la integración y participación social, se distinguen tres niveles (Gottlieb, 1985b):

1. Nivel macro o comunitario: pertenencia e integración en la estructura que representa la comunidad en su conjunto como organización social.
2. Nivel meso: comprende las interacciones sociales del entorno próximo, es decir, las redes sociales a las que pertenece la persona (vecindario, trabajo, grupos secundarios).
3. Nivel micro de relaciones íntimas: se refiere a relaciones estrechas entre familiares y amigos, que provee seguridad y existe un compromiso por el bienestar de la persona.

Se ha definido la integración y participación social como "el proceso de tomar parte en forma activa y comprometida en una interacción social. Incluye parámetros subjetivos, es decir, no sólo que la persona establezca vínculos significativos sino que los perciba como

tales" (Krzemien & Lombardo, 2003, p. 43). En el Manual de Indicadores de Salud de la CEPAL-CELADE (2006, p. 139) se hace referencia a la importancia de tal concepto en la vejez, "la participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, pues permite a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos (Monchietti & Krzemien, 2002)."

De acuerdo a la literatura científica y a los estudios presentados en la "Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores" convocada en 2002 por la CEPAL-CELADE (2003), se concibe en esta investigación la integración, participación y apoyo social (IPAS) como un constructo multidimensional que involucra las siguientes dimensiones:

- Relaciones y contactos sociales.
- Pertenencia y participación social en grupos y actividades.
- Apoyo social y disponibilidad de personas confidentes.

Tal como sostienen Krzemien & Lombardo (2003), la participación social significativa, es la capacidad que tiene un individuo de pertenecer a un grupo social, creando vínculos saludables y determinada por los recursos y herramientas personales que posee el sujeto, como la representación social que lo atraviesa, asignándole un lugar y un rol específico.

De acuerdo a estas ideas, estos autores, propusieron algunos conceptos que podrían representar un modelo para pensar la salud en la vejez, al cual denominaron "espacios de participación social significativa" (EPSS). Dicho concepto permite integrar la oferta de espacios institucionales, actividades valoradas social y subjetivamente, y relaciones sociales

significativas, como componentes interdependientes que conjuntamente promueven la salud en la vejez.

Estos espacios de participación significativa, son considerados aquellos ámbitos extrafamiliares que proponen actividades para el adulto mayor, caracterizados por el establecimiento de relaciones sociales y donde se obtiene una retribución personal de diversa índole (formación educativa, servicios sanitarios, apoyo social, emocional o material, remuneración económica, etc), siendo percibidos subjetivamente como beneficiosos. Por un lado, la oferta institucional de espacios de participación del adulto mayor, está sostenida por las prácticas sociales legitimadas a través de instituciones de variado tipo, abarcando las áreas de educación, laboral-ocupacional, actividad física, esparcimiento, artística, socio-comunitaria, religioso-espiritual. Y por otro lado, las relaciones sociales significativas, se definen como el proceso de integración e interacción social percibido subjetivamente como beneficioso, considerando la naturaleza, frecuencia y satisfacción de las relaciones sociales. Por último, las actividades valoradas suponen tomar parte en forma activa y comprometida en tareas valoradas social y subjetivamente.

La participación social significativa permite el desarrollo del potencial personal y los recursos disponibles de las personas de edad, adoptando un estilo de vida activo y modificando aún el medio relacional hacia una renovación de la representación social de la vejez. La pertenencia a un grupo social, donde se mantengan vínculos sociales significativos y se desarrollen actividades valoradas personal y socialmente, resulta eficaz para contrarrestar la errónea asociación vejez y enfermedad consecuencia del prejuicio social a la vejez.

Se consideran tres niveles o grados de IPAS, los cuales se detallan a continuación con el fin de conocer operacionalmente las variables estudiadas en el presente estudio,

recolectadas a partir de la administración del cuestionario de participación social significativa (Krzemien, 2002). Los tres niveles corresponden a:

1. IPAS alto. Pertenencia a ámbitos familiar, medio inmediato y medio socio-comunitario: Referido a cuando la persona mantiene relaciones familiares y extrafamiliares (relación de amistad, vecinal, ocupacional, institucional y comunitaria), recibe apoyo social de diverso tipo (emocional, instrumental e informacional), cuenta con personas confidentes, y participa en reuniones sociales y/o actividades institucionales y/o comunitarias.
2. IPAS medio. Pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato: Corresponde a la socialización basada en relaciones familiares, de amistad y/o vecinales, donde la persona recibe algún tipo apoyo (emocional, instrumental e informacional), cuenta con al menos una persona confidente, pero su participación en actividades sociocomunitarias es restringida.
3. IPAS bajo. Aislamiento social o escasa integración social: se refiere a la carencia o a escasos vínculos familiares y sociales, se establecen relaciones interpersonales circunstanciales y no existe participación en actividades sociocomunitarias.

1.2.7 La participación social en el desarrollo cognitivo en la vejez

Las investigaciones contemporáneas desde las neurociencias cognitivas que estudian la función cerebral han evidenciado que el cerebro es un órgano permeable a la interacción con el ambiente; esto significa que la red neuronal es extremadamente sensible a los cambios y que las experiencias dan lugar a alteraciones morfológicas, estructurales y funcionales en el sistema nervioso: se regeneran las interconexiones nerviosas de las redes neuronales, nuevas dendritas se conectan, y ciertas formas de pensamiento que no se

encuentran antes se hacen evidentes en la adultez y continúan su desarrollo durante la vejez.

Tal como lo afirman numerosas investigaciones revisadas, la habilidad de tolerar los cambios en el cerebro asociados al avance de la edad, implicando en este sentido un efecto positivo en la neuroplasticidad, se ve influenciada por diferentes factores intervinientes, entre los cuales se mencionan los recursos relativos a la participación en actividades e interacciones sociales. Durante la vejez la participación en actividades sociales constituyen una necesidad vital, cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, ya que posibilita el desarrollo de las potencialidades y recursos del adulto mayor (Monchietti & Krzemien, 2002).

En general, un estilo de vida activo caracterizado por una implicación en actividades y ocupaciones sociales y culturales, se asocia con un menor riesgo de deterioro cognitivo. La realización de diversas actividades sociocognitivas están positivamente relacionadas con el desarrollo de las funciones cognitivas a partir de la adultez.

La participación social de las personas mayores es una de las estrategias derivadas del concepto de envejecimiento activo, desde el que se sostiene que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel activo y sin desconectarse o aislarse de la sociedad. El aislamiento y la soledad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo. Los beneficios de mantener relaciones y vínculos familiares y sociales, así como de ser socialmente activo, contribuyen, sin duda, a envejecer con éxito, con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social.

Por último, se reconoce la importancia del rol de la participación social en el proceso de envejecimiento, considerando la implicancia que parece tener en los procesos específicamente neurocognitivos.

1.2.8. Terapia Ocupacional: Importancia de la participación social en el envejecimiento

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2008), incluye a la participación social como una de las principales "áreas de la ocupación" definiéndola como los "Patrones de comportamientos organizados que son característicos esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social" (Mosey, 1996, p.340), diferenciándose la participación en la comunidad, en la familia y con compañeros/amigos.

Abordando esta dinámica desde la Terapia Ocupacional se puede plantear que la intervención desde éste rol, se propone lograr alcanzar un estado de bienestar a la persona, así como para satisfacer necesidades. La intervención está destinada a promover la salud, apuntando a mejorar y aumentar el control sobre la misma. Asimismo, promover el cambio de estereotipos sociales, en torno a la vejez, por los mismos sujetos y estimulando una mayor participación social en la comunidad. A partir de esta participación, el sujeto se configurará en relación con los diferentes grupos de pertenencia, mediante la internalización de un sistema de significaciones sociales. Considerando que el sujeto es un emergente de experiencias de relaciones dialécticas mutuas, que se modifica a partir de la interacción con el medio; como destaca Pichón Riviere la función del otro en la

constitución e historización de la subjetividad. Dicho proceso de vinculación dialéctica del sujeto con el medio, se halla en la base de la salud. Desde la TO, se propone que el sujeto logre cuestionar los modelos culturales vigentes (representaciones sociales negativas de la vejez), favoreciendo el desarrollo personal y brindando así posibilidades de salud.

Desde esta disciplina, se busca posibilitar una dinámica particular de co-crear con la comunidad, garantizando su participación activa y significativa propiciando el empoderamiento de los protagonistas. Definiendo al empoderamiento, como la capacidad del individuo de asumir un rol protagónico, activo y responsable, sobre su propia salud, apropiándose y haciendo uso de los recursos disponibles de acuerdo a las condiciones personales, socioambientales, económicas, sanitarias y políticas. Esta habilidad, es un proceso que implica un desarrollo del mismo, hasta llegar a ejercer el control sobre su salud (Departamento de Promoción de Salud del Gobierno de Chile, 2013). En este sentido, la participación dentro de las nuevas formas de grupalidad emergentes de la sociedad actual, constituyen estrategias sociales promotoras de la salud en la vejez, a partir de las cuales los sujetos pueden apropiarse de los recursos que estas les brindan, optimizando sus potencialidades y contribuyendo a un proceso de salud que resulta subjetivo y particular de cada sujeto.

Wilcok (2006) dice que "seguir una visión de promoción de la salud del cliente hacia su bienestar centrado en la ocupación comprende la creencia de que la amplitud del potencial de lo que la gente puede hacer, ser y lo que se esfuerza por convertirse son la preocupación principal, y que la salud es un producto de esto. Un estilo de vida ocupacional variado y completo casualmente mantendrá y mejorará la salud y el bienestar si éste permite a las personas ser creativas y aventureras físicas, mental y socialmente." (p.315).

Para la TO un estilo ocupacional variado implica la participación activa socialmente, contribuyendo al bienestar perseguido, teniendo en cuenta el impacto de la misma en la vida cotidiana.

