



REPÚBLICA ARGENTINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

**RENDIMIENTO COGNITIVO, POTENCIAL DE APRENDIZAJE, QUEJAS
SUBJETIVAS DE MEMORIA, ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y ESTADO
ANÍMICO EN ADULTOS MAYORES**

Detección de factores que pueden afectar la evolución del declive cognitivo y que deben ser
tenidos en cuenta para una intervención eficaz

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
PSICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

DOCTORANDA: Lic. María Agustina Aceiro

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Lina Grasso

CODIRECTOR DE TESIS: Dr. Néstor Roselli

2024

*But adding more years to life can be a mixed blessing if it is not accompanied by adding more
life to years, World Health Organization.*

Aging is not about decline; it's about growth, Laura Carstensen.

RESUMEN

Introducción: La población a nivel mundial está envejeciendo a un ritmo cada vez más acelerado. Este aumento trae como consecuencia la prevalencia de enfermedades incapacitantes y que atentan contra la autonomía de las personas mayores. En los últimos años, han tomado especial relevancia diagnósticos previos a la demencia, como podrían ser el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y el Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS). En ambos casos, la manifestación de Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) está presente y las mismas suelen ser precursoras de una demencia y su percepción promueve la activación de mecanismos compensatorios. Estos mecanismos están destinados a mantener la independencia y a adaptarse a las pérdidas cognitivas asociadas a la edad. Las estrategias de compensación de memoria y de afrontamiento al estrés promueven esta adaptación y se relacionan con estados anímicos, como el bienestar y la sintomatología depresiva. Asimismo, la plasticidad cognitiva, un factor modificable a través de la estimulación, tiende a disminuir con la edad, aunque puede mantenerse estable con la activación de diversos factores y hábitos adquiridos a lo largo de la vida. La evaluación de la plasticidad cognitiva puede realizarse a través del potencial de aprendizaje, utilizando la evaluación dinámica, que busca conocer el proceso de aprendizaje en condiciones óptimas. La identificación y discriminación de los diferentes factores involucrados en el declive cognitivo permite orientar una evaluación más precisa, evitando las limitaciones de los métodos tradicionales que no tienen en cuenta la complejidad de estos factores. El presente trabajo doctoral se propuso estudiar la relación entre el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, las quejas subjetivas de memoria, las estrategias adaptativas y el estado anímico en adultos mayores de 60 años. Además, se enfoca en la detección de factores que pueden influir en la evolución del declive cognitivo, factores que son esenciales para diseñar intervenciones eficaces y personalizadas. Evaluar los mecanismos de adaptación al estrés y los de compensación en función del nivel de plasticidad cerebral es una aproximación para entender cómo las personas afrontan el proceso de envejecimiento y los desafíos cognitivos que este conlleva. Esta evaluación puede ofrecer información valiosa sobre cómo interactúan y se influyen mutuamente las diferentes capacidades cognitivas y emocionales y, proporcionar una base sólida para intervenciones que promuevan la salud cognitiva y emocional en la vejez.

Método: Se llevó a cabo un diseño empírico cuantitativo no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional. Se implementó un muestreo no probabilístico por medio de una evaluación exhaustiva de 140 adultos mayores (de entre 60 y 91 años), con un alto nivel educativo ($M=14,35$; $DE=3,95$). Un 36,5% ($n=51$) pertenecía a la Población General y el restante a la Población Consultante. Se administró una evaluación neurocognitiva completa (incluyendo MMSE, FAB, Fluencia Verbal Fonológica y Semántica, TRO, TMT A y TMT B, Dígitos Directo e Inverso y la prueba RAVLT-PA para evaluar potencial de aprendizaje en memoria) y una evaluación de aspectos psico-cognitivo-conductuales (incluyendo el Cuestionario de QSM, el Cuestionario de Estrategias de Compensación, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff).

Resultados y conclusión: En primer lugar, los análisis descriptivos dejan en evidencia que la población de adultos mayores evaluados, aunque autónomos y saludables, presenta un declive cognitivo asociado a la edad, así como la presencia de mecanismos adaptativos. En segundo lugar, se encontró que las variables del estudio están relacionadas con factores sociodemográficos. La edad y el nivel educativo están fuertemente relacionados con el rendimiento y la plasticidad cognitiva, al igual que el hecho de ser mujer. La Población Consultante presenta un perfil de envejecimiento que impresiona estar relacionado con el DCS, caracterizado por el bajo rendimiento cognitivo, la baja plasticidad cognitiva, la presencia de altas QSM, un uso inadecuado de estrategias adaptativas y peor estado anímico. Además, al analizar la relación entre los mecanismos adaptativos (estrategias de compensación y estrategias de afrontamiento) y el estado anímico, se observa que un mayor uso de estrategias de compensación se relaciona con la disminución en el bienestar. Esto sugiere que la percepción de la disminución en la memoria (QSM) activa conductas para compensar las dificultades percibidas. El análisis del tipo de estrategias de compensación utilizadas revela que los adultos mayores tienden a emplear estrategias de compensación adaptativas similares a las de aquellos sin alteraciones cognitivas como el DCL o la demencia. En consonancia con estos resultados, el uso frecuente de estrategias de afrontamiento por aproximación se relaciona con mayor bienestar, mientras que la Evitación Cognitiva está asociada con un aumento en los síntomas depresivos o malestar psicológico. Estos hallazgos subrayan la importancia de promover conductas proactivas (de compensación y de afrontamiento) ante la percepción de QSM para mejorar el bienestar psicológico.

Por otra parte, se observan diferencias en el rendimiento cognitivo y las QSM en función del nivel de plasticidad cognitiva. Los participantes con mayor plasticidad cognitiva presentan menos quejas y un mejor rendimiento cognitivo. En cuanto al uso de mecanismos adaptativos, estos tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento y compensación activas, que promueven el mantenimiento de la plasticidad y el bienestar. Por el contrario, aquellos con menor plasticidad cognitiva utilizan estrategias de compensación consideradas menos adaptativas en estudios previos, lo que sugiere que estas estrategias no fomentan de manera efectiva la plasticidad cognitiva y podrían aumentar el riesgo de DCL. En síntesis, la implementación de mecanismos adaptativos (compensación y afrontamiento) parece contribuir al mantenimiento de la plasticidad cognitiva aún en esta etapa del ciclo vital.

En conclusión, este trabajo representa un aporte relevante a la comprensión de la vejez y a la complejidad que ella supone. Este aporte permite identificar factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo) y factores modificables (mecanismos de compensación, afrontamiento y plasticidad cognitiva) que pueden afectar la evolución del deterioro cognitivo y deben ser evaluados al momento de realizar un diagnóstico y planificar una intervención eficaz.

Palabras claves: envejecimiento; plasticidad cognitiva; potencial de aprendizaje; quejas subjetivas de memoria; estrategias de compensación; afrontamiento al estrés; bienestar psicológico.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis doctoral es la culminación de un proyecto que supuso dedicación, tiempo, compromiso y esfuerzo. La misma, sería distinta y no hubiese sido posible sin la presencia y el apoyo de varias personas e instituciones, que fueron guiando y acompañando mi proceso.

En primer lugar, corresponde dar gracias al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y a la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) por el otorgamiento de mi beca doctoral. La Facultad de Psicología y Psicopedagogía ha sido, desde mi carrera de licenciatura, hasta ahora, mi casa de estudios y, el Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP), mi lugar de trabajo principal. Es ahí donde conocí a mi directora, la Dra. Lina Grasso, quien me mostró un camino en la investigación clínica, que llegaba a los adultos mayores, promoviendo la transferencia. Gracias por permitirme ser parte de la línea de investigación, e inclusive haber abierto una rama exclusiva de longevidad saludable motivada por mis intereses. Gracias por todo el tiempo dedicado en la oficina, en el aula, en el campo y por el acompañamiento académico y personal a lo largo de estos años. En la misma línea, agradezco al Dr. Néstor Roselli, mi codirector, por su paciencia y sabiduría impartida, y por la generosidad y calidez al momento de transmitir conocimientos. Mi ingreso al CIPP no hubiera sucedido sin la invitación de la Dra. Josefina González Aguilar, quien me invitó inicialmente a colaborar con tareas de investigación y terminó siendo mi codirectora de tesis de licenciatura y formándome, con mucha claridad, en evaluación neuropsicológica dinámica y tradicional. Gracias por enseñarme una metodología de trabajo organizada y cálida con el paciente.

En el CIPP también conté con la ayuda y el empuje de muchos compañeros becarios, que fueron haciendo que este camino no sea en solitario. El trabajo en equipo es, sin dudas, más llevadero. Gracias especiales al apoyo cercano de muchos que, en este último tiempo, estuvieron presentes y me regalaron su tiempo y sus conocimientos, muchas veces más avanzados que los míos. Gracias por los mates, la música, la contención y el impulso. Agradezco, también, a todos los investigadores miembros del CIPP, que en diferentes oportunidades resolvieron alguna duda, corrigieron algún artículo o me orientaron en este camino tan particular del ser becario.

Por otro lado, quiero expresar mis agradecimientos a las autoridades de la facultad, Dra. Cristina Lamas, Dra. María Inés García Ripa, Mgtr. María Paz Grebe y Dra. Gabriela González Alemán, por darme un lugar en distintas cátedras y fomentar mi labor como docente, que tanto

disfruto. En este aspecto, un gracias especial a la Mgtr. Liliana Caro, que me regaló la posibilidad de ser compañeras y de quien aprendí mucho tanto a nivel teórico, profesional, académico, como personal. Gracias Lili, por ser un ejemplo de longevidad saludable, generativa, sabia y cercana con las generaciones más jóvenes. Gracias también a todos mis alumnos, por, muchas veces, sumarse a mi entusiasmo y enamorarse del mundo de la vejez; por colaborar con actividades de transferencia, y por sumarse a mi línea de trabajo. Asimismo, agradezco también a cada adulto mayor que se prestó a la evaluación, ya sea en un contexto de consultorio, como en Centros de Jubilados o sus propios domicilios; y a los profesionales de la salud que me dieron un lugar para evaluar pacientes consultantes.

Además, y no menos importante, un gracias enorme a mi familia. A mis papás que me ayudaron siempre a desafiarme y confiar en mí misma, gracias por todas esas *poker chips* que fueron poniendo en mi camino, con tanto amor pegajoso. Gracias por pagar mi educación y enseñarme la importancia de tener una, fomentando que sea independiente y que busque cumplir sueños. A mis hermanos, Santi y Milu, que son más que eso y hacen que mi vida sea acompañada y divertida. Gracias por los masajes y los chocolates en cada examen, cada artículo y cada paso.

Sin dudas un gracias aparte es para Fede, que desde hace muchos años es mi compañero y también empuja mis proyectos. Gracias por ayudarme a confiar en mí misma, por levantarme la autoestima y por hacerme cada día más feliz. El gracias más grande es por hacerme mamá de Eli y aún en este nuevo rol, ayudarme a seguir siendo profesora, doctoranda y psicóloga. Gracias Eli, por ser una hija que llena de luz cada momento compartido, por darme ánimos y por acompañarme en este proceso. Gracias Estefi, por quedarte con ella para que yo pueda avanzar y por quererla tanto. Muchas gracias, también, a mis amigas, que impulsan mis sueños y me ayudan a tener la mente más clara.

En último lugar, pero probablemente más importante, quiero destacar el regalo que fue haber tenido a mis cuatro abuelos hasta etapas avanzadas de este proyecto. Sin dudas, su presencia cercana, su sabiduría, su cariño y su longevidad saludable han influido en mis representaciones sociales y me han motivado a que quiera saber más sobre el envejecimiento y que me resulte tan agradable trabajar con esta población. Hoy, tres gracias al cielo, Abuelo, Abuela y Babu y uno especial a Babi, por seguir sorprendiéndonos día a día.

Gracias, Dios, por tantas oportunidades y tantas personas que, con su amor y apoyo, me acercaron a este logro. Espero poder devolver un poco de todo lo que se me dio.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	12
1.1 Planteamiento del problema y relevancia del estudio para el ámbito académico	17
1.2 Naturaleza del estudio	18
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Hipótesis.....	19
1.4.1 Hipótesis general	19
1.4.2 Hipótesis derivadas.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. Envejecimiento poblacional	21
2.2. Trayectorias de envejecimiento.....	22
2.2.1 Envejecimiento satisfactorio.....	27
2.3. Rendimiento cognitivo en adultos mayores	30
2.3.1. Declinación Cognitiva Normal.....	31
2.3.2. Deterioro Cognitivo Leve	34
2.3.3. Deterioro Cognitivo Subjetivo.....	39
2.4 Quejas Subjetivas de Memoria.....	43
2.4.1 Conceptualización	43
2.4.2 Relación entre QSM, estado anímico y factores sociodemográficos	48
2.5 Mecanismos de adaptación al envejecimiento	54
2.5.1 Plasticidad Cognitiva.....	55
2.5.2 Evaluación de la Plasticidad Cognitiva mediante Evaluación Dinámica	59
2.5.3 Reserva cognitiva	63
2.5.4 Estrategias de compensación	66
2.5.5 Afrontamiento al estrés.....	75
2.6 Conclusión y síntesis.....	91
CAPÍTULO III: MÉTODO	94
3.1 Diseño de la investigación	94
3.2 Población y participantes	94
3.3 Técnicas para la Recolección de los Datos	97

3.3.1 Recopilación de datos generales y factores sociodemográficos	97
3.3.2 Evaluación del rendimiento cognitivo general, del potencial de aprendizaje y aspectos cognitivos asociados (QSM)	98
3.3.3 Evaluación de mecanismos adaptativos (compensación y afrontamiento)	104
3.3.4 Evaluación del estado anímico	107
3.4 Procedimiento para la recopilación de datos	111
3.5 Variables.....	112
3.6 Análisis de los datos.....	120
3.7 Factibilidad.....	125
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	126
4.1. Descripción de variables principales	126
4.1.1 Rendimiento cognitivo	126
4.1.2 Potencial de aprendizaje (plasticidad cognitiva)	127
4.1.3 Queja subjetiva de memoria	128
4.1.4 Mecanismos adaptativos.....	128
4.1.5 Estado Anímico (Bienestar y Depresión/Malestar)	131
4.2 Análisis del rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, la queja subjetiva de memoria, los mecanismos adaptativos, y el estado anímico según variables sociodemográficas.....	132
4.2.1 Procedencia.....	132
4.2.2 Sexo	139
4.2.3 Edad	144
4.2.4 Nivel educativo.....	147
4.3 Relación de los mecanismos adaptativos con el estado anímico.	149
4.3.1 Estrategias de compensación y estado anímico	149
4.3.2 Estrategias de afrontamiento y estado anímico	152
4.4. Rendimiento cognitivo y QSM en función del potencial de aprendizaje.....	154
4.5. Mecanismos adaptativos en función del potencial de aprendizaje.....	157
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	159
5.1. Discusión.....	159
5.1.1 Discusión de la descripción de las variables principales	161
5.1.2 Discusión del análisis de las variables principales según la procedencia, el sexo, la edad y el nivel educativo.	165
5.1.3 Discusión de la relación entre los mecanismos adaptativos y el estado anímico. .	178

5.1.4 Discusión del rendimiento cognitivo y QSM en función del potencial de aprendizaje.....	186
5.1.5 Discusión de mecanismos adaptativos según el potencial de aprendizaje.	188
5.1.6 Síntesis de la discusión	190
5.2 Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios	194
5.3 Conclusiones y consideraciones finales	196
REFERENCIAS.....	202
APÉNDICE.....	240
APÉNDICE A: Protocolo De Administración Neurocognitivo	240
APÉNDICE B: Cuestionario Autoadministrable	250
APÉNDICE C: Análisis de datos extras	262
C.1 Mecanismos adaptativos	262

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 <i>Resumen de resultados del envejecimiento con éxito y predictores o determinantes</i>	28
Tabla 2 <i>Comparación entre las pruebas estáticas y dinámicas</i>	60
Tabla 3 <i>Resumen de estrategias de afrontamiento utilizadas en la tesis.....</i>	83
Tabla 4 <i>Descripción de las variables sociodemográficas de la muestra total</i>	95
Tabla 5 <i>Variables sociodemográficas según procedencia de la muestra.</i>	97
Tabla 6 <i>Estrategias de compensación de memoria.....</i>	105
Tabla 7 <i>Estrategias de afrontamiento de la escala CRI-AM</i>	106
Tabla 8 <i>Dimensiones del bienestar psicológico de la escala de Ryff</i>	108
Tabla 9 <i>Características principales de las técnicas neurocognitivas aplicadas en la tesis.</i>	109
Tabla 10 <i>Características principales de los cuestionarios autoadministrables aplicados...</i>	110
Tabla 11 <i>Variables de datos generales y sociodemográficos</i>	113
Tabla 12 <i>Variables de rendimiento, potencial de aprendizaje y QSM</i>	115
Tabla 13 <i>Variables de mecanismos adaptativos y estado anímico</i>	117
Tabla 14 <i>Descriptivos (medias y desvíos) del rendimiento cognitivo general</i>	127
Tabla 15 <i>Estadísticos descriptivos de la prueba RAVLT-PA en muestra total.....</i>	128
Tabla 16 <i>Estadísticos descriptivos de las Estrategias de Compensación.....</i>	129
Tabla 17 <i>Estadísticos descriptivos de los Estrategias de Afrontamiento</i>	130
Tabla 18 <i>Estadísticos descriptivos del estado anímico (bienestar y malestar)</i>	131
Tabla 19 <i>Rendimiento cognitivo según procedencia de la muestra.....</i>	133
Tabla 20 <i>Rendimiento en la prueba RAVLT-PA según procedencia de la muestra</i>	134
Tabla 21 <i>Estrategias de compensación según procedencia de la muestra.....</i>	137
Tabla 22 <i>Comparación del estado anímico según procedencia</i>	138
Tabla 23 <i>Rendimiento cognitivo según sexo</i>	139
Tabla 24 <i>Rendimiento en la prueba RAVLT-PA según sexo.....</i>	141
Tabla 25 <i>Afrontamiento según sexo</i>	143

Tabla 26 Rendimiento cognitivo y edad	145
Tabla 27 Rendimiento en memoria mediante RAVLT-PA y edad	145
Tabla 28 Rendimiento cognitivo y nivel educativo	147
Tabla 29 Rendimiento en memoria mediante RAVLT-PA y nivel educativo.....	147
Tabla 30 Relación de las estrategias de compensación con el estado anímico.....	151
Tabla 31 Relación de las estrategias de afrontamiento con el estado anímico.....	152
Tabla 32 Rendimiento cognitivo general, rendimiento en RAVLT-PA y QSM, según potencial de aprendizaje	156
Tabla 33 Estrategias de compensación según potencial de aprendizaje.....	157
Tabla 34 Estrategias de afrontamiento según potencial de aprendizaje	158
Tabla 35 Correlación entre compensación y afrontamiento	263

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de cuatro dominios para envejecer bien	28
Figura 2 Puntos claves del apartado 2.1 y 2.2.....	30
Figura 3 Puntos claves del apartado 2.3	42
Figura 4 Puntos claves del apartado 2.4	54
Figura 5 Puntos claves del apartado 2.5.1 y 2.5.2.....	66
Figura 6 Puntos claves del apartado 2.5.4	75
Figura 7 Modelo transaccional.....	80
Figura 8 Puntos claves del apartado 2.5.5	91
Figura 9 Diagrama de Flujo de la muestra evaluada para esta tesis	95
Figura 10 Resumen de los primeros dos objetivos y análisis correspondientes	122
Figura 11 Resumen del tercer objetivo y análisis correspondientes	123
Figura 12 Resumen de los últimos objetivos y análisis correspondientes	124
Figura 13 Diferencias en el rendimiento cognitivo entre población General y Consultante.....	133
Figura 14 Diferencias en RAVLT-PA entre población General y Consultante	135
Figura 15 Ranking de olvidos según grupo de procedencia	136
Figura 16 Hallazgos principales en el grupo de Población General	139
Figura 17 Diferencias en el rendimiento cognitivo general entre mujeres y hombres.....	140
Figura 18 Diferencias en el rendimiento en la RAVLT-PA entre mujeres y hombres	142
Figura 19 Hallazgos principales en el grupo de mujeres	144
Figura 20 Hallazgos significativos en la relación entre la edad y las variables del estudio.....	146
Figura 21 Relaciones significativas entre el nivel educativo y las variables de estudio	148
Figura 22 Compensación y estado anímico (síntesis de la primera parte del objetivo 4.3).	152
Figura 23 Estrategias de afrontamiento y estado anímico (síntesis de la segunda parte del objetivo 4.3)	154
Figura 24 Rendimiento cognitivo, QSM y mecanismos adaptativos en el Grupo Ganador (síntesis de resultados de objetivos 4.4 y 4.5).....	158

ABREVIATURAS

CRI: *Coping Response Inventory*.

DCL: Deterioro Cognitivo Leve.

DCS: Deterioro Cognitivo Subjetivo.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

FAB: *Frontal Assessment Battery*.

GDS: *Geriatric Depression Scale*.

MMSE: *Mini Mental State Examination*.

QSM: Queja Subjetiva de Memoria.

RAVLT-PA: *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje

RC: Reserva Cognitiva

TMT: *Trail Making Test*.

TRO: Test del Reloj.

SGC: Signo del Giro de la Cabeza.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Un tercio de los adultos mayores a nivel mundial viven en países subdesarrollados como Argentina. A nivel mundial, esta población en 2022 representaba un 10% y se espera que llegue a un 19% para el año 2050 puntualmente en el continente americano (United Nations, 2022; WHO, 2020). En Argentina, en el año 2018 representaba un 15,5% de la población total (ODSA, 2018). Estas cifras alertan a los sistemas de salud ya que, en edades avanzadas, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes que afectan la calidad de vida de los adultos mayores y sus familiares (Mias et al., 2017; Peláez et al., 2017; Vanni et al., 2020). La demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer, se encuentra dentro de las principales diez causas de muerte más frecuentes en todo el mundo, y ocupa el tercer lugar en América, superando al doble a las muertes por enfermedades cardíacas. Se estima que, para el 2030, la cifra de personas con demencia alcance los 80 millones y para el 2050, los 152 millones a nivel mundial (Ortiz-Licea & Aguilar, 2024). Estas cifras alarmantes ponen en relevancia la importancia de poder detectar los factores que pueden afectar la evolución del deterioro cognitivo y la aparición de una demencia, para lograr un diagnóstico certero y una intervención eficaz.

Desde la Psicología del Envejecimiento, se considera que los adultos mayores envejecen de manera multidireccional y este proceso es resultado de una compleja asociación de funciones biológicas, sociales y ambientales (Fernández Ballesteros et al., 2019). El concepto de trayectorias de envejecimiento hace referencia a esta heterogeneidad y se define en función de parámetros de salud, independencia funcional y percepción de bienestar. Las trayectorias describen un *continuum* que va desde el envejecimiento exitoso, al envejecimiento usual o normal, hasta el envejecimiento patológico (Baltes & Baltes, 1990; Fernández Ballesteros et al., 2010, 2019; Rowe & Kahn, 1997).

En este *continuum* suelen manifestarse Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) que refieren a la percepción de deterioro en la función cognitiva, particularmente en la memoria, experimentada por el individuo. Estas quejas no se limitan exclusivamente al proceso de almacenamiento de la información, sino que también pueden abarcar dificultades en la codificación y evocación de recuerdos (Arvanitakis et al., 2018; Paredes Quispe, 2019). Las investigaciones han destacado la importancia de las QSM como un posible precursor e indicador de la enfermedad de Alzheimer (Archer et al., 2015; Petersen et al., 1997). Sin embargo, también pueden ser un indicador de una percepción adecuada de la declinación cognitiva, como en el caso de olvidos benignos, y pueden requerir estrategias adaptativas para enfrentar estos déficits. Con frecuencia, ante la percepción marcada de estas dificultades de la memoria, la persona mayor acude a la consulta médica.

En los últimos 20 años, ha surgido un diagnóstico de creciente relevancia, posiblemente intermedio entre el declive cognitivo normal y la demencia: el de Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Las personas con DCL pueden tener dificultades cognitivas, como problemas de memoria o de atención/concentración, que pueden ser notados por ellos mismos o por sus familiares. Estas dificultades pueden estar relacionadas con las QSM mencionadas previamente y también implican un rendimiento cognitivo descendido (pero no deficitario) detectado mediante pruebas neuropsicológicas, aunque sin interferir significativamente con las actividades de la vida diaria (Petersen, 2004, 2016; Petersen et al., 1997, 2001, 2018). La tasa de evolución de pacientes con DCL a demencia es considerable; investigaciones locales sugieren que el 45% de los pacientes con diagnóstico de DCL amiloide positivo y el 20% de los DCL amiloide negativo evolucionan a demencia (Allegri et al., 2021). Al diagnosticar el DCL, es crucial considerar la manifestación de QSM (Mias et al., 2017; Mias, 2008; Mías et al., 2007; Mias & Causse, 2021).

En el ámbito del DCL, un concepto relacionado pero diferente es el Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS). El DCS se refiere a la percepción subjetiva de un individuo sobre un deterioro en su función cognitiva, especialmente en áreas como la memoria, la atención o el procesamiento del lenguaje. Las personas con DCS pueden notar que su memoria no es tan eficaz como solía ser, pero los resultados en pruebas cognitivas objetivas suelen estar dentro del rango normal. La importancia del DCS es que estas quejas son síntomas sutiles leves o no fácilmente detectables y no necesariamente se acompañan de un deterioro cognitivo medible en el presente. A diferencia del DCS, el DCL implica un deterioro cognitivo objetivo que se puede medir y que está asociado con un mayor riesgo de desarrollar demencia en el futuro, aunque no todas las personas con DCL progresan necesariamente a una demencia (Jessen et al., 2014; Rabin et al., 2015).

Entre los factores de riesgo no modificables con mayor peso en la aparición de patologías neurodegenerativas, se encuentra la edad, la cual se asocia con un declive en las funciones cognitivas. Este declive, al solaparse, puede dificultar la detección e intervención temprana (Aguilar Agudo et al., 2021; Lin et al., 2020a; Paredes-Arturo et al., 2021). Otros factores como el nivel educativo, la reserva cognitiva (RC) y la plasticidad cognitiva pueden modificar la manifestación sintomática de este declive, por lo que resulta adecuado considerarlos como parte de la evaluación neuropsicológica.

La plasticidad cognitiva es un factor clave ya que representa la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar a lo largo de la vida. En personas mayores, aunque esta capacidad puede disminuir con la edad, sigue presente y puede influir en la forma en que se manifiesta el declive cognitivo. Además, se destaca que incluso en presencia de deterioro cognitivo y demencia, la plasticidad cognitiva aún puede estar presente, aunque en menor medida (Baltes & Willis, 1982; Borghesi et al., 2023; Cabeza et al., 2018; González Aguilar, 2024; Kühn & Lindenberger, 2016; Lövdén et al., 2010; Navarro & Calero, 2018; Vásquez et al., 2014). La

plasticidad cognitiva se puede evaluar mediante pruebas de potencial de aprendizaje, entendido como el rendimiento máximo que una persona puede alcanzar en condiciones óptimas de estimulación. El potencial de aprendizaje está basado en la evaluación dinámica, y, a diferencia de la evaluación tradicional de la memoria, se centra en el análisis del proceso del sujeto, no solo en el rendimiento, y se puede considerar como una medida de la plasticidad cognitiva. En las personas mayores, el potencial de aprendizaje puede estar influenciado por varios factores, incluyendo la salud física y cognitiva, la motivación, las estrategias de afrontamiento y de compensación que utilizan. Una de las ventajas de esta evaluación, es que permite un diagnóstico y tratamiento ajustados a las posibilidades individuales y contextuales de la persona. La evaluación del potencial de aprendizaje se puede realizar mediante la prueba RAVLT-PA para evaluar la memoria, la capacidad para aprender y retener nueva información. Una de las ventajas de esta prueba es que la mediación o ayudas que se le dan al evaluado, están estandarizadas, lo que permite incluirla como una prueba complementaria de la evaluación neuropsicológica que proporciona información valiosa del proceso de aprendizaje de la persona mayor (Calero, 1989; Calero & Belchí, 1989; Calero & Márquez, 1998; Calero & Navarro-González, 2006; Elliott et al., 2018; Rey, 1964).

Esta capacidad adaptativa que tiene la persona por medio de la plasticidad, también se observa en la activación de otros mecanismos que buscan promover su autonomía. Ante la percepción de la declinación de las funciones cognitivas, el adulto mayor ubicado en un rol activo implementa mecanismos adaptativos de tipo cognitivo-conductuales. Por un lado, las estrategias de compensación de la memoria se definen como mecanismos que se activan en respuesta a una pérdida mnésica. Se describen siete tipos de estrategias: Externas (uso de agendas), Internas (técnicas mnemotécnicas), Tiempo (dedicar más tiempo a ciertas tareas), Esfuerzo (mayor esfuerzo para recordar), Confianza (solicitar ayuda a otras personas cercanas), Cambio (cuánto cambio percibe) y Éxito (compromiso para obtener un alto nivel) (Dixon,

2011; Dixon & de Frias, 2004; Martin et al., 2015). Al implementarse, estas estrategias reflejan la adopción de mecanismos adaptativos que conducen a un mejor rendimiento cognitivo y a un declive funcional más lento (Mayordomo et al., 2015; Tomaszewski Farias et al., 2020). Además, requieren de la habilidad de percibir el propio funcionamiento cognitivo.

Por otro lado, otro mecanismo adaptativo que implementa el adulto mayor son las estrategias de afrontamiento al estrés. Las mismas son recursos mentales que las personas emplean para manejar dificultades en la vida diaria. Originalmente descritos por Lazarus & Folkman (1984), estos procesos cognitivo-conductuales se activan para enfrentar demandas externas e internas. Su variabilidad depende de los sentimientos, pensamientos y acciones propios de cada individuo (Billings & Moos, 1981; Mikulic, 2007; Mikulic & Crespi, 2008; Moos, 1995; Moos et al., 2006). En el envejecimiento, las estrategias de afrontamiento principales son: la Aproximación Cognitiva (esfuerzo para modificar creencias y pensamientos), la Aproximación Conductual (enfrentar activamente mediante acciones concretas), la Evitación Cognitiva (evitar o suprimir pensamientos/emociones) y la Evitación Conductual (alejarse de forma comportamental). El objetivo de estas estrategias es mantener la adaptación y paliar los efectos negativos del estrés (Enriquez Villota et al., 2016; Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019; Navarro-González et al., 2015).

Cuando la persona mayor utiliza estrategias de compensación de memoria y mecanismos de afrontamiento al estrés ante la percepción de dificultades de la memoria (QSM), se activan procesos cognitivos y emocionales que pueden influir en la plasticidad cerebral (Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021). Por ejemplo, al emplear estrategias como hacer listas o utilizar recordatorios visuales, se están estimulando diferentes áreas del cerebro y fortaleciendo las conexiones neuronales asociadas con la memoria y el procesamiento cognitivo. El uso de estos mecanismos adaptativos promueve la plasticidad cognitiva al mantener activo el cerebro y desafiar sus capacidades, lo que puede mejorar el rendimiento

cognitivo y disminuir funcionalmente más lento a medida que se envejece. Por lo tanto, las estrategias de compensación de memoria y los mecanismos de afrontamiento al estrés pueden ser factores importantes para promover la plasticidad cognitiva y mantener la salud cerebral a lo largo de la vida.

Si bien se ha estudiado la relación entre las QSM, el rendimiento cognitivo y las estrategias de compensación, aún no se ha estudiado específicamente cómo puede relacionarse con las estrategias de afrontamiento al estrés y la plasticidad cognitiva. Tampoco hay suficiente evidencia que busque explicar cómo se relacionan las QSM y la plasticidad cognitiva, y qué impacto real tienen en el rendimiento cognitivo objetivo (sumado a cómo se vincula esto con factores sociodemográficos, como podría ser la edad, el sexo y el nivel educativo). Además, aunque se ha sugerido que la QSM se relaciona con trastornos del estado de ánimo (síntomas de depresión) hay poca información sobre la relación de lo anímico con la implementación de estrategias adaptativas.

En este contexto, resulta importante comprender cómo la interacción entre factores cognitivos, emocionales y sociodemográficos influye en la trayectoria de envejecimiento de los adultos mayores. Este estudio busca no solo identificar estos factores, sino también examinar cómo las estrategias adaptativas, como las de compensación y afrontamiento, podrían mitigar los efectos del deterioro cognitivo y promover la salud cerebral a lo largo del ciclo vital. Estos hallazgos no solo podrían mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sino también guiar estrategias de intervención más efectivas en el ámbito de la salud mental y el envejecimiento activo.

1.1 Planteamiento del problema y relevancia del estudio para el ámbito académico

A partir de lo desarrollado en la introducción, se presentan las siguientes preguntas de investigación que orientaron este trabajo: ¿Qué relación tiene el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, las quejas subjetivas de memoria y las estrategias de compensación y

afrontamiento en adultos mayores de 60 años? ¿Varían en función de la procedencia, el sexo, la edad y el nivel educativo? Estas estrategias, ¿se vinculan con los estados anímicos como podrían ser la depresión y el bienestar? ¿Cómo se relaciona el potencial de aprendizaje con el rendimiento objetivo y las quejas? ¿Existe una relación entre éste y las estrategias de compensación y afrontamiento? ¿De qué manera influyen los diferentes niveles de plasticidad cerebral en la implementación y efectividad de las estrategias de afrontamiento y compensación? ¿Cuáles son los factores que pueden afectar la evolución del declive cognitivo en adultos mayores y cómo pueden ser utilizados para diseñar intervenciones más eficaces?

1.2 Naturaleza del estudio

En el presente trabajo se realizó un estudio empírico cuantitativo no experimental de corte transversal con alcance descriptivo-correlacional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Estudiar la relación entre rendimiento cognitivo general, potencial de aprendizaje en memoria, quejas subjetivas de memoria, estrategias adaptativas (compensación y afrontamiento) y estado anímico (bienestar y malestar) en adultos mayores de 60 años.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir el rendimiento cognitivo general, el potencial de aprendizaje, las QSM, las estrategias adaptativas y el estado anímico en adultos mayores de 60 años.
2. Analizar el rendimiento cognitivo general, el potencial de aprendizaje, las QSM, las estrategias adaptativas y el estado anímico según variables sociodemográficas (procedencia, sexo, edad y nivel educativo).
3. Investigar la relación entre las estrategias adaptativas (compensación y afrontamiento) y el estado anímico (bienestar y malestar).

4. Analizar el rendimiento cognitivo general y las quejas subjetivas de memoria en función del potencial de aprendizaje.
5. Analizar las estrategias adaptativas (compensación y afrontamiento) en función del potencial de aprendizaje.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

En los adultos mayores a 60 años, un mejor rendimiento cognitivo y mayor potencial de aprendizaje en memoria, están vinculados a menores quejas subjetivas de memoria, a la implementación de estrategias de compensación y afrontamiento más adaptativas, y a un mejor estado anímico.

1.4.2 Hipótesis derivadas

1. No se derivan hipótesis ya que se trata de un objetivo descriptivo.
2. Existen diferencias en el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, las quejas subjetivas de memoria, los mecanismos adaptativos y el estado anímico según la procedencia, el sexo, la edad y el nivel educativo de la muestra.
 - 2.1 Los adultos mayores que pertenecen a la población general presentan mejor rendimiento cognitivo, más potencial de aprendizaje, menos quejas subjetivas de memoria, implementan estrategias más adaptativas y están mejor anímicamente.
 - 2.2 Las mujeres presentan mejor rendimiento cognitivo, más potencial de aprendizaje, menos quejas subjetivas de memoria, implementan estrategias de compensación y afrontamiento más adaptativas y están mejor anímicamente.
 - 2.3 Los adultos mayores con más edad presentan peor rendimiento cognitivo, menor potencial de aprendizaje, mayores quejas subjetivas de memoria e

implementan estrategias de compensación y afrontamiento menos adaptativas.

No hay relación con el estado anímico.

2.4 Los adultos mayores con más años de escolaridad presentan mejor rendimiento cognitivo, más potencial de aprendizaje, menos quejas subjetivas de memoria e implementan estrategias de compensación y afrontamiento más adaptativas. No hay relación con el estado anímico.

3. El uso de estrategias de compensación y afrontamiento adaptativas se relaciona con el estado anímico (menor malestar y más indicadores de bienestar).
4. Los adultos mayores con mayor plasticidad cognitiva (con potencial de aprendizaje, que sean ganadores), presentan mejor rendimiento cognitivo general y menos queja subjetiva de memoria.
5. Un mayor potencial de aprendizaje (es decir, que sean ganadores) se relaciona con un uso de estrategias de compensación y afrontamiento más adaptativas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento poblacional

En la actualidad, se observa un aumento en la proporción de adultos mayores a 60 años, evidenciando poblaciones más envejecidas y la adición de años a la expectativa de vida a nivel mundial. En el año 2022, el número de personas mayores a 65 años era de 771 millones (representando un 10% de la población mundial), triplicando la cantidad que había en el 1980. Así, se prevé que para el 2050 esta franja etaria duplique la cantidad de personas en comparación con la franja de niños menores a 5 años y alcance cifras similares a la franja de niños entre 5 y 12 años. Además, se estima que dos tercios de los adultos mayores a nivel mundial viven en países con ingresos medios (y en su mayoría, subdesarrollados) (WHO, 2020). En América, puntualmente, se estima que para el 2050 este grupo representará un 19% de la población y que una de cada cuatro personas podría estar por encima de los 65 años. De estas cifras, en el 2022, las mujeres superaban en número a los hombres, representando un 55,7%, y, gracias al avance en la salud, esta cifra decrecerá a 54,5% para el 2050, permitiendo que más hombres vivan más (United Nations, 2022).

En Argentina, esta transición demográfica avanza y, dentro de la región de América Latina, es uno de los países con más adultos mayores (Peláez et al., 2017). El aumento en la esperanza de vida supone una demanda y un desafío a los sistemas de salud muy importante, especialmente en cuestiones de políticas de cuidado y acceso a la seguridad y a la salud (Molina, 2016; Peláez et al., 2017). Vivir más no es sinónimo de vivir mejor necesariamente, y este aumento trae como consecuencia el incremento de la incidencia de enfermedades que atentan contra la autonomía y la calidad de vida del adulto mayor (Acosta et al., 2015; Bazán et al., 2018). Los tratamientos de ciertas enfermedades crónicas (como las circulatorias y respiratorias), que en la Argentina suponen una de las causas principales de muerte, han mejorado. De todas formas, esta mejora que posibilita que el paciente viva más años puede

traducirse en peores condiciones en su calidad de vida, además de mayor riesgo de padecer alguna discapacidad o falta de independencia (Peláez et al., 2017). Esta transición epidemiológica supone cambios en las causas de muerte y en los patrones de las distintas enfermedades crónicas, que suelen aparecer con mayor prevalencia y traer, como consecuencia, la dependencia o necesidad de otros para sobrellevar de manera exitosa las demandas y actividades de la vida cotidiana. En este caso, el cuidado de estos pacientes no es solo responsabilidad de los sistemas de salud, sino de sus familiares y círculo cercano, que suele ocupar el rol de cuidador (Monteverde et al., 2016; Peláez et al., 2017). Por tal, es de vital importancia y relevancia poder detectar de manera precoz aquellas patologías que puedan desencadenar en dependencia, perfeccionando el método de diagnóstico y mejorando la intervención (WHO, 2020).

2.2. Trayectorias de envejecimiento

El proceso de envejecimiento es altamente heterogéneo, lo cual se explica por su multidimensionalidad y multidireccionalidad, ya que es el resultado de una compleja asociación de interacciones y funciones biológicas, sociales y ambientales, que llevan a cambios físicos, cognitivos, emocionales y de comportamiento. Esta heterogeneidad está ligada a factores socioeconómicos, culturales, personales e históricos del individuo. A través de la historia, la vejez se ha asociado a distintos paradigmas. El paradigma del déficit, también llamado Modelo de la U invertida, posiciona a la vejez como un momento de pérdidas universales, progresivas e irreversibles, ya que toma sus bases de la medicina (Giuliani et al., 2015). Estas pérdidas pueden entenderse tanto en el ámbito físico, con la aparición de enfermedades y dependencia; como en el ámbito social, con reducción en las redes de apoyo y en los vínculos. Estos modelos deficitarios ponen a la vejez bajo una mirada pesimista, como una fase regresiva del ciclo vital, donde el desarrollo equivale a involución y déficit (Triado & Villar, 2006). El diseño metodológico que primaba anteriormente era el transversal, donde los

hallazgos de las investigaciones, al comparar el rendimiento de adultos mayores con jóvenes, describían al envejecimiento como un proceso escalonado hacia el declive, acumulativo y prolongado en el tiempo.

Durante muchas décadas, la gerontología se centró en las pérdidas y el envejecimiento patológico. Muchas posturas se basan en la Teoría de la Desvinculación (*Disengagement Theory*), (Havighurst et al., 1963 en Martin et al., 2015), que situaba a la vejez como un proceso inevitable de separación entre el individuo y la sociedad. Sin embargo, las cifras actuales no solo muestran que las personas viven más, sino que son mayores las cifras de personas que alcanzan la vejez en mejor estado de salud por mayor tiempo. Los años activos y saludables aumentan, mientras que la morbilidad y la discapacidad disminuye. Este cambio de paradigma ocurre debido a la mejora en las condiciones de vida de los seres humanos (Fernández Ballesteros et al., 2019).

Posteriormente, con la incorporación de estudios longitudinales, quedaron en evidencia las diferencias interindividuales y la heterogeneidad en el proceso de envejecer. Así, diferentes investigadores norteamericanos y europeos, encontrando que el Modelo de la U invertida era una postura muy reduccionista, plantean la perspectiva del Curso Vital o teorías *lifespan*. La misma afirma que se debe tener en cuenta el contexto sociohistórico y que el desarrollo es un constante interjuego de pérdidas y ganancias, tanto de aspectos biológicos y psicológicos, como interpersonales y ambientales (Dulcey-Ruiz, 2010; Silva & Chariglione, 2024; Triado & Villar, 2006). La vejez es un proceso que indudablemente implica pérdidas funcionales, pero que también puede incluir el mantenimiento o desarrollo de nuevas habilidades. Desde esta perspectiva, se ubica a la persona en un rol activo, donde tiene que adaptarse constantemente a las demandas y oportunidades que le plantea el ambiente, buscando maximizar ganancias y minimizar pérdidas (Giuliani et al., 2015; González Aguilar, 2020). La vejez implica un esfuerzo adaptativo, donde lo relevante no es ganar más, sino, quizás, mantener y evitar perder

lo ya adquirido (Giuliani et al., 2015; Triado & Villar, 2006). Así, se puede entender al envejecimiento como un proceso no lineal, en un determinado ambiente, producto de la interacción de múltiples transacciones entre el cuerpo, los comportamientos y las condiciones ambientales. El proceso de envejecer empezó a estudiarse desde una perspectiva multidimensional y multidireccional (Fernández Ballesteros et al., 2019).