1.2.9. La ciencia de la ocupación

La ciencia de la ocupación emerge en la década de los 80, como una ciencia fundada en las ciencias sociales interdisciplinarias, sostiene relaciones mutuas con otras disciplinas, entre ellas, la sociología, la antropología, la filosofía, y la psicología (Clark & Lawlor, 2009). Es un área de conocimientos que se deriva de los principios y valores de la Terapia Ocupacional, en la búsqueda de una base de elementos teóricos sólidos que validen y sustenten las acciones de la profesión. Se nutre el quehacer profesional y permite expandir las líneas investigativas en el ámbito de la ocupación y la práctica de la Terapia Ocupacional. A su vez se encuentra inserta activamente en la producción de conocimiento en el contexto postmoderno. Sin embargo, no está limitada sólo a esta disciplina (Rudman, Dennhardt, Fok, et al, 2008) sino que apunta a una comprensión ocupacional del ser humano, lo que traspasa las fronteras profesionales, posibilitando ampliar las habituales dimensiones de comprensión como ser biopsicosocial a la dimensión ocupacional.

Tal como refiere Yerxa (1967), uno de los pasos para alcanzar el profesionalismo es poseer un cuerpo de conocimientos basado en investigación. En el caso de la Terapia Ocupacional, dicho proceso ha tomado la forma de una ciencia básica, la ciencia de la ocupación, implicando el estudio del ser humano como ser ocupacional y abordando los distintos dilemas que atañen a la profesión, la práctica profesional y su perfil (Yerxa, 1993).

Como una disciplina emergente, la ciencia de la ocupación, realiza un estudio

sistemático del comportamiento humano, cuya meta es desarrollar una base que describa y entienda la participación en ocupaciones (Jackson, et al. 1998), por medio del estudio de la forma, función y significado de la ocupación. Enfatizando el rol crítico que juegan las ocupaciones al afectar la salud y el bienestar (Zemke y Clark, 1996).

Existen una diversidad de definiciones sobre ocupación, aun así el foco de la ciencia de la ocupación no es sólo la actividad en sí, sino que también los actores sociales que participan en ocupaciones dentro de contextos sociales, culturales, e históricos; dando importancia a la relación entre actividad, participación, y salud (Clark & Lawlor, 2009).

Los fundamentos para el estudio de la ocupación tienen relación con las implicancias que tiene respecto a la salud, por tanto la profesión tiene la responsabilidad de contribuir al conocimiento en torno a la ocupación, por cuanto su premisa básica es que la ocupación incluye la salud. En armonía con las premisas de la Terapia Ocupacional, la ciencia de la ocupación considera que la participación en las actividades cotidianas afecta significativamente a la salud, la felicidad y la satisfacción (Emmons, Dieber y Larsen, 1986 y Rodin y Langer, 1977)

El generar un concepto de salud que contemple las singularidades de las visiones tanto de la Terapia Ocupacional como de la ciencia ocupacional, considera superar una concepción exclusivamente biomédica, es decir, considera la adición de tres aspectos íntimamente relacionados: a) el funcionamiento de las estructuras y funciones corporales (organismo); b) las capacidades de desempeñar actividades (actividad) y c) la participación social (participación). Esta perspectiva permite dirigir un delineamiento teórico de las investigaciones que armonizan el campo de la ocupación y su relación con la salud del sujeto (Miralles y Ayuso, 2004).

La ciencia de la ocupación ejerce un papel fundamental en la estructuración de

conocimientos acerca de la ocupación. Definiendo aspectos que favorecen y promueven la participación e integración social de las personas, contribuyendo a involucrar a las personas en ocupaciones para dar soporte a la participación en su contexto y la manutención de su salud, promoviendo su participación en la vida cotidiana, por medio de sus ocupaciones (AOTA, 2008).

Así, en el largo camino de la Terapia Ocupacional, la Ciencia de la Ocupación ha instalado un nuevo paradigma que está impulsando el desarrollo de nuestra disciplina, pero que además ha venido a ampliar la mirada que se tenía del hombre como sujeto biológico, psicológico, espiritual y social. Este enfoque, reafirma la concepción holística con la que la profesión se aproxima a la búsqueda del bienestar y la salud de las personas. Comprender las reales necesidades ocupacionales de los individuos dentro de la sociedad y la cultura a la que pertenecen, conduce a reflexionar acerca de una metodología de intervenciones que no puede basarse en protocolos ajenos a este contexto. Es fundamental organizar y sistematizar el conocimiento práctico de los terapeutas ocupacionales, hecho que ha venido en aumento, y queda de manifiesto en numerosas revistas científicas, congresos y conferencias (Navarrete, 2010).

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Problema

¿Cuál es la relación entre participación social significativa y reserva cognitiva en adultos mayores activos socialmente?

2.2. Objetivos

Objetivo general

Describir la relación entre el nivel de participación social significativa y de reserva cognitiva, en adultos mayores.

Objetivos específicos

1. Describir y evaluar el nivel de participación social significativa y de reserva cognitiva en adultos mayores.
2. Analizar la relación entre la participación social significativa y la reserva cognitiva en adultos mayores.

2.3. Hipótesis

Existirán diferencias significativas entre las variables de estudio, de manera que: Las personas que muestran un mayor nivel de participación social significativa, tenderán a

presentar un mayor nivel de reserva cognitiva, y las personas que exhiban un nivel bajo de PSS, presentaran un bajo nivel de RC.

2.4. Diseño de investigación

Este estudio utilizó un diseño transversal con metodología descriptiva y correlacional, en función del establecimiento de relaciones entre las variables de estudio: a) participación social significativa, y b) reserva cognitiva, en un recorte de tiempo determinado.

2.5. Participantes

Se conformó una muestra intencional no probabilística de 40 sujetos de ambos sexos, mayores de 60 años de edad de la ciudad de Mar del Plata. Los participantes cumplían con los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores con distinto nivel educativo (primario completo, secundario, y terciario/universitario), nivel socioeconómico medio, autoválidos, exentos de trastornos cognitivos, psicopatológicos y/o inmovilidad física. La selección intencional de los participantes se justifica en función del objetivo de investigación, considerando la independencia psicofísica y la posibilidad de dar respuesta adecuada a las consignas de los cuestionarios sociodemográfico y cognitivo (CRC). Criterios de exclusión: personas residentes en geriátricos. La muestra se extrajo de la comunidad en general, siendo algunos participantes pertenecientes a algunas de las siguientes instituciones: cursos de extensión del PAMI en la UAA, Programa Universitario de Adultos Mayores, y otros participantes contactados de manera independiente, es decir, sin pertenencia institucional. Las instituciones y los participantes se seleccionaron por medio de un muestreo intencional según dichos criterios. Se consideró una muestra suficientemente heterogénea en cuanto a la variable participación social, a fin de observar la variabilidad de ésta sobre la variable

cognitiva considerada: RC. El tamaño de la muestra respondió a los requisitos estadísticos a fin de asegurar la potencia y validez interna del estudio.

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1. La media de edad es de 71,65 años con un desvío estándar de 6,01515. La muestra se conformó por 65% mujeres y 35% hombres. Se registra un alto porcentaje de participantes que poseen un nivel de instrucción primario 47,5%. Un 55% de la muestra es casado/a y un 75% reside en los barrios de la ciudad. A su vez un 67,5% convive con otras personas. El 90% de los participantes son jubilados, siendo los comerciantes la mayor actividad laboral representando un 30%.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables socioeducativas y ocupacionales de la muestra.

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad	M= 71,65 (6,01515)		
Sexo	Masculino	14	35,0
	Femenino	26	65,0
Nivel Educativo	Primario	19	47,5
	Secundario	13	32,5
	Terciario/Universitario	8	18,0
Estado Civil	soltero/a	1	2,5
	casado/pareja	22	55,0
	viudo/a	10	25,0
	divorciada/o	7	17,5
Residencia	Centro	10	25,0

	Barrio	30	75,0
Jubilación	Jubilados	36	90
	No jubilados	4	10,0
Ocupación	ama de casa	10	25,0
	empleado/administrativo	6	15,0
	Profesional	2	5,0
	Docente	2	5.0
	técnico/ gestor / oficios	8	20,0
	Comerciante	12	30,0
Convivencia familiar	solo/a o con animal	13	32,5
	con familiar/ es	27	67,5
N Total		40	100,0

La Tabla 2 presenta el tipo de las actividades y ocupaciones cotidianas de los adultos mayores de la muestra, de la cual un 27,5% realiza actividades de tipo ama de casa/tareas caseras; mientras qué sólo un 2,5% realiza actividad física.

Tabla 2. Tipo de actividades y ocupaciones cotidianas de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Ocupacional-laboral	9	22,5
Educativa- cognitiva	8	20,0
Actividad física	1	2,5
Culturales-artística	3	7,5
Recreativa	8	20,0
Ama de casa-tareas caseras	11	27,5
Total	40	100,0

2.6. Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos, derivados de los propios marcos teóricos considerados en esta investigación, con lo cual se mantienen una coherencia teorica-empírica.

1. Cuestionario de datos socioeducativos: Cuestionario breve de preguntas cerradas elaborado ad hoc según el objetivo de este estudio para indagar las variables: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupaciones o actividades, estado previsional, barrio de residencia, y conformación de grupo conviviente. Tiempo estimado: 10 minutos.

2. Cuestionario de participación social significativa (krzemien, 2002). Evalúa la participación social significativa mediante 87 ítems agrupados en dos escalas. La escala A está referida a las relaciones sociales familiares y extrafamiliares, considerando la naturaleza, frecuencia y satisfacción subjetiva de la relación. Está

conformada por 24 ítems (convivencia, calidad y satisfacción de la relación, apoyo social, expresión de emociones, sentimiento de soledad, personas significativas). La sección B evalúa las actividades sociales que abarcan las áreas de educación, laboral-ocupacional, actividad física, esparcimiento, artística, socio-comunitaria, religioso-espiritual, considerando la frecuencia y satisfacción de la participación. Esta escala se compone por 63 ítems (concurrencia a curso, taller, grupo de lectura, de reflexión, de autoayuda, club, clase de gimnasia, programa deportivo, iglesia, reuniones sociales, actividades voluntarias, laborales, viajes). Los ítems son dicotómicos según una escala de 1-2 puntos donde 1 corresponde a "sin participación" y 2 a "con participación". Para la evaluación de la frecuencia en la concurrencia se utiliza una escala de tres valores: raramente, a veces y casi siempre, y también para la consideración del grado de satisfacción: poco, más o menos y mucho. La suma de las puntuaciones de ambas dimensiones (relaciones sociales y actividades) proporciona un índice global de participación social significativa (pss), cuyos valores posibles oscilan entre 36 (nula pss en todos los ítems) y 198 puntos (óptima pss en todos los ítems). El cuestionario evalúa la calidad y grado de pss de acuerdo a una escala de 3 niveles: 1: bajo (entre 36-90), 2: medio (91-144), 3: alto (145-198). El tiempo de administración medio del cuestionario es de 25-30 minutos.

3. Cuestionario de reserva cognitiva CRC (Rami, Valls Pedret, Bartrés Faz, Caprile, Solé Padullés, Castellví, & Molinuevo, 2011). Es un cuestionario útil para evaluar el grado de RC en controles sanos y en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial. El CRC se asocia al rendimiento cognitivo de la función ejecutiva, al ser aplicado ofrece información de forma sencilla, rápida y eficaz permitiendo objetivar el grado de reserva cognitiva, está formado por ocho ítems que miden diversos aspectos de la actividad

intelectual del sujeto, que según la bibliografía previa son las variables más importantes para la formación de la reserva cognitiva. Se valora la escolaridad y la realización de cursos de formación, la escolaridad de los padres, la ocupación laboral desempeñada a lo largo de la vida, la formación musical y el dominio de idiomas. Además, se indaga sobre la frecuencia aproximada con que se han realizado actividades cognitivamente estimulantes a lo largo de toda la vida, como son la lectura y la práctica de juegos intelectuales, como crucigramas y ajedrez. Para la obtención de la puntuación total del CRC, se suman los resultados de cada ítem, siendo el máximo de 25 puntos. A puntuaciones más elevadas, mayor reserva cognitiva. Los datos normativos se determinaron mediante el uso de percentiles, siendo que una puntuación igual o menor a 6 pertenece al cuartil 1, situando el grado de reserva cognitiva del sujeto en el rango inferior (nivel bajo); una puntuación entre 7 y 9 (cuartil 2) corresponden a una reserva cognitiva de nivel medio-bajo; entre 10 y 14 puntos (cuartil 3) equivale a un nivel medio-alto; y aquellas puntuaciones iguales o mayores a 15 (cuartil 4) se clasifican como una reserva cognitiva situada en la categoría superior (nivel alto). El tiempo de administración medio del cuestionario es de 10 minutos.

2.7. Procedimiento

Las técnicas de recolección de datos se administraron a los participantes individualmente, mediante condiciones estandarizadas y sistemáticas, guiados por las tesistas, en una sesión de 50 minutos. Primeramente, se detalló el objetivo e importancia del estudio, captando la atención e interés del participante, ya que en este grupo etario afecta principalmente el factor motivacional, por ello y considerando la experiencia de numerosos estudios previos del Grupo de investigación Gerontologia y Psicologia del Curso Vital de la FCSySS, UNMDP-

CONICET. El orden en que administraron los instrumentos, es según se describen en el punto Instrumentos. Se aseguro el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos.

2.8. Análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo de los datos. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva (Frecuencias, Medidas de TC y DE) para caracterizar las variables de estudio, y pruebas de estadística inferencial, pruebas de correlación paramétricas y no paramétricas. Para ello, se utilizó el paquete estadístico SPSS, siguiendo las recomendaciones de uso de Gardner (2003) y de Aron, A. y Aron, E. (2001).

CAPITULO III

RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos según los objetivos planteados:

Objetivo 1: Describir y evaluar el nivel de participación social significativa y de reserva cognitiva en adultos mayores.

- La PSS ha sido evaluada mediante el Cuestionario de participación social significativa (krzemien, 2002). En la Tabla 3 se presentan los valores estadísticos de la variable PSS.

Tabla 3. Resultados estadísticos de Participación social significativa.

Media	111,00
Desvío estándar	23,95
Mínimo	57,0
Máximo	159,0

Como se puede observar en la Tabla 3, la muestra seleccionada presenta una media de 111,00 (23,95), según la puntación del instrumento. El puntaje mínimo registrado es de 57 puntos y el máximo de 159.

De acuerdo al instrumento, se han considerado tres niveles de PSS: bajo, medio y alto, cuyos valores se expusieron en la sección de Instrumentos en Metodología.

En la Tabla 4 se presenta la distribución de la muestra según el nivel de PSS de los adultos mayores. Se observa que el 70% de la muestra presenta un nivel de participación social significativa medio, mientras que un 22,5% posee un nivel de PSS bajo y un 7,5% nivel alto de participación.

Tabla 4. Frecuencia de PSS según el nivel en el Cuestionario de participación social significativa

Nivel	Frecuencia	Porcentaje%
Nivel 1	9	22,5
Nivel 2	28	70,0
Nivel 3	3	7,5
Total	40	100,0

- La RC ha sido evaluada mediante el Cuestionario de reserva cognitiva de Rami et al. (2011). En la Tabla 3 se presentan los valores estadísticos de la variable RC.

Tabla 5. Resultados estadísticos de reserva cognitiva.

Media	11,17
Desvío estándar	3,815
Mínimo	6
Máximo	20

Como se puede observar en la Tabla 5 la muestra seleccionada presenta una media de 11,17 (4,133). El puntaje mínimo registrado es de 6 puntos y el máximo de 20.

De acuerdo al instrumento, se han considerado cuatro niveles de RC: bajo (puntuación igual o menor a 6), medio-bajo (puntuación entre 7 y 9), medio-alto (entre 10 y 14 puntos) y alto (puntuaciones iguales o mayores a 15).

En la Tabla 6 se presenta la distribución de la muestra según el nivel de RC. Los resultados registrados muestran que un 40 % de la muestra tiene un nivel medio-alto de RC, un 25% presentan un nivel medio-bajo de RC, un 20% nivel alto y sólo un 15% posee un nivel bajo de RC.

Tabla 6. Frecuencia de RC según el nivel de desempeño en el CRC

Nivel	Frecuencia	Porcentaje%
1.Bajo	6	15,0
2.Medio-bajo	10	25,0
3.Medio-alto	16	40,0
4.Alto	8	20,0
Total	40	100,0

Objetivo 2: Analizar la relación entre la participación social significativa y la reserva cognitiva en adultos mayores.

Para analizar la PSS en los adultos mayores, estableciendo diferencias según el nivel de RC, en primera instancia se procedió a estudiar si el comportamiento de esta última variable sigue una distribución normal. Para ello se comprobó la normalidad utilizando la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* y mediante un histograma de frecuencia. Se observó que los valores no son significativos estadísticamente, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula respecto a la no distribución normal de la variable. Por tanto, la distribución de la misma es normal.

Tabla7. Prueba de Kolmogorov-Smimov para una muestra

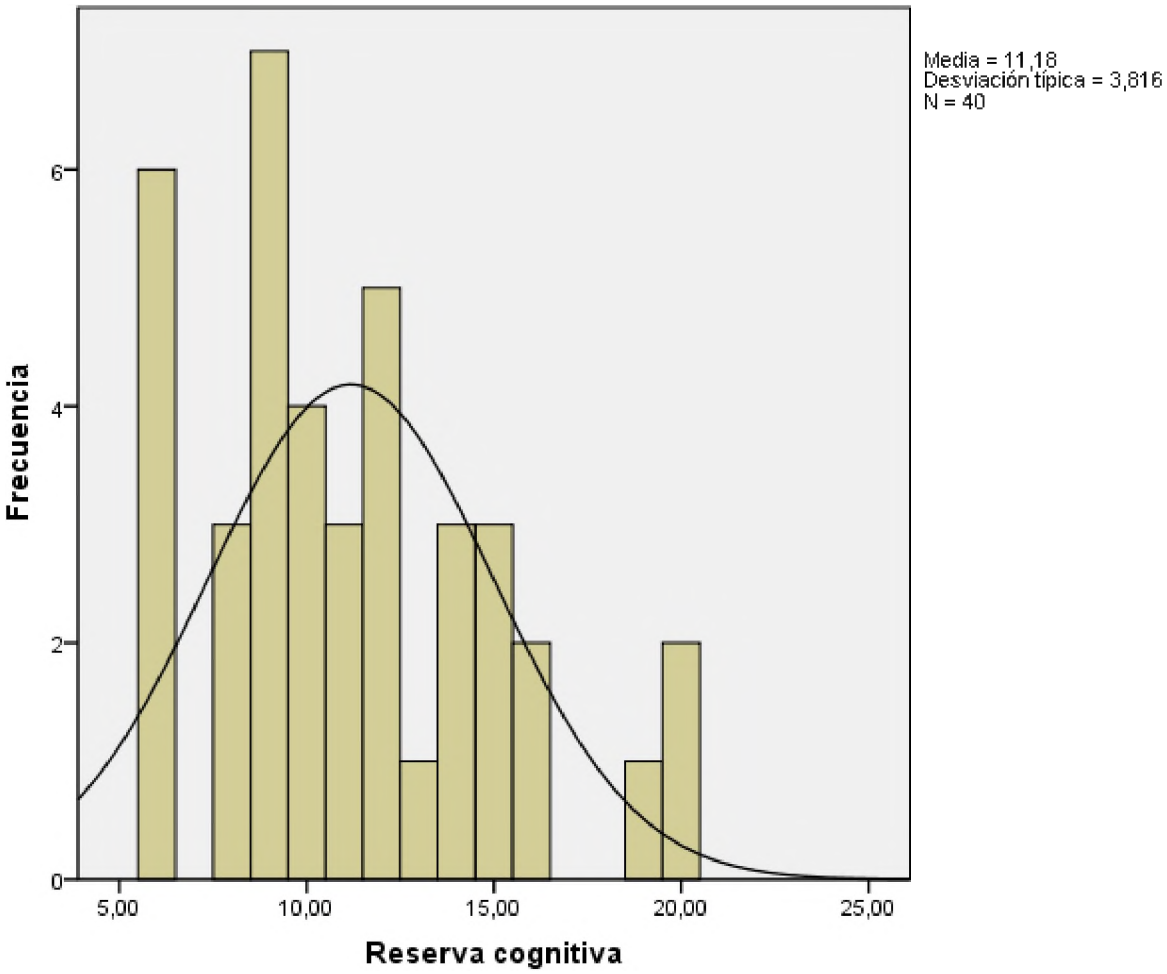
		Reserva cognitiva
N		40
Parámetros normales[a,b]	Media	11,17
	Desviación típica	3,815
Diferencias más extremas	Absoluta	,121
	Positiva	,121
	Negativa	-,088
Z de Kolmogorov-Smirnov		,765
Sig. asintót. (bilateral)		,602

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

A continuación se presentará el gráfico correspondiente para visualizar la distribución muestral de la variable de RC.