A través de estos estudios longitudinales, que dejan en evidencia la variabilidad en los perfiles y trayectorias de envejecimiento, es que Rowe y Khan (1997) distinguen entre envejecimiento patológico, envejecimiento normal y envejecimiento satisfactorio (*successful aging*). Este último término tuvo muchas críticas ya que se lo consideró un oxímoron (recurso retórico que consiste en utilizar palabras contradictorias), tales como envejecimiento (que tiene una connotación negativa) y satisfactorio (connotación positiva) (Rowe & Kahn, 1997). Baltes y Carstensen (1996) realizan investigaciones en esta población y respaldan este término basándose en datos científicos que muestran que el proceso de envejecimiento puede venir acompañado por bajas frecuencias de afectos negativos y mayores niveles de comprensión y equilibrio emocional; además de que los estereotipos de la vejez también pueden ser positivos y los hallazgos afirman que un adulto mayor puede ser considerado “amigable”. Por ende, la yuxtaposición de envejecimiento-negativo y satisfactorio-positivo implica tanto el crecimiento como la pérdida a través de todo el desarrollo vital (Baltes & Carstensen, 1996).

El nuevo paradigma que plantea el “buen envejecer”, además de llamarlo envejecimiento satisfactorio, también lo llama envejecimiento saludable, óptimo, productivo (*productive aging*), vital (*vital aging*) y activo (*active aging*) (Fernández Ballesteros et al., 2019). Martin y colaboradores (2015) se cuestionan si este concepto es tangible o elusivo y hacen un recorrido histórico para discutir perspectivas sobre el envejecimiento que están basadas en representaciones sociales, valores culturales, ideas espirituales y coloquialismos. Al recopilar bibliografía antigua, se remontan al modelo hindú del *lifespan*, en el cual se describe

a la tercer etapa vital como aquella en la que predomina la introspección y la meditación, la renuncia a lo material y prevalece la libertad y un sentimiento de felicidad, estando a disposición para la familia (Ramamurti & Jamuna, 2010 en Martin et al., 2015). A su vez, encuentran distintas referencias bíblicas donde se esboza a la vejez como un momento de abundante sabiduría, supervivencia y riquezas. En la literatura griega, Platón afirma que, a medida que declina la visión física (*physical eyesight*), la espiritual aumenta (*spiritual eyesight*). Más actualmente, citando a Erikson (1950, en Martin et al., 2015) en su teorización de las etapas del desarrollo psicosocial y sostienen que, su caracterización de la octava etapa vital (*integrity vs despair*), podría ser un esbozo del concepto de *successful aging*. En la misma, la integridad del yo se lograría mediante una evaluación positiva y satisfactoria de la propia vida. Finalmente, Rowe & Khan (1997), a través del *McArthur Network of Successful Aging* (grupo interdisciplinar de académicos que lleva a cabo un amplio análisis sobre cómo ayudar a los países a prepararse para los retos y oportunidades que plantea el envejecimiento de la sociedad), concluyen que los factores para promover un envejecimiento positivo son: ausencia de enfermedad y discapacidad, alto funcionamiento físico y cognitivo, y participación social activa.

A partir de esta conceptualización del envejecimiento y el estudio de la longevidad, han surgido muchas teorías que buscaron explicar los mecanismos de adaptación que implementan las personas mayores para poder funcionar en el día a día, manteniendo su autonomía y buscando una mejor calidad de vida. En lo siguiente, se detallan las principales, que serán abordadas a lo largo de este trabajo, ya que aportan información relevante al momento de comprender la vejez desde múltiples perspectivas.

En la misma línea de Rowe y Khan, otra perspectiva que tomó relevancia en ese momento, y sigue utilizándose en la comprensión del envejecimiento satisfactorio por poner énfasis en el papel que tiene la cognición en la adaptación, es la planteada por Baltes & Baltes

(1990). Ellos conceptualizan el Modelo SOC para explicar el proceso adaptativo que hace cada individuo para alcanzar las metas deseadas, a través de tres componentes: Selección, Optimización y Compensación (SOC, de ahí las iniciales que lo nombran). La Selección tanto voluntaria como involuntaria implica el descarte de ciertas metas y la elección de otras, para organizar el número de desafíos potenciales a los cuales una persona tiene que hacerle frente. La Optimización, por su parte, implica la regulación de recursos para alcanzar óptimos niveles de funcionamiento y así lograr alcanzar los objetivos deseados. Por último, la Compensación busca reemplazar una habilidad o recurso perdido por otro nuevo, o aumentando el esfuerzo de uno ya existente o buscando asistencia externa (Baltes & Baltes, 1990).

Otro modelo para explicar la adaptación y el cambio de metas en la vejez es el planteado por Carstensen y Charles (2007). La Teoría de la Selectividad Socioemocional sostiene que el adulto mayor selecciona y prioriza vínculos y metas que le brinden experiencias gratificantes y positivas, aumentando el bienestar. Esta selección se realiza de manera estratégica y cuidadosa. Estas autoras, vuelven a ubicar a los adultos mayores en un rol activo, en el cual, debido al cambio en la percepción del tiempo, donde éste es limitado (condición que profundiza la complejidad emocional), eligen con quién pasarlo y orientan sus recursos a objetivos emocionales (*emotional goals*) (Carstensen & Charles, 2007). Las autoras se apoyan en lo planteado por Baltes e indagan puntualmente en cómo la adaptación se realiza, no solo en lo cognitivo, sino en la selección de vínculos.

Por otro lado, la Teoría de Afrontamiento de Brandstadter y Rothermund (2002, en Giuliani et al., 2015) también fue utilizada para explicar el mecanismo de adaptación a los cambios que puede promover un buen envejecer. Los autores plantean que, para hacerle frente a las discrepancias entre los logros y las expectativas, se ponen en juego dos procesos: asimilación y acomodación. El primero, busca modificar las situaciones externas o los propios

recursos para alcanzar la meta; mientras que la segunda consiste en cambiar la meta ya que esta se considera como inalcanzable.

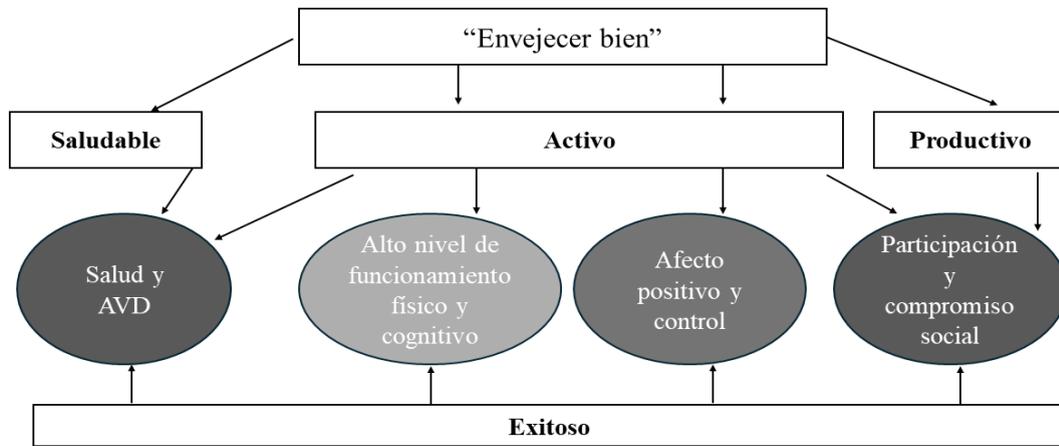
Todas las posturas teóricas previamente detalladas, ubican al adulto mayor en un rol activo. Estas posturas concluyen que en la población mayor aún existen metas a futuro que están orientadas a la novedad y a lo social, que pueden ser percibidas como desafiantes y motivantes. Así, describen a al adulto mayor como una persona con capacidad de cambio, que puede presentar una trayectoria vital que no se asocia necesariamente a un declive progresivo. Alcanzar un equilibrio entre las expectativas y los logros, entre los recursos disponibles (tanto internos como externos, personales o del ambiente) y las exigencias o requerimientos del ambiente o situación, daría cuenta de una trayectoria de envejecimiento satisfactorio (Giuliani et al., 2015).

2.2.1 Envejecimiento satisfactorio

Por lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que fueron muchos los autores que buscaron delimitar y conceptualizar el término de envejecimiento exitoso o satisfactorio. Si bien existen amplias diferencias en las definiciones de estos términos, aquí se tendrá en cuenta lo planteado por Fernández Ballesteros y colaboradores (2019), quienes clasifican los criterios en cuatro dominios: (1) Salud (Enfermedad) y Funcionalidad, (2) Funcionamiento Físico y Cognitivo, (3) Afecto Positivo (satisfacción vital) y Control (afrentamiento al estrés, autorregulación), y (4) Participación e Involucramiento. Con esta clasificación (ver Figura 1 extraída y traducida de Fernández Ballesteros et al., 2019), concluyen que se puede utilizar el término “envejecimiento satisfactorio”.

Figura 1

Modelo de cuatro dominios para envejecer bien (modificado de Fernández Ballesteros et al. 2019)



Nota: Reproducido y traducido con permiso y licencia de Cambridge University Press a través de PLSclear.

En adición, fueron muchos los autores que, a lo largo del tiempo, intentaron caracterizar y comprender las dimensiones que componen el término. En la siguiente tabla (1) se puede apreciar la diversidad de predictores y determinantes del envejecimiento satisfactorio. Cabe mencionar que los componentes son divididos en tres: biomédicos, psicológicos y sociales.

Tabla 1

Resumen de los resultados del envejecimiento con éxito y predictores o determinantes (modificado de Fernández Ballesteros, 2008; extraído de Fernández Ballesteros et al., 2019)

Componente	Resultado	Predictores o determinantes
Biomedicina	✓ Longevidad ✓ Salud biológica ✓ Funcionamiento cardiovascular y pulmonar ✓ Salud mental ✓ Capacidades funcionales ✓ Fuerza física ✓ Capacidad vital ✓ Ausencia de discapacidad ✓ Autonomía	✓ Antepasados de larga vida/longevos ✓ Maximizar la salud a lo largo vida ✓ Condiciones socioeconómicas ✓ Servicios de salud y sociosanitarios ✓ Condiciones ambientales

Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salud subjetiva ✓ Actividad ✓ Competencia (motora y cognitiva) ✓ Funcionamiento positivo mental y físico ✓ Compromiso vital y social ✓ Comportarse de acuerdo con los propios valores y creencias ✓ Afrontamiento ✓ Propósito en la vida ✓ Crecimiento personal ✓ Bienestar psicológico ✓ Satisfacción vital ✓ Calidad de vida percibida ✓ Capacidad de adaptación ✓ Madurez ✓ Relaciones familiares ✓ Estados afectivos ✓ Sentido de la vida ✓ Mantenimiento de actividades y relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selectiva optimización con Compensación (SOC) ✓ Desarrollo y mantenimiento del control primario ✓ Selectividad socioemocional ✓ Proceso adaptativo que desarrolla capacidades para resolver dificultades y minimizar los efectos de los déficits ✓ Estrategias de afrontamiento a lo largo del ciclo vital ✓ Estilos de vida conductuales
Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Productividad social ✓ Redes sociales ✓ Seguridad material ✓ Dominio del medio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimización de las oportunidades de seguridad ✓ Educación

Nota: Reproducido y traducido con permiso y licencia de Cambridge University Press a través de PLSclear.

En síntesis, el envejecimiento es un proceso complejo que dura toda la vida y que, sin dudas, está fuertemente influenciado por factores médicos, biológicos y sociales, como por interacciones genéticas y ambientales. Se podría afirmar, luego de lo previamente expuesto, que, puntualmente el envejecimiento satisfactorio, está caracterizado por el bienestar subjetivo (la percepción del mismo), el buen nivel de funcionamiento cognitivo, la salud física, el bajo riesgo de contraer enfermedades y el compromiso en actividades sociales y productivas. Así, sería pertinente pensar la vejez desde un enfoque holístico, con evaluaciones y estrategias preventivas multidimensionales, que incluyan intervenciones nutricionales, de entrenamiento y estimulación cognitiva, actividades físicas, actividades que promuevan participación social,

un mejor uso de la medicina y la incorporación de nuevas tecnologías para acompañar las actividades de la vida diaria (Fernández Ballesteros et al., 2010, 2019).

Figura 2

Puntos claves del apartado 2.1 y 2.2

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y TRAYECTORIAS

Puntos claves

- La población de adultos mayores está en crecimiento y aumenta de forma exponencial.
- Este crecimiento trae como consecuencia la prevalencia de enfermedades que atentan contra la autonomía.
- El proceso de envejecimiento es heterogeneo y resultado de múltiples interacciones biológicas, psicológicas y sociales.
- La perspectiva del Curso Vital o teorías lifespan:
 - plantean al desarrollo como uno no lineal, con constante interjuego de pérdidas y ganancia.
 - ubica a la persona en un rol activo donde tiene que adaptarse a las demandas del ambiente.
- El Envejecimiento Satisfactorio es caracterizado por:
 - el bienestar subjetivo,
 - el buen nivel de funcionamiento cognitivo,
 - la salud física,
 - el bajo riesgo de contraer enfermedades
 - y el compromiso en actividades sociales y productivas

2.3. Rendimiento cognitivo en adultos mayores

Como se mencionó previamente, el aumento en la esperanza de vida trae como consecuencia indeseada la mayor prevalencia de enfermedades neurodegenerativas (Gutiérrez Pérez, 2016; Vanni et al., 2020). El Informe Mundial de Alzheimer (2015), al estudiar la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial, afirmó que alrededor de 46,78 millones de personas lo padecían. Dalmaso y colaboradores (2016), estiman que los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer representarán un 10% de la población mundial en 15 años, arribando a cifras superiores a los 74,96 millones; triplicándose este número para el año 2050. Si bien la tasa de prevalencia es muy alta, la demencia no es sinónimo a vejez, ni es una consecuencia natural o esperable de la misma (Dalmaso et al., 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015). Además, si bien el envejecimiento no equivale necesariamente a un deterioro cognitivo patológico, la edad es uno de los factores de riesgo no modificables con más relevancia y peso en la aparición de enfermedades neurodegenerativas (Aguilar Agudo et

al., 2021; Paredes-Arturo et al., 2021); y la depresión, tan prevalente en esta población, se comporta también como un factor de riesgo de deterioro cognitivo (Bazán et al., 2018).

En el apartado anterior se describieron los factores involucrados en el envejecimiento exitoso. La preservación de las capacidades cognitivas cobra especial relevancia en la vejez ya que mediante ellas se puede mantener la autonomía y el normal funcionamiento en las habilidades de la vida cotidiana. Por eso, en el polo opuesto del envejecimiento satisfactorio, se encuentra el envejecimiento patológico, donde lo que prevalece es una pérdida creciente de la independencia y autonomía, como en enfermedades crónicas incapacitantes. Así, en el medio del *continuum*, al hablar de envejecimiento cognitivo normal, se entiende como aquel donde no hay una enfermedad neurodegenerativa, la persona es autónoma y el funcionamiento cognitivo es adecuado.

2.3.1. Declinación Cognitiva Normal

Hay un dicho popular en el mundo de la neuropsicología que afirma que “lo que no se usa se pierde”. Éste, asociado a la hipótesis del desuso (Denney, 1982), se ha utilizado muchas veces para caracterizar el declive cognitivo esperable que se encuentra asociado a la edad. Al haber ciertas funciones cognitivas que no se utilizan o desafían en la vejez, el rendimiento tiende a disminuir. Si bien la disminución cognitiva varía mucho entre personas y depende de diversos factores (siendo los años de educación uno de los más determinantes), es esperable que exista un descenso en el funcionamiento cognitivo en esta etapa (Lin et al., 2020). Este descenso, en parte, se da por una modificación estructural (de regiones hipocampales, por ejemplo) y en el nivel neuroquímico (la síntesis de determinadas proteínas, la transmisión colinérgica, etc.) (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016). Hay ciertas funciones y procesos que desaparecen o desaceleran su actividad. A nivel cerebral, es normal una reducción progresiva de las áreas cerebrales que se asocian a los procesos cognitivos. Por otro lado, a nivel neuronal, es esperable que algunos axones mueran y que la densidad sináptica disminuya. A su vez, los

impulsos nerviosos comienzan a perder efectividad, ya que el proceso de mielinización pierde intensidad. Además, la plasticidad neuronal disminuye, alterando el modo en que los sistemas nerviosos funcionan y se estabilizan, tornándose cada vez más rígidos (Flores Lázaro & Ostrosky-Solís, 2012). Otros hallazgos indican disminuciones en el volumen cerebral (Gutiérrez Pérez, 2016) o modificaciones en la activación de regiones cerebrales distintas, según la edad, donde en la vejez hay un desplazamiento de la activación que va desde áreas cerebrales posteriores hacia aquellas más rostrales (Davis et al., 2008).

Consecuentemente, estos procesos repercuten de manera directa sobre las funciones cognitivas y su desempeño en el envejecimiento cognitivo. Es común que tanto la memoria episódica como la de trabajo fallen y disminuyan conforme aumenta la edad; mientras que la memoria semántica y la implícita tenderían a presentar cambios menores y mantenerse relativamente estables. De igual manera sucede con la memoria procedimental y la autobiográfica (la que permite que los adultos mayores recuerden su pasado personal con tanto detalle). La memoria de largo plazo, por su parte, presenta un declive más evidente que la de corto plazo. En lo que respecta a la atención, si bien un cierto declive en la velocidad de procesamiento es normal, la evidencia señala que la capacidad de concentrarse, evitar la distracción y mantener la atención sostenida se conserva aún en edades avanzadas. Se alargan los tiempos, por dificultades ejecutivas, para recuperar la información y aumenta el esfuerzo para realizar la tarea. La capacidad de cambiar el foco atencional de una tarea o estímulo a otro tiende a declinar, también, lo cual afectaría en tareas que requieran la activación de la memoria de trabajo (o atención alternante). Por otro lado, el lenguaje parece mantenerse estable. Los adultos mayores no pierden el conocimiento y significado de las palabras o conceptos, y el declive en cuanto a fonología, nivel lexical y morfosintáctico es mínimo. Solo se advierte cierta disminución en tareas que involucren fluencia verbal, pero que podría asociarse más al enlentecimiento en la velocidad de procesamiento o, inclusive, en el declive esperable de la

flexibilidad mental. Asimismo, se perciben ciertas anomias o síndrome de la punta de la lengua (dificultad para encontrar la palabra) que enlentecen el habla y la expresión, sin alterar el desempeño adecuado en el lenguaje. Finalmente, las habilidades constructivas y visoespaciales pueden aparecer disminuidas por ciertos cambios en el área parietofrontal, pero sería esperable que el adulto mayor conserve la capacidad de copiar un dibujo simple o dibujar uno (con un decremento en la retención visual y el recuerdo libre) (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015; Ventura, 2004).

La relación entre el nivel educativo y el rendimiento cognitivo tiene mucha relevancia en la psicología del envejecimiento. Se ha estudiado mucho su vinculación, y la mayoría de las investigaciones concluyen que, indudablemente, más años de educación repercuten de manera positiva sobre el rendimiento cognitivo de los adultos mayores. Esto quiere decir que las personas con más años de educación tendrán un mejor *performance* cognitivo a lo largo de su adultez y, por tanto, presentarán menores riesgos de demencia en edades avanzadas de la vida (Lenehan et al., 2015; Lövdén et al., 2020). Una revisión sistemática, que se enfocó únicamente en la declinación cognitiva asociada a la edad (esperable), reporta que, en la mayoría de los estudios no se encuentra una moderación entre la educación y el declive asociado a la edad. Sostienen que esto respalda el modelo pasivo de la RC, y da cuenta que las personas con un nivel educativo más alto seguirán rindiendo cognitivamente mejor que sus compañeros con un nivel educativo más bajo, y eso podría retrasar la aparición futura del deterioro (Lenehan et al., 2015). Otra revisión sistemática y metaanálisis de estudios longitudinales de cohorte, concluye que la educación se asocia de manera sólida con el nivel de rendimiento cognitivo, y es un factor importante en la etapa de la vejez (Seblova et al., 2020). En línea con esto, Lövdén y colaboradores (2020) establecen que el nivel educativo ejerce significativa influencia en la función cognitiva tardía, y contribuye, principalmente, a la heterogeneidad y a las diferencias individuales que surgen con el aumento de la edad. No haber tenido una instrucción formal

limita el conocimiento teórico del envejecimiento cognitivo y las mejoras en estas condiciones (especialmente en las primeras décadas de la vida) tienen mucho potencial para mejorar la capacidad cognitiva en la edad adulta. Tanto el bajo nivel educativo como el socioeconómico son determinantes sociales del declive cognitivo, no solo en memoria, que suele ser la primer función cognitiva afectada, sino también en control inhibitorio y comprensión (Hernández Silvera & Campo, 2021; Zepeda et al., 2021).

2.3.2. Deterioro Cognitivo Leve

Así como en apartados anteriores se habló de trayectorias de envejecimiento, aquí se hará mención del *continuum* que se puede dar en lo referente al rendimiento cognitivo. En lo anterior, se describieron los cambios que son esperables conforme aumenta la edad. Aquí, se pretende describir otra manifestación clínica que tiene especial relevancia, ya que es una categoría diagnóstica determinada, que se denomina Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Existen controversias con respecto al *continuum*, ya que hay ciertas posturas que plantean la diferencia entre el envejecimiento normal y el patológico como una dualidad de la propia evolución. Así, esta entidad (DCL) se describe como un período intermedio o transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, pudiendo ubicarse en una etapa intermedia (que respondería a un *continuum*). Sin embargo, este período transicional, no implica necesariamente la irreversibilidad de las alteraciones en las funciones cognitivas y su irremediable evolución a demencia (Petersen, 2016; Petersen et al., 1997, 2018). No obstante, a medida que avanza la edad aumenta la tasa de evolución. Desde hace algunos años se presta especial atención al DCL por su potencial valor para la detección y el tratamiento precoz de la demencia. Cuanto más tempranamente se detecta el inicio de la demencia, la estimulación y el tratamiento se realizarían en etapas menos avanzadas de la enfermedad, fortaleciendo las terapéuticas de las que se dispone hasta el momento (Dalmaso et al., 2016; Pose & Manes, 2010). Es un diagnóstico con alta prevalencia a nivel mundial, de hecho, una revisión

sistemática que cubrió 66 artículos que incluían un total de 242804 participantes, concluye que el diagnóstico de DCL fue de un 15,56%, donde un 10,03% representaba un DCL amnésico y un 8,72% DCL no amnésico. A su vez, los mismos autores establecen que el diagnóstico de DCL aumentaba con la edad y en el género masculino, a su vez que disminuía con los años de educación y en determinadas regiones con mejor acceso a la salud y al entrenamiento cognitivo (Bai et al., 2022).

Si bien existen muchos hallazgos con respecto a este diagnóstico, sigue siendo uno relativamente nuevo y, en muchos casos, el límite entre el deterioro cognitivo normal (esperable para la edad) y un deterioro cognitivo que podría dar cuenta de una enfermedad, no resulta del todo claro (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016). Para comprender el diagnóstico de DCL es pertinente hacer una breve mención a los estudios pioneros de Petersen (1997). Inicialmente, lo que caracterizaba a este diagnóstico era la presencia de quejas cognitivas (de memoria) que no correspondían a un declive esperable. Este criterio parecía no ser suficiente, ya que en muchos casos no reportaban quejas o no evolucionaban específicamente a una demencia por enfermedad de Alzheimer. Así, se amplían los criterios, y se postuló que el DCL podía ser precursor de otros tipos de demencia y que las quejas no tenían que estar sujetas únicamente al dominio memoria (Petersen, 2004). Es en ese momento donde se clasifica al DCL como se conoce actualmente, de acuerdo a la cantidad de dominio afectados y si uno de ellos es, o no, la memoria: DCL amnésico dominio múltiple, DCL amnésico dominio único, DCL no amnésico dominio múltiple y DCL no amnésico dominio único. Más recientemente, por el avance en las neuroimágenes y biomarcadores, la acumulación de β -amiloide (proteína esencial para la sinapsis) empieza a ser, también, un criterio a tener en cuenta para el diagnóstico de DCL (Petersen, 2016).

Finalmente, al ser el diagnóstico de DCL uno clínico, se puede identificar teniendo en cuenta determinados criterios. En primer lugar, tiene que existir una disminución en las

funciones cognitivas, que será diferente según el subtipo de DCL, pero que suele ser un rendimiento que se desvía entre -1,5 y -2 del rendimiento medio esperable. En segundo lugar, tiene que haber presencia de Quejas Subjetivas de Memoria (QSM, ver apartado 2.3 para el desarrollo del concepto) (Gómez Viera et al., 2003; Migliacci et al., 2009; Pose & Manes, 2010). No todas las personas que presentan QSM tienen alteración cognitiva y más aún, en el DCL, posiblemente más avanzado, no siempre se presentan las QSM (probablemente como consecuencia de la anosognosia característica de la demencia). Por lo tanto, estas quejas podrían no ser manifestadas únicamente por el paciente, sino por un conviviente, familiar o un médico y deberían ser corroboradas de manera objetiva. En tercer lugar, otro criterio a tener en cuenta es que las actividades de la vida diaria no estén significativamente alteradas (como sucede en una demencia). El último criterio a considerar es la etiología del DCL y detectar si es de origen degenerativo, vascular o psiquiátrico (Petersen, 2016).

En síntesis, se puede definir al DCL como un estado (no necesariamente irreversible) donde hay una función cognitiva afectada, mayormente la memoria, pero en un grado que no se asemeja al de una demencia. Es un grado de alteración mayor a lo que es esperable para su edad y no afecta la independencia de la persona en la actividades de la vida diaria (Petersen, 2016; Petersen et al., 1997).

Al ser una entidad clínica que va ganando importancia en el ámbito médico, han sido muchas las investigaciones que buscaron conocer cómo prevenirla o detectarla de manera temprana. Una revisión sistemática y metaanálisis con estudios de cohorte llevada a cabo por Li y colaboradores (2016) (que incluyó 60 estudios, a lo largo de 16 países, con un total de 14821 participantes) buscó conocer cuáles eran los factores de riesgo predictores del DCL. En primer lugar, y gracias al avance tecnológico en la medicina, se halló que uno de los factores con más peso que dan cuenta de la evolución del DCL a la enfermedad de Alzheimer es un nivel anormal de líquido cefalorraquídeo. A continuación, también concluyeron que las

siguientes atrofas eran factores de riesgo con peso estadístico: atrofia hipocampal, atrofia del lóbulo medial temporal y atrofia entorrinal. A su vez, la presencia de la proteína apolipoproteína y el volumen de sustancia blanca también fueron factores con peso predictor. En último lugar, y no por eso menos importante, los autores establecen que padecer diabetes, hipertensión o depresión también son factores a tener en cuenta (Mentis et al., 2021). A estos factores, se le suman, además, la edad avanzada, ser del género femenino y haber puntuado menos en la prueba *Mini Mental State Examination* (MMSE) (técnica de *screening* rápida para detectar el estado cognitivo general) (Li et al., 2016). En esta línea, el estudio de Gallucci y colaboradores (2017), a su vez, buscó detectar cuáles pruebas neuropsicológicas tenían la capacidad de predecir la conversión de DCL amnésico a una demencia. Al efectuar una regresión en una población de 55 adultos mayores evaluados a lo largo de 2 años, afirman que una puntuación baja en las pruebas como el Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (principalmente el ítem recuerdo diferido – memoria de largo plazo) y la Fluencia Verbal Semántica predecían un mayor riesgo de evolucionar a una demencia (Gallucci et al., 2018).

En contraposición, otra variedad de estudios buscó conocer qué factores protectores pueden prevenir la aparición de una demencia. Un metaanálisis reciente pone en relevancia la fuerte evidencia que tiene la actividad física como factor protector para la enfermedad de Alzheimer (López-Ortiz et al., 2023). Otra revisión sistemática analiza los efectos que tiene la nutrición en la aparición de enfermedades neurodegenerativas. Los datos concluyen que la dieta mediterránea, los suplementos nutritivos y las dietas de control de calorías juegan un rol protector en contra de la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y el deterioro cognitivo. Mientras que la malnutrición, un bajo índice de masa corporal y la resistencia a la insulina fueron categorizados como factores de riesgo frente a estas mismas enfermedades neurodegenerativas. En adición, el consumo de alcohol y el tabaquismo también se encuentran asociados a la aparición de diagnósticos de enfermedad de Alzheimer y esclerosis múltiple

(Mentis et al., 2021). Por otro lado, pero con menor efecto protector, los ácidos grasos Omega-3 y Omega-6 también fueron hallados como relevantes (Bianchi et al., 2021). A su vez, y por la reconocida asociación entre el sistema cardíaco y el cerebral, factores de riesgo relevantes para la aparición de demencia, son: la variabilidad excesiva en la presión arterial, la presión arterial sistólica elevada, la presión arterial diastólica baja y la hipotensión ortostática (Ou et al., 2020). Otra revisión sistemática de revisiones vuelve a indagar qué factores influyen en la evolución del buen funcionamiento cognitivo a una demencia. Así, encuentran que un 61,2% de los factores se relacionaban con comorbilidades somáticas (diabetes o enfermedades cardiovasculares) y las predisposiciones genéticas; y otro 20% eran factores relacionados al estilo de vida (como podría ser la dieta mediterránea y la actividad física, previamente mencionadas). Pero, al mismo tiempo, pretendieron relevar factores sociales identificados en los estudios (si bien fueron los menos, cubriendo un 9,6% de los mismos). Afirman que el apoyo social y la frecuencia de contactos puede conferir cierta protección frente al deterioro y reducir o retrasar la aparición de síntomas (Lenart-Bugla et al., 2022). Arias y Scolni (2015) sostienen lo mismo, además de mencionar que el apoyo social disminuye los tiempos de hospitalización y mejora la salud en general (no solo el aspecto cognitivo). Estos factores, por otro lado, fueron analizados en otra revisión sistemática que incluyó participantes de entre 80 y 100 años, y establece que la combinación y sumatoria de los factores de estilo de vida (actividad física, dieta, actividades de ocio) puede generar efectos multiplicadores en la prevención del deterioro cognitivo (Ye et al., 2023).

Por todo lo establecido previamente, el DCL es un diagnóstico con especial relevancia en la actualidad, ya que puede predecir o ser la antesala de una demencia. La bibliografía sobre el tema establece el término continuo cognitivo (*“cognitive continuum”*) para explicar la transición que va atravesando el rendimiento cognitivo entre lo normal y una demencia. Este término no asume que toda persona a medida que envejece pasa por una etapa de deterioro

cognitivo leve o disminuido, pero sí está comprobado que aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer tuvieron una etapa previa en algún momento dado con DCL. Un estudio longitudinal que evaluó pacientes en el transcurso de cinco años, concluyó que entre un 10% y un 15% de estos pacientes evolucionaron en una demencia cada año (Buckley et al., 2015; Petersen et al., 1997, 2001). Otro estudio longitudinal, con el mismo objetivo de corroborar la evolución del desempeño cognitivo en el *continuum* (normalidad-DCL-demencia) hizo el seguimiento de 705 adultos mayores (inicialmente sin demencia) y reportó que un 78% se mantuvo dentro de parámetros cognitivos normales, un 20,7% evolucionó a DCL amnésico o no amnésico y un 1% a demencia. El mismo estudio sostiene que un 20,6% de aquellos que concluyeron con demencia, al inicio del estudio habían sido diagnosticados con DCL amnésico multidominio, y un 8,4% DCL amnésico dominio único (Aerts et al., 2017). Por otra parte, un estudio local, al indagar sobre biomarcadores predictores de una demencia, hace el seguimiento de 150 pacientes y, luego de 30 meses, el 45% de los pacientes que iniciaron con diagnóstico de DCL con amiloide positivo y el 20% de los DCL que tenían amiloide negativo evolucionaron a demencia (Allegri et al., 2021). Estos hallazgos vuelven a poner en relevancia el peso que tiene la función mnésica en el envejecimiento y la evolución neurocognitiva.

2.3.3. Deterioro Cognitivo Subjetivo

Más recientemente, otra manifestación clínica del *continuum* que ha tomado relevancia como entidad diagnóstica es el Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS). Este se entiende como la percepción subjetiva de un declive en algún dominio cognitivo, que implica una experiencia subjetiva de empeoramiento de cierta capacidad cognitiva. Se lo denomina “subjetivo” ya que hace mayor énfasis a la autopercepción del performance cognitivo. A diferencia de las QSM, donde la memoria parecería ser el dominio afectado predominantemente que genera la demanda, este concepto incluye la palabra “cognitivo” porque abraza cualquier otro dominio

cognitivo. Además, se lo llama “deterioro” porque también puede manifestarse en el envejecimiento saludable (y he aquí la dificultad para el diagnóstico y tratamiento) (Jessen et al., 2014). Al igual que el Deterioro Cognitivo Leve, el DCS puede ser un potencial indicador de un declive cognitivo no normativo con eventual progresión a demencia (Rabin et al., 2015).

Un estudio cualitativo en Melbourne exploró áreas temáticas en el discurso de participantes que traían a la consulta quejas subjetivas de memoria y otros dominios. Estas áreas temáticas se agruparon como sigue: el aumento de la frecuencia que se ve en las verbalizaciones “nunca”, “siempre”; la sensación de predominancia y la preocupación creciente que se manifiesta en discursos con emociones de preocupación; lapsus situacionales; relativa ausencia de la contextualización espacio-temporal; estrategias de compensación y afrontamiento a las pérdidas; actitud despectiva de racionalización o justificación; fluctuación atencional; impacto en el afecto; progresión; quejas sobrecargadas que refieren a muchos dominios; dependencia e influencias afectivas en la memoria (Buckley et al., 2015). Estas categorías reportadas por los participantes dan cuenta de la autopercepción que tienen sobre sus pérdidas y cambios cognitivos. Los autores subrayan la importancia de considerar estas temáticas ya que denotan una experiencia subjetiva y, tal como se caracteriza el DCS, es indispensable tenerlas en cuenta al momento de realizar cualquier diagnóstico o intervención.

Así, es interesante recordar, entonces, que los primeros síntomas de la demencia no se restringen únicamente al dominio de la memoria; por eso es importante indagar en todas las áreas que pueden verse afectadas. Por ese motivo, el DCS sirve como un indicador sintomático en una etapa preclínica de la enfermedad de Alzheimer o de otras demencias. Alguna manifestación puede, inclusive, aparecer 15 años antes de que se manifieste el deterioro significativo (Rabin et al., 2015). Al igual que en las QSM, este declive subjetivo es inespecífico, ya que se relaciona con diversos aspectos de la personalidad, estado psicoafectivo y la presencia de otros desórdenes médicos y neurológicos, medicación y el ambiente en el cual

la persona se mueve (Jessen et al., 2014). En este sentido, algunas investigaciones mencionan la relevancia que tienen los estados anímicos en el DCS y en su relación con el rendimiento cognitivo objetivo. Algunas investigaciones comprueban que sujetos con altos puntajes en escalas de depresión tenían, a su vez, mayores QSM (Mias et al., 2015) y DCS (Jessen et al., 2014; Rabin et al., 2015). En muchos casos, al ser tan frecuentes y prevalentes las quejas cognitivas en la población general, que podrían estar relacionadas a algún estado afectivo, en muchas ocasiones es difícil poder diferenciar el origen de la queja: si efectivamente se asocia a una demencia en potencia o a alguna patología psiquiátrica o de índole anímica (Rabin et al., 2015).

Al ser un constructo tan difícil de abarcar, ya que puede estar relacionado tanto a aspectos cognitivos como anímicos, un grupo de investigadores buscó información acerca de cómo se analiza el DCS en diferentes estudios. Uno de los hallazgos a los que arriban, al analizar diferentes instrumentos para detectar el DCS, es que un 61,8% de los ítems no incluía quejas cognitivas; sino que indagaban acerca del uso de estrategias de compensación, del funcionamiento psicológico, la reacción frente a cambios cognitivos, la personalidad, el funcionamiento motor y físico, tareas y actividades sociales y recreativas, salud en general, cansancio y cambios en los patrones del sueño, apraxia, actividades de la vida diaria y la creencias generales que tenía el participante con respecto a la memoria y al envejecimiento. Por otro lado, pretendieron analizar qué dominios cognitivos predominaban en la bibliografía recabada, concluyendo que un 58,6% eran ítems que preguntaban por la función memoria, mientras que un 15,8% funciones ejecutivas, un 10,8% atención, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo y un 8,1% lenguaje. En este aspecto, los ítems que indagaban memoria que aparecieron con mayor frecuencia fueron los que cuestionaban por la memoria específica de nombres y recordar dónde se había dejado un objeto de uso cotidiano, seguidos de

dificultades para encontrar la palabra adecuada al hablar y recordar un turno o una cita (Rabin et al., 2015).

Al igual que lo que sucede específicamente con las QSM (explicadas en el siguiente apartado), los años de educación y la edad pueden ejercer variaciones en las quejas cognitivas. Mayores años de educación se relacionan ampliamente con un mejor rendimiento cognitivo (y, en muchos casos, los participantes alcanzan el efecto techo en las pruebas); pero, a su vez, estar más escolarizado e informado, puede implicar un aumento en las quejas cognitivas y mayor riesgo de padecer una demencia (van Oijen et al., 2007). La edad, por su parte, también tiene un impacto sobre el significado de las quejas. Un estudio sugiere que las quejas en los jóvenes adultos mayores se asocian a variables de la personalidad, depresión y ansiedad; mientras que en los mayores suele reflejar un actual declive (Rabin et al., 2015).

Figura 3

Puntos claves del apartado 2.3

RENDIMIENTO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES

Puntos claves

• Declinación Cognitiva Normal:

- Es esperable que exista un descenso en el funcionamiento cognitivo en la vejez.
- La edad es uno de los factores de riesgo no modificables con más relevancia y peso en la aparición de enfermedades neurodegenerativas.
- La educación se relaciona con el rendimiento cognitivo: más años de educación repercuten de manera positiva sobre el rendimiento cognitivo de los adultos mayores.

• Deterioro Cognitivo Leve:

- Estado donde hay una función cognitiva afectada, mayormente la memoria, en un grado de alteración mayor a lo que es esperable para su edad pero no llega a ser una demencia. Hay presencia de QSM.
- Período intermedio o transicional entre el envejecimiento normal y la demencia.
- Diagnóstico con especial relevancia en la actualidad, ya que puede ser la antesala de una demencia.

• Deterioro Cognitivo Subjetivo:

- Percepción subjetiva de un declive en algún dominio cognitivo (no necesariamente en memoria), que implica una experiencia subjetiva de empeoramiento de cierta capacidad cognitiva.
- Potencial indicador de un declive cognitivo no normativo con eventual progresión a demencia.

2.4 Quejas Subjetivas de Memoria

2.4.1 Conceptualización

Al igual que lo planteado en el apartado anterior acerca de la subjetividad, recientes investigaciones plantean que, más allá de cómo se manifiesta objetivamente el deterioro, la manera en que éste es percibido por el propio individuo toma especial relevancia. Cuando los cambios en la trayectoria vital no se dan de manera esperable, o no se perciben correctamente, surge una alteración, que da lugar a diversas manifestaciones clínicas. Una de ellas, se la denomina Queja Subjetiva de Memoria (QSM), en inglés *subjective memory complaints*. (Mencionadas en el apartado anterior, por ser un síntoma presente en el Deterioro Cognitivo Leve, y ser diferentes a las quejas cognitivas propias del Deterioro Cognitivo Subjetivo).

Las mismas también son nombradas con términos similares como quejas de memoria, creencias de memoria y olvidos de memoria (Paredes Quispe, 2019); y han ganado relevancia en los últimos años. Montenegro Peña (2015), utilizando Medline y Psycodoc como fuentes, afirma que los estudios incluyendo estos términos se han cuatriplicado en los últimos años, pasando de 20 en 2000 a 144 en 2014.

Propiamente, las Quejas Subjetivas de Memoria son manifestaciones verbales de los olvidos y despistes que percibe la persona, que supone un juicio de valor, una vivencia subjetiva o una creencia. Hacen referencia a una serie de olvidos frecuentes y consistentes que generan una alteración en la percepción propia de la memoria y promueven el desarrollo de actos compensatorios y verbalizaciones en forma de quejas (Mias et al., 2015). A partir de la mediana edad, estas quejas son esperables y es frecuente su aparición. Las quejas más escuchadas en esta población se relacionan a olvidos de nombres o números de teléfono (no tanto ahora con la era del celular), dónde dejaron un objeto de uso cotidiano (anteojos, por ejemplo), qué fueron a buscar a la habitación donde acaban de entrar, cómo se decía determinada palabra (síndrome de la punta de la lengua), u olvidos y dificultades para retener pequeños fragmentos de

información (como podría ser la lista de compras) (Mias, 2008; Mias et al., 2015; Montenegro Peña, 2016).

Si bien el declive en la memoria es lo que inicialmente puede acercar a consulta a los pacientes, no se puede asegurar estrictamente que las quejas hagan referencias exclusivamente a esta función (memoria). Esto puede darse de esta manera ya que la población no necesariamente tiene conocimiento del funcionamiento cognitivo general y de cómo se dan los procesos cognitivos; y las quejas podrían estar encubriendo alguna dificultad en otro dominio (atención, funciones ejecutivas, lenguaje, etc.) (Mias, 2008). Otros autores plantean que estas manifestaciones no solo señalan dificultades en el almacenamiento (propio de la memoria), sino en la forma de registrarla (codificación) y recuperarla (evocación), lo cual se relacionaría con los componentes atencionales y ejecutivos implicados en el proceso de memoria indirectamente (Arvanitakis et al., 2018; Paredes Quispe, 2019).

Estas quejas pueden ser la correcta percepción del declive esperable que viene con la edad, es decir, un indicador de una percepción ajustada de los cambios cognitivos normales (olvidos benignos) o bien ser indicador de alteraciones tempranas en la memoria y estar asociadas a otros factores. El componente de metamemoria o metacognición toma especial relevancia en este aspecto, ya que las quejas no son memoria en sí, sino que implican el conocimiento y la capacidad de control que se tiene de la propia memoria (Montenegro Peña, 2016).

En muchos casos, en la medida que no se confirman déficits en los estudios complementarios que corroboren la sospecha de una enfermedad neurodegenerativa subyacente, en el ámbito de la consulta clínica especializada, se suele minimizar el significado de estas QSM y no darle importancia. Por otra parte, en la persona mayor, puede aparecer la negación y la activación de ciertos actos que compensan esa falla determinada. Inclusive, la propia persona, al compararse con otros de su misma edad, sostiene que “a todos les pasa lo

mismo”, y que “es normal para la edad que tengo” (Mias, 2008; Montenegro Peña, 2016). Así, muchos estudios, al indagar sobre las quejas de memoria, sugieren, no solo la autovaloración de las mismas, sino la corroboración de éstas por un familiar.

Inclusive, en el DMS V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) para el diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Leve, uno de los criterios, además de un bajo rendimiento cognitivo, es la preocupación del paciente, de un informante o de un profesional clínico con respecto al funcionamiento cognitivo del paciente. Por otro lado, las QSM actualmente constituyen una categoría clínica cuya entidad está muy discutida; para algunos autores representa un primer signo de alarma del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (Petersen et al., 1997; Reid & MacLulich, 2006), en tanto que para otros podrían tratarse de una categoría intermedia y heterogénea (Davis & Rockwood, 2004). Allegri y colaboradores (2021), encontraron que más del 70% de adultos mayores de 70 años han presentado quejas subjetivas de memoria y muchas veces son éstas las que acercan al individuo a la consulta. A su vez, otros estudios (Roberts et al., 2009) en referencia a este tema, establecen cómo las quejas pueden ubicarse como predictores significativos de un futuro deterioro mayor, como la demencia. Pueden ser, o no, un pródromo que se mantenga estable clínicamente durante un largo periodo del tiempo y después devenga en un deterioro más preocupante (Mitchell, 2008). Rabin y otros (2015), afirman que las quejas pueden aparecer hasta quince años antes de que se manifieste el deterioro significativo.