Histograma de frecuencia para el comportamiento de la variable de estudio RC.



Luego, con el objetivo de determinar posibles relaciones entre las variables, se aplicó el coeficiente Rho de Spearman para muestras no paramétricas, dado que si bien el comportamiento de la variable cuantitativa RC presenta una distribución normal, la variable PSS no necesariamente debe presentar una distribución normal en la población, como sucede por ejemplo, con las variables de personalidad, dada la variabilidad de las personas para integrarse socialmente. En cuanto a los resultados, se halló que la correlación entre las variables RC y PSS, no es estadísticamente significativa (rho= ,242; $p < 0,01$).

Rho de Spearman		Reserva Cognitiva	PSS 3nivel
Reserva Cognitiva	Coeficiente de Correlación	1,000	,242
	Sig. (bilateral)		,133
	N	40	40
PSS 3nivel	Coeficiente de Correlación	,242	1,000
	Sig. (bilateral)	,133	
	N	40	40

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se ha propuesto describir y analizar la reserva cognitiva y la participación social significativa en adultos mayores, utilizando una muestra intencional no probabilística compuesta por 40 sujetos de ambos sexos, mayores de 60 años de edad de la ciudad de Mar del Plata.

Los datos obtenidos han demostrado que la muestra seleccionada (N=40) tiene un nivel medio-alto de reserva cognitiva, siendo el nivel de participación social significativa medio. Los resultados indicaron que un 40% de los participantes registran un nivel medio alto de RC, y que un 70% poseen un nivel medio de PSS.

Coincidentemente con la numerosa evidencia empírica acerca de la participación social de los adultos mayores, este estudio demostró que la mayoría de las personas mayores de la muestra estudiada presenta un nivel medio de PSS. Esto muestra que aun durante la vejez existe la posibilidad de participar en nuevas experiencias de aprendizaje e integrarse al contexto social y cultural, las cuales pueden ejercer un efecto positivo sobre los aspectos sociales de los adultos mayores (Liu, Liang & Gu, 1995; Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999; Krzemien 2002; Arias & Scolni, 2005) contrariamente a la representación social predominante en el ámbito académico y social de nuestro medio cultural acerca de la estigmatización de la vejez como etapa de declinación de los procesos neurobiopsicosociales como consecuencia universal del envejecimiento biológico asociado a la edad. Numerosos autores destacan la

importancia de las variables psicosociales, sosteniendo que los factores de mayor riesgo para el buen envejecer serían una escasa integración social, carencia de apoyo social, y el estrés en la vida diaria (Fierro, 1994; Krzemien y Lombardo, 2003; Pelechado y De Miguel, 1994).

Respecto del desempeño cognitivo alcanzado medio-alto de RC de la muestra, es posible explicarlo considerando las características de la naturaleza heterogénea de la muestra considerada en este estudio. Por un lado, debido a la variabilidad en cuanto a la participación y pertenencia social, y por otro en cuanto a la formación educativa. En algunos casos, los adultos mayores participaban de diversos cursos de formación y habían realizado múltiples actividades socioculturales y cognitivas previamente; mientras que otros carecían de participación en este tipo de actividades formales. Esta variabilidad en la selección intencional de la muestra permitió conformar un grupo suficientemente heterogéneo para que los datos revistieran de validez interna. Entonces, teniendo esto en cuanta, se infiere que los altos puntajes vislumbrados en el desempeño en RC, tal como sostiene la literatura científica, reflejan la influencia de múltiples factores condicionantes de la riqueza y actividad cerebral, en la que se basa la RC, y que además no permanece estable a lo largo del curso vital, sino que evoluciona con el desarrollo (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004). Por lo tanto, la experiencia de vida de los adultos mayores de la muestra y sus trayectorias académicas, podrían estar condicionando su nivel de RC y a su vez, potenciando la plasticidad y la conectividad de las redes neuronales.

Con respecto a la variable Reserva Cognitiva los resultados obtenidos indican que los adultos mayores evaluados presentan un nivel medio-alto. Numerosos estudios han demostrado la influencia de variables relacionadas con las experiencias de vida sobre un

mayor nivel de RC (Stern, 2009). Entre estas variables, se pueden mencionar: la educación (Carnero-Pardo, 2000; Carnero-Pardo & del Ser, 2007; Garibotto et al., 2008; Gatz, 2005; Scarmeas et al., 2006; Stern et al., 1994), el estatus profesional (Potter et al., 2007; Andel et al., 2011), la participación en actividades culturales, sociales (Bennett et al., 2006; Zunzunegui et al., 2008) y cognitivas (Hall et al., 2009; Wilson et al., 2007), todas ellas consideradas en el instrumento CRC (Rami et al., 2011) utilizado en este estudio.

Los altos niveles obtenidos en relación a la variable RC en la presente investigación, se encuentran en estrecha relación con la literatura científica que plantea que es un mecanismo cerebral potencial activo que se pone en funcionamiento cuando en el proceso de envejecimiento disminuyen ciertas habilidades cognitivas. Es decir que se relaciona con los recursos cognitivos e intelectuales que la persona ha logrado acumular en el curso de su vida. En el mismo influyen los factores genéticos y las capacidades innatas, en especial la memoria, la inteligencia general y el lenguaje; y también tienen efecto las actividades psicofísicas que hayan favorecido el desarrollo psicomotriz.

Estos recursos y experiencias vividas pueden influir en la neuronatomía del cerebro, contribuyendo a la neurogénesis a lo largo del curso vital y reduciendo el riesgo de deterioro cognitivo. En última instancia, la combinación multidimensional de estos factores intervinientes en el desarrollo de la reserva cognitiva, ayudan a la salud mental, al bienestar psicológico y al funcionamiento cognitivo en el envejecimiento, lo cual, a su vez, optimiza la integridad, la plasticidad neuronal y la RC.

El interés de esta investigación era conocer las relaciones entre las variables de estudio en adultos mayores. Atendiendo a los resultados estadísticos, no se ha hallado una

correlación estadísticamente significativa, entre las variables RC y PSS. Es decir, que en esta muestra no se presenta una interdependencia entre dichas variables, entendiendo que la variabilidad de una, no influye de manera significativa estadísticamente en la otra. Parece ser que la naturaleza de la participación social significativa es independiente de los recursos cognitivos e intelectuales en adultos mayores. Cabe señalar que la PSS es un constructo multidimensional, que involucra 3 dimensiones, las cuales han sido evaluadas mediante el instrumento utilizado: las relaciones y contactos sociales, la pertenencia y participación social en grupos y actividades y, el apoyo social y disponibilidad de personas confidentes. Nótese que estas dimensiones, se refieren a aspectos de pertenencia, apoyo emocional y social, entonces es posible pensar que la PSS cuando se refiere a los aspectos socioemocionales y de pertenencia, no se hallaría relacionada directamente con los constructos neurocognitivos, como la RC.

Evidentemente, según los resultados empíricos, el hecho de que los adultos mayores cuenten con redes de apoyo social, contención emocional y pertenezcan a grupos, se reúnan con el fin de realizar actividades, donde el interés principal es la pertenencia y el compartir socialmente, no necesariamente está relacionado con la RC o la formación de habilidades neurocognitivas.

Cabe mencionar que el constructo de RC tiene poca historia en su conceptualización y en la evidencia empírica en el campo de las neurociencias; se conoce poco acerca de cuáles son las variables que afectan en el desarrollo de la RC. Recientemente existen autores (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Iacub y Arias 2010; Ming y Song, 2011), que consideran que las variables socioemocionales están relacionadas con la RC. Sin

embargo, no se ha hallado evidencia empírica al respecto y nuestra investigación tampoco comprueba estas hipótesis.

Por lo tanto, acorde a los resultados obtenidos en esta muestra de adultos mayores, no se confirma la hipótesis básica del presente estudio, "las personas que muestran un mayor nivel de participación social significativa, tenderán a presentar un mayor nivel de reserva cognitiva, y las personas que exhiban un nivel bajo de PSS, presentaran un bajo nivel de RC", ya que no se han hallado correlaciones estadísticamente significativas entre las variables Reserva Cognitiva y Participación Social Significativa.

En congruencia con los resultados obtenidos en un estudio reciente del CONICET, llevado a cabo por el Grupo de Investigación de Gerontología y Psicología del Curso Vital de Ciencias de la Salud, dirigido por la Dra. Krzemien, hallaron que las variables cognitivas y socioemocionales no se hallan directamente relacionadas en una muestra de 218 adultos mayores. Al parecer los factores socioemocionales y de pertenencia no tendrían un impacto directo sobre la RC. Ahora bien, existe consenso teórico en que las variables que afectan a la RC son el tamaño del cerebro, la inteligencia pre mórbida y la educación, según las neurociencias (Berger, 2009).