La prevalencia de las QSM en la población de adultos mayores es indiscutible en la comunidad científica. Montenegro Peña (2016) hace un recorrido histórico de estudios poblacionales abocados a esta temática y recopila datos de prevalencia relevantes. En EEUU, en una población de 14793 personas entre 55 y 80 años, un 73,7% manifestó tener alguna o rara vez un problema de memoria. En Francia, donde se evaluaron 2726 mayores de 64 años, un 33,5% reportó quejas mnésicas. Por su parte, en Holanda, al dividir la muestra evaluada por

grupo etario, se encontró que, a mayor edad, mayor era el porcentaje de quejas reportadas: en el grupo de 25 a 35 años un 29% tenía QSM, en el de 40 a 50 un 34%, en el de 55 a 65 un 41% y en el de 70 a más un 52%. En Leipzig, Alemania, se halló que un 39% manifestó quejas. En Brasil, un 21% de los participantes mayores de 50 también puntuaron alto en QSM.

En este aspecto, no solo la prevalencia es importante, sino que la duración en el tiempo toma especial relevancia. Antecedentes afirman que las quejas suelen sostenerse en el tiempo y que, en muchos casos, tienden a empeorar (Comijs et al., 2002); por eso la importancia de detectarlas a tiempo e insistir al paciente que se acerque a una consulta para asesorarse.

Como se mencionó previamente, los olvidos cotidianos pueden ser diversos y aparecer con mayor o menor frecuencia. Montenegro (2016) recopila una serie de investigaciones que concluyen que los olvidos más frecuentes suelen ser el de la punta de la lengua, el tener que comprobar si hice o no una acción (por ejemplo, cerrar la puerta o el gas), perder objetos de uso cotidiano, desorientarse en lugares poco conocidos, olvidarse de lo que le dijeron recientemente o de hacer algo que debía hacer y ser repetitivo en un relato. En general, estos olvidos pueden agruparse en cuatro grupos: (1) los relacionados con la memoria retrospectiva (recordar lo que se hizo) (ej: “¿dónde dejé las llaves?”, “¿cerré el gas?”, “¿dónde guardé la plata que saqué el otro día?”); (2) los relacionados con la memoria prospectiva (recordar lo que hay que hacer en el futuro) (ej: “¿qué tenía que comprar en la farmacia?”, “¿a dónde tenía que ir mañana?”, “¿qué vine a buscar?”); (3) los relacionados con el presente y (4) otros específicos (ej: “¿cómo se llamaba esa serie?”, “conozco la cara de la persona pero no recuerdo su nombre”, “tengo la palabra en la punta de la lengua”, “me cuesta ir leyendo y reteniendo o comprendiendo lo que leo, tengo que leerlo más de una vez para poder entenderlo”).

Así, las quejas toman una especial relevancia en el ámbito de la salud y de la prevención, ya que son consideradas factores de riesgo. A lo largo del tiempo, se las ha ido estudiando para poder determinar a qué factores se encuentran asociadas y si guardan estricta relación con el

rendimiento cognitivo objetivo. En este sentido, Mías y Causse (2021) realizaron una revisión sistemática con el fin de ordenar qué establece la bibliografía en referencia a las quejas subjetivas de memoria, el desempeño objetivo y las funciones neuropsicológicas. En sus hallazgos, un gran porcentaje de estudios (56,5%) vinculaba las quejas con otras funciones cognitivas distintas a la memoria, como la fluencia verbal semántica, la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria de trabajo, la cognición social y la denominación. Sí es pertinente mencionar que un 65,21% de los estudios analizados encuentran una relación inversa con la memoria episódica (capacidad de recordar eventos autobiográficos y experiencias específicas en un contexto temporal y espacial), donde a mayor queja, menor rendimiento en esta función. A continuación, los mismos autores (Mias & Causse, 2021), analizan la vinculación de las QSM con estados cognitivos (como podría ser el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, la declinación de la memoria y el riesgo de deterioro). Al analizar trabajos en población de adultos mayores, concluyen que un 73,91% del material hallado pone en relevancia la vinculación que tienen las QSM con funciones neuropsicológicas.

Un estudio longitudinal realizado en Berlin, con adultos entre 70 y 103 años, pretendió analizar la relación entre la queja de memoria y el *performance* en memoria. Evaluaron a 504 participantes a lo largo de 6 años, solicitándoles que contesten un cuestionario de queja de memoria, una prueba de memoria episódica, un cuestionario de neuroticismo, otro de depresión y una pregunta que indagaba acerca de la percepción que tenía el participante con respecto a su edad (“*how old do you feel?*” – “¿cuán viejo se siente?, ¿de qué edad se siente?”). Concluyen que los cambios en las quejas de memoria no necesariamente reflejaban los cambios en el *performance* de memoria relacionados con la edad, sino que presentaban relaciones y predicciones más significativas con los estereotipos de memoria basados en la edad, rasgos de neuroticismo, depresión y preocupaciones sobre envejecer (Pearman et al., 2014).

Por otra parte, otro estudio con diseño longitudinal, con 4015 participantes, con una media de edad de 78 años, concluye que, a lo largo de seis años, un 33% de las quejas de memoria se asociaron con una baja en el rendimiento cognitivo y un declive más rápido en todos los dominios. A su vez, los que puntuaron alto en QSM presentaron mayores riesgos de padecer una demencia, más probabilidades de presentar Alzheimer y otras patologías neurodegenerativas (Arvanitakis et al., 2018). En este aspecto, cabe citar antecedentes que contradicen esta relación entre QSM y demencia, aportando los resultados de un metaanálisis que concluye que las quejas presentan un 37,4% de sensibilidad y un 86,9% de especificidad para DCL. A su vez, en un estudio prospectivo con pacientes con diagnóstico de DCL, un 61% de los ellos no reportaron quejas (Montenegro Peña, 2016).

2.4.2 Relación entre QSM, estado anímico y factores sociodemográficos

Así, considerando este punto de suma importancia para el ámbito de la psicología, la revisión sistemática de Mías y Clausse (2021) mencionada previamente, afirmando lo que otras investigaciones concluyen, vuelve a corroborar que las QSM pueden ser indicadores de otras cuestiones y no estar relacionadas directamente con el deterioro cognitivo objetivo. De los trabajos analizados, solo un 21,73% se vinculó con el rendimiento o el deterioro objetivo. Hallaron otro 26,09% de investigaciones que sugieren una vinculación entre las QSM y factores psicosociales, como estados anímicos (depresión, ansiedad), diversas enfermedades, y la percepción negativa del envejecimiento (Mias & Causse, 2021). En adición, el estudio longitudinal previamente mencionado (Pearman et al., 2014) afirma que las quejas de memoria evaluadas en primera instancia fueron predichas por la depresión y rasgos de neuroticismo, y no por el rendimiento cognitivo objetivo en memoria. En este estudio, se descubrió que tanto el neuroticismo como el perfeccionismo se correlacionaban con la frecuencia percibida de olvidos y con la memoria global, mientras que el estado de salud estimado se vinculaba con la memoria objetiva.

En la mayoría de la bibliografía referente del tema, se establece que la variable con más peso en las QSM es la depresión. Un estudio determina que un 31% de participantes controles y un 47% con Deterioro Cognitivo Leve tienen QSM y éstas correlacionan más significativamente con individuos que, además, presentan depresión (Schofield et al., 1997). Asimismo, los resultados comprueban que sujetos con altos puntajes en escalas de depresión tenían, a su vez, mayores QSM (Aceiro & Aschiero, 2019; Mias et al., 2015) y, Deterioro Cognitivo Subjetivo (Jessen et al., 2014; Rabin et al., 2015). Aceiro & Aschiero (2019) evaluando una pequeña muestra de adultos mayores argentinos, concluyeron que, de aquellos que presentaban quejas mnésicas, un 66,6% tenían indicadores de depresión leve. En este mismo sentido, hay autores que inclusive afirman que las quejas pueden ser un indicador de depresión en esta población (y no únicamente viceversa) y que la disminución de las quejas se relaciona más con una mejora en lo anímico que con los cambios en el rendimiento cognitivo (Chandler & Gerndt, 1988). Más aún, en población de jóvenes, se encontró que la depresión es la única variable que antecede o explica las quejas (Derouesné et al., 1999). Además, la depresión puede actuar como un factor modulador en la relación entre la memoria subjetiva y objetiva, en parte, debido a la distorsión de la percepción real en individuos que experimentan tristeza (Crumley et al., 2014).

Por su parte, los resultados de un estudio longitudinal a tres años señalan que aquellas personas con QSM que evolucionaron a demencia tenían mayor edad, menor rendimiento cognitivo y tardaron más tiempo en iniciar la consulta asumiendo su queja; mientras que las QSM crónicas están más asociadas a un bajo riesgo de contraer una demencia posiblemente por su relación con algún estado afectivo (Treves et al., 2005). La prevalencia de estas quejas, en la edad adulta, suele ser alta, inclusive en población sana (Mitchell (2008) concluye que un 17% de personas sanas presentan QSM y solo un 40% de personas con deterioro cognitivo las manifiestan).

A su vez, resultados indican que el estado emocional es mejor predictor de las QSM que las pruebas de rendimiento cognitivo objetivo (Petersen et al., 1996), y que el estrés (y su percepción) puede tomar un papel en la aparición de las mismas. Se ha observado que las personas experimentan más dificultades de memoria en aquellos días que reportan y perciben mayores niveles de estrés, (lo cual se ha evidenciado tanto con registros diarios de autoreporte y con mediciones en los niveles de cortisol) (Rickenbach et al., 2014). Además, la percepción individual del estrés puede influir en las quejas de memoria, incluso en ausencia de ansiedad y depresión, lo que sugiere la necesidad de abordar específicamente el manejo del estrés al estar evaluando las quejas (Potter et al., 2009).

Además de la depresión y determinados estados emocionales, se ha analizado la relación entre las quejas y el sentimiento de bienestar, concluyendo una relación inversa entre ambos (a medida que aumentan las quejas, disminuye el bienestar). Montenegro Peña (2016) explica esta relación en los adultos mayores como consecuencia del miedo que generan las quejas, las cuales popularmente se asocian a la antesala de una demencia, y eso afectaría el bienestar diario de quienes la padecen.

Por otro lado, al ser estas quejas un conocimiento de la propia memoria, o del propio funcionamiento cognitivo, y al involucrar la metamemoria, por medio de la apreciación de los propios olvidos, sus manifestaciones también podrían variar por factores de personalidad. Existen casos donde el sujeto las minimiza, las compensa, se conforma con estas fallas y no las expresa; o situaciones donde no se tiene el conocimiento para poder percibir las, y no les da lugar. El bajo umbral de quejas se ha asociado con rasgos de personalidad como la hipocondría, estados mentales y síntomas depresivos, que no necesariamente constatan problemas de memoria reales y simplemente son personas “quejosas”. En lo que respecta a rasgos de personalidad, se ha afirmado que el neuroticismo y la elevada conciencia se relacionan directamente con las quejas, ya que la autoobservación implica mayor percepción. A su vez,

ser una persona más ordenada, estructurada y meticulosa puede llevar a tener más interés y conciencia en la participación de actividades preventivas y estar más atento a los propios cambios en la memoria (Montenegro Peña, 2016).

La participación en actividades sociales ha sido un constructo que modifica la relación entre la QSM y el rendimiento cognitivo, en las personas con mayor participación social, esta asociación es más fuerte. Un grupo en Londres evaluó este aspecto teniendo en cuenta la ocupación, la movilidad, la independencia física, la autonomía económica y la integración social (Trouton et al., 2006). Asimismo, la realización de actividad y ejercicio físico se ha asociado a reportes menores de quejas subjetivas (Lee, 2014; Lee et al., 2013). También, se mencionan diferentes estudios donde se documenta que las QSM y el DCS están asociados, no sólo al rendimiento cognitivo o al estado de ánimo, sino que también a una pobre red social y a la percepción negativa de la vejez (Mias et al., 2015).

Estas QSM, a su vez, se relacionan con una disminución en la calidad de vida. Aquellos participantes que reportaban más quejas presentaban un nivel más bajo de bienestar. Esto podría explicarse, en parte, al esfuerzo que ponen en marcha las personas con el objetivo de compensar sus problemas de memoria, y así la calidad de vida sufre las consecuencias (Mol et al., 2009). De todas formas, la direccionalidad en esta interacción no queda del todo clara, ya que en otros estudios se afirma que los problemas en la calidad de vida (un bajo bienestar) pueden llevar a un aumento en las quejas (Mol et al., 2009). Maki y colaboradores (2014) sí han afirmado que la relación entre las quejas y la calidad de vida es menos significativa en adultos mayores sanos en comparación con aquellos con DCL, dejando en evidencia que se vuelve relevante, y tiene mayor peso, la percepción en los cambios de la memoria y el rendimiento cognitivo. Establecen que, al realizar un análisis de regresión, las QSM eran un predictor negativo de la calidad de vida en pacientes con DCL, controlando las puntuaciones en depresión y autoeficacia. El planteo final que este grupo de estudio hace, es que las

intervenciones que se suelen hacer en paciente con DCL los vuelve más conscientes de su déficit mnésico, aumentando las quejas y, en consecuencia, reduciendo su calidad de vida (Maki et al., 2014).

En lo que respecta a los factores sociodemográficos, las QSM se han asociado con un aumento en la edad, siendo la población de adultos mayores aquella donde se reportan más quejas, y, en muchos casos, más consultas por esta dificultad (Carrillo-Mora et al., 2017; Crumley et al., 2014; Hülür et al., 2015; Mias et al., 2015; Montenegro Peña, 2016; Paredes Quispe, 2019; Pearman et al., 2014). Al comparar grupos etarios, se observa que las personas jóvenes no reportan ni perciben dificultades u olvidos, mientras que un 42,7% de aquellas entre 65 a 74 años sí, y un 88% de los mayores de 80 aún más (Bassett & Folstein, 1993). De igual modo, se reportó esta asociación entre edad y QSM en los rangos etarios más altos (mayores y longevos) (Calero-García et al., 2008). Una posible explicación que da Montenegro Peña (2016) en línea con esto, al analizar una población desde jóvenes a adultos mayores, es que los jóvenes relacionan sus olvidos a consecuencias del estrés o externas a su memoria, mientras que los mayores le atribuyen la causa al envejecimiento o a factores internos e irreversibles. Contrariamente, hay investigaciones locales que no reportaron una relación significativa entre QSM y edad (Rébolo et al., 2021).

En referencia al sexo, hay antecedentes que afirman que no existen diferencias entre grupos (Jonker et al., 2000; Montenegro Peña, 2016; Rébolo et al., 2021), mientras que, en otros casos, las mujeres son quienes se quejan más (Begum et al., 2013; Gagnon et al., 1994; Podewils et al., 2003; Reid & Maclulich, 2006). Se infiere que el grupo de mujeres es más preciso para juzgar su desempeño en memoria y que los hombres suelen utilizar más estrategias de compensación (Crumley et al., 2014). En contraposición, una reciente publicación con Roger Dixon como uno de los investigadores principales, basada en el *Victoria Longitudinal Study* (estudio longitudinal con un tamaño muestral muy grande), afirma que, en casos de

envejecimiento saludable, la preocupación por el aumento en los olvidos y fallas de la memoria, cuando se une con la comorbilidad vascular, es más relevante y frecuente en los hombres (Drouin et al., 2022).

En lo que respecta a la relación entre las QSM y el nivel educativo, hay una discordancia entre los hallazgos. Por un lado, hay autores que afirman que mayores años de educación implican mayor conocimiento del propio funcionamiento y, por lo tanto, mayor percepción de los cambios y un aumento en el reporte de las quejas (Comijs et al., 2002; Montenegro Peña, 2016). Por otro lado, hay autores que afirman que un menor nivel educativo se encuentra asociado a mayores quejas (y, posiblemente, a peor rendimiento cognitivo) (Begum et al., 2013; Crumley et al., 2014; Hülür et al., 2014, 2015; Jonker et al., 2000; Reid & MacLulich, 2006). Otras investigaciones, sostienen que los años de educación no se relacionan con las QSM (Rébolo et al., 2021).

Con todo lo anteriormente mencionado, se vuelve sumamente importante el rol que tiene el neuropsicólogo en la realización de una evaluación sensible y en la detección de estas quejas, para poder arribar a un diagnóstico diferencial e iniciar intervenciones en el tiempo necesario. La percepción subjetiva de pérdida de memoria es un elemento crucial que impulsa a las personas a buscar atención médica, lo que subraya la relevancia significativa del estudio de las quejas de memoria (Jorm et al., 2004; Montenegro Peña, 2016).

Figura 4

Puntos claves del apartado 2.4

QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA

Puntos claves

- Son manifestaciones verbales de los olvidos y despistes que percibe la persona.
- Serie de olvidos frecuentes y consistentes que generan una alteración en la percepción propia de la memoria y promueven el desarrollo de actos compensatorios y verbalizaciones en forma de quejas.
- Se suele minimizar su significado y no darle importancia.
- Constituyen una categoría clínica cuya entidad está muy discutida; para algunos autores representa un primer signo de alarma del DCL, en tanto que para otros podrían tratarse de una categoría intermedia y heterogénea.
- Pueden aparecer hasta quince años antes de que se manifieste el deterioro significativo.
- Relación con distintos factores:
 - Vinculación con **funciones neuropsicológicas**: las QSM se asocian con una baja en el rendimiento cognitivo y un declive más rápido en todos los dominios.
 - Vinculación con **estados anímicos**: las QSM se relacionan con mayor depresión, más rasgos de neuroticismo, menos bienestar y calidad de vida.
 - Vinculación con **factores sociodemográficos**: QSM se presentan más cuando hay mayor edad y estos pacientes tardan más tiempo en iniciar la consulta asumiendo su queja.

2.5 Mecanismos de adaptación al envejecimiento

Los mecanismos de adaptación al envejecimiento son procesos destinados a mantener un funcionamiento cognitivo saludable a lo largo del desarrollo. Este trabajo pretendió describir y analizar diferentes factores que son considerados mecanismos adaptativos que promueven un mejor envejecimiento. Los diferentes hallazgos en la bibliografía sostienen que la reserva cognitiva (a través de experiencias y aprendizaje a lo largo de la vida), la plasticidad cognitiva y el uso de estrategias de compensación y afrontamiento son mecanismos que promueven una capacidad continua de aprender y adaptarse a nuevas situaciones a pesar de los cambios y desafíos relacionados con la edad.

En este sentido, Melendez Moral et al. (2013), plantean que, frente a la declinación y las pérdidas cognitivas relacionadas con el envejecimiento emergen tres conceptos como mecanismos adaptativos para atenuar el deterioro cognitivo: la plasticidad cerebral y el potencial de aprendizaje, la reserva cognitiva y la compensación. La plasticidad permite al cerebro reorganizarse y mantener las funciones cognitivas, a pesar de la declinación y los cambios en estructuras cerebrales con el envejecimiento, ante la estimulación adecuada. El

potencial de aprendizaje, relacionado con la plasticidad cerebral, puede considerarse una medida de la plasticidad cognitiva. Se refiere específicamente a la capacidad para mejorar el rendimiento cognitivo mediante un entrenamiento o ayuda. Este es un mecanismo fundamental para adaptarse a demandas cognitivas cambiantes. La reserva cognitiva considera que en la adaptación a la declinación cognitiva influyen tanto características constitucionales del individuo como el volumen cerebral (reserva cognitiva pasiva), además de las experiencias y conductas del sujeto (reserva cognitiva activa). Por último, otro mecanismo adaptativo es la compensación, la cual implica utilizar estrategias para maximizar el rendimiento frente al deterioro cognitivo, ya sea mediante modificaciones en estructuras cerebrales o mediante estrategias cognitivo-conductuales.

En síntesis, estos mecanismos de adaptación al envejecimiento cognitivo son fundamentales para mantener la autonomía. A continuación, se desarrollará cada uno de estos aspectos para comprender cómo contribuyen a mitigar los efectos del envejecimiento en las funciones cognitivas.

2.5.1 Plasticidad Cognitiva

2.5.1.1 Conceptualización

El cerebro es plástico y se modifica constantemente. Hay evidencia científica que sostiene que el mismo puede seguir aprendiendo y modificándose aún en edades muy avanzadas.

Los modelos deficitarios, mencionados previamente (ver apartado 2.1.2), ubicaban al adulto mayor en una situación de constante pérdida y, puntualmente a nivel cerebral, se creía que sufría de una disminución en las ramificaciones dendríticas y de apoptosis generalizada (muerte neuronal). Sin embargo, investigaciones actuales han demostrado que, en el proceso de envejecimiento normal, el cerebro experimenta ciertos cambios en su estructura, aunque no sean tan generalizados como se pensaba previamente. En este sentido, ciertas áreas cerebrales,

como el hipocampo o la corteza prefrontal, son más susceptibles a sufrir modificaciones a medida que aumentan los años, trayendo como consecuencia un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, en las funciones ejecutivas y en la atención (Cabeza et al., 2018).

La plasticidad cognitiva se encuentra estrechamente vinculada con la plasticidad neuronal (Navarro & Calero, 2018; Vásquez et al., 2014). Con los avances en las neuroimágenes y en la medicina, hay evidencia empírica que vincula ambos conceptos, poniendo en relevancia cómo distintas áreas y funciones cerebrales repercuten en la plasticidad neuronal. Por su parte, los cambios en la sustancia blanca se podrían explicar por procesos como los cambios en los astrocitos (célula de soporte estructural que contribuye al desarrollo y funcionamiento adecuado de las células nerviosas), en la angiogénesis (proceso mediante el cual se forman nuevos vasos sanguíneos) y en la mielinización. Por otra parte, los cambios en la sustancia gris, se dan por mecanismos celulares como la sinaptogénesis, neurogénesis, las ramificaciones dendríticas y el brote axonal (Birch & Kelly, 2018; Gutiérrez Pérez, 2016).

Con esta conceptualización, se pueden comprender a ambos constructos como términos que se refieren a distintos niveles, en donde la plasticidad cognitiva da cuenta del nivel comportamental y la plasticidad neuronal involucra el nivel neurobiológico (Fernández Ballesteros et al., 2012).

Originalmente, la plasticidad cognitiva fue definida por Baltes y Willis (1982) como la capacidad que tiene el individuo de modificar y mejorar el desempeño cognitivo. Al igual que otros mecanismos previamente mencionados, la plasticidad tiene un rol adaptativo que se activa en respuesta a las demandas cognitivas que exceden los recursos personales y pone en marcha habilidades potenciales que tiene el individuo (Baltes & Willis, 1982; Lövdén et al., 2010). También se la ha comprendido como los cambios (o patrones de comportamiento cognitivo) que pueden ocurrir a nivel neuronal como resultado de la estimulación generada por experiencias (Greenwood & Parasuraman, 2010).

2.5.1.2 Plasticidad cognitiva y su relación con diferentes factores

Puntualmente en la población que compete a este trabajo de investigación, en referencia a la edad, hay una basta evidencia que afirma que la plasticidad cognitiva es menor en poblaciones más envejecidas (Borghesi et al., 2023; Fernández Ballesteros et al., 2012; González Aguilar, 2020; Kühn & Lindenberger, 2016; Navarro & Calero, 2018). Se ha comprobado que la plasticidad cognitiva y ciertos aprendizajes pueden sostenerse en el tiempo aún en edades adultas, pero efectivamente, al comparar grupos etarios de adultos mayores (como lo hicieron Navarro y Calero (2018) al evaluar 569 personas), el rendimiento y la plasticidad de los de 80 o más años era significativamente peor que en el grupo de 65 a 80 años. Puntualmente, al utilizar el Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, versión Potencial de Aprendizaje (RAVLT-PA), un trabajo reciente confirma la relación significativa del rendimiento en plasticidad cognitiva y la edad; donde, a mayor edad, menor el rendimiento en los *trials* A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, PreTest y PostTest (González Aguilar, 2024). En adición, al tener en cuenta en puntaje de ganancia, otra investigación, que dividió a la edad en dos grupos (preseniles vs seniles), reporta una diferencia significativa a favor del grupo más joven en los *trials* A6, A7 y Reconocimiento (Durruty & Aceiro, 2021) y en Puntaje de Ganancia (Rébolo et al., 2021)

En lo que concierne al sexo, la evidencia apunta, una vez más, a que las mujeres presentan más plasticidad que los hombres y rinden mejor en pruebas que evalúan el potencial de aprendizaje, especialmente en los últimos intentos de la prueba RAVLT-PA (González Aguilar, 2020; González Aguilar, 2024; Navarro & Calero, 2018). Esto coincide con otros hallazgos que ubican a las mujeres como aquellas que poseen más plasticidad y mejor rendimiento en este tipo de pruebas (Durruty & Aceiro, 2021; Rébolo et al., 2021).

En adición, la evidencia empírica ha apuntado a que la plasticidad cognitiva se relaciona con el nivel educativo. Sin embargo, hallazgos recientes, posiblemente por una baja

variabilidad en los años de educación de las muestras evaluadas, reportan relaciones no significativas entre la plasticidad y el nivel educativo (Durruty & Aceiro, 2021; González Aguilar, 2024). De todas formas, en una muestra de 59 adultos mayores de Buenos Aires, se reportó solo una correlación directa en la instancia de Reconocimiento de la prueba RAVLT-PA con los años de educación (Rébolo et al., 2021). En este mismo sentido, una mayor reserva cognitiva también ha demostrado relacionarse positiva y directamente con la plasticidad cognitiva (Durruty & Aceiro, 2021)

Por otra parte, existe evidencia de que una mayor plasticidad también se encuentra asociada a un mejor rendimiento cognitivo. Navarro y Calero (2018) encontraron que, al evaluar el deterioro cognitivo por medio de la prueba *Mini Mental State Examination* (MMSE), aquellos participantes con menores puntuaciones (más deterioradas) en este screening, rendían peor en pruebas de potencial de aprendizaje. En este aspecto, existen hallazgos acerca de la disminución de la plasticidad cognitiva y del rendimiento en paciente con patologías neurodegenerativas. Diversos autores afirman que, en pacientes con diagnóstico de demencia, hay menores niveles de plasticidad cognitiva (Baltes & Willis, 1982; Fernández Ballesteros et al., 2012) y que hay diferencias significativas en la misma según sean paciente sanos, con DCL o con demencia (Fernández Ballesteros et al., 2003; González Aguilar & Grasso, 2018). Así, la plasticidad parece disminuir según la severidad de la alteración cognitiva: los sanos tienen más plasticidad que los que tienen DCL y estos, a su vez, mayor plasticidad que los que tienen demencia. También se encontró que los pacientes con diagnóstico de DCL y niveles más alto de plasticidad cognitiva evolucionaban más lento, mejor y de forma más estable que otros con menores niveles (Fernández Ballesteros et al., 2005; Navarro-González et al., 2015). Las QSM también han demostrado estar relacionadas con la plasticidad cognitiva: los adultos mayores con alta QSM presentan valores más bajos en evocación y almacenamiento de palabras (Rébolo et al., 2021).

La plasticidad, a su vez, se ha asociado (o se la ha equiparado) al término flexibilidad mental. Ésta es comprendida como un constructo psicológico (por ahí no tanto cognitivo) que refiere a la capacidad que tiene el individuo para alterar sus estados logrando la adaptación dinámica en distintas situaciones. Al ser de índole psicológico, se encuentra relacionada con la habilidad de regular las propias emociones, comunicarse de manera más efectiva, manejar de manera más saludable sus vínculos y poder monitorear de manera más eficiente los eventos del día a día (Borghesi et al., 2023). En esta línea, un trabajo relacionó la plasticidad cognitiva (medida mediante la RAVLT-PA) y el capital psíquico, reportando una relación directa entre la dimensión vincular y el *trial* A6 (Antequera et al., 2020).

Este aspecto es de suma importancia para la distinción de estos cuadros neurocognitivos, ya que la presencia o no de plasticidad podría definir el ritmo y complejidad de la evolución a cuadros más complejos. La plasticidad podría suponer un aspecto compensatorio fundamental (Hill et al., 2011; Navarro-González & Calero, 2011).

2.5.2 Evaluación de la Plasticidad Cognitiva mediante Evaluación Dinámica

Los seres humanos se encuentran en un proceso constante de desarrollar experiencias. El estudio de la plasticidad cognitiva en la vejez, como se afirmó previamente, es relativamente nuevo, ya que previo a las conceptualizaciones de Baltes y equipo, no se pensaba que el adulto mayor pueda tener capacidad de aprendizaje. La inteligencia y las aptitudes, puntualmente, son experiencias en desarrollo y, por tanto, se sostiene que hay que medirlas de esa manera. La evaluación dinámica (*dynamic assessment*) es una metodología de evaluación que ha tomado relevancia en el último tiempo y ha demostrado ser muy útil y con aplicaciones muy factibles. Se caracteriza como una forma de evaluar el desempeño cognitivo modificando consignas estándares o tradicionales, aplicando una intervención o mediación, con el objetivo de analizar las diferencias inter e intraindividuales de una persona en proceso de evaluación. La misma, aporta información valiosa con respecto a la capacidad potencial de mejora que tiene la persona,

pudiéndose beneficiar o no de una etapa de mediación. Tiene como objetivo, también, intervenir y cambiar algún aspecto o habilidad. A su vez, tiene el beneficio de no etiquetar a un sujeto con un diagnóstico estático y poder comprobar su potencial de aprendizaje y mejora (Fernández Ballesteros et al., 2005; Sternberg & Grigorenko, 2003). En contraposición, la evaluación estática no tiene en cuenta el proceso de aprendizaje al momento de evaluar, por eso surge la necesidad de buscar una alternativa que sí lo haga.

Para comprenderla mejor, se incluye a continuación a modo de resumen, una tabla conformada a partir del libro escrito por Sternberg y Grigorenko (2003) donde se compara la evaluación dinámica y la estática (ver Tabla 2). Es importante señalar que una no reemplaza a la otra y que, en una batería neuropsicológica, sería adecuado tener pruebas con ambas modalidades de evaluación, ya que aportan información distinta y complementaria.

Tabla 2
Comparación entre las pruebas estáticas y dinámicas

Estáticas	Dinámicas
Objetivo: Destacan los productos formados como resultados de una aptitud preexistente (estado desarrollado)	Objetivo: Destacan cuantificación de los procesos psicológicos que intervienen en el aprendizaje y en el cambio (en proceso de desarrollo)
Tipo de retroalimentación: Sucesión de problemas de dificultad creciente	Tipo de retroalimentación: Se ofrece retroalimentación explícita e implícita
Rol del evaluador: El examinador no interviene y es lo más neutral posible	Rol del evaluador: Relación interactiva bidimensional entre examinador (mediador) y sujeto

Nota: tabla confeccionada a partir de las notas del libro de Sternberg y Grigorenko (2003).

Sternberg y Grigorenko (2003), en este mismo libro, hacen un pequeño recorrido histórico para justificar que el término evaluación dinámica no es nuevo, y que ya varios autores clásicos habían esbozado conceptos similares. Por su parte, la teoría de la Zona de Desarrollo Próximo de Vygotsky plantea cómo la cognición es modificable y cómo es importante tener en consideración las habilidades potenciales que el niño, en su caso, puede adquirir por medio del

aprendizaje, guiado por otro más experimentado (que puede ir haciendo el andamiaje). Siguiendo esta línea, Feuerstein, sostiene que el aprendizaje y el desarrollo en la niñez está mediado por determinadas intervenciones del entorno y postula la Experiencia de Aprendizaje Mediado.

A continuación, los mismos autores indagan acerca del formato en que se suelen ejecutar las pruebas dinámicas. El formato “tarta” plantea una instrucción permanente que se le va dando al sujeto en respuesta a su solución en cada ítem. El formato “bocadillo”, más conocido como pre y post test, implica que la instrucción o enseñanza se intercala entre estos momentos (entonces sería: pre – enseñanza/instrucción – post). El “bocadillo” sería el momento donde el evaluador modifica la consigna e introduce la mediación, para poder comprobar, luego, si esa intervención produjo mejoras entre el rendimiento final y el inicial (Sternberg & Grigorenko, 2003).

Esta diferencia que puede darse en las puntuaciones entre el nivel final y el nivel inicial, cuando se incluye una mediación en el medio, se denomina potencial de aprendizaje. Este concepto, propio de la evaluación dinámica, se encuentra estrechamente vinculado a la plasticidad cognitiva, ya que el mismo implica la capacidad de la persona para mejorar su rendimiento a través de la introducción de condiciones de entrenamiento y mediación. Hay hallazgos que sostienen que esta ganancia que se obtiene se mantiene a lo largo de un año o más tiempo (Baltes & Willis, 1982; Calero & Belchí, 1989; Calero & Navarro-González, 2006; Kliegl et al., 1989).

Sin hablar directamente de evaluación dinámica, otra forma de evaluar la plasticidad cognitiva en la vejez se conoce como aquella llamada “*testing the limits*”. Esta, busca explicar el potencial máximo que puede alcanzar el sujeto frente a la exposición de nuevos desafíos. Es una clase de estrategia de evaluación y de intervención que pretende conocer y estimular los

niveles máximos de rendimiento potencial de una persona (su capacidad de desarrollo) en condiciones experimentales ideales u óptimas (Kliegl et al., 1989).

En el marco de la presente tesis, se utilizó una prueba con esta metodología. La misma se denomina Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT) (creada en 1964 por André Rey) con el objetivo de evaluar el rendimiento en memoria episódica verbal. Consistía en una lista A de 15 palabras que se le leen al sujeto y que el mismo debía ir repitiendo las que se acordaba a lo largo de 5 intentos (A1, A2, A3, A4 y A5). Luego, había una lista B de otras 15 palabras diferentes, con el objetivo de funcionar como interferencia y un intento de recuerdo inmediato (A6) y otro diferido (A7), con un ítem posterior de Reconocimiento (donde el sujeto debía reconocer, de un listado de muchas palabras, las 15 de la lista A). Pretendía, no solo evaluar el rendimiento en memoria de corto plazo (A6) y largo plazo (A7), sino que tener información con respecto a la curva de aprendizaje que iba haciendo cada participante. A su vez, los ítems A1 y B1 daban cuenta de la capacidad de codificar información nueva, el ítem A6 de la capacidad de retener aún después de una lista distractora, el A7 de la capacidad de retención a largo plazo y el ítem Reconocimiento como la capacidad de almacenamiento. Esta prueba ha sido ampliamente utilizada a lo largo de los años y ha demostrado ser muy útil para obtener información acerca del rendimiento en memoria episódica de las personas (Balthazar et al., 2010; González Aguilar, 2020; González Aguilar et al., 2018; González Aguilar, 2024; Moradi et al., 2017; Rey, 1964; Ricci et al., 2012).

Años más tarde, esta prueba clásica fue incluida en la Bateria de Evaluación de Potencial de Aprendizaje en Demencias (BEPAD) con ciertas modificaciones con el objetivo de poder evaluar el potencial de aprendizaje y la plasticidad (Calero & Navarro-González, 2006). La versión de la prueba clásica con potencial de aprendizaje (RAVLT-PA) introdujo consignas con mediación para estimular a los participantes e incentivar un mejor rendimiento (ver apartado Instrumentos para mayor detalle). En esta versión de la prueba, hay solo una lista

de palabras (eliminado la lista B de interferencia), que se le repite al sujeto en 6 intentos consecutivos (A1, A2, A3, A4, A5 y A6). En este caso, los trials A1 y A2 equivalen a un pre-test y los trials A5 y A6 como post-test. En estas instancias, la consigna es estandarizada, se leen las palabras en un mismo tono y sin realizar ningún comentario motivador, con mucha neutralidad por parte del evaluador. En cambio, en los trials A3 y A4 se introduce una mediación, que implica darle una devolución (o *feedback*) al sujeto acerca de cómo está rindiendo, de cuántas palabras más o menos recordó en comparación al intento anterior, dándole refuerzo e incentivo y monitoreando las palabras que dijo o no. Así, para poder evaluar la plasticidad cognitiva y obtener un puntaje de ganancia, se calcula la diferencia entre el post-test (promedio entre A5 + A6) y el pre-test (promedio entre A1 + A2). En la versión inicial de Calero y Navarro (2006), un puntaje mayor a tres puntos ubicada al participante en Ganador (con potencial de aprendizaje y plasticidad cognitiva). En estudios locales posteriores, con una población con mayor nivel educativo, el puntaje se definió en 4,57 puntos (con un poco más de exigencia por ser participantes más educados) (González Aguilar, 2020; González Aguilar & Grasso, 2018).

En lo que respecta a esta prueba, resultados locales evidenciaron, al comparar a un grupo con mediación y a otro sin, que los adultos mayores sin deterioro que eran evaluados con mediación mejoraban su rendimiento y puntuaban más alto en plasticidad. A su vez, esto respalda la idea de que la mediación trae mayores beneficios que la mera repetición de la lista, la mediación supera y hace que la curva de aprendizaje sea más alta (González Aguilar et al., 2018).

2.5.3 Reserva cognitiva

Efectivamente hay tantas formas de envejecer como personas en el mundo. El declive cognitivo asociado a la edad no es universal y presenta mucha heterogeneidad entre los adultos

mayores. Así como la plasticidad cognitiva puede servir como un factor protector ante este declive, la reserva cognitiva también.

Inicialmente, en el 1986, un neurólogo y epidemiólogo estadounidense, se propuso estudiar un grupo de monjas de un convento en Minnesota con el objetivo de conocer las pérdidas físicas y cognitivas que se van dando conforme aumenta la edad. Las monjas tenidas en cuenta para su primer estudio tenían más de 75 años y todas llevaban estilos de vida similares. Uno de los casos más emblemáticos fue el de la hermana Bernadette, a quien siguió desde los 81 hasta su muerte (85) por un infarto cardíaco. Al morir y analizar su cerebro, detecta que el mismo padecía de un Alzheimer severo y que estaba muy deteriorado. Sorprendentemente, la monja no había tenido ninguna manifestación sintomática a lo largo de su vida que diera cuenta de esto y llevaba una rutina activa, con demandas cognitivas (era docente) y con muy buen ánimo. Es así, que introduce el concepto de reserva cognitiva para explicar la capacidad que tiene el cerebro de minimizar la manifestación clínica de un proceso neurodegenerativo (Snowdon, 2003; Stern et al., 2020) y explicar la falta de correspondencia entre lo que puede mostrar una neuroimagen y las características clínicas de un paciente (Rami González et al., 2011).

La definición de reserva cognitiva refiere a la adaptabilidad (flexibilidad y eficiencia) de los procesos cognitivos, que explican la susceptibilidad diferencial de la función cognitiva del día a día en el envejecimiento (Stern et al., 2020). Se la entiende, también, como la acumulación de recursos hereditarios y del ambiente relacionados con la cantidad de neuropatología que tolera un cerebro antes de manifestar sintomatología (Cabeza et al., 2018; Díaz Orueta et al., 2010). Esta capacidad de adaptación se activa mediante la utilización de recursos cognitivos preexistentes o mediante recursos de compensación y activación de nuevas redes neuronales (Lojo-Seoane et al., 2012).

El concepto de reserva cognitiva emerge del concepto de reserva cerebral, que se explica como el umbral entre un daño y la aparición de síntomas; resaltando que cada persona tiene un umbral crítico particular frente a un daño cerebral, y que los síntomas aparecerían con intensidades y tiempos distintos según cada uno (Vásquez et al., 2014). Los modelos de reserva cognitiva se fundamentan en la idea de que el cerebro posee una capacidad de resistencia mayor, lo que conlleva a un retraso en la manifestación de síntomas. Esta teoría, conocida como hipótesis estructural o *hardware*, se refiere a la reserva cerebral. Además, se consideran estrategias alternativas que permiten un funcionamiento efectivo a pesar del proceso patológico subyacente, lo que se conoce como hipótesis funcional o *software*, es decir, la reserva cognitiva. En esta línea, se explica a la reserva cognitiva desde el modelo pasivo (determinado grado de reserva previo al momento de afrontar un daño) y el modelo activo (cómo el cerebro trata de compensar dicho daño al momento de afrontarlo utilizando otros circuitos neuronales). Así, se combinan ambas hipótesis o modelos (pasivo vs activo o *hardware* vs *software*), que sostienen que una mayor reserva cognitiva se asocia a mayor volumen cerebral y más eficacia en la resolución de demandas ambientales o pruebas neurocognitivas (Díaz Orueta et al., 2010; Lojo-Seoane et al., 2012). Stern y colaboradores (2020) proponen unificar ambos conceptos y llamarlo *wetware* para referirse a esta interacción amalgamada entre *hardware* y *software*.

Al ser un constructo que tomó especial relevancia en estos últimos años, por su potencial capacidad protectora y por el avance de las neuroimágenes, se ha intentado explicar cuáles son los factores que la componen. La mayoría de los autores coinciden que el factor con más peso estadístico es el nivel educativo (Arenaza-Urquijo et al., 2017; Cancino et al., 2018; Rami González et al., 2011; Vásquez et al., 2014). Díaz Orueta y colaboradores (2010) sostienen que niveles educativos más avanzados pueden llevar a mayor conectividad neuronal (en especial en las primeras etapas de la vida), a niveles socioeconómicos más altos (que se asocian con

estilos de vida más saludables y mejor acceso a la salud), más estimulación mental y mayores logros educativos que disminuyen el riesgo de contraer una demencia.

En adición, la ocupación, el nivel socioeconómico, la educación de los padres, el bilingüismo (Alladi et al., 2013; Díaz Orueta et al., 2010), las actividades de ocio (Scarmeas & Stern, 2003), la actividad física (Díaz Orueta et al., 2010; Lloyd et al., 2024), la formación musical, la actividad lectora, los viajes y los hábitos nutricionales, son otros de los tantos factores que la componen (Díaz Orueta et al., 2010; León Estrada et al., 2011; Rami González et al., 2011; Vásquez et al., 2014).

Por todo esto, y por su especial vinculación con la plasticidad cognitiva y por su rol protector frente al déficit cognitivo, incluir la evaluación de la reserva cognitiva en una batería es importante. Brinda información relevante y con capacidad predictora con respecto al envejecimiento tanto normal como patológico.