Es amplia la evidencia acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el bienestar psicológico, la satisfacción vital, el empoderamiento, la autoestima, y otras variables biopsicosociales (Muchinik,1984; Levit, Antonucci, Clark & Rotton, 1986; Aquino, Russell, Cutrona & Altmaier,1996; Antonucci, Fuhrer, & Dartigues, 1997; Forsell & Winblad, 1999; Peirce, Frone, Russell, Cooper & Mudar, 2000; Chou & Chi, 2001; Krzemien, 2002; Arias, 2004; Arias & colni, 2005;

Vanderhorst & Mc Laren, 2005; Bishop, Martin & Poon, 2006; Yoon & Lee, 2007; Arias, 2008; Phillips, Sui; Yeh & Cheng, 2008). Sin embargo es exigua la evidencia empírica acerca de la influencia de las redes de apoyo y participación social sobre los aspectos neurocognitivos en adultos mayores. Esto contrarresta el supuesto del rol de la PSS en el desempeño en habilidades cognitivas en la vejez, tanto en el ámbito académico como sociocomunitario. Se recuerda que la PSS, como fue evaluada en esta muestra, tiene que ver más articularmente con aspectos socioemocionales y de apoyo social. En cambio, si consideramos la PS como que involucra actividades de entrenamiento cognitivo específicamente, se halla evidencia empírica de que las actividades sociocognitivas tienen un impacto positivo sobre la RC.

En este sentido, se han realizado numerosas investigaciones (Knopman, 2003; Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004) que revelan la relación existente entre las actividades sociocognitivas y los mecanismos compensatorios cerebrales a nivel frontal en la ejecución de tareas (RC). En esta misma línea, otros estudios (Arenaza, E. & Bartrés, D, 2014) muestran que la participación en actividades sociocognitivas puede ayudar a mantener el funcionamiento cognitivo, protegiendo al sujeto contra el declive y promoviendo la longevidad. De ahí, la importancia de los programas de entrenamiento sociocognitivo a partir de la adultez, ya que producen un efecto moderador beneficioso sobre el envejecimiento neurocognitivo, y en la calidad de vida en general de los adultos mayores.

Justamente por lo anterior, se infiere que la PSS en sí misma no tendría un impacto significativo sobre las variables asociadas a la RC y al potencial cognitivo. Sin embargo es posible pensar que si afectan positivamente aquellas actividades que resultan beneficiosas

socialmente y que a su vez requieren una demanda cognitiva. Este esfuerzo cognitivo, en un marco de actividad social, estaría destinado a producir un impacto sobre mecanismos funcionales compensatorios del declive cognitivo asociados al avance de la edad, favoreciendo un efecto protector contra el proceso neurodegenerativo en el envejecimiento cognitivo (Rodríguez-Álvarez y Sánchez-Rodríguez, 2004).

Por otra parte, respecto a los aspectos metodológicos del estudio, cabe señalar que las distribuciones muestrales, han sido normales para la variable de RC. Esto se explica teniendo en cuenta las características particulares de los participantes, considerando que la muestra fue elegida de manera intencional en función de los objetivos de investigación, además de la adecuación de los instrumentos utilizados, fundamentados teórica y empíricamente derivados de los propios marcos teóricos propuestos por sus autores, manteniéndose así la coherencia teorica-empírica, y también las condiciones estandarizadas y rigurosas de evaluación guardadas para su administración.

Como se ha revisado en el estado de la cuestión, los constructos investigados por el presente estudio aún no cuentan con suficiente evidencia empírica. A su vez, son exiguos los estudios realizados en la última etapa del desarrollo, la vejez, y en nuestro contexto sociocultural. Aún se requieren de estudios que relacionen las variables estudiadas en otros grupos muestrales, con el fin de conocer el comportamiento de las mismas en el envejecimiento normal.

Por lo tanto el aporte de este estudio al ámbito de la Terapia Ocupacional, tiene importancia para la comprensión del funcionamiento cognitivo en adultos mayores en condiciones normales, con implicaciones para la evaluación cognitiva y el diseño de

intervenciones de entrenamiento sociocognitivo, orientadas al desarrollo de la Reserva Cognitiva. En este sentido las intervenciones deberían no solo estar destinadas a brindar espacios de integración, pertenencia y apoyo social; sino que también seria necesario incorporar otras propuestas que impliquen el estimulo cognitivo, favoreciendo la RC. Considerando a esta última, como un factor clave en la explicación del funcionamiento cognitivo adaptativo en la edad avanzada, produciendo un efecto protector frente a la patología neurodegenerativa en el envejecimiento (Harris y Allegri, 2009) es que se puede hacer referencia a la promoción de la salud comunitaria, herramienta fundamental con los que cuentan los agentes de salud, en la que posibilita a la persona de trazar procesos de empoderamiento a través de las habilidades cognitivas abordadas a través de diferentes intervenciones en TO.

Gates y Valenzuela (2010) valoran el beneficio del entrenamiento cognitivo como terapéutico y destacan que es una estrategia necesaria para maximizar la reducción del riesgo y mantener una salud cerebral óptima. En este sentido, esta idea pretende fundamentar las estrategias de intervención en TO, reorientando el énfasis puesto en compensar el déficit cognitivo, hacia el desarrollo del potencial y mantenimiento de las áreas de desempeño ocupacionales, en particular de los componentes neurocognitivos que intervienen en el funcionamiento intelectual del envejecimiento normal. Propiciando el desarrollo de programas de entrenamiento sociocognitivos que promuevan la optimización.de los recursos propios de cada persona, potenciando los beneficios a través de los recursos disponibles.

La utilidad de este estudio, radica en el aumento de la comprensión de un área poco explorada y en beneficio a la comunidad científica de conocer el comportamiento de las

variables abordadas en adultos mayores. Destacando que la potencialidad cognitiva del envejecimiento es una cuestión de atención apremiante dado el incremento poblacional del grupo etario de adultos mayores a nivel regional y local.

Los datos recolectados en este estudio, sirven de especial interés en el amplio campo de la interdisciplina, relacionando la Terapia Ocupacional y las neurociencias cognitivas, con la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación poco exploradas en la relación entre variables cognitivas y socioambientales. Como recomendación a futuras investigaciones en el área de la Gerontología, se propone estudiar los constructos evaluados en otras muestras, con otras características y la posibilidad de obtener datos empíricos mediante la aplicación de los instrumentos utilizados en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, M. D. P., & del Pilar, M. (1998). El concepto de vejez. e*nvejecimiento y vejez. nuevos aportes. Editorial Atuel, Buenos Aires*.

Álvarez González, M. A. & Trápaga Ortega, M. (2013) *Principios de neurociencia para psicólogos*. Buenos Aires: Paidós.

Álvarez, M. y Trápaga, M. (2005). *Principios de neurociencias para psicólogos*. Buenos Aires: Paidós.

Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente.* Buenos Aires, Argentina: Katz Editores, 2006.

Antonucci, T.C., R. Fuhrer y J.F. Dartigues (1997). "*Social Relations and Depressive Symptomatology in a Sample of Community-Dwelling French Older Adults*". *Psychology and Aging* 12 (1): 189-195.

AOTA – American Occupational herapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: domain and process. 2nd ed. American Jounal of Occupational Therapy*, v. 62, 625-683.

Aquino, J.R., D.W. Russell, C.E. Cutrona y E.M. Altmaier (1996*). "Employment Status, Social Support, and Life Satisfaction among the Elderly*". Journal of Counseling Psychology 43 (4). 480-489.

Arias, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. Mar del Plata*: Ediciones Suárez.

Arias, C. (2008). El Apoyo Social en la Vejez: Alternativas de Acción frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional. *Perspectivas en Psicología*

Arias, C., & Scolni, M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda (Ed.), *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional* (pp. 55-68). Mar del Plata: Suárez.

Arenaza, E. & Bartrés, D. (2014)- Reserva cognitiva. En Redolar, E, *Neurociencia Cognitiva* (pp.185-197). Panamericana.

Aron, A. & Aron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Pearson.

Avila Alvarez A, Martinez Piédrola R, Matill Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. *Marco de Trabajo para La práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición* [Traducción].

Baldivia B, Andrade VM, Amoedo bueno OF. (2008).*Contribution of education, occupation and cognitively stimulating activities to the formation of cognitive reserve.* Dement Neuropsychol;2:173-182. 8.

Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* 6(1), 569-664. New York: Wiley.

Baltes, P. B. (1987). *Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline*. Developmental Psychology, 23, 611-626.

Baltes, P.B. (1997). *On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory*. American Psychologist, 52, 366-380

Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). *Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning.* In *Annual review of psychology* (pp. 471-507). Annual Reviews.

Baltes, P. B. (2000). *Autobiographical reflections: From developmental methodology and Lifespan Psychology to Gerontology*. En J. E. Birren y J. J. F. Schroots (Eds.). A history of Geropsychology in autobiography, 7-26. Washington, DC: American Psychological Association.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review*, *84*, 191-215, available via: http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bar-Tur, L. & Levy-Shiff, R. (2000). Coping with losses in old age. *Journal of Personal and Interpersonal Loss, 5,* 263-281.

Bello Juján, L.; Suárez Rivero, J.; Prieto Ramos, F.; Serra Majem, L. (1999) Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria. *Atención Primaria*, v. 24, n. 9, (pp. 533-536) Barcelona.

Berger, S. (2009). *Psicología del desarrollo. Adultez y vejez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Berkman, L. F. (1984) Assessing the Health Effects of Social Networks and Social Support. *Annual Review of Public Health,* Palo Alto, v. 5, p. 413-432.

Birren, J. E. y Schroots, J. F. (1996*). History, concepts, and theory in the Psychology of aging.* En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.). Handbook of the psychology of aging (4º ed.), 3-23. New York: Academic Press.

Bishop, A., P. M artin y L. P oon (2006). *"Happiness and Congruence in Older Adulthood: A Structural Model of Life Satisfaction"*. Aging and Mental Health 10 (5): 445-453.