Figura 5

Puntos claves del apartado 2.5.1 y 2.5.2

MECANISMOS DE ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO

Puntos claves

PLASTICIDAD COGNITIVA

- Capacidad que tiene el individuo de modificar y mejorar el desempeño cognitivo.
- Tiene un rol adaptativo que se activa en respuesta a las demandas cognitivas que exceden los recursos personales y pone en marcha habilidades potenciales que tiene el individuo.
- Relación con distintos factores:
 - La plasticidad cognitiva es menor en poblaciones más envejecidas.
 - Las mujeres presentan más plasticidad que los hombres y rinden mejor en pruebas que evalúan el potencial de aprendizaje.
 - Mayor nivel educativo y reserva cognitiva se relaciona positiva y directamente con la plasticidad cognitiva.
 - Mayor plasticidad cognitiva se encuentra asociada a un mejor rendimiento cognitivo.
- **Evaluación Dinámica:**
 - Evaluación del desempeño cognitivo modificando consignas estándares o tradicionales, aplicando una mediación, con el objetivo de analizar las diferencias inter e intraindividuales de una persona bajo condiciones óptimas.
 - Se utiliza la prueba RAVLT-PA en este trabajo para evaluar el potencial de aprendizaje

2.5.4 Estrategias de compensación

Como se viene repitiendo en apartados anteriores, conforme aumenta la edad, va disminuyendo la eficacia de la memoria y de ciertas funciones cognitivas. En muchos casos,

en especial en la salud y en el envejecimiento normal, esta disminución no tiene repercusiones directas en las actividades de la vida diaria, ya que la persona es capaz de activar mecanismos compensatorios para hacerle frente (Maroof et al., 2016). En este apartado, y en el que sigue, se describirán estrategias compensatorias cognitivas (estrategias de compensación de la memoria) y psicológicas (estrategias de afrontamiento al estrés) que dan cuenta de los mecanismos de adaptación que pone en marcha el adulto mayor para poder mantener su autonomía y su calidad de vida.

2.5.4.1 Conceptualización

Dixon y de Frias (2004) afirman:

“Dado que con el envejecimiento normal se produce un declive cognitivo sólido y predecible, ¿cómo es posible que muchos adultos mayores sean capaces de realizar con eficacia algunas tareas cognitivas complejas? El concepto de "compensación" es uno de los posibles mecanismos que pueden explicar la adaptación cognitiva (incluido el mantenimiento, la mejora y la rehabilitación) al final de la vida” (p.354).

Las estrategias de compensación, entonces, implican la implementación de distintas conductas adaptativas que promueven el mantenimiento y la eficacia del procesamiento cognitivo, y se activan en respuesta a una pérdida. Es un mecanismo de adaptación mediante el uso de recursos cognitivo-conductuales (Dixon & de Frias, 2004; Martin et al., 2015).

Estos mecanismos activan una serie de sistemas que retrasan la manifestación de deficiencias funcionales y generan cambios tanto a nivel morfológico como eléctrico y químico, con el fin de mantener al sistema dentro de los parámetros óptimos de funcionamiento y ajustarlo para que pueda seguir siendo eficiente y operativo en concordancia con las demandas de la vida diaria del individuo (Calero & Navarro, 2006). La activación de la compensación está relacionada con un declive funcional más lento, con un mejor rendimiento cognitivo (Tomaszewski Farias et al., 2020) y con la prolongación de la independencia

funcional por más tiempo (Dixon, 2011; Dixon & de Frias, 2004; Mayordomo et al., 2015). La implementación de estas estrategias variará según el *performance* cognitivo y la reserva cognitiva (entendida aquí también como otro mecanismo adaptativo frente al déficit) (Meléndez et al., 2013). Los adultos mayores sanos utilizarán estrategias de compensación diferentes a aquellos con DCL o con diagnóstico de demencia. Estos últimos, posiblemente, incluso, ni reconozcan la necesidad de activar y utilizar estas estrategias (Schmitter-Edgecombe & Dyck, 2014).

En un estudio reciente, al preguntarle al participante cuál era la razón o si tenía necesidad de utilizar estrategias compensatorias, respondió: “Se acomoda al hecho de que tu memoria se deteriora. Tienes que desarrollar una técnica para sortear los problemas que eso causa” (Harris et al., 2022, p.8). Esto, da cuenta de la creciente importancia que le dan los adultos mayores a los apoyos para la memoria ante la percepción de un deterioro cognitivo asociado a la edad. Cuanto más frecuentes sean los olvidos de memoria, más se recurre a estrategias de compensación para recordar (Orduña Torres, 2021).

Desde que esta variable tomó relevancia en la comunidad científica, se buscó poder clasificar estas estrategias, según su función, con el fin de evaluarlas y poder promover su buen uso. Estas se pueden agrupar en cuatro: la remediación (aumentar el tiempo dedicado a una determinada tarea), la sustitución (crear o utilizar recursos alternativos que ayuden a compensar), la acomodación (adaptar metas para que sean más compatibles con las propias capacidades y fortalezas) y la asimilación (cambiar las demandas o requisitos del entorno) (de Frias & Dixon, 2005; Dixon, 2011; Dixon & de Frias, 2004; Martin et al., 2015; Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al., 2013).

Con esta teorización es que Dixon y colaboradores (2001) crean el *Memory Compensation Questionnaire* (Cuestionario de Estrategias de Compensación de la Memoria) y que, posteriormente, Meléndez y equipo (2013) lo validan en español. El mismo está

compuesto por subescalas o dimensiones que evalúan diversos aspectos y funciones de la compensación. En primer lugar, se encuentra la escala Externo, que evalúa los apoyos externos que la persona utiliza para ayudarse a recordar, como podría ser el uso de recordatorios, calendarios y notas. Luego, está la escala Interno, que evalúa la implementación de estrategias nemotécnicas que buscan promover las funciones de la memoria. En tercer lugar, hay una escala denominada Tiempo, que busca indagar en qué medidas el sujeto uso más o menos tiempo para poder realizar una tarea. Luego, la escala Esfuerzo da cuenta del incremento en la concentración y el esfuerzo que hace la persona frente a una tarea mnésica. En quinto lugar, está la escala Confianza (traducida del inglés *Reliance*) que da cuenta del apoyo en otros que hace el sujeto, como pedirle a un familiar que le haga acordar de una cita. Cada una de estas dimensiones o subescalas representan una función compensatoria per se (de las mencionadas en el párrafo anterior). El mecanismo de remediación está representado por la escala Tiempo y Esfuerzo; el de sustitución se encuentra reflejado por la escala Externa, Interna y Confianza. El cuestionario, a su vez, cuenta con dos escalas complementarias: Éxito, que indaga cuán comprometida está la persona para obtener un alto nivel en la realización de una tarea; y Cambio, que cuestiona qué percepción tiene de los últimos cinco a diez años con respecto al uso de distintas estrategias compensatorias (Dixon et al., 2001; Meléndez et al., 2013).

2.5.4.2 Relación entre estrategias de compensación y factores cognitivos y sociodemográficos

Al ser un constructo importante al momento de evaluar el *performance* cognitivo en la adultez mayor, las estrategias de compensación de la memoria se han estudiado en muchas poblaciones, con diversos diagnósticos y en relación a múltiples factores.

En primer lugar, es pertinente mencionar que el uso de distintas estrategias de compensación parecería mantenerse relativamente estable a lo largo de la adultez. Estudios longitudinales (que siguen a los participantes por tres años o más), sostienen una estabilidad general a corto plazo y un patrón similar de frecuencias relativas en el uso de mecanismos

compensatorios (Dixon et al., 2001), e inclusive no encuentran diferencias entre grupos de adultos de 60 a 74 y adultos mayores de 75 años (Aschiero et al., 2020). Aceiro y colaboradoras (en prensa) tampoco hallaron diferencias de acuerdo a la edad y aportan frecuencias similares en el uso de las distintas sub-escalas. En trabajos que implementaron el Cuestionario de Estrategias de Compensación de la Memoria, al evaluar las medias y la frecuencia de las distintas escalas, ordenan las mismas de esta manera: Externa, Esfuerzo, Interna, Tiempo y Confianza (Dixon et al., 2001). Al administrar el cuestionario con las dos escalas adicionales, la Externa sigue siendo la que mayor frecuencia tiene, seguida de Cambio, Éxito, Tiempo e Interna. La escala Confianza en ambos casos parece ser la menos utilizada (Aschiero et al., 2020), al igual que en otros estudios (Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021).

Más allá de esta estabilidad en el tiempo, se ha reportado variabilidad en el uso de estrategias de compensación de acuerdo a factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo). Con el incremento de la edad, aumenta el uso de la estrategia Externa y disminuye la Interna (Bouazzaoui et al., 2010; Hertzog et al., 2019; Pizzonia & Suhr, 2022). En contraposición, hay hallazgos que sostienen que la dimensión Externa disminuye con la edad, lo cual podría deberse a una falta en la percepción de los cambios o a algún trastorno neurocognitivo (de Frias et al., 2003; Dixon et al., 2001; Mayordomo, Sales, & Meléndez, 2015). Por otro lado, los mismos autores sostienen que los adultos mayores puntúan más en la escala Éxito y Cambio (ya que podrían estar percibiendo más el cambio en su funcionamiento mnésico y requiriendo mayor compromiso para lograr la tarea adecuadamente) (de Frias et al., 2003; Dixon et al., 2001; Mayordomo, Sales, & Meléndez, 2015). La edad también parecería relacionarse con la implementación de la estrategia Confianza; los adultos de mayor edad reportaron más frecuencia en el uso de estrategias que impliquen apoyarse en otros (Harris et al., 2022). A su vez, los años del adulto se relacionan positivamente con la escala Esfuerzo

(Orduña Torres, 2021). En síntesis, los hallazgos en este aspecto son contradictorios y existen divergencias en la relación entre la compensación y la edad.

En lo que refiere al sexo, las investigaciones señalan que las mujeres utilizan más estrategias de compensación, evidenciado en una puntuación mayor en la escala, y dentro de las estrategias más utilizadas, emplean más Externas, Internas y Tiempo, . Los hombres, por su parte, tienden a utilizar con mayor frecuencia la estrategia Confianza, recurriendo primeramente a sus esposas para recordar (Aceiro et al., en prensa; Aschiero et al., 2020; de Frias et al., 2003; Dixon et al., 2001; Harris et al., 2022), y menos la estrategia Externa (Martin et al., 2015; Mayordomo et al., 2015; Pizzonia & Suhr, 2022); aunque anteriormente Dixon y colaboradores (2001), al tener en cuenta la edad, concluyen que los hombres mayores utilizan más la estrategia Externa.

Los hallazgos previamente mencionados pertenecen a investigaciones que estudiaron la compensación individual y propia de cada persona. De forma original, Harris y equipo (2022) estudiaron estrategias de compensación extra-individuales, es decir, que se realizaban en conjunto, de 58 parejas de adultos mayores, de larga duración (entre 13 y 65 años de matrimonio). En estas parejas, hallaron que la estrategia Externa se contagia, que había correlación en el uso de la misma entre cónyuges. Concluyen que las estrategias intraindividuales y propias de cada uno (Internas, por ejemplo) eran relativamente independientes, pero que las estrategias extra-individuales (Externas o Confianza) eran interdependientes entre sí. Compartían el uso de listas para hacer las compras, utilizar marcadores al momento de leer libros o notas en una pizarra, ser ordenados y metódicos al momento de guardar objetos (dejándolos siempre en un mismo lugar) y utilizando agendas o anotadores para recordar citas y compromisos. A su vez, llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas en profundidad y relevaron que el uso de ayudas externas es mayormente de tipo físicas (no digitales) y fijas (no transportables). Las mismas, se activan para apoyar a la

memoria prospectiva (recordar eventos, citas o tareas que debían hacer) y, mayormente, son impulsadas y sostenidas en el tiempo por las esposas. De hecho, en muchos casos, es la mujer quien lleva la responsabilidad y le hace acordar a su esposo, e inclusive se ocupa no solo de su agenda sino de llevar adelante una entrevista con un médico, por ejemplo. En este estudio, un participante dice: “Yo no tengo que acordarme. Mi mujer es buena para eso... Dios, te puede decir todos los números de teléfono de todos los chicos y todo lo demás, pero yo... no tengo que hacerlo” (Harris et al., 2022, p.8). Este punto podría relacionarse con lo que se denomina Signo del Giro de la Cabeza (SGC). Es un fenómeno que se da principalmente en las consultas médicas, que implica el movimiento de la cabeza por parte de un paciente, frente a una pregunta con el objetivo de solicitar ayuda de su acompañante al momento de responder. Lo más frecuente es que, en una pareja, sea el hombre quien gire la cabeza, solicitando ayuda de la mujer. Se ha estudiado en relación a la presencia de enfermedades neurodegenerativas y al rendimiento cognitivo, dejando en evidencia su valor predictivo, donde aquellos pacientes que puntuaron positivo en SGC, rendían peor en la prueba MMSE y tenían más posibilidades de padecer una demencia (O’Neill et al., 2019).

En referencia a los años de educación, estudios recientes en población de adultos mayores sanos de la población general, concluyen que, aquellos participantes con menor nivel de instrucción implementaron significativamente más la estrategia Esfuerzo (Aceiro et al., en prensa; Aschiero et al., 2020; Orduña Torres, 2021). Esto indica que aprender y recordar algo requiere de mayor esfuerzo si la persona tiene menos nivel educativo. A su vez, estos mismos participantes evaluados por Orduña Torres (2021), presentaron puntuaciones más altas en la escala Confianza (apoyándose más en otros para compensar los declives de la memoria) y mayor uso de estrategias Externas (Orduña Torres, 2021). Los años de educación, además, correlacionaron negativamente con el factor Éxito, indicando que las personas más educadas percibieron menos necesidad de comprometerse arduamente con la tarea para conseguir un alto

rendimiento (Aceiro et al., en prensa); y con el factor Cambio (perciben más los cambios que han hecho en el último tiempo) (Martin et al., 2015).

En lo que respecta al empleo de estrategias de compensación de la memoria y su correlación con los problemas de salud en los adultos mayores, se ha observado que las mismas difieren según la presencia o ausencia de afecciones como enfermedades respiratorias, circulatorias, artritis u otras de índole crónico. Se ha encontrado que la existencia de tales enfermedades está vinculada a un mayor uso de todas las estrategias de compensación de memoria (de Frias et al., 2003). En este aspecto, y de relevancia para esta tesis, se han estudiado las diferencias que existen en el uso de estrategias de compensación de la memoria según el estado o diagnóstico neurocognitivo. Al relevar pacientes con QSM y otros con diagnóstico de DCL, se halló que los mismos utilizaban más la estrategia Confianza que aquellos que estaban sanos (Domínguez Chávez, 2021; Lin et al., 2020; Tomaszewski Farias et al., 2020) y más Tiempo (demoraban más en realizar una tarea de manera adecuada) (Meléndez et al., 2013). En cuanto al deterioro cognitivo, varios estudios han encontrado que un mayor nivel de QSM se asocia con un mayor uso de estrategias de compensación de la memoria, pero esta compensación no necesariamente aumenta con el rendimiento objetivo de la misma (Frankenmolen et al., 2017; Hertzog et al., 2019). Al aumentar la percepción de los cambios cognitivos y, en consecuencia, aumentar las QSM, es predecible que los adultos mayores activen más estrategias con el fin de compensar el declive. Aceiro y colaboradores (en prensa) analizaron esta relación y, al dividir la muestra entre personas con baja QSM y personas con alta QSM, hallaron que este último grupo implementaba significativamente más las estrategias de tipo Tiempo, Esfuerzo, Cambio y Confianza. Esto también es apoyado por otro estudio que concluye que el auto reporte de estrategias Externa predice al DCL (Hutchens et al., 2012). No se han encontrado trabajos que aborden el estudio de la compensación en personas con Deterioro Cognitivo Subjetivo.

En adición, hay evidencia que sostiene que los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer (EA) también recurren más a la estrategia Confianza (Dixon et al., 2003), que también podría vincularse con el Signo del Giro de la Cabeza (O'Neill et al., 2019). En esta línea, el mismo equipo siguió a los pacientes durante seis años, y observó que los pacientes con EA disminuían de manera significativa el uso de la estrategia Esfuerzo (requerir más voluntad o energía para realizar una tarea mnésica) y seguían recurriendo con mayor frecuencia a la de Confianza, lo cual repercutía en su estado anímico (Dixon & de Frias, 2007). Si bien es cierto que los adultos mayores recurren a estrategias de compensación, la manera en que las aplican, la variedad y la cantidad de estas estrategias difieren según la dificultad que experimenten para adaptarse a su entorno y las exigencias que este les imponga.

Con todo lo previamente descrito, se podrían clasificar como adaptativas aquellas estrategias de compensación que ubican al adulto mayor en un rol activo. La implementación de las estrategias Externo e Interno requieren que la persona perciba alguna dificultad y active mecanismos, como ayudas externas o reglas mnemotécnicas, para compensar. Lo mismo sucede con la estrategia Tiempo y Esfuerzo, que deja en evidencia que el adulto mayor necesita más motivación, más tiempo y abocarle más esfuerzo a una tarea para poder realizarla de manera exitosa. Por el contrario, la estrategia Confianza, que implica apoyarse en otro, de acuerdo a la bibliografía citada, se clasifica como una no adaptativa, que se relaciona con menor autonomía y más indicadores de enfermedad.

Figura 6

Puntos claves del apartado 2.5.4

MECANISMOS DE ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO

Puntos claves

ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE LA MEMORIA

- Implican la implementación de distintas conductas adaptativas que promueven el mantenimiento y la eficacia del procesamiento cognitivo y se activan en respuesta a una pérdida.
- Es un mecanismo de adaptación mediante el uso de recursos cognitivo-conductuales.
- La activación de la compensación está relacionada con un declive funcional más lento, con un mejor rendimiento cognitivo y con la prolongación de la independencia funcional por más tiempo.
- Estrategias:
 - Externo: apoyos externos que la persona utiliza para ayudarse a recordar (agendas, calendarios y notas)
 - Interno: estrategias nemotécnicas que buscan promover las funciones de la memoria.
 - Tiempo: en qué medidas el sujeto uso más o menos tiempo para poder realizar una tarea.
 - Esfuerzo: da cuenta del incremento en la concentración y el esfuerzo que hace la persona.
 - Confianza: apoyo en otros que hace el sujeto, como pedirle a un familiar que le haga acordar de una cita (suele relacionarse con el Signo del Giro de la Cabeza y ser la menos adaptativa).
 - Éxito: cuán comprometida está la persona para obtener un alto nivel en la realización de una tarea.
 - Cambio: qué percepción tiene de los últimos cinco a diez años con respecto al uso de distintas estrategias.
- Su uso varía de acuerdo a factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo)

2.5.5 Afrontamiento al estrés

Otro mecanismo adaptativo que activa el adulto mayor para poder sostener su independencia y mantener su calidad de vida, son estrategias de índole más psicológicas para hacerle frente al estrés.

2.5.5.1 Estrés

El término “estrés”, originalmente, aparece en el ámbito de la física alrededor del siglo XIV. Se lo empleaba como sinónimo de tensión o dureza. Luego, para finales del siglo XVIII y principios del XIX, se utiliza para referirse a una fuerza, tensión o peso que es causada por o consecuencia de una presión externa. Esta fuerza tiende a desformar o distorsionar al objeto o material en cuestión (Elena, 2002; Gallego Zuluaga et al., 2018; Thomae, 2002). Por tanto, el fenómeno tiene dos momentos: el primero, que implica una exigencia generada desde el exterior y, el segundo, que es la respuesta del receptor que es determinada en función de su resistencia (Gallego Zuluaga et al., 2018). Posteriormente, Hans Selye en 1936 avanza sobre la investigación en medicina y se posiciona como el pionero en la conceptualización de la teoría

del estrés, la respuesta biológica y el síndrome de estrés (Szabo et al., 2012). El médico endocrinólogo empezó a notar cómo sus pacientes no solo manifestaban síntomas propios de la enfermedad por la cual consultaban, sino que también reportaban fatiga, cansancio, falta de sueño, baja de peso y pérdida de apetito. En su carta inicial, publicada en Nature en 1936, expresa el hallazgo en experimentos con ratas donde describe la aparición de un síndrome particular, que aparece por la exposición al frío, al ejercicio excesivo o por alguna lesión o intoxicación. Selye (1936) explica que estos síntomas son independientes del agente dañino y que se observa una respuesta genérica al daño en el organismo de las ratas. De esta manera, empieza a conceptualizar la respuesta del organismo al estrés, describiendo una primera etapa de alarma, seguida por un periodo de adaptación o resistencia y concluida en una fase de agotamiento (Pujadas Sánchez, 2016; Roca, 2015). En la primera etapa, se activa el sistema nervioso autónomo y hay una liberación de las hormonas hoy conocidas como “hormonas del estrés” (contrarreguladoras de la insulina). Si esta respuesta es insuficiente, es seguida por una activación de la glándula pituitaria y la corteza adrenal, que supera la respuesta normal, dando cuenta de un esfuerzo generalizado del organismo para adaptarse. Si el estrés se mantiene, se arribaría a la tercera fase, donde el organismo pierde el control y entra en un estado de agotamiento (Roca, 2015). Selye, posteriormente, en 1950, al avanzar en sus hallazgos, afirma que no es solo el sistema neuroendocrino el involucrado, sino que también se ven activados otros sistemas, como el cardiovascular, pulmonar y renal (Szabo et al., 2012).

Originalmente, Selye en 1950 utilizaba el término “estrés” para referirse tanto a la causa como al efecto. Luego de recibir varias críticas, implementó el término “estresor” para referirse al agente o factor que provoca la respuesta de “estrés”. Este estresor puede ser de naturaleza física, química o psicológica.

En el avance de su investigación, Selye, arribó a la conclusión que no toda respuesta de estrés es igual. Si bien los efectos neuroendocrinos parecen ser estereotipados, la respuesta

varía según la percepción y reacción emocional de la persona. Así, Levi en 1971 fue el primero en distinguir el estrés positivo del negativo. Selye, en concordancia, describe el “eustrés” y “distrés” para discriminar según si el estresor que origina la respuesta de estrés es displacentero, negativo o positivo. En su libro titulado “Estrés sin distrés” afirma que el estrés no es lo que le pasa a la persona, sino cómo la misma reacciona ante ello. El estrés se genera para protegerse de situaciones peligrosas y es normal en la vida del ser humano. El eustrés – o buen estrés - es entendido como una respuesta armónica tanto psicológica como fisiológica, que podría considerarse necesaria para la vida, ya que posibilita la activación de comportamientos y situaciones positivas. Es todo aquello placentero, que concuerda con la capacidad de adaptación y se asocia con una sensación agradable (aspectos que resulten estimulantes y fuentes de felicidad). En contraposición, el distrés – o mal estrés - es la respuesta desmedida y negativa en el ámbito biológico y psicológico, que activa esfuerzos excesivos que generan tensión y frustración, generalmente de larga duración. Es una sensación que disgusta y contradice la capacidad de adaptación (aspectos que desequilibran, generan tristeza y alteración) (Encinas Orbegoso, 2019; Gallego Zuluaga et al., 2018; Naranjo Pereira, 2009).

El estrés es inherente de las actividades humanas y, por tanto, indispensable (Enriquez Villota et al., 2016). La dosis de este debe ser óptima o equilibrada ya que, si no lo es, tanto por carencia o exceso, el estrés exigirá una adaptación particular del organismo convirtiéndose en distrés. Si el funcionamiento es por debajo del umbral óptimo, el organismo se encontraría en un estado poco solicitado o subestimado, y podría generar fatiga y angustia. En contraposición, existiría una super-estimulación del organismo, cuando el umbral supera lo óptimo, generando cansancio y agotamiento, por la adaptación excesiva que le es requerida (Naranjo Pereira, 2009).

2.5.5.2 Estrategias de afrontamiento al estrés

Retomando lo planteado anteriormente, la respuesta de estrés va a estar condicionada por cómo se interpretan los distintos acontecimientos vitales. Por lo tanto, una misma situación puede ser percibida como buen o mal estrés. En esta línea, surge el estudio de las estrategias de afrontamiento al estrés. Las mismas, desde el enfoque que se tendrá en cuenta en el presente trabajo, se definen como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164). La variabilidad en las respuestas de afrontamiento dependerá de los sentimientos, pensamientos y acciones que devendrán en estrategias cognitivas y comportamentales para resolver el problema emergente. El objetivo de la activación de las mismas es mantener la adaptación psicosocial (Moos, 1995) y paliar los efectos negativos del estrés (Enriquez Villota et al., 2016). Así, se las entiende como una modalidad de funcionamiento, en constante interacción con el medio, que va a implementar cada organismo para hacerle frente a los diversos estresores a los cuales está expuesto (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1995; Ongarato et al., 2009). A su vez, el afrontamiento es valorado como un recurso interno mediador que buscará, de la manera más adaptativa posible, aminorar y tolerar los efectos del estresor (Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019; Mikulic & Crespi, 2008.; Navarro-González et al., 2015).

Encinas (2019) propone una revisión de la literatura más significativa en el estudio del afrontamiento al estrés. Seguida a la definición inicial de Lazarus y Folkman (1984), Sadin en 1995 las caracteriza de manera similar, agregando que los esfuerzos, no solo buscan hacerle frente, sino ponerle fin a la situación estresante. A continuación, Costa y su equipo las definen como un intento de adaptación producido por el individuo que busca afrontar la situación que le es abrumadora. Al año siguiente, Fernández Abascal cerca del 1997, establece que las

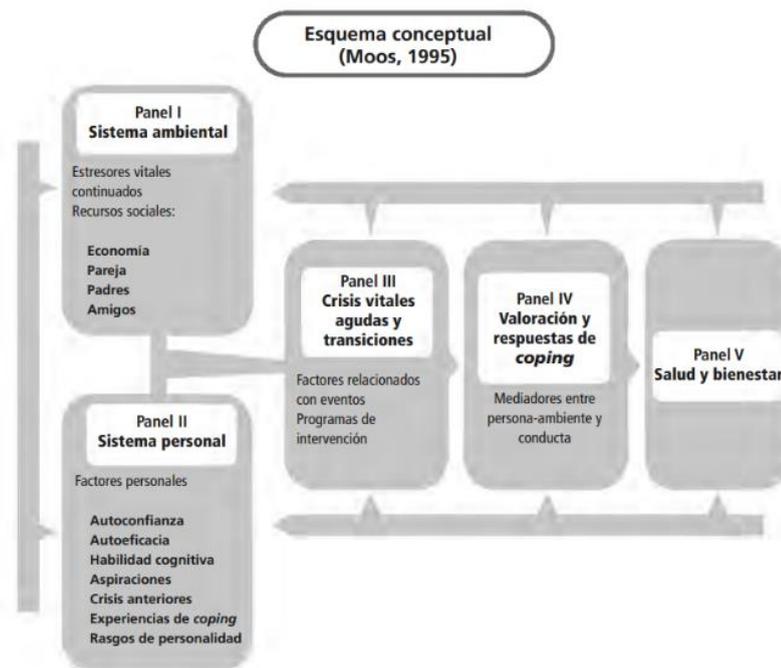
mismas son predisposiciones personales. A su vez, Barra en 2003 agrega que las mismas activan un proceso que actuaría como regular del malestar emocional. Por último, Castaño y León (2012) las definen como un proceso en interacción con el estresor, en el cual repercuten pensamientos, sentimientos y conductas (Encinas Orbegoso, 2019).

A su vez, son múltiples los enfoques teóricos que se fueron desarrollando para poder conceptualizar al afrontamiento. Si se parte desde un enfoque psicoanalítico, Pearling y Schooler (1978 en Encinas Obergoso, 2019) desarrollan la variable como una respuesta del “yo”, por medio de mecanismos de defensa, para enfrentar los problemas del ambiente. Posteriormente, el Modelo de Autorregulación del Estrés, postulado por Carver y Scheier, establece que el afrontamiento es consecuencia de mecanismos adquiridos e innatos y de la autorregulación interna para afrontar la perturbación emocional (Carver & Scheier, 1981). Uno de los modelos teóricos que posee más respaldo científico, es el de Lazarus & Folkman (1986), denominado Modelo de Evaluación Cognitiva, previamente definido. Desde lo planteado por estos autores, el afrontamiento es un proceso cambiante que se activa de acuerdo con una valoración, o evaluación cognitiva, que la persona hace de un evento, estímulo o demanda. Ésta, desencadena una doble valoración cognitiva: la denominada evaluación primaria, que implica la valoración que se hace de la situación como posible amenaza; y la evaluación secundaria, que es la valoración de los propios recursos disponibles para afrontarla (Folkman, 2010; Suárez Torres et al., 2015). Se sostiene que la elección de las estrategias se realiza de manera consciente en función de estas valoraciones (Papalia et al., 2012).

Otro enfoque teórico significativo ha sido el de Moos (1995) denominado Modelo Transaccional de *Coping*, que comprende al afrontamiento como un proceso constante de interacción, entre el contexto negativo y los recursos de la persona. Avanza su investigación en la comprensión de los factores ambientales, mediante un sistema explicativo de paneles, para conocer mejor las conductas de afrontamiento. El panel I (sistema ambiental) está conformado

por estresores vitales crónicos y recursos de apoyo económico y social. El panel II (sistema personal) incluye variables bio-genéticas, como la habilidad cognitiva, la autoeficacia, los rasgos de personalidad y el sentido de coherencia. El siguiente panel (III, condiciones de cambio), se refiere a situaciones que afectan a la persona y producen estrés, como acontecimientos vitales estresantes. Por su parte, el panel IV (valoración cognitiva y respuesta de coping) son aquellas respuestas situacionales y específicas que se despiertan frente al estresor. Por último, el panel V (salud y bienestar) representa su estado de salud. El carácter transaccional se manifiesta en la capacidad de interacción que se da entre paneles, donde cada uno puede influir, y ser influido, por diversas variables (Kirchner et al., 2008; Moos, 1995). La figura 7 grafica el modelo planteado por Moss (1995).

Figura 7
Modelo transaccional



Nota: extraído de Kirchner y Forns i Santacana (2010, p.8) recreado a partir de la figura de Moos (1995).

El estudio de las estrategias de afrontamiento es muy amplio y plantea una gran variabilidad en la clasificación de estas. Por un lado, existen aquellas clasificaciones que aluden al foco (estrategias dirigidas al problema o a la emoción), otras a la dirección (que, a su vez, se

clasifican en aproximación o evitación) y aquellas que indican el método (cognitivo o conductual). En primer lugar, las estrategias centradas en el problema se caracterizan por una resolución activa que busca modificar, alterar o manipular el estresor, mientras que las centradas en la emoción buscan regular y controlar la respuesta emocional (Matud et al., 2015; Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015). Las primeras ponen en juego estrategias activas como la confrontación, la planificación, la búsqueda de información, el apoyo social y la toma de decisiones. Las segundas, en cambio, se caracterizan por estrategias que incluyen el distanciamiento, de escape por medio de conductas como el consumo de sustancia, la realización de actividad física, la descarga emocional, la reevaluación positiva y el autocontrol de los sentimientos (Folkman, 2010; Matud & García, 2019).

A su vez, las primeras, centradas en el problema, se comprenden como estrategias de aproximación, mientras que las segundas como estrategias de evitación. Estas últimas, que son esfuerzos pasivos, suelen aparecer cuando el individuo percibe que no puede modificar la situación estresante y se frustra, originando estrategias para evitar pensar en la situación estresante y resignándose (Amadasi et al., 2015; Papalia et al., 2012). A su vez, el modelo planteado por Moos (1995), sostiene que las estrategias se dividen según el método utilizado: las cognitivas son aquellas estrategias mentales, mientras que las conductuales están orientadas a actividades específicas o a la realización de acciones (Kirchner et al., 2008). Así, el autor comprende cuatro tipos de afrontamiento: aproximación cognitiva, aproximación conductual, evitación cognitiva y evitación conductual (ver tabla que sigue (3) para mayor detalle) (Moos, 1995).

Por último, es importante destacar que existe cierta controversia en el momento de definir si una estrategia es buena o mala, adaptativa o no. Diversos autores sostienen que cada estrategia debe ser evaluada en contexto (Meléndez et al., 2012; Moos, 1995). Las principales conductas de valoración del estresor incluyen la experiencia, la previsión de ocurrencia, el

tiempo de preparación para afrontar, la percepción del problema, la causalidad, la percepción de consecuencias, la solución del problema y el funcionamiento actual. Esta valoración es importante, ya que es la que promueve la toma de decisión del tipo de afrontamiento que debe ser activado frente al estresor determinante y desencadenará la adecuación o no del sujeto a la situación (Kirchner et al., 2008; Meléndez et al., 2012). Sin embargo, se asocian como más adecuadas y adaptativas aquellas estrategias por aproximación, que buscan resolver el problema (Mikulic & Crespi, 2008). En este sentido, ciertos hallazgos indican que estrategias centradas en la emoción, se asocian a mayores niveles de malestar (Kar et al., 2021; Lloret Sirerol, 2020; Villagra & Rodríguez, 2020).

Martin y colaboradores (2008) afirman que las estrategias basadas en la emoción se encuentran relacionadas con un aumento de síntomas psicológicos, mientras que estrategias de afrontamiento activas correlacionan negativamente con dichos síntomas. A su vez, sostienen que, particularmente en mujeres, la depresión se predijo con una menor aceptación y un mayor uso de estrategias evitativas. En contraposición, afectos positivos, a la vez que un mayor involucramiento en las actividades de la vida diaria, se predijeron por estrategias de tipo instrumentales y activas. De todas formas, los autores vuelven a afirmar que un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento mostró ser beneficioso para reducir síntomas psicológicos. En la siguiente tabla (3) se resumen las cuatro estrategias de afrontamiento y se clasifican las mismas, según lo planteado por los autores, como más o menos.

Tabla 3*Resumen de estrategias de afrontamiento utilizadas en la tesis*

Estrategia	Definición y ejemplos del cuestionario	Clasificación
Aproximación Cognitiva	Esfuerzo por cambiar la percepción de la situación estresante modificando pensamientos, creencias o actitudes. Ej: ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?	Más adaptativa
Aproximación Conductual	Enfrentar activa y directamente el estresor mediante acciones concretas. Ej: ¿Habló con algún amigo de estos problemas?	Más adaptativa
Evitación Cognitiva	Evitar o suprimir pensamientos o emociones relacionadas con el estresor. Ej: ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo? ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?	Menos adaptativa
Evitación Conductual	Evitar y alejarse de forma comportamental de la situación estresante. Ej: ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?	Menos adaptativa

Nota: estas cuatro estrategias son las descritas por Moos (2006) y retomadas por Ongarato y colaboradores (2009) al momento de adaptar la escala.

2.5.5.3 Estrategias de afrontamiento en adultos mayores y variables sociodemográficas

Los diferentes momentos y eventos estresantes de la vida son percibidos de distinta forma según la edad (Meléndez et al., 2012), el género (Krzemien et al., 2005; Rubio et al., 2018), el nivel socioeconómico (Brennan et al., 2012; Moos et al., 2006), la educación (Lazarus, 2000) y el estado civil (Alvarez-Cabrera et al., 2020).

La etapa de la vejez es una donde los estresores prevalecen, ya que se enfrentan constantemente a pérdidas, de índole social y físicas. En esta etapa son más proclives a enfrentar estresores normativos, como podrían ser las pérdidas sociales, las enfermedades y la falta de adecuación a su entorno (Kahana & Kahana, 1996 en Martin et al., 2015). Los adultos

mayores son particularmente vulnerables a un declive en su capacidad funcional, que puede arribar en pérdida de autonomía y pérdidas de vínculos familiares o no familiares. Además, son más propensos a aceptar que ciertos problemas están fuera de su control y tienden a adaptarse con más facilidad a los desafíos propios de la edad (Martin et al., 2008). Un estudio reciente, agrupa los estresores en categorías según un análisis temático de las mismas. Los temas principales reportados fueron la salud (personal, del cónyuge o familiar), la pandemia (aislamiento, distancia social), los vínculos (problemas familiares, separaciones y divorcios), las muertes (viudez o de un ser querido), los estresores referidos al hábitat (mudanzas), y al trabajo y jubilación (Aceiro & Grasso, 2022b).

Respecto a la edad, cabe señalar que la vejez es una etapa de mucha vulnerabilidad. A medida que los adultos alcanzan mayores edades, son más propensos a cambios físicos, cognitivos, mentales y sociales, que requieren de una adaptación. Sin embargo, es escasa la literatura que respalda cambios sustanciales en el uso de estrategias de afrontamiento según la edad. Las personas parecerían implementar, de manera consistente, similares estrategias de afrontamiento a lo largo de distintos ámbitos y eventos vitales. Otros hallazgos afirman que las estrategias se diferencian menos con la edad, al mismo tiempo que encuentran que, a mayor edad, mayor es la utilización de estrategias maduras. Los adultos mayores tienden a brindar una valoración positiva de las situaciones conflictivas y controlar, de manera más eficiente que los jóvenes, los impulsos (Martin et al., 2008). Tanto la capacidad de adaptación como el estilo de afrontamiento podría predecir qué individuos envejecerían de manera exitosa (Neugarten, 1972 en Martin et al., 2015). Por otro lado, sin hacer mención específica de las estrategias de afrontamiento, autores como Carstensen y Charles (2007), en un estudio comparativo entre jóvenes y adultos mayores, concluyen que los más longevos resuelven de manera más eficaz los problemas emocionalmente importantes y que pueden abordarlos desde múltiples perspectivas. Desde este planteo, el adulto mayor tiene más control sobre sus emociones,

experiencias emocionales más ricas y complejas y más diversidad en el uso de recursos para adaptarse. Esta adaptación proactiva (como podría ser la planificación, ayuda de otros, promoción de la salud, entre otras) puede ayudar a mejorar los efectos adversos que producen los estresores en la calidad de vida (Martin et al., 2015). En esta línea, también, al comparar jóvenes con adultos mayores, se ha encontrado una tendencia por parte de este último grupo, a utilizar menos estrategias distractoras y acercarse más al estresor (Martins et al., 2018).

Además, la evidencia científica indica una relación entre la presencia de estrés y enfermedades físicas y anímicas (Aldwin & Yancura, 2010; Danner et al., 2003). A su vez, influye en la progresión de una enfermedad preexistente. Sin embargo, si bien los adultos mayores tienen más enfermedades, algunos estudios señalan que esta población reporta menores niveles de estrés y refiere estar expuesta a menos estresores diarios que personas más jóvenes. Los adultos mayores tienen una tendencia a percibir que sus problemas no son estresantes. Diversas investigaciones señalan que esto evidencia una actitud resiliente, equilibrada y proactiva, que van ganando los adultos mayores con su experiencia de vida, en la cual son conscientes de su vulnerabilidad, pero perciben las situaciones como menos problemáticas y encuentran beneficios en la adversidad (Aldwin & Yancura, 2010; Boeninger et al., 2009; Brennan et al., 2012; Fuller & Huseth-Zosel, 2021).

En lo que respecta al uso específico de los distintos tipos de estrategias de afrontamiento, la bibliografía presenta resultados contradictorios. Una investigación longitudinal señala que, conforme aumenta la edad, disminuye el uso de estrategias de afrontamiento en general, e hipotetizan que esto se debe a un mayor afrontamiento anticipado, o a mayor cansancio en el momento de afrontar (Brennan et al., 2012). Específicamente aumenta el uso de estrategias centradas en el problema (Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019), así como estrategias activas, que buscan soluciones, por medio de la planificación cognitiva y conductual (Herrera et al., 2018).

En estudios transversales, también se reportaron disminuciones en la estrategia de evitación, tanto cognitiva (Aceiro & Grasso, 2022b) como conductual (Stefani & Feldberg, 2006). Otros estudios, concluyen que tener más años de vida influye, directa e indirectamente, en la activación de un mayor uso de afrontamiento centrado en la emoción (Carver & Connor-Smith, 2010; Meléndez et al., 2012; Papalia et al., 2012; Trouillet et al., 2011). Además, otros hallazgos indican que, si esta población está expuesta a muchos estresores que sobrepasan sus recursos, hay más tendencia en la utilización de estrategias de estilo evitativo (Moos et al., 2006), pero otros concluyen que una mayor edad no se equipara necesariamente a un mayor uso de afrontamiento evitativo (Amadasi et al., 2015; Mayordomo, Sales, & Meléndez, 2015), con excepción del afrontamiento por religión, que tuvo una relación directa con la edad (Mayordomo Rodríguez et al., 2015). Por último, Navarro y Bueno (2015), afirman que esta población tiene más flexibilidad que otros grupos etarios, y que pueden utilizar un repertorio de estrategias de afrontamiento, tanto de aproximación como de evitación, según las situaciones que se le presentan. Trabajo previos que utilizan la escala CRI-Am (ver apartado Instrumentos), no reportan diferencias significativas en el uso de las distintas estrategias de afrontamiento en esta población, tanto en contextos pre-pandémicos como durante la pandemia (Aceiro et al., 2020; Aceiro & Grasso, 2022b; Petrikovich, 2020). Esto podría dar cuenta de una cierta estabilidad que se mantiene en esta etapa vital, en distintos contextos, en el uso de diversas estrategias de afrontamiento (Yancura & Aldwin, 2008).

En lo referente a las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento según el sexo, un gran número de investigaciones indican que las mujeres mayores utilizan estrategias evitativas, tanto cognitivas como conductuales, como podrían ser la descarga emocional, la religión y la evitación per se (Amadasi et al., 2015; Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al., 2012). Al mismo tiempo, recurren con más frecuencia a su red de apoyo social que los hombres (Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al.,

2012). En este sentido, otros hallazgos reportan que no hay diferencias significativas en el uso de estrategias de afrontamiento según el sexo de la persona (Herrera et al., 2018) mientras que resultados locales afirman que las mujeres utilizan más estrategias de aproximación conductual y evitación cognitiva (Aceiro & Grasso, 2022b).

Por último, en lo que respecta a las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento según el nivel educativo, a más años de educación, menos afrontamiento evitativo y mayor afrontamiento activo por aproximación (Amadasi et al., 2015; Herrera et al., 2018; Mayordomo et al., 2015). Esto podría deberse a que la educación fomenta la búsqueda de soluciones (Herrera et al., 2018) y una mayor adaptación a situaciones nuevas (Suárez Torres et al., 2015). Investigaciones en Argentina afirman esta diferencia, indicando que adultos mayores con menos nivel educativo implementan más estrategias de evitación cognitiva (Aceiro et al., 2020; Petrikovich, 2020). En contraposición a ese aspecto, se ha encontrado que una mayor frecuencia de juegos intelectuales (subítem de la escala de reserva cognitiva), se relaciona con mayor utilización de estrategias de evitación (Aceiro et al., 2020).

En este aspecto, es relevante mencionar que la pandemia por COVID-19 atraviesa temporalmente este trabajo, y ciertas consideraciones deberán ser tenidas en cuenta. Estudios preliminares de los efectos de la pandemia, estresor no normativo en la vida de las personas, indican elevados niveles de ansiedad, depresión, insomnio y tendencias suicidas en toda la población (Barari et al., 2020; Kim et al., 2022). Si la intensidad del estresor es percibida como una amenaza que sobrepasa los recursos propios, puede generar indefensión y una cierta tendencia a la utilización de estrategias de afrontamiento menos adaptativas (Valero Cedeño et al., 2020). En lo que refiere al afrontamiento en adultos mayores durante la pandemia, un trabajo en Corea del Sur encontró que las medidas preventivas de tipo evitativas resultaron ser predictoras de una declinación en el bienestar percibido y que el uso de estrategias de aproximación lo incrementaron (Kim et al., 2022). Otra investigación llevada a cabo en

Alemania refleja que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema fueron más utilizadas por los adultos mayores durante este contexto, aún en aquellos de edades muy avanzadas. Incluso, esta población, utiliza menos estrategias centradas en la emoción, y estima que el riesgo de COVID es menor, en comparación con más jóvenes (Gerhold, 2020). En este contexto, los adultos mayores implementaron más estrategias activas, como la *acceptance-based coping* (afrontamiento por aceptación) (Polizzi et al., 2020), como mantenerse ocupado (con proyectos y metas personales), recurrir al humor (Kar et al., 2021), solicitar asistencia/apoyo social (Arguello Pitt et al., 2020) y tener un pensamiento positivo (optimismo, aceptación y fe) (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). A su vez, reportaron frecuencia en realización de actividad física, siendo esta, al igual que la solución de problemas y la conexión social, estrategias protectoras contra cuadros depresivos, ya que promueven emociones positivas (Fuller & Huseth-Zosel, 2021; Valero Cedeño et al., 2020).

2.5.5.4 Afrontamiento y cognición

Los estudios que indagan la relación entre el afrontamiento al estrés y las funciones cognitivas son cada vez más frecuentes y relevantes, específicamente en población de adultos mayores con o sin algún grado de deterioro cognitivo. Es lógico pensar que la corteza prefrontal, encargada de las funciones ejecutivas, participa en la regulación de las respuestas conductuales y biológicas que se activan frente a distintos estresores. Se encontró que los déficits de memoria y los problemas ejecutivos se asocian al afrontamiento, específicamente, evitativo. En un estudio de pacientes con diagnóstico de Parkinson, cuadro en donde está afectada la corteza prefrontal, se encontró que el bajo rendimiento ejecutivo y los déficits mnésicos pueden predecir un afrontamiento evitativo y mayor dificultad para valorar eficazmente los estresores. A su vez, estos pacientes que pueden presentar estados afectivos negativos tienen menor eficiencia en los procesos atencionales (exclusivamente la dirección de la atención selectiva) (Santesmases-Montalbán et al., 2010).

Evidencia empírica también afirma una relación entre las conductas de afrontamiento y el deterioro cognitivo. Un mayor uso de afrontamiento por evitación se encontró significativamente relacionado a la demencia y al DCL; incluso, al controlar la edad, el sexo, la educación, la depresión, antecedentes médicos y el consumo de alcohol o tabaquismo (Shikimoto et al., 2022). Esto vuelve a afirmar que la evitación se asocia a una estrategia menos adaptativa. Otros hallazgos afirman que la presencia de estrés empeora y acelera la patología neurodegenerativa, como la EA, Parkinson y enfermedad de Huntington (Peña-Bautista et al., 2020). En un estudio con paciente con DCL, al indagar acerca de sus creencias con respecto al diagnóstico, se encontró que los participantes con menor sintomatología y creencias más positivas con respecto a la enfermedad (que no es crónica y es controlable, por ejemplo), implementan menos estrategias de afrontamiento disfuncionales y menos estrategias centradas en el problema o en la emoción (Lin & Heidrich, 2012). En adición, otra investigación que buscó conocer las estrategias de afrontamiento implementadas por pacientes recientemente diagnosticados con DCL y sus familiares, concluye que estos activan estrategias funcionales (aceptación y aproximación) con mayor frecuencia que estrategias disfuncionales (como sería la distracción) (McIlvane et al., 2008).

En concordancia con esto, distintos estudios buscan explicar de qué manera se relaciona lo anímico con lo cognitivo. Las estrategias de afrontamiento por evitación involucran un componente emocional y por eso es relevante mencionar estos hallazgos aquí. La capacidad cognitiva contribuye al control de la respuesta emocional y a la implementación de estrategias de afrontamiento. Schmeichel & Tang (2015) sostienen que el afecto negativo empeora el control inhibitorio y la actualización de la memoria. El control inhibitorio permite la supresión expresiva (reducción de expresiones externas de la emoción), mientras que la actualización puede favorecer la revalorización (generación y mantenimiento de valoraciones no emocionales frente a eventos estresantes). A su vez, la inhibición y la memoria de trabajo

parecen contribuir a la supresión exitosa de expresiones emocionales socialmente inapropiadas y al éxito de la reevaluación. Además, un elevado rendimiento en la fluencia verbal también parece predecir una mejor regulación emocional. En adición, un mejor funcionamiento ejecutivo, predice menores aumentos del estado de ánimo negativo relacionados con el estrés, pero más estresores. Esto implica que los adultos con mejor capacidad cognitiva experimentan o perciben más estresores, pero menores cambios anímicos en respuesta a los mismos. A su vez, las personas con mayor capacidad de memoria de trabajo suprimen (y regulan) de manera más eficiente las expresiones de emociones negativas y positivas (Schmeichel et al., 2008; Schmeichel & Tang, 2015).

Investigaciones posteriores buscaron comprender cómo se relacionan la exposición a estresores y el funcionamiento cognitivo general en adultos. En lo que refiere a memoria de trabajo y de largo plazo, los hallazgos indican que la reciente exposición al estrés vital se asocia con un peor rendimiento en estas funciones. A su vez, afirman un peor rendimiento en la memoria en general y que los estresores ejercen efectos sustanciales sobre la misma. Sin embargo, hay cierta controversia en la naturaleza de esta asociación y las diferencias pueden deberse al tipo específico de estresor al cual la persona esté expuesta. Por su parte, el estrés agudo (evento único y de corta duración), puede tanto mejorar como perjudicar la codificación de la memoria, al mismo tiempo que mejorar la retención y perjudicar la recuperación. Por el contrario, el estrés crónico (dificultad continua y persistente), tiende a perjudicar a la memoria y a la habilidad para aprender nueva información (Shields et al., 2017; Zárata et al., 2014). Además, no solo se encontraron asociaciones entre la reciente exposición al estrés vital y el rendimiento objetivo en memoria, sino que los participantes efectivamente percibían más y reportaban más problemas de memoria (queja subjetiva de memoria más alta) (Shields et al., 2017).

Figura 8

Puntos claves del apartado 2.5.5

MECANISMOS DE ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO

Puntos claves

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

- Son procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.
- El objetivo de la activación de las mismas es mantener la adaptación psicosocial y paliar los efectos negativos del estrés.
- Modelo Transaccional de Coping (de Moos) comprende al afrontamiento como un proceso constante de interacción, entre el contexto negativo y los recursos de la persona.
- Las estrategias de Aproximación (centradas en el problema) se describen como más adaptativas.
- Las estrategias de Evitación (centradas en la emoción) se describen como menos adaptativas.
- Las personas parecerían implementar, de manera consistente, similares estrategias de afrontamiento a lo largo de distintos ámbitos y eventos vitales
- Los diferentes momentos y eventos estresantes de la vida son percibidos de distinta forma según la edad, el género, el nivel socioeconómico y la educación.
- Un mayor uso de Evitación se relaciona a mayor riesgo de padecer una demencia o DCL.

2.6 Conclusión y síntesis

En conclusión, la vejez es una etapa heterogénea, de mucho cambio y vulnerabilidad, donde el declive cognitivo es esperable, y suele activar mecanismos para paliar las pérdidas que ese declive trae aparejado. En base a todo lo previamente desarrollado, queda en evidencia la importancia de conocer y estudiar cuáles son los distintos factores que se encuentran involucrados con un mejor envejecimiento y, consecuentemente, mejor rendimiento cognitivo general y de la memoria específicamente.

Ante la declinación cognitiva y las QSM, usualmente, al momento de realizar una evaluación neuropsicológica, para determinar el perfil diagnóstico del paciente, se administran pruebas que testean las distintas funciones cognitivas. Por lo general, se realiza una valoración de rendimiento estático. En estas evaluaciones, es menos frecuente la evaluación del potencial de aprendizaje y de otros componentes que pueden estar afectando al rendimiento cognitivo y a la persona en general. Si no son atendidos, estos factores pueden representar oportunidades desaprovechadas para una intervención efectiva, perjudicando el proceso de envejecimiento de la persona. Aunque las QSM son frecuentes y persistentes, no suelen evaluarse en profundidad

en el consultorio y se registran simplemente como un motivo de consulta. No se indaga acerca de hacia qué apuntan estas quejas, cuáles son los olvidos específicos y con qué frecuencia e intensidad ocurren. Además, no se profundiza en el impacto real que estas tienen en las actividades de la vida diaria ni en cómo podrían afectar la autonomía y el bienestar del adulto mayor. Por otro lado, la bibliografía ha dejado en evidencia que la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel de reserva y de plasticidad cognitiva son variables que ejercen peso sobre el funcionamiento cognitivo. A su vez, son variables que pueden ayudar o perjudicar en la percepción del propio declive y en la aparición de QSM. Por esto, también deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar una evaluación.

Al realizar la evaluación neuropsicológica, a menudo no se incluye una evaluación exhaustiva que explore la esfera anímica y los mecanismos adaptativos del paciente, los cuales podrían ser valiosos para un diagnóstico y tratamiento más ajustado, incluso antes de que pudiera expresarse una patología neurodegenerativa. Es común utilizar un test de *screening* de depresión o de malestar psicológico, pero hay poca evidencia que compruebe del abordaje de variables tales como el afrontamiento al estrés, las estrategias de compensación o el bienestar psicológico.

Las estrategias de compensación y de afrontamiento pueden aportar información complementaria a la valoración del estado cognitivo, afectivo y, sobre todo, de los recursos potenciales para adaptarse al día a día. Como se mencionó, el afrontamiento puede predecir bienestar psicológico. Los antecedentes sugieren la necesidad de un examen más detallado del efecto del afrontamiento en la prevención del deterioro cognitivo y lo posicionan como un posible objetivo de intervención psicológica. Así, abordar y modificar estas conductas podría, no solo mejorar la salud mental y cognitiva, sino también proporcionar una oportunidad para intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas.

Es en este contexto que los adultos mayores pueden optar por un rol activo y poner en marcha estrategias cognitivas (como serían las estrategias de compensación) y psicológicas (estrategias de afrontamiento) para mantener su adaptación, aumentar el bienestar y reducir la depresión. Los mecanismos de adaptación al envejecimiento cognitivo, que incluyen la plasticidad cerebral, el potencial de aprendizaje, la compensación y la reserva cognitiva, son esenciales para mantener un funcionamiento cognitivo saludable a lo largo de la vida. Junto con el afrontamiento, estos conceptos proporcionan una comprensión profunda de cómo el cerebro puede reorganizarse y adaptarse para enfrentar los cambios asociados con el envejecimiento.

CAPÍTULO III: MÉTODO

En el siguiente apartado se explica cómo se desarrolló el enfoque metodológico de la tesis. El diseño, el proceso de selección y acceso a la muestra, la elección de los instrumentos para recopilar datos (con adaptaciones cuando fueron necesarias) y el análisis de estos datos, se realizaron teniendo en cuenta la revisión de la literatura existente y reciente, los objetivos específicos del presente trabajo y la factibilidad de llevar a cabo esta investigación.

3.1 Diseño de la investigación

El presente estudio tuvo un diseño empírico cuantitativo no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional (Montero & León, 2007). Los datos fueron recolectados para esta investigación y, por ende, son originales. Al ser de diseño no experimental, se entiende que no existió manipulación de variables; con un corte transversal que da cuenta que los datos fueron tomados en un mismo momento. El alcance descriptivo correlacional pretende describir cómo se comportan las variables y compararlas según diferentes grupos, buscando identificar la existencia de relaciones.

3.2 Población y participantes

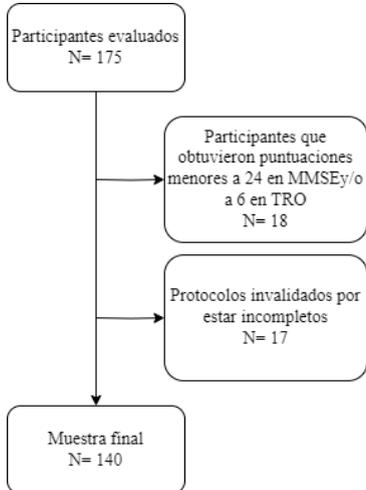
La población de la presente tesis se conformó por adultos mayores a 60 años residentes en Buenos Aires, de la población general, que asistían a Centros de Jubilados o que consultaron en un Consultorio de Neuropsicología privado. Para tal fin se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

Como criterio de exclusión, se buscó que los participantes no presentaran deterioro cognitivo global (puntuación superior a 24 en la prueba de *screening Mini Mental State Examination* y superior a 6 en el Test del Reloj), que supieran leer y escribir y que no presentaran disminuciones en su visión o audición significativas (o, si las presentaran, utilicen anteojos o audífonos para compensarlas). Así, se excluyeron un total de 35 casos: 18 que

obtuvieron puntuaciones menores a 24 en la prueba MMSE y 17 cuyos protocolos fueron invalidados por estar incompletos. Esto mismo se grafica en el siguiente Diagrama de Flujo.

Figura 9

Diagrama de Flujo de la muestra evaluada para esta tesis



La muestra final del estudio en cuestión estuvo compuesta por 140 adultos mayores, con una mínima de edad de 60 y un máximo de 91 años ($M=72,79$; $DE=8,02$). En relación al sexo, un 60% fueron mujeres ($n=84$). Los años de educación de los participantes oscilaron entre 2 y 23, con una media de 14,35 ($DE=3,95$) y un 56,4% presentaron un nivel superior de RC. La mayoría (92,7%; $n=127$) tienen al menos un hijo y un 73,6% ($n=103$) no viven solos. Con respecto al estado civil, un 60% ($n=84$) estaban casados y un 20% ($n=28$) eran viudos. Al consultarles por antecedentes neurológicos, un 85,7% ($n=120$) contestó que no tenía y un 87,1% ($n=122$) tampoco reportó antecedentes psiquiátricos. En la Tabla 4 se ordenan estos datos descriptivos sintetizados.

Tabla 4

Descripción de las variables sociodemográficas de la muestra total

Variables		<i>n</i>	%
Género	Femenino	84	60%
	Masculino	56	40%

Estado civil	Soltero	4	2,9%
	Casado	84	60%
	Separado	4	2,9%
	Divorciado	20	14,3%
	Viudo	28	20%
Descendencia	Sí tiene hijo	127	92,7%
	No tiene hijo	13	7,3%
Vivienda	Sí vive solo	37	26,4%
	No vive solo	103	73,6%
Antecedentes	Psiquiátricos (no)	120	85,7%
	Neurológicos (no)	122	87,1%
	Hipertensión	25	17,9%
	Colesterol	17	12,1%
	Diabetes	29	20,7%
	Ninguna	61	43,6%
Reserva Cognitiva	Inferior	5	3,6%
	Media-baja	13	9,3%
	Media-alta	40	28,6%
	Superior	79	56,4%

La muestra provino de diversos ámbitos (consultorio, centros de jubilados y población cercana a la doctoranda y allegados). Según esta procedencia, un 36,5% ($n=51$) pertenecían a la Población General y un 63,6% ($n=89$) a la Población Consultante. Con el objetivo de comprender ambos grupos en profundidad, se efectuaron análisis para analizar la homogeneidad de la muestra. Ambos grupos son casi homogéneos en sus características sociodemográficas (edad, reserva cognitiva y distribución del sexo), y solo se diferencian en los años de educación (con tamaño del efecto pequeño). La siguiente Tabla 5 muestra los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas, donde el grupo de Población

Consultante presenta significativamente más años de escolaridad que el grupo de Población General.

Tabla 5

Variables sociodemográficas según procedencia de la muestra.

Variables sociodemográficas	Población General	Población Consultante
Edad (<i>M; DE</i>)	72,16 (9,52)	73,15 (7,06)
Años de educación (<i>M; DE</i>)	13,46 (5,02)	14,85 (3,09)*
RC (<i>M; DE</i>)	14,04 (4,31)	15,02 (4,19)
Sexo (Frecuencia; %)	F=36 (70,6%) M=15 (29,4%)	F=48 (53,9%)

*Diferencias significativas mediante prueba T de Student ($t = -2,02$ (138); $p = 0,04$). El tamaño del efecto calculado es bajo ($d = 0,24$).

3.3 Técnicas para la Recolección de los Datos

En función de las variables en la cuales se basó esta tesis, los instrumentos que se utilizaron para evaluarlas se detallan a continuación.

3.3.1 Recopilación de datos generales y factores sociodemográficos

Entrevista semidirigida (basada en las Encuestas del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina, 2017) que incluye: datos del participante (nombre, sexo, edad, nivel educativo, ocupación, estado civil), antecedentes médicos (psiquiátricos, neurológicos y nutricionales) y con quién vive.

Cuestionario de Reserva Cognitiva (Martino et al., 2021; Rami González et al., 2011). Es un cuestionario autoadministrable sencillo, útil y rápido, que no demora más de 3 minutos en su toma. Está conformado por ocho dimensiones que son las consideradas por los autores como factores de la reserva cognitiva. La primera, es el máximo nivel educativo alcanzado por la persona, que se califica en: (0) sin estudios, (1) lee y escribe de manera autodidacta, (2) menos de 6 años, (3) primaria (más de 6 años), (4) secundaria 9 o más años y (5) superior

diplomatura/licenciatura. Luego, se evalúa la escolaridad de los padres (tomando el nivel superior entre ambos) puntuándose en: (0) no escolarizados, (1) básica o primaria y (2) secundaria o superior. A continuación, se considera la ocupación laboral con los siguientes criterios: (0) no cualificado o ama de casa, (1) cualificado manual, (2) cualificado no manual, (3) profesional y (4) directivo. A su vez, se le preguntan cuántos cursos de formación realizó: (0) ninguno, (1) uno o dos, (2) entre dos y cinco y (3) más de cinco. También, se le pregunta si (2) tiene formación musical regalada, (1) es aficionado tocando algún instrumento o escucha poco, (0) o no toca ni escucha. Asimismo, se indaga acerca de cuántos idiomas maneja, que, para este trabajo, se consideró la adaptación argentina (Martino et al., 2021), que puntúa al idioma de la siguiente manera: (0) solamente el idioma materno, (1) dos idiomas, (2) tres idiomas y (3) más de tres idiomas. Igualmente, se indaga sobre la frecuencia de la actividad lectora: (0) nunca, (1) ocasionalmente (incluye diario/un libro al año), (2) entre dos y cinco libros al año, (3) de 5 a 10 libros al año y (4) más de 10 libros al año. Por último, se cuestiona acerca de la frecuencia con que practica juegos intelectuales: (0) nunca o alguna vez, (1) ocasional (entre 1 y 5 al mes) y (2) frecuente (más de 5 al mes).

Para obtener la puntuación total de la escala, se debe sumar cada una de las dimensiones, con un puntaje máximo de 25 puntos. A mayor puntaje le corresponde mayor nivel de reserva cognitiva. Los cuartiles obtenidos por los autores originales (Rami et al., 2011) clasifican a la reserva cognitiva en cuatro grupos: inferior (menor a 6 puntos), media-baja (entre 7 y 9 puntos), media-alta (entre 10 y 14) y superior (mayor a 15 puntos). Los resultados obtenidos en una población argentina de 203 adultos mayores indican una confiabilidad aceptable de 0,72 (Martino et al., 2021).

3.3.2 Evaluación del rendimiento cognitivo general, del potencial de aprendizaje y aspectos cognitivos asociados (QSM)

Rendimiento cognitivo general

Mini Mental State Examination – MMSE (Allegri et al., 1999; J. Butman et al., 2001; Folstein et al., 1975; Lobo et al., 1999). Este instrumento es ampliamente utilizado en la clínica neuropsicológica por ser de fácil administración y de muy sencilla puntuación. Permite al profesional valorar el estado cognitivo del participante en diferentes funciones. En primer lugar, se evalúa la orientación témporo-espacial, solicitándole que indique la fecha (día, número, mes, año), la estación y dónde se encuentra actualmente (lugar, calle, piso, ciudad, país). Luego, se evalúa la fijación y memoria inmediata pidiendo que repita tres palabras. La atención y memoria de trabajo se pone a prueba solicitándole que realice una serie de restas. A continuación, se evalúa la memoria a largo plazo, consultándole si recuerda las tres palabras anteriormente mencionadas. Por último, una serie de pruebas indagan acerca del lenguaje, la denominación, la escritura y las praxias.

En función del rendimiento del participante, cada ítem lleva una puntuación determinada, con un puntaje máximo de 30. El puntaje de corte recomendado a nivel internacional para pacientes geriátricos se ubica en 24, reportando una especificidad del 75% y sensibilidad de 89%. La versión local establece baremos y puntajes de corte estratificados por edad y nivel educativo (Butman et al., 2001), que fueron considerados para esta investigación.

Test del Reloj (Cacho Gutiérrez et al., 1999; López et al., 2014; Sunderland et al., 1989). Esta prueba de *screening* es un instrumento sensible para la detección de Enfermedad de Alzheimer y de deterioro cognitivo. Evalúa funciones visoespaciales y motoras, además de la comprensión auditiva, memoria, planificación, atención sostenida e inhibición. La consigna consiste en solicitarle al participante que dibuje en una ojo en blanco, un reloj redondo, con todos los números en orden y que las agujas indiquen un determinado horario. Se puntúa en una escala de 0 a 10, considerando la esfera (0 a 2 puntos), los números (0 a 4 puntos) y las agujas (0 a 4 puntos). El puntaje de corte para demencia de grado leve es ≤ 6 puntos, demostrando una sensibilidad del 92,8% y una especificidad del 93,5%.

Test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica (Butman et al., 2000). Es una prueba de evocación verbal que evalúa las funciones ejecutivas y la capacidad de almacenamiento, recuperación y evocación de información, sensible a alteraciones cognitivas. Para la misma, se le pide al participante que, en el tiempo limitado de un minuto, diga la mayor cantidad de palabras que empiecen con la letra “p” (fonológica) que se le ocurran, exceptuando sustantivos propios, como nombres o lugares. Luego, se le repite la consigna, pero se le pide que diga la mayor cantidad de animales (categoría semántica) que se le ocurran. Los baremos locales están estratificados según fluencia verbal semántica o fonológica en edad y nivel educativo, lo cual permite identificar si el participante se ubica, o no, dentro de un rendimiento esperable.

Frontal Assessment Battery (Aschiero et al., 2019; Dubois et al., 2000; Rodríguez del Álamo et al., 2003). Es una herramienta de *screening* que detecta la presencia y/o severidad de síndromes disejecutivos. La versión original se titula *bedside*, por ser plausible de tomar al costado de la cama y de forma rápida y corta. La puntuación total es de 18 puntos, y el puntaje de corte es 16, con una capacidad de discriminar controles de pacientes del 89%. Consta de seis pruebas que se puntúan entre 0 y 3 que son las siguientes:

1. Conceptualización (se le pide al participante que abstraiga y diga qué tienen en común dos/tres objetos, por ejemplo: mesa y silla, rosa tulipán y margarita)
2. Flexibilidad mental (lo mismo que se evalúan en Fluencia Fonológicas, la mayor cantidad de palabras que empiecen con p que puede decir el evaluado en un minuto)
3. Programación motora (implica copiar tres movimientos sencillos y consecutivos que hace el evaluador y luego el participante debe hacer solo)
4. Sensibilidad a la interferencia (se la da la instrucción de que, si el evaluador golpea una vez, el evaluado debe golpear dos veces; y que, si el evaluador golpea dos veces, el evaluado debe golpear una. Se hace una secuencia de golpes).

5. Control inhibitorio (se cambia la consigna anterior y se le dice al sujeto que cuando el evaluador golpea una vez, él debe hacer lo mismo, y que cuando golpee dos veces, debe quedar su mano quieta, no debe hacer nada).
6. Autonomía ambiental (se pide al sujeto que estire ambas manos y, el evaluador poniendo las suyas por encima, le dice que no las tome).

Prueba Dígitos Directo e Inverso (Wechsler, 1997). Son dos pruebas extraídas de la batería WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) que tienen como objetivos evaluar la atención sostenida y alternante/memoria de trabajo, así como la concentración y la habilidad de procesar información auditiva. En la primera parte, Dígitos Directo, se leen en voz alta una secuencia de números y se le pide al evaluado que la repita en el mismo orden. Se comienza leyendo una secuencia de dos cifras y eso va en aumento, suspendiendo la toma cuando el evaluado falle dos veces consecutivas en el mismo nivel de dificultad. En la parte siguiente, Dígitos Inverso, se lee otra secuencia de números, pero se le pide al paciente que en este caso las repita en el orden inverso al cual se le presentaron. Esta segunda parte también se suspende cuando hay dos errores seguidos con la misma cantidad de cifras.

Trail Making Test A & B (Margulis et al., 2018). Es una prueba que evalúa la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas y la habilidad de atención y rastreo visual. En la parte A, se le presenta al participante una fotocopia con círculos numerados que se encuentran dispersos. Se le explica que, en el mejor tiempo posible, debe unirlos con una misma línea continua, de manera ascendente (empezando en el 1 y terminando en el 25). En la parte B, la consigna es similar, el participante tiene que seguir haciendo una línea continua uniendo círculos dispersos, pero en este caso debe ir alternando ascendentemente entre un número y una letra (en orden creciente y alfabético, como sería 1-A-2-B-3-C). En ambas instancias, el evaluador debe registrar si hay errores y tomar el tiempo que le lleva completar cada parte.

Potencial de aprendizaje

Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, versión Potencial de Aprendizaje (Calero & Navarro-González, 2006; M.-J. González Aguilar & Grasso, 2018; Rey, 1964). El test está basado en el modelo de evaluación dinámica y busca conocer el rendimiento en la memoria episódica de los participantes. El mismo consiste en pedirle al participante que escuche atentamente una lista de 15 palabras y que intente repetir todas las que se acuerde en cada intento. Se aclara que, en cada uno de los 6 intentos, puede repetir palabras que haya dicho en el anterior y que no importa el orden en que las diga. En los primeros dos intentos (1 y 2), se administra la lista de manera tradicional, con un tono monótono y sin ampliar las consignas, diciéndole “ahora le leeré en voz alta la misma lista, y tiene que decirme todas las palabras que recuerde, las que ha acabado de decir, y otras nuevas que vaya recordando si puede”. En los intentos 3 y 4 se introducen condiciones de optimización, recurriendo a la mediación y motivación del participante. Se incluyen comentarios como: “Siga así”, “lo ha hecho muy bien, ha recordado (...) palabras, que fueron las siguientes...”, “ha mejorado en comparación con el intento anterior, ya que dijo (...) palabras más que antes”, “siga prestando atención para que cada vez recuerde más palabras”, “por favor, intente concentrarse solamente en las palabras, no se distraiga con ruidos u otras cosas”, “busque algún modo de recordar mejor.” Además, en estos intentos, se recalcan y leen de manera enfática las palabras que el participante no está repitiendo. En los últimos dos intentos (5 y 6) se vuelve a la consigna estándar. Luego, para evaluar la memoria diferida y de largo plazo, pasados los 20-30 minutos del intento 6, se le solicita al paciente que repita libremente las palabras que recuerda de la lista que anteriormente se le leyó. Por último, se procede a la fase de reconocimiento, donde se le brinda una lista con muchas palabras y se le solicita que señale cuáles de esas recuerda que estaban en la lista original.

Cada intento permite comprender el rendimiento en distintas fases de la memoria, como lo son la codificación, la recuperación y el almacenamiento. A su vez, se puede inferir el

rendimiento en memoria de corto plazo (intento 6) y de largo plazo (intento 7). Por último, con esta modalidad, la prueba otorga un valor de puntaje de ganancia, ubicando al participante como No Ganador o Ganador (si logró beneficiarse de la mediación y mejorar su rendimiento). El mismo se calcula restando el promedio de los últimos dos intentos (post-test) y el promedio de los dos primeros (pre-test). Originalmente, los hallazgos de Calero García (2004) en una población de adultos mayores con nivel educativo bajo-medio, evidenciaron que un puntaje de ganancia igual o mayor a 3 pertenecía a participantes Ganadores. Una investigación posterior, en población argentina con un nivel educativo medio-alto, ubicó a los sujetos Ganadores como aquellos que superaban los 4,57 puntos (González Aguilar & Grasso, 2018). Este será el puntaje de corte considerado en el presente estudio.

Esta modalidad de evaluación demostró validez de constructo en población de adultos mayores, denotando que existe una elevada concordancia entre esta prueba y el test de Winsconsin versión potencial de aprendizaje (que sostiene una modalidad de evaluación pre-test -entrenamiento/mediación- post-test). Ambas evalúan habilidades diferentes, pero denotan mejoras en el rendimiento producido por la mediación (Calero & Navarro, 2006).

Quejas Subjetivas de Memoria

Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria (Maroto, 2000; C. D. Mías, 2008). El mismo consiste en un cuestionario de autoreporte por el medio del cual se evalúa el tipo y la frecuencia de distintos olvidos. Se indaga acerca de olvidos cotidianos, dificultades en recordar palabras, olvidos del lenguaje, actos involuntarios o distracciones. Además, hay ítems agregados por Mías (2008) orientados a olvidos propios de la demencia, como la manipulación de objetos de uso diario, el significado de palabras conocidas y olvidarse que tenía que acordarse de algo. Está conformado por 20 ítems que van del 1 al 10, indagando la frecuencia de olvidos en el último mes según: casi nunca (1-2), a veces (3-4-5), con frecuencia (6-7-8) y

casi siempre (9-10). El puntaje total se obtiene sumando todos los valores (máximo 200 y mínimo 20) y luego se divide por la cantidad total de ítems (20). Así, se obtiene un valor que oscila entre 1 y 10, donde un puntaje mayor a 5 estaría dando cuenta de una queja subjetiva de frecuencia creciente y considerable. Al realizar el análisis de fiabilidad, dio similar al reportado por Bazán y colaboradores (2018) que era $\alpha = 0,95$. Este estudio presentó un Alpha de Cronbach $\alpha = 0,92$.

3.3.3 Evaluación de mecanismos adaptativos (compensación y afrontamiento)

Cuestionario de Estrategias de Compensación (Aschiero et al., 2020; Dixon et al., 2001; Meléndez, Mayordomo, et al., 2013). El cuestionario de autoreporte permite indagar acerca de qué estrategias se ponen en juego para compensar los desafíos cognitivos que va atravesando la persona a lo largo de su vida. Consta de 45 ítems con respuesta tipo Likert, cuando indaga frecuencia va desde 1 (“nunca”) a 5 (“siempre”), y, en ítems donde se le solicita que se compare con 5-10 años atrás, va desde 1 (“mucho menos”) a 5 (“mucho más”). Consta de cinco escalas principales que evalúan dimensiones diferentes (que se sintetizan en la siguiente tabla 6). Se analizó la fiabilidad de la escala mediante Alpha de Cronbach y se reportan los siguientes valores: Escala Total ($\alpha = 0,89$); Externo ($\alpha = 0,68$); Interno ($\alpha = 0,71$); Tiempo ($\alpha = 0,58$); Confianza ($\alpha = 0,69$); Esfuerzo ($\alpha = 0,59$); Éxito ($\alpha = 0,71$) y Cambio ($\alpha = 0,73$).

Tabla 6*Estrategias de compensación de memoria*

Dimensión	Ítems que la componen	Definición	Clasificación
Externa	1, 6, 13, 18, 21, 24, 27 y 30	Apoyos como notas y calendarios.	Más adaptativa
Interna	22, 23, 25, 28, 31, 33, 36, 38, 40 y 43	Estrategias nemotécnicas para la promoción de las funciones memorísticas.	Más adaptativa
Tiempo	2, 5, 11, 15 y 26	En qué medida las personas utilizan más tiempo para la ejecución de ciertas tareas.	Más adaptativa
Confianza	3, 9, 12, 14 y 17	Apoyo en otras personas.	Menos adaptativa
Esfuerzo	4, 7, 10, 20, 32 y 37	Desarrollo de estrategias de cara a la ejecución de las tareas de memoria, de manera que el sujeto se concentre más e incremente su esfuerzo.	Más adaptativa
Éxito	8, 16, 35, 39 y 42	En qué medida los sujetos están comprometidos para obtener un nivel alto en la consecución de tareas relacionadas con la memoria	-
Cambio	19, 29, 34, 41, 44 y 45	Percepción de cambios en el uso de las anteriores estrategias de compensación en los últimos 5-10 años.	-

Nota: el valor de cada dimensión se calcula sumando el puntaje seleccionado en cada ítem y dividiendo el total por la cantidad de ítems que componen esa dimensión.

Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos - Coping Response Inventory (Aceiro et al., 2020; Aceiro & Grasso, 2022a; Moos, 1995; Ongarato et al., 2009). Se incluyó la presente escala de manera autoadministrable, por ser acotada y fácil de completar por los participantes. El inventario CRI-Y (Moos, 1995), en su versión original, consta de 48 ítems. La adaptación lingüística y psicométrica (Ongarato et al., 2009) de la escala utilizada en la presente investigación, es una versión reducida compuesta por 22 ítems. Aceiro y colaboradores (2020) modificaron dos ítems para la población de adultos mayores y trabajaron en las propiedades psicométricas de la escala (Aceiro y Grasso, 2022a). La consigna consiste, primeramente, en pedirle al encuestado que describa una situación difícil o estresante que haya vivido en el último año. Luego, con esa situación en mente, debe completar con qué frecuencia (en una escala tipo Likert de 0 a 3 – nunca, pocas veces, muchas veces y siempre -) recurrió a las distintas afirmaciones que la escala propone. Los ítems permiten identificar cuatro estilos de afrontamiento, que se subdividen en escalas, para las cuales se calculó el Alpha de Cronbach correspondiente: Aproximación Cognitiva ($\alpha = 0,54$), Aproximación Conductual ($\alpha = 0,74$), Evitación Cognitiva ($\alpha = 0,28$) y Evitación Conductual ($\alpha = 0,54$). El análisis de fiabilidad realizado para la escala Total fue $\alpha = 0,76$. La Tabla 7 resumen cada una de estas estrategias, con los ítems que las conforman, su definición y la clasificación que se les ha otorgado de acuerdo a la bibliografía relevante sobre el tema.

Tabla 7
Estrategias de afrontamiento de la escala CRI-AM

Estrategia	Ítems que componen	la Definición	Clasificación
Aproximación Cognitiva	1, 3, 10, 11, 14, 16 y 17	Esfuerzo por cambiar la percepción de la situación estresante modificando pensamientos, creencias o actitudes.	Más adaptativa

Aproximación Conductual	2, 4, 6, 12, 15 y 18	Enfrentar activa y directamente el estresor mediante acciones concretas.	Más adaptativa
Evitación Cognitiva	7, 8, 13, 19 y 20	Evitar o suprimir pensamientos o emociones relacionadas con el estresor.	Menos adaptativa
Evitación Conductual	5, 9, 21 y 22	Evitar y alejarse de forma comportamental de la situación estresante.	Menos adaptativa

Nota: el valor de cada estrategia se calcula sumando el puntaje seleccionado en cada ítem y dividiendo el total por la cantidad de ítems que componen esa estrategia.

3.3.4 Evaluación del estado anímico

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage – GDS (Tartaglini et al., 2017, 2021). La presente escala permite identificar, de manera ágil y sencilla, la presencia de sintomatología depresiva (percibida como malestar psicológico) en el adulto mayor. La misma está conformada por 15 preguntas cerradas que se le hacen al participante y que debe contestar sí o no. Se asigna un punto a las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 respondidas por “No” y a las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 respondidas por “Sí”. El puntaje máximo de la escala es de 15 puntos, donde un puntaje entre 0 y 4 indicaría normalidad, entre 5 y 8 depresión leve, entre 9 y 11 depresión moderada y entre 12 y 15 depresión severa. Así, el puntaje de corte se ubicaría en ≥ 5 . Cuenta con una sensibilidad del 81,1% y una especificidad del 76,7%. En el presente estudio, teniendo en cuenta que los criterios de inclusión/exclusión no consideran la posibilidad de incluir personas con estado depresivo mayor, se considerará que las puntuaciones reflejan indicadores de malestar psicológico

Escala de Bienestar Psicológico Ryff (Aranguren & Irrazabal, 2015; Caro et al., 2019; Díaz et al., 2006). La misma se encuentra compuesta por 39 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), donde una

mayor puntuación indica mayores niveles de bienestar. Hay ciertos ítems que se deben rotar ya que se encuentran escritos de manera inversa (2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34 y 36). Los ítems son afirmaciones que evalúan el bienestar psicológico general y seis dimensiones del mismo (organizadas en la siguiente Tabla 8). El Alpha de Cronbach para la escala Total fue $\alpha = 0,86$, similar al publicado por Caro y equipo (2019) en una población semejante.

Tabla 8

Dimensiones del bienestar psicológico de la escala de Ryff

Dimensión	Ítems que la componen	Definición
Autoaceptación	1, 7, 13, 19, 25 y 31	Evaluación sobre la propia vida, aceptando las cualidades positivas y negativas de la misma.
Relaciones Positivas	2, 8, 14, 20, 26 y 32	Vínculos íntimos y satisfactorios que tiene la persona
Autonomía	3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33	El ser independiente y tener capacidad de tomar decisiones sobre a propia vida
Dominio del Entorno	5, 11, 16, 22, 28 y 39	Percibir control sobre el mundo externo y aprovechar oportunidades para satisfacer necesidades personales.
Propósito Vital	6, 12, 17, 18, 23 y 29	Tener metas y dirigir el comportamiento hacia su consecución, otorgando sentido a la existencia
Crecimiento Personal	24, 30, 34, 35, 36, 27 y 38	Constante desarrollo, expandiendo y actualizando el propio potencial, receptivo a nuevas experiencias para cambiar y ajustar su conducta.

Nota: el valor de cada dimensión se calcula sumando el puntaje seleccionado en cada ítem y dividiendo el total por la cantidad de ítems que componen esa dimensión.

Con el fin de sintetizar y organizar la información previa, las siguientes tablas (ver Tabla 9 y Tabla 10) organizan los instrumentos según el tipo de administración (administrado por el evaluador o autoadministrable) y resumen las principales características de los mismos.

Tabla 9*Características principales de las técnicas neurocognitivas aplicadas en la tesis*

Técnica	Tiempo de administración (administrado por evaluador)	Dimensiones	Puntuaciones	Autores originales y posteriores validaciones
Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey, versión potencial de aprendizaje (8 trials)	12 minutos.	Rendimiento en A1, A2, A3, A4, A5, A6 y A7, PreTest, PostTest, Puntaje de Ganancia, Reconocimiento	0-15 (en cada trial)	Rey, 1964; Calero & Navarro, 2006; González Aguilar & Grasso, 2018.
Mini Mental State Examination (10 ítems)	5 minutos.	Orientación temporal y espacial, Fijación, Atención, Memoria, Repetición, Comprensión, Lectura, Escritura, Denominación, Copia	0-30 (puntaje de corte 24)	Folstein et al., 1975; Allegri et al., 1999; Butman et al., 2001.
Test del Reloj a la Orden (1 ítem)	3 minutos.	Unidimensional	0-10 (puntaje de corte 6)	Sunderland et al., 1999; Cacho et al., 1999; López et al., 2014.
Test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica	2 minutos.	Unidimensional	0-∞*	Butman et al., 2000
Frontal Assessment Battery (6 pruebas)	8 minutos.	Conceptualización, Flexibilidad Motora, Programación motora, Sensibilidad a la interferencia, Control inhibitorio, Autonomía ambiental.	0-18 (puntaje de corte 16)	Dubois et al., 2000; Rodríguez del Álamo et al., 2003; Aschiero et al., 2019.
Dígitos Directo e Inverso (2 pruebas)	4 minutos.	Unidimensional	0-9*	Wechsler, 1997.
Trail Making Test A & B (2 pruebas)	4 minutos.	Unidimensional	0-∞*	Margulis et al., 2018.

*puntaje bruto que puede ser convertido a puntaje Z según baremos normativos

Tabla 10*Características principales de los cuestionarios autoadministrables aplicados en la tesis*

Cuestionario	Tiempo de administración (autoadministrable)	Escala de respuesta	Dimensiones	Puntuaciones	Autores originales y posteriores validaciones
Cuestionario de Reserva Cognitiva (8 ítems)	5 minutos.	Likert de 0 a 5 (según cada ítem)	Nivel educativo propio, Escolaridad de los padres, Ocupación laboral, Cursos, Formación musical, Idiomas, Actividad lectora, Juegos intelectuales.	0-25	Rami González et al., 2011; Martino et al., 2021; Grasso et al., 2021.
Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria (20 ítems)	5 minutos.	Likert 1 a 10.	Unidimensional	1-10	Maroto, 2000; Mías, 2008.
Cuestionario de Estrategias de Compensación (45 ítems)	10 minutos.	Likert 1 a 5	Externa, Interna, Tiempo, Esfuerzo, Confianza, Éxito, Cambio	1-5	Dixon et al., 2001; Meléndez et al., 2013; Aschiero et al., 2020
Inventario de Respuestas de Afrontamiento (22 ítems)	6 minutos.	Likert 0 a 3.	Aproximación Cognitiva, Aproximación Conductual, Evitación Cognitiva, Evitación Conductual.	0-3	Moos, 1993; Ongarato et al., 2009; Aceiro et al., 2020.
Escala de Depresión Geriátrica (15 ítems)	3 minutos.	Dicotómica (sí-no)	Unidimensional	0-15 (puntaje de corte <5).	Martínez de la Inglesia et al., 2002; Tartaglino et al., 2017.
Escala de Bienestar Psicológico (39 ítems)	8 minutos.	Likert 1 a 6	Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito vital, Crecimiento personal.		Diáz et al., 2006; Aranguren & Irrazabal, 2015

3.4 Procedimiento para la recopilación de datos

Para acceder a la población objeto de este estudio, en primer lugar, se procedió al contacto de casos dentro del círculo social de la doctoranda; que posteriormente continuó por bola de nieve a partir de referencias proporcionadas por la muestra inicial. Por otro lado, para acceder a muestra heterogénea, se accedió a Centro de Jubilados gracias a los datos proporcionados por la Subsecretaría de la Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del estudio sobre Longevidad Saludable que se realizó entre el Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP-UCA) e ILSI (*International Life Sciences Institute*) (convenio RES n°: 01-17 CNV, año 2017-2019). Por último, se estableció un contacto con un consultorio neurológico, al cual asiste población consultante.

La recolección de los datos se realizó entre el 2019 y 2022. Durante el 2020 no se realizaron evaluaciones por el contexto de pandemia por COVID-19 y las regulaciones de aislamiento social y preventivo obligatorio. En el 2021 se retomó la recolección de datos, con las adaptaciones que fueran necesarias (uso de barbijo en la presencialidad y algunas evaluaciones de manera virtual), pero se procuró realizar las evaluaciones en un momento donde la pandemia estaba concluyendo y no había casi restricciones de circulación. La mayoría de los datos, de todos modos, se tomaron en el 2019 (en especial los pertenecientes a Centros de Jubilados y al consultorio privado).

En lo siguiente se detalla lo referente al procedimiento empleado en esta tesis para recopilar los datos, de acuerdo al contexto en el cual fue evaluado el participante. Como se detalló en el apartado Técnicas para la Recolección de Datos, el protocolo de evaluación consistía de dos partes: (1) una administrada por el profesional evaluador (evaluación neurocognitiva, que llevó unos 38 minutos aproximadamente por cada participante) y (2) otra autoadministrable (que fue respondida por el participante casi de manera individual en aproximadamente 38 minutos aproximados por cada uno). Tanto en el contexto de población

general como población consultante, en primer lugar, se le entregó a cada participante un consentimiento informado donde se le aclaraba que su colaboración era voluntaria y que los datos serían tratados con anonimato. En el contexto del consultorio, mientras el paciente aguardaba en la sala de espera, se le pedía que vaya completando el protocolo con las escalas autoadministrables y si no concluía en ese tiempo, continuaban dentro del consultorio, contando con la presencia de la evaluadora para cualquier duda. En el contexto de población general, en la mayoría de los casos, el protocolo autoadministrable se completaba después de la evaluación neurocognitiva y la evaluadora también evacuaba cualquier duda que pudiera surgir.