Bowling, A.; Browne, P. D. (1991) Social Networks, Health and Well-Being Among the Oldest Old in London. *Journal of Gerontology*, Washington, v. 46, n. 1, p. 520-532.

Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review, 22*, 117-150.

Brandtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent. *International Journal of Behavioral Development*; *16*(2), 323-349.

Broadhead, W.;Kaplan, B. H.; James, S. A. et al.(1983) The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health. *American Journal of Epidemiology*, Washington, n. 117, p. 521-537.

Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in older adults: The Harold model. *Psychology and Aging, 17*(1), 85-100.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2003). *Reunión de expertos en redes de apoyo social a Personas Adultas Mayores en América Latina y el Caribe.* Serie Seminarios y Conferencias Nº 30, LC/L.1995. Santiago de Chile: Editor. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/14182/lcl1995_1.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2004a). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.* LC/G.2228-1. Santiago de Chile: Editor. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/13371/LCG2228-1.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2004b). *Población,*

Envejecimiento y Desarrollo. LC/G.2235 (SES.30/16). Puerto Rico: Editor. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/14988/dge2235.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.* LC/W Nº 113. Santiago de Chile: Editor. Publicación de las Naciones Unidas. Diciembre, 2006. Disponible en http://www.cepal.org/publicacions/xml/0/28240/W113_1.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.* Huenchuan, S. (ed.). LC/G.2389-P. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf

Chávez, M. A., & Cerda, M. O. R (2006). Representación Social De La Vejez. Tesina para obtener el título de licenciada en psicología social. Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Sociales y Humanidades, México.

Chou, K.L., e I. Chi (2001). "Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Social Support and Sense of Control as Mediators or Moderators?" International Journal of Aging and Human Development 52 (2): 155-171.+

Corral Iñigo, A. (1998). *De la lógica del adolescente a la lógica del adulto.* Madrid: Editorial Trota.

Clark, M. S. & Grote, N. K. (2003). Close Relationships. En T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology,* (Vol. 5, pp. 447-461). New Jersey: Wiley.

Clark, F. & Lawlor, M. (2009) The making and mattering of occupational science. En Crepeau, E., Cohn, E. & Schell, B. (Eds). Willard & Spackman's Occupational Therapy (pp.1-14). Lippincott Williams and Wilkins.

Cohen, E., (1998), *Genealogía del concepto de subjetividad,* en Ensayo y Subjetividad. Buenos Aires. Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, UBA.

Cornachione Larrinaga, M. A. (2006b). *Psicología del Desarrollo: Vejez*. Córdoba, Argentina: Brujas.

Departamento de Promoción de Salud del Gobierno de Chile (2013). Orientación para planes comunales de promoción de la Salud 2014. Ministerio de Salud de Chile. Diciembre."http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf"

De Ribaupierre, A. (2005). Développement et vieillissement cognitif. En J. Lautrey y J.F. Richard (Eds.), *L'Intelligence* (pp. 211-226). París: Lavoisier.

Diehl, M. & Willis, S. L. (2003). Everyday competence and everyday problem solving in aging adults: The role of physical and social context. En H. W. Wahl, R. Scheidt & P. Windley (Eds). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Aging in context: Socio-physical environments* (Vol. 23, pp. 130-166). New York: Springer.

Diehl, M. (1998). Every competence in later life: Current status and future directions. *The Gerontologist, 38*(4), 422-433.

Dulcey Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(2), 207-224.

Doyle, C. (1995). "Effect of Staff Turnover and the Social Environment on Depressive Symptoms in Nursing Home Residents". *International Psychogeriatry* 7 (1): 51-61.

Dykstra, P. A. (2006). Off the beaten track childlessness and social integration in late life. *Research on Aging, 28*(6), 749-767.

Ekerdt, D.J., Bosse, R., & Levkoff, S. (1985). An empirical test for phases of retirement: Findings from the Negative Aging Study. *Gerontology*, *40*, 95-101.

Elder, G. H. (1999). *The life course and aging: Some reflections. Distinguished Scholar Lecture, Section on Aging and the Life Course*, 1-25. Washington, DC: American Sociological Association.

Emmons, R. A., Diener, E., & Larsen, R. J (1986). Choice and avoidance of everyday situations and affeCt congruence: Two models of reciprocal interactionism.jou171al *of Personality and Social Psychology,* 51, 815-826.

EPP, J.; KICKBUSCH, I.; LALONDE, M.; TERRIS, M. *Promoción de la salud, una antología*. Buenos Aires: OPS, 1996. (Pub. cient., 557).

Evans, N. J, Forney, D. S. & Guido-Di Brito, F. (1998). *Student development in college: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., Díaz, P. & Gonzalez, J.L. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez.* Madrid: Martínez Roca.

Fernández Ballesteros, R. (1999, junio). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos.* Conferencia en el Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social. Sanfafé de Bogotá, Colombia.

Fernández Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D., López-Bravo, M. D. Molina, M. A., Díez-Nicolás, J., y Montero López, P. y Schettini del Moral. R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, *22*(4), 641-647.

Fierro, A. (1994) *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En Buendía, J. (Comp.), Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 3-33). Madrid: Siglo XXI.

Fischer B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development, 41*, 239-250, available via: http://dx.doi.org/10.2190/HA9X-H48D-9GYB-85XW

Forsell, Y., & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International journal of geriatric psychiatry*, *14*(5), 368-372.

Fratiglioni, L.; Wang, H. X.; Ericsson, K.; Maytan, M.; Winblad, B.(2000) Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet* n.º 355, p. 1315-1319.

Freund, A.M. y Baltes, P.B. (2002). *Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity*. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 642-662

Gardner, R. C. (2003). *Estadística para Psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Prentice Hall.

Gates, N; Valenzuela, M. (2010). *Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults*. Curr Psychiatry; 12:20-7.

Gascón, S. (2002). "Argentina: políticas y programas para personas adultas mayores". Documento de la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago de Chile: Celade-cepal.

Gignac, M.A, Cott, C. y Badley, E.M. (2002). *Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis*. Psychology and Aging, 17, 520-524.

Gottlieb, B. H. (1985a). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education & Behavior, 12*(1), 5 - 22.

Greve, W. y Staudinger, U.M. (2006) *Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging*. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.). Developmental Psychopathology (2º ed., pp. 796-840). NY: Wiley.

Grob, A., Krings, F. y Bangerter, A. (2001). *Life markers in biographical narratives of people from three cohorts: A life span perspective in its historical context*. Human Development, 44, *171-190.*

Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (Serie Población y Desarrollo, Nº 28). Santiago de Chile: CELADE-CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/Poblacion/7/LCL1737P/serie28.pdf

Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, *77*, 35-70.

Harel, Z.; Deimlong, G. (1984) Social Resources and Mental Health: an empirical refinement. *Journal of Gerontology*, Washington, v. 39, (pp. 747-752).

Harris, P., & Allegri, R. F. (2009). Reserva cognitiva y su efecto protector frente la patología cerebral.

Hazzard. W. R. (2001). Aging, health, longevity, and the promise of medical research: The perspective of a gerontologist and geriatrician. En E. J. Masoro y S. N. Austad (eds.) *Handbook of the biology of aging* (5º ed., pp. 445-456). San Diego, CA: Academic Press.

Iacub, R. (2003). La Post-Gerontología. La política de las edades. *Revista de Trabajo Social Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social*, *8*, 12, 31-40.

Iacub, R. (2006). *Erótica y Vejez. Perspectivas de occidente*. Buenos Aires: Paidós.

Iacub, R; Arias, C (2010). El empoderamiento en la vejez. Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 2, núm. 2. Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A.C. Distrito Federal, México

Irvine, J., A. Basinski, B. Baker, S. Jandciu, M. Paquete, J. Cairns, S. Connolly, R. Roberts, M. Gent y P. Dorian (1999). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death after Acute Myocardial Infarction: Testing for the Confounding Effects of Fatigue. *Psychosomatic Medicine* 61 (6): 729-737.

Jackson, J.; Carlson, M.; Mandel, D. et al (1998). Occupation in lifestyle redesign: the well elderly study occupational therapy program. The American Journal of Occupational Therapy, May, Volume 52, number 5.

Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2011). The role of impulsivity in the Dark Triad of personality. *Personality and Individual Differences*, *51*(5), 679-682.

Kandel, E. R. (2001). Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad. En E. R. Kandel, J. H. Schwartz y T. M. Jessel (Eds.), Principios de neurociencia (pp. 1247-1279). Madrid, España: McGraw-Hill.

Kandel, E. R. (2007). En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente. Buenos Aires, Argentina: Katz Editores.

Kim, Hye-Kyung y otros (2000), "Social support exchange and quality of life among the Korean elderly", Journal of Cross Cultural Gerontology, vol. 15, Nº 4, Kluwer Academic Publishers.

Knopman, D.S., Boeve, B.F., Petersen, R.C. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. Clinic Procedings. 78(10), 1290-308.

Krzemien, D. (2002). Estudio comparativo de la incidencia de la participación social en la salud de la mujer anciana. *Tercer congreso virtual de psiquiatría*. Interpsiquis 2002.

Krzemien, D. & Lombardo, E. (2003). Espacios de participación social y salud en la vejez femenina. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 5,* 37-55.

Krzemien, D; Monchietti, A; Sánchez, M; Lombardo, E. (2007) Comunicación: La cognición en la vejez: Representación social y perspectivas actuales. XI Reunión Nacional de Ciencias del Comportamiento. Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC) Mendoza.

Krzemien, D. (2009) Gerontología: La ciencia del envejecimiento humano. Un ensayo sobre investigación, teoría y práctica. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. v. 19, n. 1, p. 20-31, Jan./Mar, Barcelona.

Krzemien, D. (2013). *El campo multidisciplinario de la Gerontología: Debate actual sobre demografía, desarrollo social e investigación del envejecimiento.* Saarbrücken: Editorial Académica Española.

Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984/1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Levit, M.J., T.C. Antonucci, M.Ch. Clark y J. R otton (1986). "Social Support and Web-Being: Preliminary Indicators Based on Two Samples of the Elderly". International Journal of Aging and Human Development 21 (1): 61-77.

Levy, B. (1996). Improving memory in old age by implicit selfstereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 1092-1107, available via: http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.71.6.1092

Levy, B. R. (2000). Handwriting as a reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric Psychiatry: A Multidisciplinary Journal of Mental Health and Aging, 33,* 81-94.

Lindstrom, H. A.; Fritsch, T.; Petot, G.; Smyth, K. A.; Chen, C. H.; Debanne, S. M.; Lerner, A. J.; Friedland, R. P. (2005) The relationships between television viewing in midlife and development of Alzheimer's disease in a case-control study. *Brain and Cognition* n.º 58, p. 157-165.

Liu, X., J. L iang, y S. G u (1995). "Flows of Social Support and Health Status among Older Persons in China". Social Sciences and Medicine 41 (8): 1175-1184.

Lombardo, E.; Monchietti, A.; Krzemien, D. y Sánchez, M. (2008). Cognición y pensamiento en la vejez. Su campo representacional. XV Jornadas de Investigación en Psicología y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires.

Marsiske, M.; Lang, F.; Baltes, M. y Baltes, P. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. En R. A. Dixon y L. Bäckman (Eds.), *Compensation for psychological defects and declines: Managing losses and promoting gains (35-79).* Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum

Maddox, G. (2008). Selective Optimization with compensation. *Encyclopedia of Health and Aging*. CA/London: SAGE eReference Publications.

Mateos Alvarez, R.; Camporro Roces, B.; Blanco, J.; Paramo Fernández, N.; Carollo Limeres, M. C.; Rodríguez López, A. (2001) El apoyo social de los viejos gallegos: resumen de resultados en el marco de un estudio epidemiológico comunitario de salud mental. *Anales de Psiquiatría,* v. 17, n. 5, (pp. 214) Madrid.

Meléndez, J. C. (1998). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Gerokomos, 9*(2), 60-66.

Mendes de Leon, C.F., T.A. Glass, L.A. Beckett, T.E. Seeman, D.A. Evans y L.F. Berkman (1999). "Social Networks and Disability Transitions across Eight Intervals of Yearly Data in the New Haven epese". Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences 54 (3): S162-S172.

Merton, R. (1980): *Teoría y Estructura Sociales*. Cap. II. Sobre las teorías sociológicas de alcance intermedio (pp. 56-91). México: Fondo de Cultura Económica.

Ming GL, Song H (2011) Adult neurogenesis in the mammalian brain: significant answers and significant questions. Neuron 70:687–702.

Minkler, Meredith(1985). Social support and health of the elderly. Cohen, Sheldon (Ed); Syme, S. Leonard (Ed), Social support and health. , (pp. 199-216). San Diego, CA, US: Academic Press, xvii, 390 pp.

Miralles, P. M.; Ayuso, D. M. R. (2004). Terapia ocupacional en salud mental: a ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. Revista Gallega de Terapia ocupacional. n.1. 01-18.

Mirmiran, M., van Someren, E.J.W. & Swaab, D.F. (1996). Is brain plasticity preserved during aging and in Alz-heimer disease?. Behavioural Brain Research, 78: 43-48.

Mitchell, G. (1996). A qualitative study of older women's perceptions of control, health and ageing. *Health Education Journal, 55*, 267-274.

Monchietti, A. & Krzemien, D. (2002). Envejecimiento femenino: Participación social significativa y salud. *Revista Electrónica de Psiquiatria*, 6(1). Disponible en http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/73

Monchietti, A., Krzemien, D. y Lombardo, E. (2003). Representación social de *Ámbitos de influencia. Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 23(1), 37-42.

Jacobs, F. Ma, L. y (2010). Poor But Not Powerless: Women Workers in Production

Monchietti, A., Lombardo, E., & Krzemien, D. (2005). ¿ La declinación intelectual es parte del envejecimiento normal. *J. Vivas (comp.) Las ciencias del comportamiento en los albores del siglo XXI*, 499-503.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En R.M. Farr & S. Moscovici (Comps.). *Social Representations* (pp.3-70). Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici S. *Psicología Social.* T. I y II. Barcelona: Paidos, 1986.

Mosey, A. C. (1996). Applied scientific inquirí in the health prodessions: An epistemological orientation (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Moos, R. H.; Lembe, S.(1985) Specialized Living Environments for Older People. In: Birren, J. E.; Schaie, K. W. (Ed.), *Handbook of Psychology of ging. 2. ed*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

Moos, R. H. (1988). *Life stressors and coping resources influence health and well-being.* Psychological Assessment, *4,* 133-158.

Muchinik, E. (1984). Hacia una nueva imagen de la vejez. Buenos Aires: Belgrano.

Navarrete Salas E. (2010). Ciencia de la ocupación: caminos y perspectivas. TOG (A Coruña) [Revista en internet] Vol 7. Supl. 6 132-143. http://www.revistatog.com/suple/num6/erna.pdf

Neugarten, B. (1968). *Middle age and aging. A reader in Social Psychology.*Chicago: University of Chicago Press.

Neugarten, B. (1996). *Los significados de la edad.* Barcelona: Editorial Herder.

Nieto Murillo, E., Cerezo Correa, M. P., Cifuentes Aguirre, O. L. (2006). Representaciones de la vejez, modelos de disminución y crecimiento. *Hacia la Promoción de la Salud*, *11*, 107-118.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37*(S2), 74-105. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf

Palma, E. (1991) Participación Social. Ensapops, Serie Planificación Nº 1, Lima

Park D, Schwarz N. (2002). Envejecimiento cognitivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Pascual-Leoné, A. y Tormos Muñoz, J. M. (2010). Caracterización y modulación de la plasticidad del cerebro humano. En A. M. Pascual-Leone y J. M. Medina (coords.) *Monografía XXIX: Acción de las hormonas a nivel cerebral.* Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia.

Páez, D. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro

Parham, L. D. (1998) The proper domain of occupational therapy research?. American Journal of Occupational Therapy, 52(6), 485-489

Paúl, C., Ayis, S. & Ebrahim, S. (2008). Disability and psychosocial outcomes in old age. *Journal of Aging and Health, 19*(5), 723-741.

Peirce, R.S., M.R. Frone, M. R ussell, M.L. Cooper y P. M udar (2000). "A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression and Alcohol Use". Health Psychology 19 (1): 28-38.

Pelechano, V. & De Miguel, A. (1994). Habilidades interpersonales y salud en la vejez. En Buendía, J. (Comp.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 107-149). Madrid: Siglo XXI.

Phillips, D.R., O.L. Sui, A.G. Yeh y K.H. Cheng (2008). "Informal Social Support and Older Person's Psychological Well Being in Hong Kong". Journal of Cross-Cultural Gerontology 23 (1): 39-55.

Price, L. J. (1992). Metalogue on coping with illness: Cases from Ecuador. *Qualitative Health Research, 2*(2), 135-158.

Prince-Paul, M. (2008). "Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life". Oncology Nursing Forum 35 (3): 365-371.

Purves, D., Cabeza, R., Huettel, S. A., LaBar, K. S., Platt, M. L. y Woldorff, M. G. (eds.) (2013). *Principles of Cognitive Neuroscience* (2º ed.). Sunderland, MA: Sinauer Associates.

Rami L, Valls-Pedret C, Bartres-FazD, Caprile C, Sole-Padulles C, Castellvi M, et al. (2011) Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol, vol* (52°), 195-201.

Rice, C., Lockenhoff, C., & Cartensen, L. (2002). En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *34*, 1-2.

Richards, M, Hardy, R, and Wadsworth, ME.(2003) Does active leisure protect cognition? Evidence from a national birth cohort. Soc Sci Med; 56: 785–792

Ricoeur, P. (1985). *Hermenéutica y acción*. Buenos Aires: Docencia.

Rodríguez-Álvarez, M., Sánchez-Rodríguez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología, 20*(2), 175-86.

Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of personality and social psychology*, *35*(12), 897.

Rosa Redolat y Mari Carmen Carrasco (1998) ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia 1998, vol 14, nº 1, 45-53 Murcia (España). ISSN: 0212-9728 Universidad de Valencia

Rose, D.; Efraim D.; Gervaise, M.; Hoffe, H.; Jovtelovitch, S. y Morant, N. (1994): Questioning consensus in social reprentations theory. Presentado en la *Second International Conference on Social Representations*. Rio de Janeiro, Brasil

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, *37*(4811), 143-149.

Rudman, D.; Dennhardt, S.; Fok, S. et al (2008) A vision for occupationa science: reflecting on our disciplinary culture. Journal of occupational science, volumen 15(3)

Ryff, C. D. (1982). *Successful aging: A developmental approach.* Gerontologist, *22*(2), 209-214.

Salazar García, C. y Villar Rodríguez, C. S. (2007). Evaluación Neuropsicológica e Intervención en Demencias. CAAP-Formación Editor.

Scarmeas, N. & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25(5), 625-633.

Schaie, K. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid: Pearson Educación.

Schaie KW. (2004) National Research Council; Steering Committee for the Workshop on Technology for Adaptive Aging; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Cognitive aging. In: Pew RW, Van Hemel SB, editors. Technology for adaptive aging, (pp. 43–63) DC: The National Academies Press; Washington.

Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. Editor´s announcement: Majors contributions. *The Counseling Psychologist, 9*(2), 2-16.

Schlossberg, N. (1994). *Overwhelmed: Coping with life's ups and downs*. New York: Lexington Books.

Seidmann, S. Soledad. (2001). Redes sociales de apoyo y estilos de afrontamiento en diferentes grupos generacionales de mujeres. In: Reunión nacional de la asociación argentina de ciencias del comportamiento, 8. (pp. 14-16), Rosario.