En ambos ámbitos, la evaluación neurocognitiva fue llevada a cabo por un profesional formado en neuropsicología y las tomas fueron individuales. Como es de público conocimiento, la salida a campo de la presente tesis fue atravesada por el contexto de la pandemia por COVID-19 y, según la situación particular y los protocolos sugeridos por las normativas locales, algunas evaluaciones sucedieron en el consultorio, el domicilio del participante, el Centro de Jubilados o por videollamada. Así, según correspondía, las técnicas fueron administradas en papel u online. En todos los casos se buscó que la evaluación fuera en un contexto aislado, sin ruidos o distracciones y que el participante cuente con las ayudas necesarias, según cada uno (anteojos, audífonos, etc.).

3.5 Variables

Con el objetivo de facilitar la comprensión de lo abordado en este estudio y los análisis de datos efectuados, en lo siguiente se describen las variables involucradas. Las mismas se clasificarán según variables de datos generales y sociodemográficos (ver Tabla 11), variables de rendimiento y aspectos cognitivos (Tabla 12) y variables de mecanismos adaptativos y estado anímico (Tabla 13).

Tabla 11*Variables de datos generales y sociodemográficos*

Variable	Descripción	Clasificación	Nivel de medición	Observaciones
Edad	Indica la edad del participante	Cuantitativa	De razón	Número entero entre 60 y 91.
Sexo	Indica el sexo del participante	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: femenino (1), masculino (2).
Estado civil	Indica el estado civil del participante	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: soltero (1), casado (2), separado (3), divorciado (4), viudo (5).
Hijos	Indica si el participante tiene o no hijos	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: sí tiene hijos (1), no tiene hijos (2).
Vive solo	Indica si el participante vive solo o no	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: sí vive solo (1), no vive solo (2).
Procedencia	Indica si el participante es consultante o de la población general	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: Población General (1), Población Consultante (2).
Educación	Indica los años de escolaridad alcanzados por el participante	Cuantitativa	De razón	Número entero entre 2 y 23.
Antecedentes psiquiátricos	Indica si el participante tiene o no antecedentes psiquiátricos	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: sí tiene antecedentes (1), no tiene (2).
Antecedentes neurológicos	Indica si el participante tiene o no antecedentes neurológicos	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: sí tiene antecedentes (1), no tiene (2).
Otros antecedentes	Indica si el participante tiene otros antecedentes	Cualitativa	Nominal	Opciones de respuesta: diabetes (1), hipertensión (2), colesterol (3), caídas (4), ninguno (5), varios (6).

Reserva Cognitiva (RC)

RC Estudios	Indica el máximo nivel educativo alcanzado por el participante	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: Sin estudios (1), lee y escribe de manera autodidacta (2), básica (3), primaria (4), secundaria (5), superior (6).
RC Escolaridad de los padres	Indica el máximo nivel escolar alcanzado por los padres del participante	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: No escolarizado (1), Básica o primaria (2), superior o universitaria (3). Se puntúa el máximo entre madre y padre.
RC Ocupación	Indica la ocupación principal actual o pasada del participante	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: No cualificado/ama de casa (1), cualificado manual (2), cualificado no manual (3), profesional (4), directivo (5).
RC Idiomas	Indica la cantidad de idiomas que maneja el participante	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: solo idioma materno (1), dos idiomas (2), tres idiomas (3), más de tres (4).
RC Cursos	Indica la cantidad de cursos realizados por el participantes	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: ninguno (1), uno o dos (2), entre dos y cinco (3), más de cinco (4).
RC Formación musical	Indica si el participante tiene formación musical	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: no toca instrumento ni escucha música (1), toca poco o escucha (2), formación musical reglada (3).
RC Juegos Intelectuales	Indica si el participante invierte su tiempo en juegos intelectuales (ajedrez, crucigramas, etc.)	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: nunca/alguna vez (1), ocasionalmente 2 a 5 veces por mes (2), frecuentemente más de 5 veces por mes (3).
RC Actividad lectora	Indica la frecuencia y cantidad de libros que lee el participante por año	Cuantitativa	Ordinal	Opciones de respuesta: nunca (1), ocasionalmente (2), 2 a 5 libros al año (3), 5 a 10 libros al año (4), más de 10 libros al año (5).

Tabla 12*Variables de rendimiento, potencial de aprendizaje y QSM*

Variable	Descripción	Clasificación	Nivel de medición	Observaciones
Valoración del estado cognitivo	Se evalúa mediante la prueba MMSE compuesta por 10 ítems.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa de todos los ítems de la prueba (que va entre 0 y 30). El puntaje de corte se ubica en 24.
<i>Rendimiento en memoria y potencial de aprendizaje</i>	Se evalúa con el RAVLT-PA que está compuesto por 8 trials.			
Memoria de corto plazo (y codificación)	Da cuenta del rendimiento en memoria de corto plazo del participante (trial A6).	Cuantitativa	Intervalar	Es la cantidad de palabras (puntaje bruto) que se obtuvo en el trial A6.
Memoria de largo plazo (y evocación libre)	Da cuenta del rendimiento en memoria de largo plazo del participante (trial A7).	Cuantitativa	Intervalar	Es la cantidad de palabras (puntaje bruto) que se obtuvo en el trial A7.
Reconocimiento	Da cuenta del rendimiento en reconocimiento/almacenamiento del participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es la cantidad de palabras (puntaje bruto) que se obtuvo en el trial Reconocimiento.
PreTest	Indica el rendimiento del participante en los primeros trials de la prueba.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de los trials A1 y A2.
PostTest	Indica el rendimiento del participante en los últimos trials de la prueba.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de los trials A5 y A6.
Puntaje de Ganancia	Ubica al participante como Ganador o No Ganador (que presenta o no plasticidad cognitiva)	Cuantitativa	Intervalar	Resultado de la resta entre el PostTest y el PreTest. Un participante es Ganador cuando supera los 4,57 puntos.

<i>Rendimiento en lenguaje</i>	Se evalúa con las pruebas de Fluencia Fonológica y Semántica			
Fluencia Fonológica	Da cuenta del rendimiento en fluidez verbal fonológica del participante	Cuantitativa	Intervalar	Es la cantidad de palabras (puntaje bruto) que comiencen con la letra p que dijo el participante en un minuto.
Fluencia Semántica	Da cuenta del rendimiento en fluidez verbal semántica del participante	Cuantitativa	Intervalar	Es la cantidad de animales (puntaje bruto) que dijo el participante en un minuto.
Funciones ejecutivas	Da cuenta del rendimiento ejecutivo mediante la prueba FAB compuesta por 6 ítems.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa de todos los ítems de la prueba (que va entre 0 y 18). El puntaje de corte se ubica en 16.
Función viso-perceptiva y motora	Da cuenta de la capacidad viso-perceptiva-motora del participante mediante la prueba TRO.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa de las puntuación otorgadas a la esfera, los números y las agujas del reloj dibujado por el participante
<i>Rendimiento en atención</i>	Se evalúa con las pruebas Dígitos Directo, Dígitos Inverso, TMT A y B.			
Atención sostenida auditiva y visual	Da cuenta del rendimiento en atención sostenida del participante.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa (puntaje bruto) de la cantidad de dígitos que pudo repetir en el mismo orden (Dígitos Directo) y del tiempo empleado en unir los números de manera ascendente (TMT A).
Atención alternante auditiva y visual	Da cuenta del rendimiento en atención alternante del participante.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa (puntaje bruto) de la cantidad de dígitos que pudo repetir en orden inverso (Dígitos Inverso) y del tiempo empleado en unir los números y letras de manera ascendente (TMT B).
Quejas Subjetivas de Memoria	Se evalúa mediante el Cuestionario de QSM compuesta por 20 ítems con opción de respuesta tipo Likert del 1 al 10. Da cuenta de los tipos de olvidos y las quejas que reporta el participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de todos los ítems de la escala.

Tabla 13

Variables de mecanismos adaptativos (compensación y afrontamiento) y estado anímico (depresión/malestar y bienestar)

Variable	Descripción	Clasificación	Nivel de medición	Observaciones
<i>Estrategias de Compensación</i>	Se evalúa mediante el Cuestionario de Estrategias de Compensación compuesto por 45 ítems con opción de respuesta tipo Likert entre 1 y 5. Se compone por siete dimensiones.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de todos los ítems de la escala. Es un número que va entre 1 y 5.
Externa	Son los apoyos externos que utiliza el participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 1, 6, 13, 18, 21, 24, 27 y 30.
Interna	Son apoyos internos y estrategias nemotécnicas que implementa el participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 22, 23, 25, 28, 31, 33, 36, 38, 40 y 43.
Tiempo	Indica en qué medida el participante requiere de más tiempo para concretar una tarea.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 2, 5, 11, 15 y 26.
Confianza	Indica cuánto el participante se apoya en otros para compensar.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 3, 9, 12, 14 y 17.
Esfuerzo	Indica en qué medida el participante requiere de más esfuerzo para la ejecución de tareas de memoria.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 4, 7, 10, 20, 32 y 37.
Éxito	El compromiso del participante para obtener un alto nivel en tareas de memoria en su vida cotidiana.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 8, 16, 35, 39 y 42.

Cambio	Da cuenta de la percepción que tiene el participante en la implementación de estrategias en los últimos 5 a 10 años.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 19, 29, 34, 41, 44 y 45.
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	Se evalúa con el CRI-Am que está compuesto por 22 ítems con opción de respuesta tipo Likert entre 1 y 3. Se compone de cuatro estilos/dimensiones.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de todos los ítems de la escala. Es un número que va entre 1 y 3.
Aproximación Cognitiva	Estrategia que da cuenta que el participante se esfuerza por modificar pensamientos y emociones provenientes de la situación estresante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 1, 3, 10, 11, 14, 16 y 17.
Aproximación Conductual	Implica que el participante realiza actividades concretas para enfrentar el estresor.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 2, 4, 6, 12, 15 y 18.
Evitación Cognitiva	Da cuenta de intentos del participantes de suprimir pensamientos y sentimientos relacionados con el estresor.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 7, 8, 13, 19 y 20.
Evitación Conductual	Indica los esfuerzos del participante por alejarse comportamentalmente del estresor.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 5, 9, 21 y 22.
Sintomatología depresiva y de malestar	Se evalúa mediante la prueba GDS compuesta por 15 ítems dicotómicos.	Cuantitativa	Intervalar	Sumatoria directa de todos los ítems de la prueba (que va entre 0 y 1) y se suman según ítems invertidos o no. El puntaje va entre 0 y 15 y el puntaje de corte se ubica en ≥ 5 .

<i>Bienestar psicológico</i>	Se evalúa mediante la Escala de Bienestar Psicológico Ryff compuesta por 39 ítems con opción de respuesta tipo Likert que va de 1 a 6. Se compone de seis dimensiones.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de la sumatoria de todos los ítems de la escala. Es un número que va entre 1 y 6.
Autoaceptación	Da cuenta de la evaluación que hace el participante de su propia vida.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 1, 7, 13, 19, 25 y 31 (habiendo rotado el 13 y 25).
Relaciones positivas	Son los vínculos cercanos y satisfactorios que tiene el participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 2, 8, 14, 20, 26 y 32 (habiendo rotado los ítems 2, 8, 20 y 26).
Autonomía	Da cuenta de la independencia del participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33 (habiendo rotado los ítems 4, 9, 15, 27 y 33).
Dominio del Entorno	Indica la percepción de control que tiene el participante sobre su entorno.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 5, 11, 16, 22, 28 y 39 (habiendo rotado los ítems 5 y 22).
Propósito Vital	Da cuenta de las metas y el comportamiento hacia ellas orientadas por el participantes.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 6, 12, 17, 18, 23 y 29 (habiendo rotado el ítem 29)
Crecimiento Personal	Da cuenta del desarrollo y expansión personal del participante.	Cuantitativa	Intervalar	Es el promedio de los ítems que componen esta dimensión: 24, 30, 34, 35, 36, 27 y 38 (habiendo rotado los ítems 30, 34 y 36).

3.6 Análisis de los datos

Para comenzar, es relevante señalar que la preferencia por el uso de pruebas paramétricas en lugar de no paramétricas se fundamenta principalmente en el teorema central del límite. Este teorema establece que a medida que el tamaño de la muestra aumenta, la distribución de las medias muestrales tiende a aproximarse a una distribución normal, sin importar la distribución original de la población. En la presente investigación, la muestra final se compone de 140 sujetos, lo cual permite asumir con cierta confianza que las medias muestrales de las variables de interés se aproximarán a una distribución normal (Kwak & Kim, 2017). Además, antecedentes sobre el tema, sostienen que las pruebas paramétricas mantienen, en la gran mayoría de los casos, su robustez, independientemente de la violación de la normalidad. Es decir, que pueden proporcionar resultados precisos incluso si los datos no tienen una distribución perfectamente normal (Rasch & Guiard, 2004). Por último, se realizó un análisis exploratorio de datos en el que se visualizó la distribución de las variables para detectar posibles problemas de normalidad o asimetría y no se encontraron desviaciones significativas en los histogramas (análisis realizado en el programa SPSS versión 25).

En lo que concierne a los análisis de datos, los mismos se detallan de acuerdo a los objetivos específicos planteados (ver final de este apartado donde se incluyen figuras que resumen esto):

1. Para describir el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, la queja subjetiva de memoria, las estrategias adaptativas (compensación y afrontamiento) y el estado anímico (bienestar y malestar) se utilizaron estadísticos descriptivos (medias, desvíos, frecuencias y porcentajes) según correspondió.
2. Para analizar estas variables según el sexo y la procedencia, se utilizó el estadístico t de Student para muestras independientes y se calculó el tamaño del efecto (d de

Cohen) en los casos aplicables. Para analizar la relación de estas variables con el nivel educativo y la edad, se utilizó el estadístico r de Pearson.

3. Para investigar la relación entre las estrategias de compensación y afrontamiento y el bienestar y la depresión se utilizó el estadístico r de Pearson.
4. Para analizar el rendimiento cognitivo y las QSM en función del potencial de aprendizaje, se utilizó el estadístico t de Student para muestras independientes, ya que el potencial de aprendizaje se clasificó en dos grupos (como Ganadores y No Ganadores) y no como una variable continua. Posteriormente, para evaluar el tamaño del efecto de esta diferencia, se calculó la d de Cohen.
5. Para analizar las estrategias de compensación y afrontamiento en función del potencial de aprendizaje también se realizó una prueba t de Student, ya que la muestra estaba dividida en dos grupos (Ganador VS No Ganador). Luego, se incorporó el cálculo de la d de Cohen para dimensionar el tamaño del efecto de esta diferencia.

Con intenciones de mejorar la comprensión del desarrollo de los análisis de datos empleados, de acuerdo a los objetivos, las siguientes figuras organizan visualmente esta información. Como se visualiza en la Figura 10, los primeros dos objetivos se agrupan y pretenden describir el comportamiento de la muestra en las variables principales y buscar cómo las mismas se relacionan con factores sociodemográficos. Posterior a eso, se indagó acerca de la relación entre estos mecanismos y el estado anímico (bienestar y malestar) (Figura 11). Por último, la Figura 12 muestra los análisis que se centraron en la evaluación del potencial de aprendizaje (y dividieron a la muestra en Ganadores y No Ganadores). En primer lugar, se buscó conocer las diferencias entre grupos en el rendimiento cognitivo y a la plasticidad, y luego, en los mecanismos de adaptación (compensación y afrontamiento).

Figura 10

Resumen de los primeros dos objetivos y análisis correspondientes

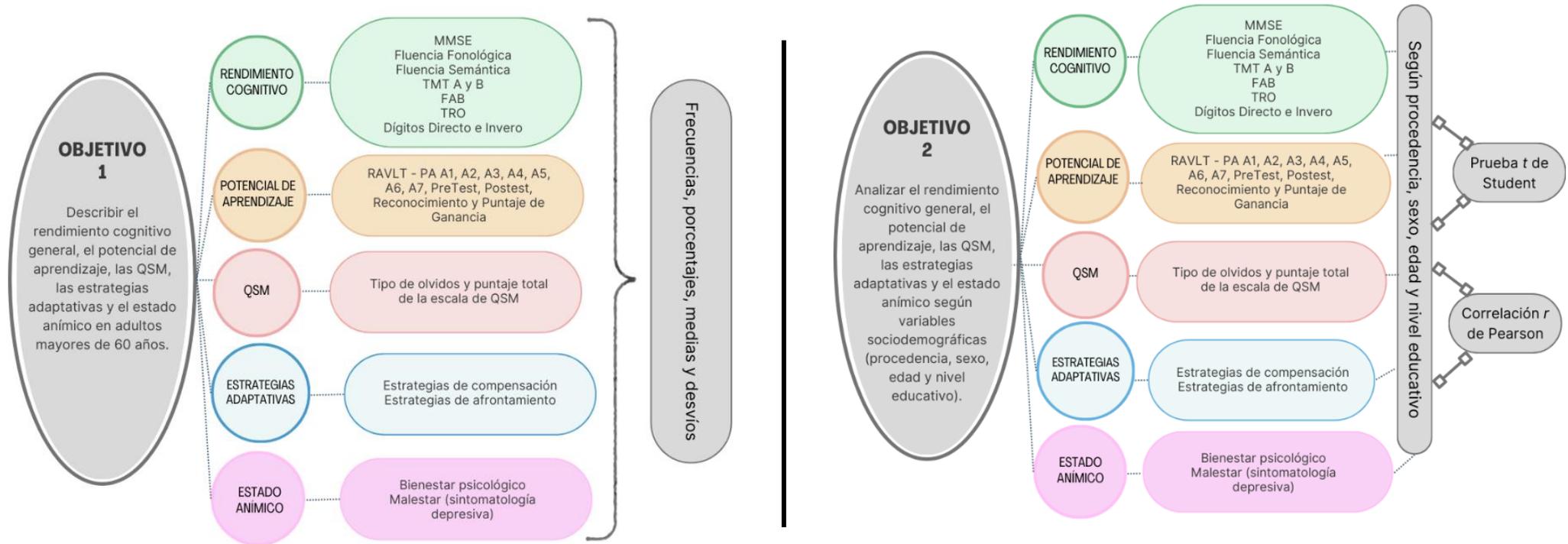


Figura 11

Resumen del tercer objetivo y análisis correspondientes

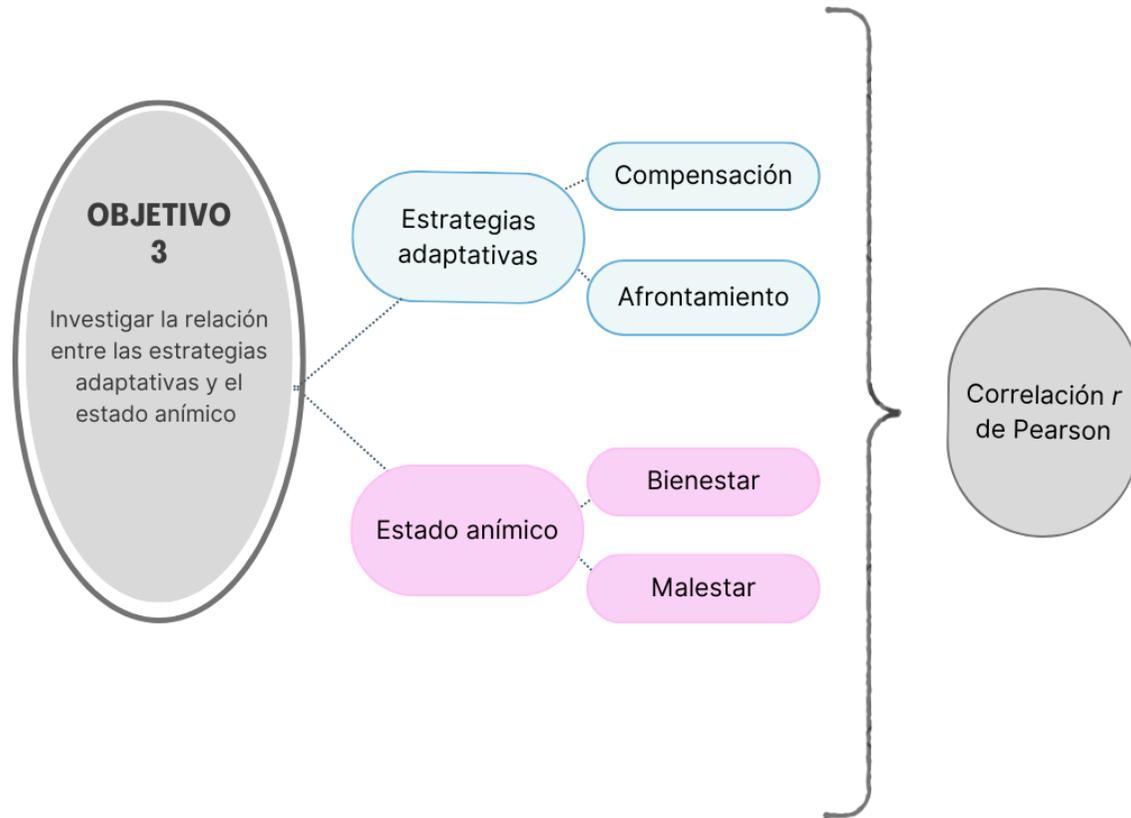
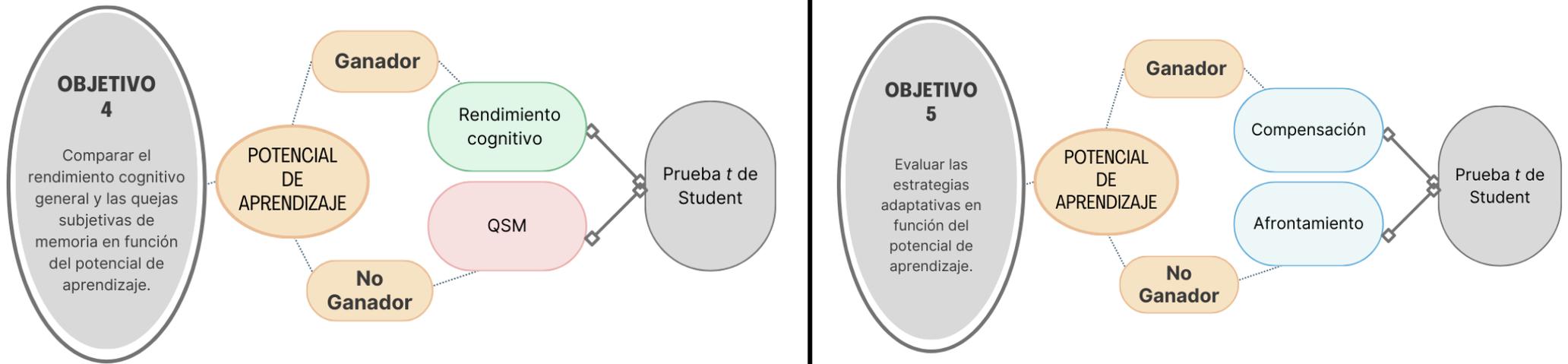


Figura 12

Resumen de los últimos objetivos y análisis correspondientes



3.7 Factibilidad

El presente estudio pudo realizarse de manera exitosa gracias a la beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la cofinanciación de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA), la cual inicialmente abarcaba el período 2019-2024 y se extendió un año más a causa de las dificultades para la toma de datos y las demoras en el contexto de la pandemia por COVID-19, especialmente en el año 2020. Dentro de la UCA, la doctoranda pertenece al Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP) y este marco le brindó un adecuado ambiente e infraestructura para poder llevar a cabo su trabajo. El CIPP no solo cuenta con equipamiento útil y acceso a herramientas, como podrían ser la computadoras con licencias en programas estadísticos, conexión a Internet, acceso a bases de datos, oficinas abiertas y aulas cerradas con cámaras y proyectores; sino que también cuenta con investigadores y becarios que han sido de asistencia en cuestiones metodológicas, técnicas y teóricas. Asimismo, se contó con los contactos necesarios para poder acceder a la muestra objetivo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el siguiente apartado, se presentan los resultados del presente trabajo de investigación. El mismo, para una mejor comprensión, se organizó según los objetivos específicos planteados.

4.1. Descripción de variables principales

El primer objetivo del presente trabajo de investigación fue describir el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, la queja subjetiva de memoria, las estrategias de compensación y de afrontamiento, el bienestar y el malestar en adultos mayores de 60 años. Para concretarlo, se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desvíos) según correspondió. Este objetivo pretendió observar y describir a la muestra evaluada, conocer cómo se comporta a nivel cognitivo, si percibe o no olvidos en su memoria, cómo le hace frente a eso, si activa estrategias para adaptarse y cómo se siente anímicamente.

4.1.1 Rendimiento cognitivo

Como primer análisis descriptivo, se buscó conocer el rendimiento cognitivo general de los participantes de la muestra a través de una evaluación de screening cognitivo. Como el criterio de inclusión establecía (ver apartado Método), el puntaje mínimo del MMSE fue de 24 con un máximo de 30, mientras que el puntaje mínimo del TRO fue de 6 con un máximo de 10. Este criterio fue decidido para contar con una muestra de adultos mayores autónomos y sin demencia.

En la siguiente Tabla (14), se detalla el rendimiento cognitivo de la totalidad de la muestra ($n=140$) en pruebas específicas que evalúan lenguaje mediante la prueba Fluencia Verbal Semántica (capacidad de generar palabras dentro de una categoría semántica específica) y Fluencia Verbal Fonológica (producción de palabras que inician con una letra o fonema);

atención sostenida y alternante (prueba Dígitos Directo, Dígitos Inverso, TMT-A y TMT-B) y funciones ejecutivas (FAB).

Tabla 14

Descriptivos (medias y desvíos) del rendimiento cognitivo general

Tests neurocognitivos	<i>M (DE)</i>
MMSE	27,96 (2,05)
Fluencia Fonológica	15,39 (5,39)
Fluencia Semántica	16,75 (5,54)
FAB	17,04 (1,32)
TRO	8,80 (1,60)
Dígitos Directo	9,93 (2,32)
Dígitos Inverso	6,16 (2,13)
TMT A	45,69 (32,64)
TMT B	102,08 (53,47)

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; MMSE= *Mini Mental State Examination*; FAB= *Frontal Assessment Batey*; TRO= Test del Reloj; TMT A= *Trail Making Test A*; TMT B= *Trail Making Test B*

4.1.2 Potencial de aprendizaje (plasticidad cognitiva)

A continuación, se pretendió describir el rendimiento en memoria y el potencial de aprendizaje de la muestra evaluada. Es pertinente recordar que el mismo fue evaluado mediante la prueba RAVLT-PA y que se utilizó el puntaje de corte sugerido para poder definir si un participante es o no Ganador (ver apartado Instrumentos). Del total de la muestra, un 54,3% ($n=76$) se ubicó en un perfil de No Ganador, mientras que el 45,7% restante ($n=64$) obtuvo una ganancia mayor a 4,57 palabras y fueron clasificados como Ganadores. La siguiente tabla (ver Tabla 15) presenta los estadísticos descriptivos para cada *trial* de la prueba.

Tabla 15*Estadísticos descriptivos de la prueba RAVLT-PA en muestra total*

Trial RAVLT	<i>M (DE)</i>	Min - Max
A1 RAVLT	3,86 (1,54)	0-15
A2 RAVLT	5,76 (1,90)	0-15
A3 RAVLT	7,17 (2,40)	0-15
A4 RAVLT	8,66 (2,68)	0-15
A5 RAVLT	9,11 (2,93)	0-15
A6 RAVLT	9,62 (3,01)	0-15
A7 RAVLT	7,48 (3,69)	0-15
PreTest RAVLT	4,81 (1,52)	0-15
PostTest RAVLT	9,36 (2,86)	0-15
Puntaje de Ganancia	4,55 (2,16)	0-15
Reconocimiento RAVLT	12,20 (2,70)	0-15

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; RAVLT -PA= *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje

4.1.3 Queja subjetiva de memoria

Por otro lado, se buscó conocer el nivel de queja mnésica reportada por los participantes de la muestra. Considerando el rendimiento en el Cuestionario de Queja Subjetiva de Memoria, los participantes se dividieron en dos grupos, sin QSM ($\leq 3,69$) y con QSM ($\geq 3,70$). Estas puntuaciones se obtuvieron según su rendimiento en los percentiles 75 y 25, respectivamente. Un 74,3% ($n=101$) presentó QSM baja.

4.1.4 Mecanismos adaptativos

Al momento de describir la implementación de mecanismos adaptativos de la muestra evaluada, pareció pertinente confirmar lo establecido por la bibliografía de que ambas variables

(estrategias de compensación y de afrontamiento) pueden ser comprendidas como mecanismos relacionados y similares. Previo a la descripción de estas variables, que fue lo planteado en este objetivo, se efectuó un análisis que confirmó que tanto las estrategias de compensación como de afrontamiento demostraron ser mecanismos adaptativos que se relacionan positivamente entre sí. (En el Apéndice de análisis extras se las correlaciones significativas). Por eso, son comprendidos como un conjunto y en lo siguiente se describen ambos.

4.1.4.1 Estrategias de compensación

Más adelante, con el objetivo de describir qué estrategias de compensación utiliza la población evaluada, se realizó un análisis descriptivo incluyendo cada una de las dimensiones de las mismas. En la Tabla 16 se resumen, de manera descendente, las medias y desvíos de las dimensiones proporcionadas por el Cuestionario de Estrategias de Compensación de memoria. La misma muestra que la estrategia menos implementada es la de Confianza y la más utilizada es Externo.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de las Estrategias de Compensación

Estrategia de Compensación	<i>M (DE)</i>	Min - Max
Externo	3,80 (0,77)	1-5
Cambio	3,40 (0,58)	1-5
Éxito	3,33 (0,89)	1-5
Compensación Total	3,11 (0,52)	1-5
Tiempo	3,03 (0,73)	1-5
Esfuerzo	2,92 (0,75)	1-5
Interno	2,85 (0,69)	1-5
Confianza	2,23 (0,85)	1-5

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar

4.1.4.2 Estrategias de afrontamiento

Tomando en cuenta la última variable principal de este estudio, se buscó describir el rendimiento en las diversas estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra total, para comprender qué herramientas utilizan para hacerle frente al estrés. La Tabla 17 visualiza las medias y los desvíos de las mismas.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos de los Estrategias de Afrontamiento

Estrategia de Afrontamiento	<i>M (DE)</i>	Min - Max
Aproximación Cognitiva	1,74 (0,63)	1-3
Afrontamiento Total	1,37 (0,46)	1-3
Evitación Conductual	1,34 (0,69)	1-3
Aproximación Conductual	1,29 (0,70)	1-3
Evitación Cognitiva	0,96 (0,53)	1-3

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar

Asimismo, como análisis adicional, se organizaron los estresores reportados a partir de un análisis temático (como lo planteado por Aceiro y Grasso, 2022). Los mismos se agruparon de la siguiente manera y reportaron las siguientes frecuencias:

- 1) Salud (tanto enfermedades propias, como de un familiar o amigo) un 47,1% (56).
- 2) Pandemia (aislamiento, adaptación y distanciamiento social) un 13,4% (16).
- 3) Vínculos (como problemas familiares) un 13,4% (16).
- 4) Muerte (de un familiar o ser querido) un 10,9% (13).
- 5) Hábitat (como mudanzas o compra/venta) un 1,7% (2).
- 6) Trabajo y jubilación un 9,2% (11).
- 7) Otros (como trámites legales) un 3,6% (5).
- 8) No reporta un 15% (21).

A partir de la lista anterior, se observa que el estresor que más perciben los adultos mayores se relaciona a cuestiones de salud propias, del cónyuge o de algún familiar. Solo un 13,4% hace mención exclusiva de la pandemia, posiblemente porque la mayoría de la muestra fue evaluada previamente a esa situación, o porque el estresor que reportaron podría no ser directamente la situación pandemia y ser otro, como una muerte o problema vincular o de salud.

4.1.5 Estado Anímico (Bienestar y Depresión/Malestar)

Por último, también se buscó conocer las medias y desvíos de las pruebas que evalúan el estado anímico (bienestar y depresión/malestar) en la muestra total. La siguiente tabla (18) deja en evidencia que la dimensión del bienestar que más puntúa es la del Propósito Vital y la que menos es Relaciones Positivas. Asimismo, la media del cuestionario de depresión da cuenta que la mayoría se ubicó por debajo del puntaje de corte (4) y no alcanza al siguiente estrato (puntaje 7) que da cuenta de depresión/malestar leve.

Tabla 18
Estadísticos descriptivos del estado anímico (bienestar y malestar)

Estado Anímico	<i>M (DE)</i>	Min - Max
Propósito Vital	4,84 (0,85)	1-6
Dominio del Entorno	4,77 (0,78)	1-6
Bienestar Total	4,47 (0,57)	1-6
Autonomía	4,47 (0,83)	1-6
Autoaceptación	4,46 (0,87)	1-6
Crecimiento Personal	4,35 (0,76)	1-6
Relaciones Positivas	3,97 (0,53)	1-6
Malestar	3,83 (3,25)	0-15

4.2 Análisis del rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, la queja subjetiva de memoria, los mecanismos adaptativos, y el estado anímico según variables sociodemográficas.

El segundo objetivo pretendió analizar si existe una diferencia en el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje, la QSM, los mecanismos adaptativos (estrategias de compensación y afrontamiento), y el estado anímico (bienestar y malestar) según la procedencia y el sexo (mediante prueba T de Student). Asimismo, buscó conocer si existe una relación entre esas mismas variables principales y la edad y el nivel educativo (mediante correlación R de Pearson).

El siguiente apartado se organizó siguiendo las hipótesis planteadas, organizando la exposición de los resultados en función de cada variable sociodemográfica (procedencia, sexo, edad y nivel educativo).

4.2.1 Procedencia

Como se mencionó en el apartado Método, la muestra provino de dos ámbitos diferentes. Una parte de los participantes se acercaron a un consultorio para realizarse una evaluación y, la otra, fueron contactados por la investigadora y pertenecían a la población general. Si bien pertenecer a alguna de estas procedencias no es una variable sociodemográfica per se, pareció pertinente llevar a cabo análisis para conocer si existían diferencias entre ambos grupos. Así, la procedencia (grupo Consultante y grupo Población General) se analiza como un factor sociodemográfico y se incluye en este segundo objetivo.

4.2.1.1 Comparación del rendimiento cognitivo según procedencia (población general y consultante)

Al momento de analizar el rendimiento cognitivo según la procedencia de la muestra, se encontró que la Población Consultante presentó valores significativamente más bajos en el

rendimiento en MMSE y más altos en FAB, en ambos casos presentando un tamaño del efecto mediano-alto. Esto da cuenta que el grupo de la Población Consultante, si bien no presenta indicadores de deterioro cognitivo ($M=27,57$ ($DE=2,24$), obtuvo puntajes significativamente inferiores en el screening cognitivo, excepto en la prueba de funciones ejecutivas. La siguiente tabla (19) muestra las medias, desvíos y valores de la prueba T de Student para estas variables. En adición, se incluye la siguiente figura (13) para visualizar más claramente estas diferencias.

Tabla 19

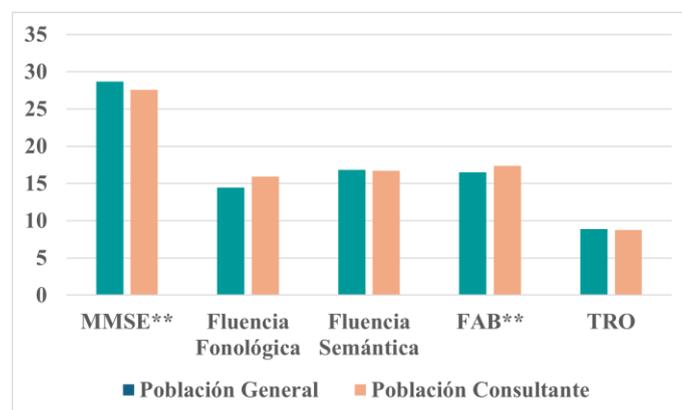
Rendimiento cognitivo según procedencia de la muestra

Tests neurocognitivos	Población General <i>M (DE)</i>	Población Consultante <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
MMSE	28,65 (1,44)	27,57 (2,24)	3,07 (138)	$\leq 0,01^{**}$ ($d=0,57$)
Fluencia Fonológica	14,45 (4,61)	15,92 (5,74)	-1,56 (138)	0,14
Fluencia Semántica	16,80 (5,04)	16,72 (5,83)	0,08 (138)	0,44
FAB	16,46 (1,65)	17,35 (1,01)	-3,89 (133)	$\leq 0,01^{**}$ ($d=0,65$)
TRO	8,90 (1,28)	8,74 (1,77)	0,56 (138)	0,09

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; $** p \leq 0,01$ (altamente significativo); MMSE= *Mini Mental State Examination*; FAB= *Frontal Assessment Battery*; TRO= Test del Reloj; *d*= *d* de Cohen (para calcular tamaño del efecto).

Figura 13

Diferencias en el rendimiento cognitivo general entre población General y Consultante



4.2.1.2 Comparación del potencial de aprendizaje según procedencia (población general y consultante)

Por otra parte, al analizar el potencial de aprendizaje según la procedencia de la muestra, se hallaron diferencias estadísticamente significativas que dan cuenta que la población Consultante presenta un peor rendimiento en la totalidad de la prueba RAVLT-PA. Además, en la población Consultante, un 59,6% ($n=53$) fueron No Ganadores; mientras que, dentro de la Población General, un 54,9% ($n=28$) son Ganadores. La siguiente tabla (20) visualiza estas diferencias.

Tabla 20

Rendimiento en la prueba RAVLT-PA según procedencia de la muestra

Items de RAVLT-PA	Población General <i>M (DE)</i>	Población Consultante <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
A1 RAVLT-PA	4,18 (1,67)	3,67 (1,42)	-1,86 (138)	0,64	N/A
A2 RAVLT-PA	6,31 (1,92)	5,45 (1,83)	2,63 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,45
A3 RAVLT-PA	7,86 (2,46)	6,78 (2,29)	2,62 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,45
A4 RAVLT-PA	9,43 (2,42)	8,22 (2,71)	2,61 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,47
A5 RAVLT-PA	9,92 (2,89)	8,65 (2,87)	2,51 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,44
A6 RAVLT-PA	10,37 (3,02)	9,19 (2,93)	2,27 (138)	0,02*	0,39
A7 RAVLT	9,47 (3,01)	6,34 (3,52)	5,28 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,95
Reconocimiento	12,65 (1,82)	11,94 (2,61)	1,48 (138)	0,14	N/A
PreTest RAVLT-PA	5,24 (1,60)	4,56 (1,43)	2,59 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,44
PostTest RAVLT-PA	10,14 (2,80)	8,92 (2,81)	2,40 (138)	$\leq 0,01^{**}$	0,43
Puntaje de Ganancia	4,90 (2,26)	4,35 (2,09)	1,43 (138)	0,15	N/A

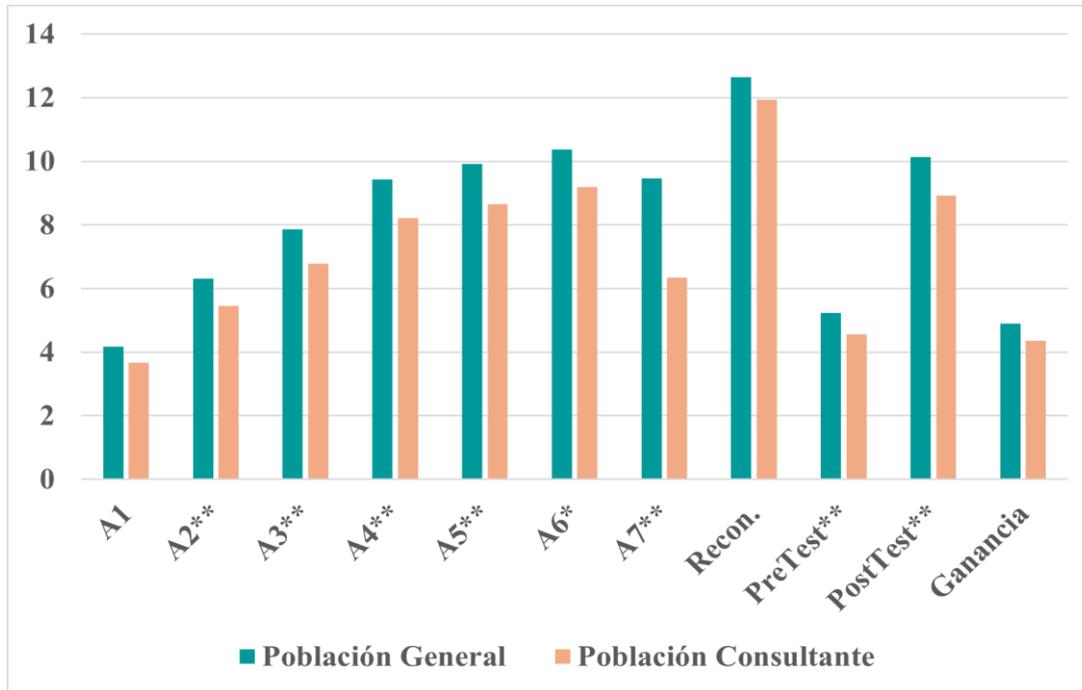
Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); *d*= *d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$); N/A= No Aplica; RAVLT -PA= *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje

La figura a continuación (Figura 14) grafica estas diferencias, dejando en evidencia el mejor rendimiento en memoria y en plasticidad cognitiva que tiene la población General. Cabe

menciona que estas diferencias presentaron un tamaño del efecto entre mediano (aproximándose a 0,50) y grande (mayor a 0,80, en el caso del ítem A7 RAVLT-PA).

Figura 14

Diferencias en el rendimiento en la RAVLT-PA entre población General y Consultante



4.2.1.3 Comparación de la QSM según procedencia (población general y consultante)

En lo que refiere a las QSM, al analizar esta variable según la procedencia, se halló que la Población General presentó menores niveles de QSM con un tamaño del efecto pequeño ($t_{(134)} = -1,94$ $p = 0,05$. $M_{Población\ General} = 2,75$ ($DE = 1,21$); $M_{Población\ Consultante} = 3,23$ ($DE = 1,46$); $d = 0,35$). De manera descriptiva, además, se buscaron conocer los olvidos más frecuentes reportados por cada grupo de procedencia. La Figura 15 muestra los olvidos reportados por la Población General y la Consultante en orden de *ranking*. Es relevante señalar que el orden en el *ranking* de olvidos difiere entre grupos, ya que la queja de memoria se presenta de manera diferente entre ambos. Además, las medias en cada tipo de olvido son menores en la Población General, coincidente con el resultado previo que indica que este grupo presenta significativamente menos quejas subjetivas de memoria.

Figura 15

Ranking de olvidos según grupo de procedencia (población general o consultante)



Por lo ilustrado en la figura anterior, los olvidos más frecuentes que comparten ambos grupos son: tener la palabra en la punta de la lengua, perder objetos de uso cotidiano, tener que releer y olvidar haber realizado determinada acción. En la Población General, el olvido que más percibe la persona es el de nombres de personas conocidas.

4.2.1.4 Comparación de las estrategias adaptativas según procedencia (población general y consultante)

Por otra parte, se procedió a analizar las estrategias de compensación de memoria que se implementaban ante estas quejas percibidas. Al analizar si estas estrategias variaban según la procedencia de la muestra, se encontró que la Población Consultante se apoya más que la Población General en estrategias de compensación Externo ($t_{(129)}=-2,16$; $p=0,03$. $M_{Población General}=3,63$ (0,71); $M_{Población Consultante}= 3,92$ (0,80); $d=0,39$) y Cambio ($t_{(128)}=-3,37$; $p=\leq 0,001$. $M_{Población General}=3,19$ (0,60); $M_{Población Consultante}= 3,54$ (0,53); $d=0,61$). Es decir que los pacientes que consultaron debieron recurrir más al uso de agendas, calendarios, recordatorios

y percibieron más el cambio (declinación) cognitiva. En la Tabla 21 se muestran las medias, desvíos, valores de la prueba T de Student y *d* de Cohen (según correspondía) para cada factor.

Tabla 21

Estrategias de compensación según procedencia de la muestra

Estrategias de compensación	Población General <i>M (DE)</i>	Población Consultante <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Externo	3,62 (0,71)	3,92 (0,80)	-2,16 (129)	0,03* <i>d=0,39</i>
Interno	2,82 (0,58)	2,86 (0,75)	-0,30 (128)	0,76
Tiempo	2,96 (0,68)	3,08 (0,77)	-0,90 (129)	0,37
Confianza	2,16 (0,77)	2,27 (0,90)	-0,70 (129)	0,48
Esfuerzo	2,83 (0,72)	2,98 (0,76)	-1,15 (128)	0,24
Éxito	3,27 (0,97)	3,36 (0,85)	-0,61 (128)	0,54
Cambio	3,19 (0,60)	3,54 (0,53)	-3,37 (128)	≤0,01** <i>d=0,61</i>
Total	3,01 (0,48)	3,17 (0,54)	-1,78 (128)	0,07

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); *d*=*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$)

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, al analizar si existen diferencias en el uso de estas estrategias según la procedencia de la muestra, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (según el afrontamiento total y cada estilo de afrontamiento) entre el grupo de Población General y el Consultante. El valor de *p* en cada caso fue superior a 0,05.

4.2.1.5 Comparación del estado anímico según procedencia (población general y consultante)

Por último, para indagar si existen diferencias en el estado anímico según la procedencia de la muestra, se realizó una prueba T De Student para muestras independientes comparando todas las dimensiones del bienestar psicológico y la escala de depresión (indicadores de malestar). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el bienestar

Total, y las dimensiones de Autoaceptación, Autonomía, Dominio del Entorno y Propósito Vital, dejando en evidencia que la Población General puntúa más alto (percibe más bienestar) en esas áreas. En línea con lo anterior, la Población Consultante puntúa significativamente más alto en la escala de depresión/malestar que la Población General, quienes reportan baja sintomatología de malestar. La siguiente tabla (22) ordena estas diferencias.

Tabla 22
Comparación del estado anímico según procedencia

Estado anímico	Población General <i>M (DE)</i>	Población Consultante <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Bienestar Total	4,66 (0,47)	4,33 (0,60)	3,21 (119)	≤0,01**	0,61
Autoaceptación	4,75 (0,68)	4,25 (0,94)	3,16 (119)	≤0,01**	0,60
Relaciones Positivas	4,03 (0,47)	3,92 (0,57)	1,10 (119)	0,27	N/A
Autonomía	4,65 (0,80)	4,34 (0,83)	2,06 (119)	0,04*	0,38
Dominio del Entorno	4,96 (0,64)	4,63 (0,85)	2,26 (119)	0,02*	0,44
Crecimiento Personal	4,49 (0,80)	4,25 (0,71)	1,75 (119)	0,08	N/A
Propósito Vital	5,15 (0,57)	4,62 (0,95)	3,47 (119)	≤0,01**	0,67
Malestar	2,84 (3,18)	4,39 (3,17)	-2,79 (138)	≤0,01**	0,49

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); d =*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$)

Como modo de síntesis, al encontrar el aporte de estos resultados (según la procedencia), se incluye la siguiente figura (16) que resume los principales hallazgos.

Figura 16

Hallazgos principales en el grupo de Población General.

POBLACIÓN GENERAL



- Rinde significativamente *mejor* en la prueba de rendimiento cognitivo general (*MMSE*) y *peor* en la prueba de funciones ejecutivas (*FAB*).
- Rinde significativamente *mejor* en la prueba de plasticidad cognitiva (*RAVLT-PA*):
 - Mejor rendimiento en codificación, evocación libre (memoria de largo plazo) y curva de aprendizaje más ascendente.
 - Sin encontrar diferencias en el *trail* A1, Reconocimiento (almacenamiento) y Puntaje de Ganancia.
- Presentan significativamente *menos QSM* (se quejan menos y/o perciben menos sus olvidos).
- Implementan significativamente *menos* la estrategia *Externo* y *Cambio*.
- Anímicamente, puntúan *más bajo* en la escala de *depresión* y *más alto* en dimensiones del *bienestar* que indagar la *Autoaceptación*, la *Autonomía*, el *Dominio del Entorno* y el *Propósito Vital*.

4.2.2 Sexo

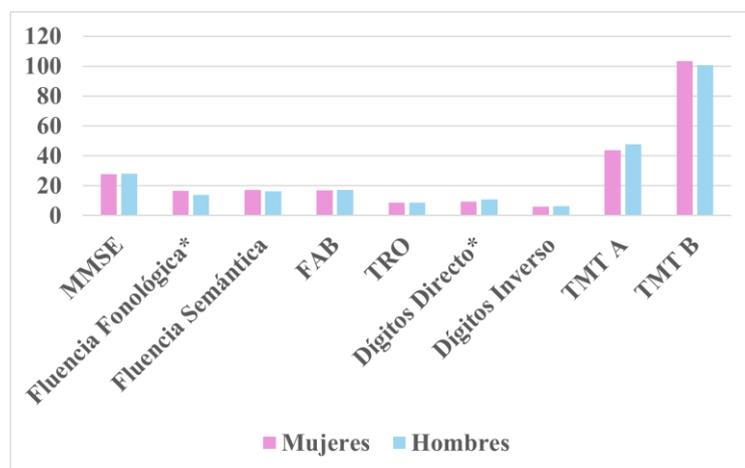
4.2.2.1 Comparación del rendimiento cognitivo según el sexo (mujeres y varones)

A continuación, al analizar las diferencias en el rendimiento cognitivo según el sexo, se halló que las mujeres rinden mejor en la prueba Fluencia Verbal Fonológica ($t_{(138)} = -2,87$; $p=0,01$. $M_{Mujeres}=16,43$ (5,77); $M_{Hombres}= 13,82$ (4,35) y peor en la prueba Dígitos Directo en comparación con los hombres ($t_{(88)}=-3,23$; $p=0,01$. $M_{Mujeres}=9,24$ (1,85); $M_{Hombres}= 10,76$ (2,56) (con tamaños del efecto medio-altos) (ver Tabla 23 para el detalle de cada prueba). El grupo de hombres impresionaría tener mejor manejo y manipulación de los números, mientras que las mujeres manejarían un vocabulario más amplio y veloz, con menor dificultad para evocar palabras libremente (graficado en la siguiente Figura (17)).

Tabla 23*Rendimiento cognitivo según sexo*

Tests neurocognitivos	Mujeres <i>M (DE)</i>	Hombres <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
MMSE	27,88 (2,18)	28,09 (1,85)	-0,58 (138)	0,71
Fluencia Fonológica	16,43 (5,77)	13,82 (4,35)	-2,87 (138)	0,01* (<i>d</i> =0,51)
Fluencia Semántica	17,10 (5,94)	16,23 (4,87)	0,90 (138)	0,31
FAB	16,94 (1,40)	17,20 (1,19)	-1,13 (133)	0,47
TRO	8,78 (1,52)	8,82 (1,74)	-0,12 (138)	0,59
Dígitos Directo	9,24 (1,85)	10,76 (2,56)	-3,23 (88)	0,03* (<i>d</i> =0,68)
Dígitos Inverso	6,12 (1,97)	6,20 (2,32)	-0,16 (88)	0,49
TMT A	43,82 (23,01)	47,80 (41,10)	-0,55 (83)	0,61
TMT B	103,38 (62,12)	100,61 (42,39)	0,23 (81)	0,13

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); MMSE= *Mini Mental State Examination*; FAB= *Frontal Assessment Batey*; TRO= *Test del Reloj*; TMT A= *Trail Making Test A*; TMT B= *Trail Making Test B*; *d*= *d* de Cohen (para calcular tamaño del efecto).

Figura 17*Diferencias en el rendimiento cognitivo general entre mujeres y hombres*

4.2.2.2 Comparación del potencial de aprendizaje según el sexo (mujeres y varones)

A su vez, se buscó analizar si estas diferencias también se hallaban comparando el *performance* en plasticidad cognitiva entre hombres y mujeres, y se encontró que este último grupo rinde significativamente mejor en los trials A2, A3, A4, A5, A6, A7, PreTest, PostTest y Puntaje de Ganancia de la prueba RAVLT-PA (ver Tabla 24). Estas diferencias presentaron un tamaño del efecto entre mediano (aproximándose a 0,50) y grande (mayor a 0,80).

Tabla 24

Rendimiento en la prueba RAVLT-PA según sexo

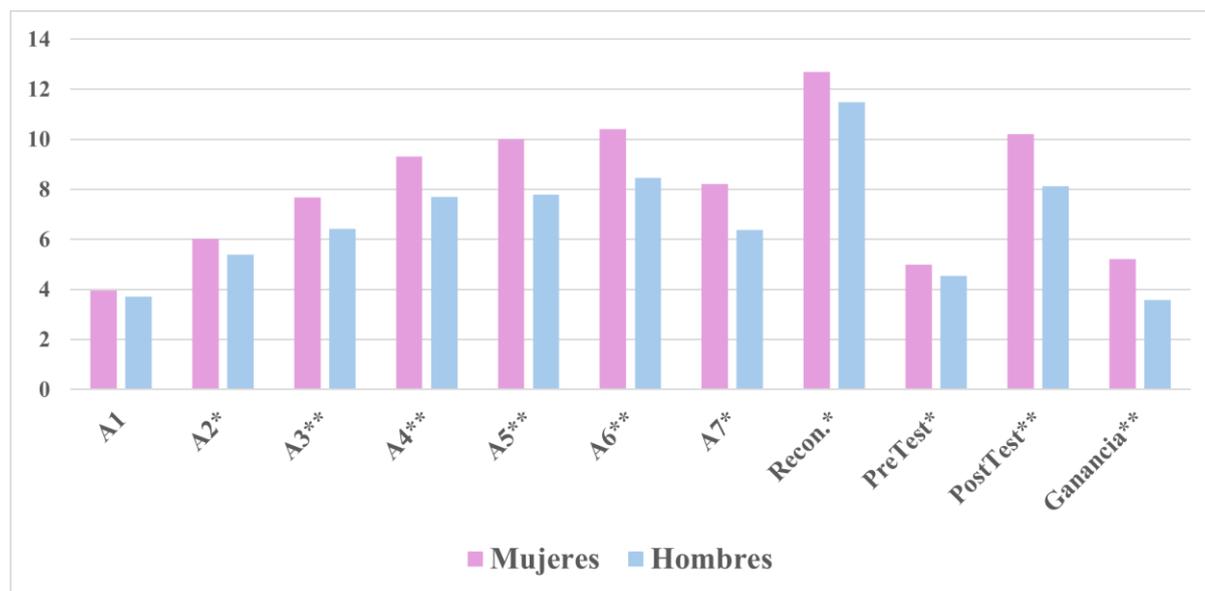
Ítems de RAVLT-PA	Mujeres <i>M (DE)</i>	Hombres <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
A1 RAVLT-PA	3,96 (1,41)	3,70 (1,74)	1,01 (138)	0,31	N/A
A2 RAVLT-PA	6,02 (1,97)	5,38 (1,74)	1,99 (138)	0,04*	0,34
A3 RAVLT-PA	7,68 (2,44)	6,41 (2,14)	3,15 (138)	≤0,01**	0,55
A4 RAVLT-PA	9,31 (2,68)	7,70 (2,39)	3,63 (138)	≤0,01**	0,63
A5 RAVLT-PA	10,01 (2,81)	7,79 (2,60)	4,69 (138)	≤0,01**	0,82
A6 RAVLT-PA	10,40 (3,01)	8,45 (2,62)	3,97 (138)	≤0,01**	0,69
A7 RAVLT	8,21 (3,79)	6,38 (3,26)	2,96 (138)	0,04*	0,51
Reconocimiento	12,68 (2,69)	11,48 (2,58)	2,61 (138)	0,01*	0,45
PreTest RAVLT-PA	4,99 (1,49)	4,53 (1,5)	1,75 (138)	0,08*	0,30
PostTest RAVLT-PA	10,20 (2,80)	8,11 (2,49)	4,50 (138)	≤0,01**	0,78
Puntaje de Ganancia	5,20 (2,20)	3,58 (1,70)	4,67 (138)	≤0,01**	0,82

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); *d*=*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$); N/A= No Aplica; RAVLT -PA= *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje

La siguiente Figura (18) ilustra esta relación, donde se puede visualizar que el rendimiento a lo largo de toda la prueba RAVLT – PA es mejor, y alcanzando puntuaciones más altas, en el grupo de mujeres.

Figura 18

Diferencias en el rendimiento en la RAVLT-PA entre mujeres y hombres



4.2.2.3 Comparación de las QSM y los mecanismos adaptativos según el sexo (mujeres y varones)

En cuanto a las QSM, en lo que refiere al sexo de los participantes, no se encontraron diferencias significativas ($t_{(134)}=1,43; p=0,06$).

De igual modo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa en la implementación de estrategias de compensación, pero se puede observar una tendencia, por parte de los hombres, a un mayor uso de la estrategia Confianza ($t_{(129)}=-1,83; p=0,06$. $M_{Mujeres}=2,12 (0,85)$; $M_{Hombres}= 2,40 (0,84)$).

Por otro lado, en lo concerniente a las estrategias de afrontamiento según el sexo, se observó que las mujeres utilizan significativamente más las estrategias de Afrontamiento Total ($t_{(131)}=1,99; p=0,04$) y, por otro lado, las de Aproximación Conductual ($t_{(131)}=2,6; p=0,01$). La siguiente tabla (25) visualiza estas diferencias, tanto las que se encontraron estadísticamente significativas como las que no (se calculó la d de Cohen para conocer el tamaño del efecto de estas diferencias, que, en ambos casos, fueron de magnitud media).

Tabla 25*Afrontamiento según sexo*

Estrategias de compensación	Mujeres <i>M (DE)</i>	Hombres <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Aproximación Cognitiva	1,75 (0,63)	1,71 (0,62)	0,41 (131)	0,67
Aproximación Conductual	1,42 (0,70)	1,09 (0,67)	2,66 (131)	≤0,01** <i>d=0,48</i>
Evitación Cognitiva	0,99 (0,56)	0,93 (0,47)	0,67 (131)	0,49
Evitación Conductual	1,43 (0,68)	1,20 (0,69)	1,89 (131)	0,06
Afrontamiento Total	1,43 (0,46)	1,27 (0,43)	1,99 (131)	0,04* <i>d=0,35</i>

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); *d*=*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$)

4.2.2.4 Comparación del estado anímico según el sexo (mujeres y varones)

Por último, al indagar acerca de las diferencias en el estado anímico según el sexo de la muestra, solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión Propósito Vital, en donde las mujeres puntúan más alto, dejando en evidencia que perciben más bienestar en ese aspecto ($t_{(119)} = 2,01$; $p = 0,04$. $M_{Mujeres} = 4,97$ (0,79); $M_{Hombres} = 4,65$ (0,92); $d = 0,37$).

La siguiente figura (19) resume los resultados más relevantes según las diferencias entre ambos sexos.

Figura 19

Hallazgos principales en el grupo de mujeres.

MUJERES



- Rinden significativamente *mejor* en la prueba de lenguaje que implica decir palabras que empiezan con la letra “p” (*Fluencia Verbal Fonológica*) y *peor* en la prueba de atención sostenida auditiva (*Dígitos Directo*).
- Rinden significativamente *mejor* en la prueba *RAVLT* (en la capacidad de codificación, evocación y almacenamiento). Por ende, tienen *más potencial de aprendizaje y plasticidad cognitiva*.
- Utilizan significativamente *más Afrontamiento Total* y por *Aproximación Conductual*.
- Sienten que tienen *más* metas, *más* sentido y *mejor Propósito Vital*, aumentando su *bienestar*.

4.2.3 Edad

En adición, se buscó conocer si existe una relación en la muestra total entre las variables principales de este estudio (rendimiento cognitivo, potencial de aprendizaje, QSM, mecanismos adaptativos y estado anímico) y la edad.

4.2.3.1 Relación entre el rendimiento cognitivo y la edad

En primera instancia, al explorar la relación entre el rendimiento cognitivo y la edad, se hallaron relaciones estadísticamente significativas que dan cuenta que, a mayor edad, peor rendimiento cognitivo en la mayoría de las pruebas. Cabe aclarar que, en lo que refiere a la prueba TMT A y B, una mayor puntuación da cuenta de un peor rendimiento, por eso la correlación es positiva y no inversa, como en los demás casos. La siguiente tabla visualiza los hallazgos (26).

Tabla 26*Rendimiento cognitivo y edad.*

	MMSE	Fluencia Verbal Fonológica	Fluencia Verbal Semántica	FAB	TRO	Dígitos Directo	Dígitos Inverso	TMT A	TMT B
<i>r</i>	-0,30**	-0,33**	-0,43**	-0,31**	-0,24**	-0,12	-0,30**	0,25*	0,47**
<i>p</i>	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	0,25	≤0,01	0,01	≤0,01
<i>n</i>	140	140	140	135	140	90	90	85	83

Nota: MMSE= *Mini Mental State Examination*; FAB= *Frontal Assessment Batey*; TRO= *Test del Reloj*; TMT-A= *Trail Making Test* prueba A; TMT-B= *Trail Making Test* prueba B; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo)

4.2.3.2 Relación entre el potencial de aprendizaje y la edad

En lo que respecta a la relación entre la edad y el rendimiento en la prueba RAVLT-PA, se encontraron relaciones inversas y significativas en todos los *trials*. A mayor edad, menor es el rendimiento en los *trials* A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, Reconocimiento, PreTest, PostTest y Puntaje de Ganancia. Los valores de estas relaciones se pueden visualizar en la siguiente tabla (27).

Tabla 27*Rendimiento en memoria mediante RAVLT-PA y edad.*

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	Reconocimiento	PreTest	PostTest	Puntaje Ganancia
<i>r</i>	-0,39**	-0,36**	-0,49**	-0,48**	-0,51**	-0,47**	-0,38**	-0,32**	-0,42**	-0,51**	-0,37**
<i>p</i>	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01	≤0,01
<i>n</i>	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140

Nota: RAVLT -PA= *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo)

4.2.3.3 Relación entre la QSM, los mecanismos adaptativos y la edad

En adición, también se efectuó una correlación entre la QSM y la edad y no se halló una relación significativa ($r=0,05$; $p=0,51$; $n=136$). Lo mismo sucedió entre la edad y el uso de estrategias de compensación (tanto total ($r=0,01$; $p=0,83$; $n=130$) como con cada dimensión); como con la implementación de estrategias de afrontamiento (tanto total ($r=-0,11$; $p=0,19$; $n=133$) como con cada dimensión). En conclusión, la edad no se relaciona ni con las QSM, ni con las estrategias de compensación ni de afrontamiento.

4.2.3.4 Relación entre el estado anímico y la edad

Como último análisis, se exploró acerca de la relación entre el estado anímico (en término de bienestar y malestar) y la edad. Solo se halló una relación estadísticamente significativa, aunque débil, entre la edad y la dimensión de Crecimiento Personal, donde, a mayor edad, menor percepción de este aspecto del bienestar ($r=-0,27$; $p\leq 0,01$; $n=121$). Las relaciones significativas entre la edad y las variables del estudio se resumen en la siguiente figura (20).

Figura 20

Hallazgos significativos en la relación entre la edad y las variables del estudio

EDAD

- Se relaciona *inversamente* con el rendimiento en todas las pruebas de *rendimiento cognitivo* (exceptuando Dígitos Directo). A mayor edad, peor rendimiento en:
 - *Screening* cognitivo general (MMSE)
 - Lenguaje (fluencias semánticas y fonológicas)
 - Funciones ejecutivas (FAB)
 - Habilidad de visoespacialidad (TRO)
 - Atención sostenida y alternante y Memoria de trabajo (Dígitos Inverso, TMT A y B)
- Se relaciona *inversamente* con el rendimiento en toda la prueba *RAVLT-PA* (codificación, evocación y almacenamiento en memoria, y plasticidad cognitiva).
- Se relaciona *inversamente* con el *Crecimiento Personal*.



4.2.4 Nivel educativo

4.2.4.1 Relación entre el rendimiento cognitivo y el nivel educativo

Para concluir los análisis de este segundo objetivo, que pretendían analizar la influencia de aspectos sociodemográficos en las variables principales de estudio, se analizó el rendimiento cognitivo de la población y su relación con el nivel educativo. Se hallaron correlaciones estadísticamente significativas, donde más años de educación se relacionan positivamente con el rendimiento en MMSE, Fluencia Verbal Fonológica y FAB. En la siguiente tabla (ver Tabla 28) se detallan las correlaciones efectuadas.

Tabla 28
Rendimiento cognitivo y nivel educativo.

	MMSE	Fluencia	Fluencia	FAB	TRO	Dígitos	Dígitos	TMT	TMT
		Verbal	Verbal			Directo	Inverso	A	B
		Fonológica	Semántica						
<i>r</i>	0,25**	0,24**	0,15	0,41**	0,65	0,12	0,20	-0,31	-0,17
<i>p</i>	≤0,01	≤0,001	0,06	≤0,01	0,44	0,24	0,05	0,79	0,11
<i>n</i>	140	140	140	135	140	90	90	85	83

Nota: MMSE= *Mini Mental State Examination*; FAB= *Frontal Assessment Batey*; TRO= *Test del Reloj*; TMT-A= *Trail Making Test* prueba A; TMT-B= *Trail Making Test* prueba B; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo).

4.2.4.2 Relación entre el potencial de aprendizaje y el nivel educativo

Asimismo, se realizó una prueba *r* de Pearson para indagar la relación entre el rendimiento en la prueba RAVLT-PA y el nivel educativo. Se halló una relación significativa, donde, a mayor formación educativa, mejor el rendimiento en los trials A1, A2, A3, A4, Reconocimiento y PreTest. (Ver Tabla 29, a continuación, para este objetivo).

Tabla 29*Rendimiento en memoria mediante RAVLT-PA y nivel educativo.*

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7				
	RAVL	RAVL	RAVL	RAVL	RAVL	RAVLT	RAVL	Reconocimiento	PreTest	PostTest	Puntaje Ganancia
	T-PA	T-PA	T-PA	T-PA	T-PA	-PA	T				
Nivel educativo	<i>r</i> 0,19*	0,21**	0,22**	0,22**	0,16	0,13	0,15	0,27**	0,23**	0,15	0,33
	<i>p</i> 0,02	0,01	≤0,01	≤0,01	0,06	0,12	0,06	≤0,01	≤0,01	0,07	0,70
	<i>n</i> 140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140

Nota: RAVLT -PA= *Rey Auditory Verbal Learning Test* – versión Potencial de Aprendizaje

4.2.4.3 Relación entre las QSM, los mecanismos adaptativos, el estado anímico y el nivel educativo

Por otra parte, al analizar el nivel educativo en relación a las QSM no se halló una relación estadísticamente significativa ($r=-,12$; $p=0,13$; $n=136$). Tampoco se encontró una relación significativa con las estrategias de compensación total ($r=-0,02$; $p=0,80$; $n=130$) o dimensiones, ni con las estrategias de afrontamiento total ($r=-0,02$; $p=0,71$; $n=133$) ni dimensiones. Por último, tampoco se encontró alguna relación significativa entre el nivel educativo y la depresión, o entre el nivel educativo y el bienestar total o sus dimensiones.

La siguiente figura (21) sintetiza los resultados más relevantes en este punto.

Figura 21*Relaciones significativas entre el nivel educativo y las variables de estudio*

NIVEL EDUCATIVO



- Se relaciona *positivamente* con el rendimiento en el screening cognitivo general (*MMSE*), en la *fluencia verbal fonológica* y en las funciones ejecutivas (*FAB*).
- Se relaciona *positivamente* con el rendimiento en la prueba *RAVLT-PA* (exceptuando los ítems *A5*, *A6*, *A7*, *Post Test* y *Puntaje de Ganancia*). Es decir, se relaciona con la capacidad de aprendizaje inicial, donde se involucra la atención y la capacidad de codificación.

4.3 Relación de los mecanismos adaptativos con el estado anímico.

A continuación, por los hallazgos obtenidos en los primeros dos objetivos, que dejan en evidencia la relación entre los factores sociodemográficos con los mecanismos de adaptación, pareció pertinente indagar si éstos, las estrategias de compensación y afrontamiento, se relacionaban con aspectos anímicos, como el bienestar y la depresión/malestar. Para llevar a cabo este objetivo, se realizó una prueba de correlación, r de Pearson, entre las diversas estrategias de compensación y afrontamiento, y las dimensiones del bienestar (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito vital) y depresión. Las siguientes tablas muestran los hallazgos encontrados.

4.3.1 Estrategias de compensación y estado anímico

En primer lugar, la Tabla 30 afirma que existe una relación entre distintas estrategias de compensación con variables anímicas (depresión/malestar y bienestar). Al final, se incluye una figura (14) de síntesis para visualizar estos resultados.

En primer lugar, la implementación de estrategias de compensación en general (Total) presentó una relación inversa de intensidad baja con la Autoaceptación ($r=-0,25$; $p\leq 0,005$), el Dominio del Entorno ($r=-0,19$; $p\leq 0,005$) y el Bienestar Total ($r=-0,26$; $p\leq 0,005$). Asimismo, presentó una relación inversa de moderada intensidad con la Autonomía ($r=-0,37$; $p\leq 0,001$), evidenciando que un mayor uso de estrategias compensatorias disminuye la percepción de autonomía e independencia. En adición, la compensación Total se encontró relacionada positivamente con la depresión ($r=0,21$; $p\leq 0,005$) (correlación de intensidad baja).

En referencia a las estrategias de Tiempo (percepción de necesitar más tiempo para realizar una tarea) y Esfuerzo (percepción de necesitar activar más esfuerzo para concretar algo), se encontraron relaciones inversas de intensidad moderada entre estas estrategias y la Autoaceptación, la Autonomía y el Bienestar Total. Además, se encontró una correlación inversa de intensidad baja con el Dominio del Entorno. Por el contrario, se encontró una

relación positiva de baja intensidad con la depresión/malestar. Las mismas relaciones significativas, de intensidad baja, se encontraron con la estrategia Cambio, que demostró estar relacionada de manera inversa con la Autoaceptación, la Autonomía, el Dominio del Entorno y el bienestar Total; y de manera directa con la depresión.

En lo que respecta a la estrategia Confianza, se encontraron correlaciones significativas de baja intensidad con la mayoría de los componentes del estado anímico. Puntualmente, se presentó una relación inversa con todas las dimensiones del bienestar (exceptuando Propósito Vital) y positiva con depresión ($r=0,25$; $p\leq 0,005$). Es decir, a medida que aumenta la implementación de la estrategia Confianza (apoyarse en otros), aumenta la depresión y disminuyen las dimensiones del bienestar psicológico.

Por último, las estrategias Externo e Interna se relacionaron inversamente (intensidad baja) con la Autonomía, dejando en evidencia que activar estos mecanismos afecta la percepción que tiene la persona de su independencia funcional.

Tabla 30*Relación de las estrategias de compensación con el estado anímico*

		Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito Vital	Bienestar Total	Depresión
Total	<i>r</i>	-0,25**	-0,04	-0,37**	-0,19*	-0,11	-0,07	-0,26**	0,21*
	<i>p</i>	0,006	0,61	≤0,001	0,039	0,23	0,45	0,005	0,012
Externo	<i>r</i>	-0,16	0,007	-0,22*	-0,11	-0,05	-0,11	-0,16	0,15
	<i>p</i>	0,072	0,93	0,013	0,20	0,55	0,23	0,070	0,072
Interno	<i>r</i>	-0,10	0,27	-0,21*	-0,06	-0,03	0,10	-0,60	0,39
	<i>p</i>	0,27	0,44	0,019	0,50	0,72	0,26	0,52	0,65
Tiempo	<i>r</i>	-0,31**	-0,02	-0,40**	-0,20*	-0,065	-0,16	-0,29**	0,20*
	<i>p</i>	0,001	0,78	≤0,001	0,023	0,48	0,71	0,001	0,020
Confianza	<i>r</i>	-0,20*	-0,21*	-0,25**	-0,21*	-0,26**	-0,13	-0,29**	0,25*
	<i>p</i>	0,027	0,021	0,005	0,018	0,003	0,14	0,001	0,003
Esfuerzo	<i>r</i>	-0,26**	-0,037	-0,45**	-0,22*	-0,121	-0,11	-0,30*	0,25**
	<i>p</i>	0,004	0,69	≤0,001	0,016	0,19	0,20	0,001	0,003
Éxito	<i>r</i>	-0,028	-0,03	-0,10	0,28	0,001	0,14	-0,004	0,019
	<i>p</i>	0,76	0,72	0,26	0,76	0,98	0,11	0,96	0,83
Cambio	<i>r</i>	-0,26*	-0,09	-0,25**	-0,18*	-0,16	-0,16	-0,26**	0,21*
	<i>p</i>	0,003	0,32	0,005	0,04	0,08	0,07	0,004	0,013

Nota: * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo)

Figura 22

Compensación y estado anímico (síntesis de la primera parte del objetivo 4.3)



4.3.2 Estrategias de afrontamiento y estado anímico

A continuación, la Tabla 31 muestra la relación entre los distintos estilos de afrontamiento y el bienestar y la depresión. Las correlaciones reportadas dan cuenta de una relación positiva (de intensidad baja) entre el afrontamiento Total y las Relaciones Positivas ($r=0,25$; $p=0,005$), el Crecimiento Personal ($r=0,25$; $p=0,006$) y el Propósito Vital ($r=0,27$; $p=0,003$). A su vez, la estrategia por Aproximación Cognitiva se relaciona directamente con el Crecimiento Personal ($r=0,26$; $p=0,004$), el Propósito Vital ($r=0,24$; $p=0,009$) y el bienestar Total ($r=0,23$; $p=0,011$), las tres correlaciones siendo de baja intensidad. Por su parte, la Aproximación Conductual presenta una relación positiva y de baja intensidad con las Relaciones Positivas ($r=0,21$; $p=0,023$) y el Crecimiento Personal ($r=0,18$; $p=0,043$). En lo que concierne a Evitación Conductual, se encontró una relación positiva con el Dominio del Entorno ($r=0,23$; $p=0,011$), Crecimiento Personal ($r=0,28$; $p=0,002$), Propósito Vital ($r=0,34$; $p\leq 0,001$) y bienestar Total ($r=0,27$; $p=0,003$); y una relación inversa con Relaciones Positivas ($r=-0,31$; $p\leq 0,001$) y depresión ($r=-0,31$; $p\leq 0,001$).

Tabla 31*Relación de las estrategias de afrontamiento con el estado anímico*

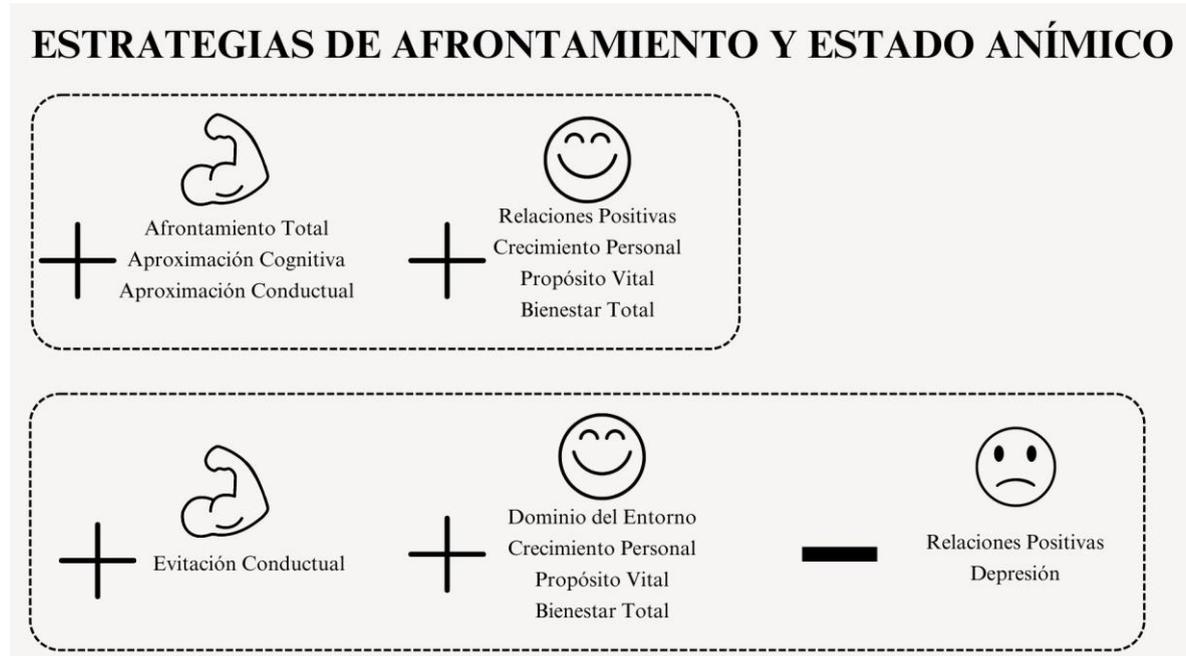
		Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito Vital	Bienestar Total	Depresión
Total	<i>r</i>	0,08	0,25**	-0,07	0,10	0,25**	0,27**	0,18	-0,03
	<i>p</i>	0,37	0,005	0,42	0,24	0,006	0,003	0,05	0,73
Aprox. Cog.	<i>r</i>	0,17	0,13	0,07	0,17	0,26**	0,24**	0,23*	0,06
	<i>p</i>	0,06	0,15	0,41	0,68	0,004	0,009	0,011	0,46
Aprox. Conduct.	<i>r</i>	-0,08	0,21*	-0,14	-0,01	0,18*	0,11	0,03	-0,01
	<i>p</i>	0,38	0,023	0,13	0,88	0,043	0,20	0,67	0,90
Evit. Cog.	<i>r</i>	-0,01	0,07	-0,17	-0,09	-0,08	0,07	-0,06	0,12
	<i>p</i>	0,86	0,44	0,12	0,29	0,36	0,45	0,52	0,13
Evit. Conduct.	<i>r</i>	0,17	-0,31**	-0,02	0,23*	0,28**	0,34**	0,27**	-0,31**
	<i>p</i>	0,057	≤0,001	0,77	0,011	0,002	≤0,001	0,003	≤0,001

Nota: * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo)

Así, la 23 ordena estos resultados previos entre el afrontamiento y estado anímico.

Figura 23

Estrategias de afrontamiento y estado anímico (síntesis de la segunda parte del objetivo 4.3)



4.4. Rendimiento cognitivo y QSM en función del potencial de aprendizaje

A partir de los resultados de los primeros objetivos, que buscaban describir el comportamiento de las variables principales en la muestra total y analizar las diferencias según factores sociodemográficos, además de investigar la relación entre los mecanismos adaptativos y la esfera anímico, este cuarto objetivo se centró específicamente en la evaluación de la plasticidad cognitiva. El segundo objetivo destacó la importancia de profundizar en el estudio de la evaluación del potencial de aprendizaje mediante la evaluación dinámica. Al comparar el rendimiento en la tarea de potencial de aprendizaje, se observaron diferencias significativas en la plasticidad según la procedencia de la muestra (Población General y Consultantes). Se pudo observar que, la proporción de personas con alta y baja plasticidad cognitiva (Ganadores de la Población General, 54,9%) es similar a la proporción de la población Consultante, y no presenta diferencias significativas en el Puntaje de Ganancia. La variabilidad en la plasticidad cognitiva, evidenciada en los Puntajes de Ganancia, no se relaciona con la procedencia de la muestra.

Surge así la necesidad de estudiar factores protectores que podrían ser modificables, como la plasticidad cognitiva, e indagar acerca de las diferencias según el nivel de la misma (Ganador=alta plasticidad; No Ganador=baja plasticidad). En primer lugar, se compararon entre estos grupos, con mayor y menos plasticidad, el rendimiento cognitivo general, el rendimiento en la prueba RAVLT-PA y el nivel de QSM. En segundo lugar, el último objetivo, investigó acerca de cómo las personas mayores cognitivamente sanas desarrollan mecanismos adaptativos (estrategias de compensación y afrontamiento) según su nivel de plasticidad cognitiva.

Para llevar a cabo este cuarto objetivo, que pretendió analizar el rendimiento cognitivo general, el rendimiento en RAVLT-PA y las QSM en función del nivel de potencial de aprendizaje (dividiendo en grupos, según sean Ganadores o No Ganadores), se realizó una prueba *t* para muestra independientes. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en las pruebas TMT A, TMT B, Dígitos Inverso, TRO, MMSE, Fluencia Fonológica, Fluencia Semántica, RAVLT A1 a A7, RAVLT Reconocimiento y QSM. El grupo Ganador rinde mejor en todas estas pruebas neuropsicológicas mencionadas y reporta menos QSM. Lo mismo se visualiza en la siguiente tabla (32).

Tabla 32*Rendimiento cognitivo general, rendimiento en RAVLT-PA y QSM, según potencial de aprendizaje.*

Pruebas Neuropsicológicas y QSM	No Ganadores <i>M (DE)</i>	Ganadores <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
TMT A	51,48 (39,94)	36,57 (10,69)	2,09 (83)	0,039*	0,51
TMT B	115,88 (59,18)	81,18 (34,86)	3,03 (81)	0,003*	0,71
Dígitos Directo	10,04 (2,58)	9,78 (1,90)	0,50 (88)	0,61	N/A
Dígitos Inverso	5,74 (2,16)	6,76 (1,94)	-2,29 (88)	0,024*	0,11
FAB	16,85 (1,46)	17,27 (1,11)	-1,86 (133)	0,065	N/A
TRO	8,48 (1,84)	9,17 (1,18)	2,27 (138)	0,02*	0,45
MMSE	27,37 (2,42)	28,67 (1,16)	-3,93 (138)	≤0,001**	0,69
Fluencia Fonológica	13,78 (4,88)	17,30 (5,37)	-4,05 (138)	≤0,001**	0,69
Fluencia Semántica	14,78 (4,99)	19,09 (5,26)	-4,97 (138)	≤0,001**	0,84
A1 RAVLT-PA	3,70 (1,56)	4,05 (1,51)	-1,33 (138)	0,18	N/A
A2 RAVLT-PA	5,38 (1,81)	6,22 (1,92)	-2,64 (138)	0,009*	0,45
A3 RAVLT-PA	6,21 (2,27)	8,31 (2,03)	-5,70 (138)	≤0,001**	0,98
A4 RAVLT-PA	7,25 (2,34)	10,34 (2,01)	-8,29 (138)	≤0,001**	1,41
A5 RAVLT-PA	7,28 (2,36)	11,30 (1,84)	-11,05 (138)	≤0,001**	1,89
A6 RAVLT-PA	7,74 (2,37)	11,86 (1,96)	-11,05 (138)	≤0,001**	1,89
A7 RAVLT	5,83 (3,37)	9,44 (3,04)	-6,58 (138)	≤0,001**	1,12
Reconocimiento RAVLT-PA	11,17 (2,94)	13,42 (1,76)	-5,36 (138)	≤0,001**	0,93
PreTest RAVLT-PA	4,53 (1,52)	5,13 (1,48)	-2,32 (138)	0,022*	0,40
PostTest RAVLT-PA	7,50 (2,19)	11,57 (1,79)	-11,85 (138)	≤0,001**	2,03
QSM	3,27 (1,55)	2,80 (1,14)	1,99 (134)	0,048*	0,35

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); ** $p \leq 0,01$ (altamente significativo); *d*=*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$)

4.5. Mecanismos adaptativos en función del potencial de aprendizaje

El quinto y último objetivo fue comparar los mecanismos adaptativos (estrategias de compensación y de afrontamiento) puestos en práctica por la población evaluada en función del potencial de aprendizaje. Al igual que en el objetivo anterior, se dividió la muestra en grupos de Ganadores y No Ganadores, según los resultados del Puntaje de Ganancia en la prueba RAVLT-PA, y se realizó una prueba *t* de Student para comparar ambos.

En primer lugar, al comparar lo reportado por ambos grupos en el cuestionario de estrategias de compensación, se observó que el grupo No Ganador utiliza significativamente más la estrategia Confianza, que implica apoyarse en otro para recordar ($t_{(129)} = 2,53; p = 0,013$. $M_{No\ Ganador} = 2,41 (0,90)$; $M_{Ganador} = 2,04 (0,76)$). (Tabla 33)

Tabla 33

Estrategias de compensación según potencial de aprendizaje.

Estrategias de compensación	No Ganadores <i>M (DE)</i>	Ganadores <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Externo	3,80 (0,78)	3,81 (0,77)	-0,04 (129)	0,96
Interno	2,86 (0,78)	2,84 (0,58)	0,16 (128)	0,87
Tiempo	2,99 (0,74)	3,07 (0,74)	-0,62 (129)	0,53
Confianza	2,41 (0,90)	2,04 (0,76)	2,53 (129)	0,01* <i>d</i> =0,44
Esfuerzo	2,98 (0,75)	2,86 (0,74)	0,95 (128)	0,34
Éxito	3,37 (0,79)	3,28 (0,00)	0,61 (128)	0,53
Cambio	3,47 (0,62)	3,33 (0,54)	1,37 (128)	0,17
Total	3,15 (0,57)	3,06 (0,47)	0,92 (128)	0,35

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); *d*=*d* de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la *p* fuera $\leq 0,05$)

Por otra parte, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, el grupo No Ganador utiliza menos estrategias de afrontamiento en general ($t_{(131)} = -2,28; p = 0,024$. $M_{No\ Ganador} = 1,28 (0,47)$; $M_{Ganador} = 1,46 (0,43)$) y menos Afrontamiento por Evitación Conductual ($t_{(131)} = -2,30; p = 0,023$. $M_{No\ Ganador} = 1,21 (0,72)$; $M_{Ganador} = 1,49 (0,63)$). En la Tabla 34 se reportan las medias, desvíos estándares y prueba T de Student para el afrontamiento total y cada una de las dimensiones de la escala.