Small BJ, Hughes TF, Hultsch DF, Dixon RA. (2007). Lifestyle activities and late-life changes in cognitive performance. In: Stern Y, editor. Cognitive reserve Theory and applications. New York: Taylor & Francis; p. 173–86.

Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, *52*, 613-629, available via: http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.52.6.613

Stern, Y. (2011) Elaborating a hypothetical concept: Comments on the special series on cognitive reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society, 17*, 639-642

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia, 47*(10), 2015-2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004

Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve: A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25*(5), 589-593.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society, 8*(3), 448-460.

Stern, Y., Gurland, B., Tatemichi, T. K., Tang, M. W., Wilder, D. y Mayeux, R. (1994). Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association, 271*(13), 1004-1010.

Sutherland, D., & Murphy, E. (1995). Social Support: Among Elderly in Two Community Programs. *Journal of gerontological nursing*, *21*(2), 31-38.

Tamer, N. L. (2008) La perspectiva de la longevidad: Un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología, 6*(10), 91-110.

Thonse, J. (1985) *Hacia el bienestar de los ancianos.* Buenos Aires: OPS. (Pub. cient., 492).

Uchino, B.N., J.T. Cacioppo y J.K. Kiecolt-Glaser (1996). "The Relationship between Social Support and Physiological Processes: A Review with Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health". Psychological Bulletin 119: 488-453.

Unger, J.B., G. M c Avay, M.L. Bruce, L. B erkman y T. S eeman (1999). "Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly

Persons: MacArthur Studies of Successful Aging". Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences 54 (5): S245-S251.

Vance, D. E. & Crowe, M. (2006). A proposed model of neuroplasticity and cognitive reserve in older adults. *Activities, Adaptation & Aging, 30*(3), 61-79.

Vanderhorst, R.K., y S. M c Laren (2005). "Social Relationship as Predictors of Depression and Suicidal Ideation in Older Adults". *Aging and Mental Health* 9 (6): 517-525.

Verghese J, LeValley A, Derby C, Kuslansky G, Katz M, May C, et al. (2006). Leisure activities and the risk of amnestic mild cognitive impairment in the elderly. Neurology: 66: 821–7

Villar, F. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo Hernandis y M. Sánchez Martínez (Dir.) *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 148-181). Madrid: Pearson.

Ward, I. A. (1985) Informal Networks and Well-Being un Late life: a research agenda. *Gerontologist*, v. 25, (pp. 55-61) Washington.

Wilcock, A.A. (2006). An occupational perspective of health (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.

Wilson, R.S.; Mendes De León, C. F.; Barnes, L. L.; Schneider, J. A.; Bienias, J. L.; Evans, D. A.; Bennett, D. A. (2002), Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *The Journal of the American Medical Association* (JAMA) n.º 287,p. 742-748.

Woodruff, D. S., & Birren, J. E. (Eds.). (1983). *Aging: Scientific perspectives and social issues*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Yerxa, E. J. (1967). The 1966 Eleanor Clarke Slagle Lecture: Authentic occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, 21(1), 1-9.

Yerxa, E. (1993) Occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. Journal Occupational Science. Volume: 1 Issue no: 1 Page number(s): 3-10

Yoon, D., y E. L ee (2007). "The Impact of Religiousness, Spiritually and Social Support on Psychological Well-Being among Older Adults in Rural Areas". Journal of Gerontological Social Work 48 (3-4). 281-298.

Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2007). La educación como factor de oportunidad para el desarrollo de las personas mayores. *D. Alonso, J. Lirio y P. Mairal (Coords.), Mayores Activos. Teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores*, 87-117.

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 1*, 189-197.

Zemke, R., & Clark, F. (1996). *Occupational science: The evolving discipline*. FA Davis.

ANEXO

FECHA	

ID	Nº

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

CONICET

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

Complete el siguiente formulario marcando con una X el casillero que corresponda según usted. Le rogamos que sea lo más sincero/a que pueda y no deje ninguna pregunta sin contestar. Los datos son confidenciales y serán utilizados sólo con fines de investigación. Gracias por su colaboración.

Edad: ..... Sexo: F M

Estado civil: soltero/a ☐ casado/a ☐ viudo/a ☐ divorciado/a ☐

Lugar de residencia: Centro ☐ barrio ☐

Jubilado/a o pensionado/a Si ☐ No ☐

Ocupación, profesión o actividad laboral previa a la jubilación:

.....

.....

Actividades actuales: .....

.....

.....

.....

Nivel de instrucción: primario ☐ secundario ☐ terciario ☐ universitario ☐

Convivencia:

Vivo solo/a ☐

Personas con quien convive: .....

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

CUESTIONARIO DE RESERVA COGNITIVA

1	**Escolaridad**	
	Sin Estudios	0
	Lee y escribe de manera autodidacta	1
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	3
	Secundario completo o incompleto	4
	Superior (Terciario/ Universitario) completo o incompleto	5
2	**Escolaridad de los padres (Marcar el de mayor escolaridad)**	
	No escolarizados	0
	Primario incompleto o completo	1
	Secundaria o Superior	2
3	**Curso de formación**	
	Ninguno	0
	Uno o dos	1
	Entre dos y cinco	2
	Más de cinco	3
4	**Ocupación laboral**	
	No cualificado (ama de casa)	0
	Cualificada manual (Albañil, pintor, carpintero)	1
	Cualificado no manual (Secretaria, técnico, Gestor)	2
	Profesional (Estudios superiores)	3
	Directivo	4
5	**Formación Musical**	
	No toca ningún instrumento ni escucha música frecuentemente	0
	Toca poco (aficionado) o escucha música frecuentemente	1
	Educación musical	2
6	**Idiomas (mantiene una conversación)**	
	Solamente el idioma materno	0
	Un idioma además del materno (Inglés, Francés, Italiano, alemán)	1
	Dos idiomas además del materno	2
	Tres o más idiomas además del materno	3
7	**Actividad lectora**	
	Nunca	0
	Ocasionalmente (leer diario, revistas o un libro al año)	1
	Entre dos y cinco libros al año	2
	De 5 a 10 libros al año	3
	Más de 10 libros al año	4
8	**Juegos intelectuales (Ajedrez, Rompecabezas, Crucigramas)**	
	Nunca o alguna vez	0
	Ocasional (entre 1 a 5 al mes)	1

	Frecuente (más de 5 al mes)	2

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

GUIA DE PREGUNTAS EN EL MARCO DE UNA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

PARTICIPACION SOCIAL SIGNIFICATIVA

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Con quién convive?	sola	Esposo	hijo	pariente	amigo	compañero	animal	otro

		familiares			no familiares	
2. Se relaciona generalmente con...?		SI	NO	**9**	SI	NO
		Especificar:.....			Especificar:.....	
3. Su relación con..... es....?	mala			**10**		
	regular					
	buena					
4. Se relaciona con...?	raramente			**11**		
	a veces					
	siempre					
5. Se siente generalmente satisfecho con...?		SI	NO	**12**	SI	NO
		Especificar:.....			Especificar:.....	
6. En esta relación ud. se siente....?	poco satisfecho			**13**		
	mas o menos satisfecho					
	muy satisfecho					

7. Recibe apoyo generalmente de...?	SI	NO	**14**	SI	NO
	Especificar:.....		Especificar:.....		
8. Recibe apoyo de...? poco			**15**		
mas o menos					
mucho					

16. Si tuviera un problema puede contárselo a...?	SI	NO	**17**	SI	NO
18. Puede expresar sus sentimientos a..?	SI	NO	**19**	SI	NO

20. Se siente sola generalmente?	SI	NO

ACTIVIDAD	SI	NO	frecuencia				satisfacción			
				rara-mente	a veces	casi siempre		poco	mas o menos	mucho
Asiste a.....? **21.** curso			**22**				**23**			
24. estudio			**25**				**26**			
27. grupo de lectura			**28**				**29**			
30. taller grupal			**31**				**32**			
33. grupo de reflexión			**34**				**35**			
36. grupo de autoayuda			**37**				**38**			
39.charlas informativas, debates			**40**				**41**			
Participa en .....? **42.** programas deportivos			**43**				**44**			
45. clases de gimnasia			**46**				**47**			

48. actividad física grupal			**49**				**50**			
Pertenece a.....? **51.** club			**52**				**53**			
54.iglesia, organización religiosa			**55**				**56**			
57. otro			**58**				**59**			
60. Realiza viajes?			**61**				**62**			
Se reúne con.....? **63.** amigos			**64**				**65**			
66. reuniones sociales			**67**				**68**			
69. vecinos			**70**				**71**			
72. Participa en alguna otra reunión?			**73**				**74**			
75. Realiza una actividad de voluntaria en un grupo?			**76**				**77**			
78. Realiza un trabajo?			**79**				**80**			
81. Se relaciona con las personas de			**82**				**83**			

84. Usted generalmente prefiere :

1. quedarse en casa y realizar tareas caseras
2. salir y hacer actividades fuera de su hogar

85. Usted generalmente pasa más tiempo del día:

1. sola
2. con amistades, familiares, etc.

Quiénes serían para Ud. las personas más significativas e importantes en su vida actual?

86.	1º	esposo	hijo	pariente	amigo	compañero	animal	otros

87.	2º	esposo	hijo	pariente	amigo	compañero	animal	otros

FECHA	

ID	Nº

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

CONICET

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Dra. Deisy Krzemien y llevada a cabo por estudiantes avanzadas de la Lic. en Terapia Ocupacional (Linaza, Guillermina y Plana, Sofía) de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de este estudio es describir comparativamente la reserva cognitiva y la participación social significativa en adultos mayores.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar unos cuestionarios sencillos. Esto tomará aproximadamente 50 minutos. Usted será guiado continuamente por la persona entrenada especialmente para ofrecerle la orientación que necesite.

Le solicitamos sea sincero en sus respuestas y que complete toda la tarea.

La participación es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y con fines estrictamente de investigación para hacer avanzar el conocimiento científico. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Su participación es muy valiosa.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

Fecha Firma del participante