Tabla 34*Estrategias de afrontamiento según potencial de aprendizaje.*

Estrategias de afrontamiento	No Ganadores <i>M (DE)</i>	Ganadores <i>M (DE)</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Aproximación Cognitiva	1,64 (0,68)	1,84 (0,54)	-1,89 (131)	0,06
Aproximación Conductual	1,20 (0,69)	1,41 (0,71)	-1,71 (131)	0,08
Evitación Cognitiva	0,95 (0,49)	0,98 (0,57)	-0,35 (131)	0,72
Evitación Conductual	1,21 (0,72)	1,49 (0,63)	-2,30 (131)	0,02*
				<i>d=0,41</i>
Total	1,28 (0,47)	1,46 (0,43)	-0,04 (131)	0,02*
				<i>d=0,39</i>

Nota: *M*= media; *DE*= desvío estándar; * $p \leq 0,05$ (significativo); d = d de Cohen para calcular el tamaño del efecto (solo reportado en los casos que la p fuera $\leq 0,05$)

Se calculó el tamaño del efecto para medir la magnitud de esas diferencias y se hallaron valores medios de d de Cohen.

Como forma de síntesis, se presenta la siguiente figura (24) con el objetivo de resumir y visualizar los resultados significativos obtenidos en los anteriores dos objetivos (4.4 y 4.5) que buscaron comparar el rendimiento cognitivo general y en RAVLT-PA, las QSM, las estrategias de compensación y de afrontamiento según grupos Ganador vs No Ganador.

Figura 24

Rendimiento cognitivo, QSM y mecanismos adaptativos en el Grupo Ganador (síntesis de resultados de objetivos 4.4 y 4.5)

GRUPO GANADORES

Síntesis de los resultados del objetivo 4.4 y 4.5

- Rinden significativamente **mejor** en lo cognitivo:
 - Atención visual sostenida y alternante (TMT A y TMT B)
 - Memoria de trabajo (Dígitos Inverso)
 - Habilidad de visoconstrucción (TRO)
 - *Screening* cognitivo general (MMSE)
 - Lenguaje y fluidez verbal (Fluencia Fonológica y Fluencia Semántica)
 - Curva de aprendizaje en memoria episódica seriada, codificación y evocación diferida (RAVLT A1 a A7)
 - Almacenamiento en memoria (RAVLT Reconocimiento).
- Reportan significativamente **menos** queja subjetiva de memoria.
- Implementan significativamente **menos** la estrategia de compensación Confianza (apoyarse en un otro).
- Implementan significativamente **más** estrategias de afrontamiento en Total y específicamente por Evitación Conductual (alejarse activa y comportamentalmente del estresor).



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el siguiente capítulo se presenta la discusión de los resultados obtenidos en este estudio. El orden del mismo seguirá los objetivos específicos y las interpretaciones de las hipótesis planteadas que se basaron en el marco teórico y la bibliografía desarrollada. Seguidamente, se abordan las limitaciones de la investigación, recomendaciones y futuras líneas de trabajo. En última instancia, se realiza una síntesis integradora, junto con consideraciones finales que indican la relevancia de esta tesis y cómo la misma contribuye al campo de la neuropsicología y psicogerontología.

5.1. Discusión

El objetivo general de este trabajo fue estudiar la relación entre el rendimiento cognitivo general, el potencial de aprendizaje en memoria, las quejas subjetivas de memoria, los mecanismos adaptativos (compensación y afrontamiento) y el estado anímico en adultos mayores a 60 años de Buenos Aires. La hipótesis general planteaba que aquellos adultos mayores con mejor rendimiento cognitivo, más plasticidad cognitiva y menos quejas subjetivas de memoria, implementarían mecanismos más adaptativos y estarían mejor anímicamente.

La puesta a prueba de las diferentes hipótesis permitió arribar a conclusiones novedosas en el ámbito de la neuropsicología en una población, como lo es la de los adultos mayores, que crece exponencialmente año a año (United Nations, 2022; WHO, 2020). Este aumento trae consigo preocupaciones por la aparición de aquellas enfermedades que pueden perjudicar la independencia y autonomía de los mayores y afectar su calidad de vida (Acosta et al., 2015; Peláez et al., 2017). Así, esta tesis aporta información valiosa que permitirá perfeccionar el diagnóstico y mejorar la intervención, dos cuestiones fundamentales al momento de trabajar con adultos mayores (Fernández Ballesteros et al., 2019).

Es sabido que el proceso de envejecimiento es indudablemente heterogéneo y depende de la interacción de múltiples factores, por eso este estudio aporta evidencia empírica que afirma la

importancia de estas interacciones. De acuerdo a los resultados expuestos, todas las variables principales de este estudio han demostrado ser factores que tienen peso en la trayectoria de envejecimiento. Si se piensa a la vejez desde la perspectiva del Curso Vital o desde las teorías *lifespan*, se la entiende dentro de un contexto sociohistórico, en una interacción constante entre pérdidas y ganancias, que involucran aspectos biológicos, psicológicos, interpersonales y ambientales (Triado & Villar, 2006). En este contexto es que la persona debe adaptarse a las constantes demandas, que en esta etapa suelen ser intensas y frecuentes, buscando maximizar ganancias y minimizar pérdidas, o intentando mantener y evitar perder lo que ya adquirió (Giuliani et al., 2015).

En rasgos generales, los resultados del presente estudio dejan en evidencia la importancia de volver a conceptualizar al envejecimiento desde esta perspectiva multidimensional y multidireccional (Fernández Ballesteros et al., 2019). En muchos casos, al momento de realizar una evaluación neurocognitiva, muchos de estos aspectos se dejan de lado y las relaciones aquí reportadas afirman el valor que tienen ciertas variables en la progresión o evolución de un cuadro. En estas evaluaciones, no solo se dejan de lado variables significativas, sino que rara vez se evalúa mediante una modalidad de evaluación dinámica. Los resultados de este trabajo vuelven a dejar en evidencia la necesidad de implementación de estas técnicas y la importancia de contar con información acerca del potencial de desarrollo y la mejor en el aprendizaje que tiene un paciente (Calero, 1989; Calero & Navarro-González, 2006; Gonzalez Aguilar et al., 2018; González Aguilar, 2024; Sternberg & Grigorenko, 2003).

De acuerdo con la hipótesis general, los mecanismos adaptativos y el estado anímico se relacionan estrechamente con el rendimiento cognitivo general, la plasticidad cognitiva y las quejas subjetivas de memoria. Estas variables cognitivo-conductuales y psicológicas están íntimamente ligadas al perfil cognitivo. Por un lado, los mecanismos que han demostrado ser más adaptativos, se relacionan con un mejor estado anímico y, a su vez, con un perfil de rendimiento cognitivo más saludable y con menos QSM. Además, la presencia de plasticidad cognitiva está vinculada con la

implementación de estos mecanismos adaptativos. Se podría considerar que estos mecanismos ayudan a promover el mantenimiento de la plasticidad y, a su vez, tienen un impacto directo y positivo sobre el funcionamiento cognitivo general.

Estas relaciones significativas que se han reportado a lo largo del desarrollo de los resultados demuestran la importancia de integrar el estudio de variables psicológicas y cognitivo-conductuales al realizar evaluaciones neurocognitivas. Además, los resultados, especialmente aquellos relacionados con la plasticidad cognitiva, subrayan la relevancia y el aporte de la evaluación dinámica para establecer perfiles cognitivos. Evaluar al adulto mayor desde esta perspectiva y modalidad, utilizando consignas estandarizadas, que fomenten el potencial de aprendizaje y lo motiven durante el proceso, representa una ventaja para obtener diagnósticos precisos y planificar intervenciones efectivas.

A continuación, se organizan las discusiones de los resultados obtenidos en la consecución de los objetivos específicos.

5.1.1 Discusión de la descripción de las variables principales

5.1.1.1. Rendimiento cognitivo

En lo referente a la interpretación del primer objetivo que buscaba describir el rendimiento cognitivo general, se obtuvieron resultados que dan cuenta que la población evaluada presenta parámetros normales en el rendimiento de pruebas que evalúan el lenguaje, la atención sostenida, la atención alternante, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, la visoespacialidad y la valoración cognitiva general. Aquí es pertinente recordar que los criterios de inclusión de la muestra implicaban que los participantes no presentaran indicadores de demencia o deterioro cognitivo global. El declive cognitivo a partir de la adultez mayor es esperable y varía mucho entre personas (Lin et al., 2020a). Los resultados aquí hallados dan cuenta de que, si bien es esperable un descenso en la capacidad de concentración, la memoria de trabajo, la memoria de largo plazo, la atención alternante, el desempeño ejecutivo y la fluencia verbal, los participantes de este estudio presentan un deterioro cognitivo normal (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015; Ventura, 2004).

También es relevante retomar lo planteado por Fernández Ballesteros y colaboradores (2019) cuando señalan que uno de los dominios del buen envejecer es la salud y la autonomía en las actividades de la vida diaria; en adición con el dominio activo que da cuenta de un alto nivel de funcionamiento cognitivo. Según lo planteado por estos autores, esto trae como resultado salud mental, capacidades funcionales, ausencia de discapacidad, autonomía y un funcionamiento positivo mental con competencia cognitiva (Fernández Ballesteros et al., 2019). Si bien la evaluación centrada exclusivamente en el rendimiento cognitivo deja de lado los aspectos psicológicos y sociales, estos hallazgos podrían dar indicio de que los participantes de este estudio, o la mayoría de ellos, presentan algunas características propias de un envejecimiento exitoso.

5.1.1.2 Potencial de aprendizaje

En segundo lugar, los resultados descriptivos del rendimiento en la prueba RAVLT-PA dan cuenta de una curva de aprendizaje ascendente, como lo esperable en esta prueba que incluye una mediación y supone una mejora en el rendimiento final en comparación con el inicial (Calero & Navarro-González, 2006; Sternberg & Grigorenko, 2003). En un estudio realizado en un contexto similar al del presente trabajo, las medias y desvíos publicados para los ítems A7 RAVLT, Puntaje de Ganancia y Reconocimiento, son similares a estos resultados, considerando lo que las autoras clasificaron como envejecimiento exitoso y envejecimiento normal (González Aguilar & Grasso, 2018). Además, en una población sana, una curva de aprendizaje ascendente es esperable cuando se introduce la condición de mediación (González Aguilar, 2020). Asimismo, los resultados descriptivos indican que casi la mitad de los participantes de la muestra fueron clasificados como Ganadores, dando cuenta de un mayor potencial de aprendizaje y, en consecuencia, plasticidad cognitiva. Si bien es llamativo que, en una muestra sin demencia y con alto nivel educativo, solo la mitad sean Ganadores, sería pertinente indagar si, dentro del grupo No Ganador, podrían haber casos que se clasifiquen como DCL, que aún no se expresaron y/o que se correspondan con el porcentaje de la población con DCL que tiene menos probabilidad de evolucionar a demencia.

5.1.1.3 Queja subjetiva de memoria

En lo que concierne al objetivo que describe la prevalencia de QSM de la población evaluada, el resultado da cuenta de la baja proporción de adultos mayores que manifiestan quejas significativas. Esto coincide, principalmente, con el hecho de que se evaluaron personas sanas y autónomas, donde es esperable un bajo puntaje en QSM, lo cual no significa la inexistencia de las mismas, pero sí vuelve a comprobar la vinculación que tienen con distintos diagnósticos neuropsicológicos (Mias & Causse, 2021). En este punto es relevante mencionar los antecedentes en otras investigaciones sobre esta temática, que varían en sus porcentajes, posiblemente por estar evaluando las QSM con diferentes instrumentos, o, inclusive, con una simple pregunta. Al recopilar prevalencia de quejas en la población de adultos mayores en EEUU, encuentran que un 73,7% manifestó tener alguna o rara vez un problema de memoria, en Francia el porcentaje disminuye a un 33,5%, en Alemania un 39% y en Brasil a un 21% (Montenegro Peña, 2016); más coincidente con los hallazgos del presente trabajo. En otro estudio, Mitchell (2008) afirma que, de las personas sanas, solo un 17% reporta QSM. Esta baja proporción de adultos mayores con QSM, también podría explicarse, no solo por el buen estado de salud cognitiva, sino también por la ausencia de enfermedad y presencia de bienestar, que han sido variables que se han asociado a la presencia o no de QSM (Maki et al., 2014; Mol et al., 2009).

5.1.1.4 Estrategias de compensación

A continuación, los estadísticos descriptivos de las estrategias de compensación confirman que la menos utilizada es la de Confianza, asociada a la necesidad de apoyarse en otro y pedirle que le haga acordar de algo. Esto coincide con antecedentes previos que la ubican como la estrategia de menor prevalencia utilizada por personas mayores sin DCL (Aschiero et al., 2020; Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021). En el polo contrario, las más utilizada según las medias reportadas, es la estrategia Externo, que se relaciona con un mayor uso de agendas, notas y recordatorios. Esta estrategia ha sido reportada como una que se implementa mucho en la etapa de la vejez y en poblaciones educadas (Bouazzaoui et al., 2010; Hertzog et al., 2019; Pizzonia & Suhr, 2022). En rasgos generales, estos

resultados estarían dando cuenta de un adecuado repertorio en la implementación de estrategias de compensación y en una mayor prevalencia en el uso de aquellas que son adaptativas (como podría ser la Externa).

5.1.1.5 Estrategias de afrontamiento

Seguidamente, el primer objetivo descriptivo pretendió también conocer las medias y desvíos de las estrategias de afrontamiento de la población evaluada. Los resultados indican que la estrategia menos implementada es la de Evitación Cognitiva y la que más se implementa es la de Aproximación Cognitiva, dejando en evidencia lo postulado por investigaciones previas que ubican al adulto mayor como un usuario de estrategias activas y centradas en el problema, que buscan soluciones (Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019; Herrera et al., 2018). Esto también puede explicarse por el hecho de que se trata de una población cognitivamente sana, en concordancia con investigaciones previas que afirman que una mayor implementación de estrategias evitativas se relaciona más con DCL y demencia (Shikimoto et al., 2022), que en esta tesis es la que menos implementa la población evaluada. En este mismo punto, al evaluar la frecuencia de los estresores reportados, la mayoría se asocian a cambios normativos, esperables y prevalentes en esta etapa vital, como lo son los problemas de salud, las enfermedades propias o de algún familiar, dejando en evidencia lo que tienen que atravesar con mucha frecuencia los adultos mayores en general (Aceiro & Grasso, 2022b; Acosta et al., 2015).

5.1.1.6 Estado anímico

En última instancia, el primer objetivo descriptivo dejó en evidencia que la población evaluada no presenta sintomatología significativa en depresión o malestar psicológico. La media de la escala de depresión da cuenta que la mayoría de los participantes no alcanzan el puntaje de corte planteado por los autores de la misma (Tartaglino et al., 2017, 2021). Este resultado, sumado a las puntuaciones esperables en la escala de bienestar psicológico, es relevante a la hora de pensar el envejecimiento (Caro et al., 2019). La bibliografía afirma que la depresión es muy prevalente en este grupo etario y tiene un valor fundamental para la prevención del deterioro cognitivo (Bazán et al., 2018), ya que hay

basta evidencia que afirma que la misma se encuentra estrechamente relacionada a la aparición y manifestación de las QSM (Aceiro & Aschiero, 2019; Pearman et al., 2014). El bienestar y la depresión son factores que, por esta razón, también tienen que ser tenidos en cuenta en una evaluación (Mentis et al., 2021). Por último, es interesante destacar que la dimensión que más puntuó en la escala de bienestar psicológico es la de Propósito Vital, volviendo a afirmar que la mayoría de los participantes presentan un envejecimiento activo y tienen la capacidad de dirigir su comportamiento para otorgarle sentido a su existencia (Aranguren & Irrazabal, 2015; Díaz et al., 2006).

5.1.2 Discusión del análisis de las variables principales según la procedencia, el sexo, la edad y el nivel educativo.

5.1.2.1 Procedencia

En lo que refiere al rendimiento cognitivo general según la procedencia del participante, es decir, si pertenecía a la Población General o a la Población Consultante, este último grupo rindió significativamente peor en la prueba MMSE (*screening* cognitivo general), aun ubicándose por encima del puntaje de corte y no presentando deterioro cognitivo. Al contrario de lo hipotetizado, rindieron mejor en el *screening* ejecutivo, presentando significativamente valores más altos en la prueba FAB. Así, la hipótesis planteada se acepta parcialmente, ya que se creía que quien consulta presentaría peor desempeño en todas las pruebas neurocognitivas. En primer lugar, un rendimiento general más bajo podría ser motivo por el cual la persona se acerque a consultar, o por el cual un familiar le insista y lo lleve a consulta. En cualquier caso, solicitar la asistencia de un neurólogo o neuropsicólogo y reconocer la necesidad de realizarse una evaluación, y efectivamente presentar un peor rendimiento, sería indicador de una correcta percepción del propio funcionamiento y, consecuentemente, un primer indicio de olvidos benignos. Aquellos participantes que consultaron pudieron trascender el “a todos les pasa lo mismo” o “es normal para la edad que tengo” y solicitar la asistencia que creen necesitar (Mias, 2008; Montenegro Peña, 2016).

En segundo lugar, y en concordancia con esto último, un mejor rendimiento ejecutivo podría estar involucrado con el hecho de acercarse a consultar. Además, anteriores hallazgos que coinciden con este punto, afirman que la educación tiene especial peso en el rendimiento de la prueba FAB, especialmente en las subescalas atravesadas por componentes verbales (conceptualización, flexibilidad mental, sensibilidad a la interferencia y control inhibitorio) (Aschiero et al., 2019); y, en el caso de la presente muestra, la Población Consultante está significativamente más educada que la Población General. Esta diferencia, por otro lado, podría explicarse por el hecho de que los años de educación hacen que la persona sea más consciente de su funcionamiento y tenga más noción de la importancia de consultar preventivamente. Esto coincide con lo establecido en la bibliografía citada previamente, donde se afirma que un mayor nivel educativo implica más conocimiento y percepción de los cambios y del propio rendimiento cognitivo (Comijs et al., 2002; Montenegro Peña, 2016).

Por otra parte, al seguir analizando las diferencias según la procedencia, también se reportaron resultados en el rendimiento de la prueba RAVLT-PA que favorecen al grupo de Población General. En este caso, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems de la escala, exceptuando el *trial* A1 (lo cual podría deberse a que es el primer ítem y el de menos exigencia), el Reconocimiento (que, en una población saludable como lo es esta muestra, es esperable que el almacenamiento esté conversado y las diferencias entre grupos son mínimas, ya que ambos grupos logran reconocer adecuadamente una palabra de la lista original entre muchas otras) y el Puntaje de Ganancia. Así, se confirma casi completamente la hipótesis planteada y se vuelve a afirmar, como lo interpretado en el punto anterior, que la Población Consultante efectivamente tiene peor rendimiento cognitivo general y específicamente en memoria. Además, los tamaños del efecto hallados son entre medianos y grandes, dando cuenta de la diferencia en los valores entre grupos. Este resultado coincide con otros que relacionan el rendimiento cognitivo con la plasticidad, donde participantes que tenían menor rendimiento cognitivo general rendían peor en pruebas de plasticidad (Navarro & Calero, 2018). Asimismo, si bien se puede afirmar que la población evaluada no presenta deterioro cognitivo mayor

(por ser un criterio de exclusión al momento de seleccionar la muestra), esta variación entre la Población Consultante y la Población General podría estar dejando en evidencia el peso de otras variables involucrada y que se trata de dos trayectorias de envejecimiento diferentes (podrían ser exitoso y normal o, en algunos casos, DCS o DCL). Esto fue abordado previamente por otras investigaciones, que concluyen que la plasticidad cognitiva disminuye con el grado del cuadro neuropsicológico (Fernández Ballesteros et al., 2003; González Aguilar & Grasso, 2018).

Por otra parte, se estudiaron las QSM según la procedencia de la muestra. De acuerdo a lo afirmado por la hipótesis planteada, la Población General presenta significativamente menos niveles de QSM y reportan menos olvidos. Esta diferencia entre grupos se puede explicar por el hecho de que la QSM es la que lleva a la persona a la consulta, ya sea por la percepción de un declive propiamente en la memoria o en alguna otra función cognitiva asociada, como la atención o funciones ejecutivas (y por eso aumenta en la Población Consultante) (Arvanitakis et al., 2018; Paredes Quispe, 2019). En este sentido, y en concordancia con las diferencias halladas en lo que concierne al rendimiento cognitivo y la plasticidad cognitiva, la Población Consultante impresionaría tener más percepción del declive y percibir más necesidad de acercarse a consultar (Allegri et al., 2021). A su vez, el *ranking* de olvidos entre ambos grupos difiere, y la figura que lo grafica, deja en evidencia que los olvidos de la Población General parecen ser los esperables para este grupo etario (como serían olvidar nombres, tener la palabra en la punta de la lengua y perder objetos de uso cotidiano). Según lo concluido por estudios previos, los olvidos más frecuentes a partir de la mediana edad, se relacionan con olvidar nombres, no encontrar la palabra al hablar o no recordar dónde dejaron objetos de uso cotidiano (Mias, 2008; Mias et al., 2015; Montenegro Peña, 2016). En cuanto a las QSM del grupo Consultante, es llamativo que presentan olvidos que impresionan asociarse a un peor funcionamiento, como tener la necesidad de releer (para poder comprender, aprender y memorizar un texto), u olvidarse de manera prospectiva que tenía que acordarse de algo. Es probable que estos olvidos, menos comunes en esta población, les impresionen más alarmantes y que por eso se acerquen a consulta.

En esta misma línea, y considerando el uso de estrategias de compensación de memoria, que se activan frente a la percepción de un declive cognitivo, los resultados evidencian que la Población General utiliza significativamente menos estrategias de tipo Externo (uso de agendas o ayudas externas) y estrategias de Cambio (percepción del cambio en su rendimiento en comparación con los últimos 5 a 10 años). De acuerdo con los análisis anteriores, este resultado es esperable y confirma la hipótesis, ya que, como se ha venido desarrollando, la Población General presenta un mejor rendimiento cognitivo, mayor plasticidad y percibe menos declives en el funcionamiento de su memoria. En un estudio reciente, se planteó que la activación de la compensación efectivamente se relaciona con un mejor *performance* cognitivo y con un deterioro más lento (Tomaszewski Farias et al., 2020). Por lo tanto, como lo indica la definición original de Dixon y de Frias (2004), es esperable que necesiten compensar menos, ya que no perciben tanto la necesidad de adaptarse y están bien cognitivamente. Con respecto a la diferencia en el uso de la estrategia Externo, el tamaño del efecto es pequeño, es decir, no hay evidencia de una diferencia tan grande, dando cuenta que ambos grupos implementan mayormente esa estrategia. La misma, se comprende como una estrategia adaptativa, que puede aumentar con la edad y que se activa al percibir un declive que, en este caso, está asociado a la edad (Mayordomo et al., 2015; Schmitter-Edgecombe & Dyck, 2014). Lo mismo sucede con la estrategia Cambio, que indaga acerca de la percepción en el uso y variación de las estrategias de compensación de los últimos cinco a diez años de la persona. Sería esperable que la Población General no note tanto cambio en su funcionamiento y, como los olvidos de memoria no son tan frecuentes, se recurre a menos estrategias para recordar, como lo afirman hallazgos previos (Orduña Torres, 2021).

Como anteúltimo punto en lo que refirió a los análisis del grupo de procedencia, no se encontraron diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento. En este aspecto, se rechaza la hipótesis planteada, ya que se creía que el grupo de Población General implementaría más estrategias postuladas inicialmente como adaptativas (Aproximación Cognitiva y Aproximación Conductual). A diferencia de lo planteado por la bibliografía de referencia, las estrategias de afrontamiento

impresionarían no variar mucho en base a variables sociodemográficas. Una explicación posible a los resultados obtenidos podría deberse a lo que afirman Martin y colaboradores (2008) acerca de la estabilidad en la implementación de estrategias de afrontamiento, donde hallazgos afirman que las personas implementan de manera consistente las mismas estrategias a lo largo de su vida y en diversas situaciones. Además, al tratarse de una población de adultos mayores, es posible que perciban los problemas que están atravesando como no estresantes y desafiantes (Aldwin & Yancura, 2010; Brennan et al., 2012; Fuller & Huseth-Zosel, 2021) y así no se encuentren diferencias entre grupos (ya que todos son mayores).

En último lugar, al abordar la esfera anímica y analizar las diferencias según la procedencia de la muestra, se confirma la hipótesis, dejando en evidencia que la Población General presenta valores significativamente más altos en el Bienestar Total, en las dimensiones de Autoaceptación, Autonomía, Dominio del Entorno y Propósito Vital; y valores más bajos en la escala de depresión. No es casual que la Población General, quienes han demostrado tener un envejecimiento saludable (e, incluso en algunos casos, exitoso), esté mejor anímicamente (Fernández Ballesteros et al., 2019). Al rendir adecuadamente en las pruebas cognitivas, perciben mayor independencia y autonomía, y perciben que tienen más capacidad para controlar su entorno y las circunstancias (Aranguren & Irrazabal, 2015).

5.1.2.2 Sexo

Continuando con el desarrollo de este objetivo, se buscó analizar si existían diferencias en el rendimiento según el sexo, hipotetizando que las mujeres rendirían mejor en todas las pruebas. Esta hipótesis no se corrobora completamente, ya que los resultados indicaron que las mujeres efectivamente rinden mejor en la prueba de Fluencia Fonológica pero peor en la prueba de Dígitos Directo; y que no hubo diferencias significativas en las demás pruebas. Se creía que iban a rendir mejor, ya que viven más años y tienen menos riesgo de padecer demencia y/o deterioro cognitivo leve (Bai et al., 2022; Li et al., 2016; United Nations, 2022). La prueba Fluencia Fonológica, además de estar evaluando la evocación verbal y la habilidad lingüística, evalúa también las funciones ejecutivas

y la flexibilidad o plasticidad cognitiva. Los resultados de la próxima variable, y la bibliografía detallada, dan cuenta que, en esta muestra y en otros estudios, efectivamente el grupo de mujeres rinde mejor en pruebas que evalúan plasticidad cognitiva (González Aguilar, 2020; Navarro & Calero, 2018). Asimismo, esta diferencia puede deberse a una cuestión cultural y a la formación académica que cada grupo tuvo, ya que tradicionalmente, y más en la época en que los participantes de esta muestra estudiaron, los hombres solían seguir carreras más exactas, que requerían de una mayor capacidad para manipular números.

Por otra parte, también se buscó comparar el rendimiento en la prueba de plasticidad cognitiva según mujeres y hombres. Los resultados del presente trabajo confirman la hipótesis y ubican a la mujer en un rendimiento significativamente mejor en los *trials* A2, A3, A4, A5, A6, A7, PreTest, PostTest y Puntaje de Ganancia. En este punto, estos valores coinciden con bastante evidencia previa que, efectivamente, concluye que las mujeres puntúan alto en pruebas que evalúan plasticidad cognitiva y, en pruebas como la RAVLT-PA, que evalúa el desempeño en memoria seriada puntualmente, también presentan un mejor rendimiento (Durruty & Aceiro, 2021; González Aguilar, 2020; González Aguilar, 2024; Navarro & Calero, 2018; Rébolo et al., 2021).

Más adelante, al analizar las QSM en función del sexo de los participantes, a diferencia de lo que establecía la hipótesis, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Los antecedentes de referencia afirman que los hombres son quienes se preocupan más por el aumento en las fallas de memoria y los olvidos cotidianos (Drouin et al., 2022), además de que objetivamente, como lo mostraron resultados anteriores, rinden peor en pruebas de memoria y plasticidad, ósea que su rendimiento objetivo está efectivamente descendido. Otros antecedentes afirman lo contrario, y sostienen que las mujeres se quejas y perciben más dificultades, ya que juzgan mejor su desempeño (Begum et al., 2013; Crumley et al., 2014; Gagnon et al., 1994; Podewils et al., 2003; Reid & Maclulich, 2006). Es indiscutible que los antecedentes no llegan a una conclusión unificada, y que todas las opciones parecerían ser posibles. De igual modo, otros antecedentes coinciden con lo hallado

en este trabajo, ya que no se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres al momento de indagar los olvidos y las quejas (Jonker et al., 2000; Montenegro Peña, 2016).

Por otro lado, al analizar si existían diferencias según hombres y mujeres en el uso de estrategias de compensación, no se encontró una diferencia significativa, rechazando, de esta manera, la hipótesis. Los datos permiten observar una tendencia, por parte de los hombres, a utilizar más la estrategia Confianza, pero no llega a ser una diferencia estadísticamente significativa. Esta no-diferencia contradice aquellos hallazgos previamente citados pero la tendencia los afirma; son los hombres quienes suelen ser los que recurren con mayor frecuencia a la Confianza y primeramente al apoyo en sus esposas (Aceiro et al., en prensa; Aschiero et al., 2019; de Frias et al., 2003; Harris et al., 2022).

Los resultados que comparaban mujeres y varones en cuanto a las estrategias de afrontamiento confirman parcialmente la hipótesis que ubicaba a las mujeres como mayores usuarias de estrategias adaptativas. Según los resultados del presente trabajo, las mujeres implementan significativamente más el Afrontamiento Total y el afrontamiento por Aproximación Conductual. En lo que refiere a este último, los ítems de esta dimensión indagan acerca del apoyo social (informativo e instrumental) que percibe la persona frente al estresor que describe. Algunos ejemplos son: “¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?”, “¿Habló con algún amigo de estos problemas?”, “¿Habló con algún profesional?”, “¿Le pidió a alguien que comprendiera su problema?”. Efectivamente, estudios previos concluyen que las mujeres recurren más frecuentemente a sus vínculos que los hombres, socializan más sus problemas, buscan redes que las contengan y puedan ayudar (Arguello Pitt et al., 2020; Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al., 2012) e implementan más estrategias de Aproximación Conductual (Aceiro & Grasso, 2022b). En este sentido, sería esperable, entonces, que utilicen más Afrontamiento Total, lo cual podría coincidir con el resultado previamente mencionado, que establece mayores niveles de plasticidad y flexibilidad cognitiva en las mujeres. Esta flexibilidad podría dar como resultado la implementación de una gama más variada de estrategias y, como lo plantea la bibliografía, estrategias mayormente centradas en el problemas, que son activas y

que buscan planificar y solucionar los diversos problemas que conlleva la adultez mayor (Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019; Herrera et al., 2018). Esto da cuenta de un grupo de mujeres con mayor adaptación proactiva que puede estar ayudando a una mejor calidad de vida (Martin et al., 2015).

Por último, al analizar las diferencias según el sexo en lo que compete al estado anímico, se encontró que las mujeres puntuaron más alto en la dimensión Propósito Vital de la escala de bienestar psicológico. La hipótesis planteada inicialmente sostenía que las mujeres iban a encontrarse mejor anímicamente. Con este resultado, la hipótesis queda en cuestionamiento, ya que solo un aspecto del bienestar demostró diferencias significativas entre grupos. La dimensión de Propósito Vital indaga acerca del sentido de vida de cada persona y de la capacidad que ésta tiene de ponerse metas y orientar su comportamiento hasta su consecución (Aranguren & Irrazabal, 2015). En este sentido, y con los resultados desarrollados en este apartado, que evidencian cómo varios factores están favorecidos en el grupo de mujeres, es interesante pensar esta puesta de metas relacionada con la mayor plasticidad o, en este caso probablemente, flexibilidad cognitiva que ellas presentan. Se han desarrollado diversos modelos que buscan explicar cómo la persona se adapta a la vejez y cambia sus metas con el objetivo de mantener la estabilidad y autonomía. Carstensen y Charles (2007) al desarrollar su Teoría de la Selectividad Socioemocional, afirman que en la vejez los adultos priorizan metas y vínculos que le brinden experiencias positivas y aumenten su bienestar; mientras que Baltes & Baltes (1990) explican la consecución de metas mediante mecanismos de selección, optimización y compensación. Ambas teorías asocian una mejor adaptación a la vejez con mayores niveles de bienestar, que es, en parte, lo que podría estar sucediendo en el grupo de mujeres. Su mejor rendimiento cognitivo general, mayor plasticidad cognitiva y mayor implementación de mecanismos adaptativos se relaciona con un mayor sentido de vida y con más satisfacción al momento de proponerse metas y buscar alcanzarlas.

5.1.2.3 Edad

Seguidamente, al estudiar la relación entre la edad y las variables principales del estudio, se encontró una relación inversa con el rendimiento cognitivo, el potencial de aprendizaje y la dimensión de Crecimiento Personal del bienestar. Este análisis se llevó a cabo principalmente por el peso que tiene la edad en relación a las patologías neurocognitivas (Aguilar Agudo et al., 2021; Paredes-Arturo et al., 2021).

En primer lugar, al analizar el rendimiento cognitivo y la edad, los resultados expuestos corroboran la hipótesis y efectivamente indican que la edad se relaciona inversamente con el rendimiento en pruebas neuropsicológicas que evalúan fluencia verbal, funciones ejecutivas, atención sostenida y alternante, localización de estímulos en el espacio, velocidad de procesamiento y el rendimiento cognitivo general. Como ya se mencionó en repetidas oportunidades a lo largo del presente trabajo, la edad es uno de los factores de riesgo no modificables que tiene más peso en la aparición de enfermedades neurodegenerativas y que influye, directamente, en el rendimiento objetivo (Aguilar Agudo et al., 2021; Paredes-Arturo et al., 2021). Este descenso en el funcionamiento cognitivo en esta etapa, de acuerdo con la evidencia, es esperable, tanto a nivel funcional (respuesta de las funciones cognitivas a las demandas) como a nivel orgánico-cerebral (cambios en el volumen cerebral, regiones cerebrales y procesos en las neuronas) (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016; Davis et al., 2008; Flores Lázaro & Ostrosky-Solís, 2012; Gutiérrez Pérez, 2016; Lin et al., 2020a).

En línea con el resultado previo, al indagar la relación entre la edad y el rendimiento en la prueba de potencial de aprendizaje, se confirma la hipótesis que sostenía que esa relación se daría de manera inversa. Efectivamente, a mayor edad, menor fue el rendimiento en la mayoría de los *trials* de la prueba RAVLT-PA. Esto, al igual que el punto anterior, está bastante estudiado en la comunidad científica y queda, en parte, justificado por lo desarrollado en el párrafo anterior, ya que se puede pensar a la plasticidad cognitiva como otra función propia del rendimiento cognitivo. De todas maneras, al relevar información de investigaciones en adultos mayores, hay muchos hallazgos que dan

cuenta que la plasticidad cognitiva disminuye con la edad, no es esperable su desaparición, pero sí un declive (Borghesi et al., 2023; Durruty & Aceiro, 2021; Fernández Ballesteros et al., 2012; González Aguilar, 2020; 2024; Kühn & Lindenberger, 2016; Navarro & Calero, 2018; Rébolo et al., 2021).

A continuación, al analizar la relación entre la edad y las QSM, no se encontró una relación significativa. En este punto, queda rechazada la hipótesis que afirmaba que las QSM aumentaban con la edad. Este resultado podría explicarse por la poca variabilidad de edad de la muestra evaluada, si bien la misma va desde los 60 hasta los 91 años, es relevante señalar que todos los participantes pertenecen al grupo etario de adultos mayores. La edad es un factor de riesgo inmodificable (Aguilar Agudo et al., 2021; Paredes-Arturo et al., 2021) y las variaciones en el rendimiento cognitivo impactarían directamente sobre la percepción y manifestación de quejas verbales. Es posible que, en este punto, no se haya encontrado una relación significativa, porque el estado cognitivo de los participantes de la muestra es normal, y la manifestación de las QSM suele asociarse a cuadros clínicos neuropsicológicos y, específicamente, a un síntoma presente en el diagnóstico de DCL, de DCS o a un declive en alguna función cognitiva (Arvanitakis et al., 2018; Jessen et al., 2014; Maki et al., 2014; Mias et al., 2015; Mias & Causse, 2021; Rabin et al., 2015; Schofield et al., 1997).

Seguidamente, también se rechaza la hipótesis al momento de relacionar la edad con las estrategias de compensación. Esto, nuevamente, podría deberse a la poca variabilidad en los años de vida de la población evaluada, y coincide con lo postulado por previos estudios (longitudinales) que afirman que el uso de estrategias de compensación permanecería relativamente estable a lo largo de la adultez (Aceiro et al., en prensa; Dixon et al., 2001) y no se diferencian aún dentro de adultez joven, media o vieja (Aschiero et al., 2020). También, en concordancia con la no relación hallada entre la edad y las QSM, este resultado permite afirmar que la edad no es una variable significativa para pensar la implementación de estrategias de compensación.

En lo que respecta a la relación entre la edad y las estrategias de afrontamiento, ocurre algo similar con lo interpretado previamente en las estrategias de compensación, y queda rechazada la

hipótesis, ya que los análisis no encontraron relaciones significativas entre ambas. Si bien es cierto que la hipótesis se postuló basada en bibliografía que sostenía que los adultos mayores son más propensos a cambios y a la implementación de estrategias maduras (Martin et al., 2008, 2015), otra bibliografía afirmaba que en esta etapa vital hay estabilidad y consistencia en el uso de estrategias (Aceiro et al., 2020; Petrikovich, 2020).

Como último análisis en lo que concierne a la edad y el estado anímico, se encontró una relación estadísticamente significativa e inversa con la dimensión de Crecimiento Personal (dimensión del bienestar). Al releer la definición de esta dimensión, parece evidente que esta relación se dé de manera inversa. Las autoras Aranguren e Irrazabal (2015) la explican como la dimensión en constante desarrollo, donde la persona está receptiva a nuevas experiencias y busca cambiar su conducta para actualizar su propio potencial. En esta población de adultos mayores, donde cambia la percepción del tiempo, y el mismo se hace finito (Carstensen & Charles, 2007), sería lógico pensar que no se promueva la búsqueda de nuevas experiencias y que, al analizar el final de su vida, y ser personas con un adecuado bienestar, no necesariamente estén buscando desarrollarse aún más o expandirse en nuevas áreas. Puntualmente, en lo que respecta a vínculos, por ejemplo, Carstensen y Charles (2007) afirman que el adulto mayor prioriza aquellos que son conocidos, que le brindan bienestar y que no le suponen un esfuerzo. Así, que el Crecimiento Personal disminuya con la edad, no es un signo de alteración en su bienestar sino, probablemente, algo esperable asociado a estar conforme, o a evaluar de manera sabia y conciliadora, su propio recorrido vital.

5.1.2.4 Nivel educativo

A continuación, la siguiente variable sociodemográfica que se analizó en relación a las variables principales del estudio fue el nivel educativo. En primer lugar, se comprueba la hipótesis planteada, ya que un mayor nivel de instrucción mejora el rendimiento en la evaluación cognitiva global, la fluencia verbal fonológica y las funciones ejecutivas. Esto coincide con basta evidencia empírica que relaciona el rendimiento cognitivo con los años de educación, dando cuenta que una

mayor instrucción formal, mejora el *performance* cognitivo, el control inhibitorio (ítem de la prueba de funciones ejecutivas) y la comprensión (ítem de la prueba MMSE) (Hernández Silvera & Campo, 2021; Lenehan et al., 2015; Lövdén et al., 2020; Seblova et al., 2020; Zepeda et al., 2015). Esto explica, también, la razón de por qué muchos participantes llegan al efecto techo en ciertas pruebas neuropsicológicas, ya que son personas sanas y con un adecuado rendimiento cognitivo general (van Oijen et al., 2007).

En concordancia con el punto anterior, se encontró una relación entre el nivel educativo y la plasticidad cognitiva. Una mayor formación educativa se relaciona significativamente con un mejor rendimiento en los *trials* A1, A2, A3, A4, Reconocimiento y PreTest, confirmando la hipótesis planteada. Estos resultados coinciden, en parte, con estudios previos que relacionan ambas variables, en especial cuando la educación es evaluada mediante la reserva cognitiva (Durruty & Aceiro, 2021). En contraposición, otros hallazgos en poblaciones locales, afirman no haber encontrado una relación entre estas variables (González Aguilar, 2024). Es interesante como esta asociación se da con los primeros *trials* de la prueba y no con los otros, dejando en evidencia una cierta relación entre la educación y puntualmente la capacidad ejecutivo atencional involucrada en la codificación y en el aprendizaje de información novedosa, como en un listado de palabras sin relación lógica entre sí.

Por otra parte, al estudiar la relación entre el nivel educativo y las QSM, no se halló una relación estadísticamente significativa, quedando, así, rechazada la hipótesis previamente planteada. La manifestación de quejas implica la habilidad y capacidad propia de percibir y evaluar el *performance* cognitivo (Mías et al., 2015; Montenegro Peña, 2016), no solo manifestaciones referidas a la memoria y a la capacidad de almacenar, sino a otros componentes involucrados, como podrían ser los atencionales, ejecutivos y la capacidad de codificar y evocar (Arvanitakis et al., 2018; Paredes-Arturo et al., 2021). Por eso, una parte de la bibliografía afirma que tener mayor nivel de instrucción se asocia con una mayor capacidad para percibir el propio funcionamiento cognitivo, ya que la persona, a lo largo de su vida y su experiencia de formación, ha ido evaluando y poniendo a prueba sus capacidades

(y percibe, ahora, en la vejez, mayores dificultades o declives) (Comijs et al., 2002; Montenegro Peña, 2016). Es decir, que más educación implicaría más QSM. Por el contrario, otras investigaciones sobre QSM en población adulta afirman que, al estar tan influidas por el rendimiento objetivo (en memoria o en otras funciones cognitivas), más años de educación compensarían la aparición de estas QSM (Begum et al., 2013; Crumley et al., 2014; Hülür et al., 2014, 2015; Jonker et al., 2000; Mias & Causse, 2021; Reid & Maclullich, 2006). Es decir, más educación implicarían menos QSM. Esto podría estar vinculado, con el hecho de que la población de la presente muestra es muy educada y los altos niveles de RC podrían estar mitigando la aparición de QSM. La RC, que es la acumulación de recursos a lo largo de la vida, supone que hay una cierta adaptabilidad de los procesos cognitivos que promueven la activación y compensación y, así, permiten la tolerancia de neuropatología antes de manifestar síntomas (Cabeza et al., 2018; Díaz Orueta et al., 2010; Lojo-Seoane et al., 2012; Stern et al., 2020). De esta manera, en esta población sana, con alto nivel educativo y alta RC, los resultados no serían tan contradictorios, ya que no hay variaciones en los años de instrucción y el rendimiento cognitivo normal hace que las QSM no sean significativas.

En lo que concierne al nivel educativo en relación a la compensación, la hipótesis, basada en evidencia que concluye que menos años de instrucción se relacionan inversamente con la estrategia Esfuerzo y directamente con Confianza, Cambio, éxito y Externas, queda rechazada (Aceiro et al., en prensa; Aschiero et al., 2020; Martin et al., 2015; Orduña Torres, 2021). En la población de la presente tesis, no se encontró una relación entre la compensación y la educación, posiblemente al no presentar variaciones significativas en los años de escolaridad.

En línea con el resultado previo, al analizar la relación entre el nivel educativo y el afrontamiento o el estado anímico, no se encontró una relación estadísticamente significativa. En este punto también se rechaza la hipótesis que sostenía que un mayor nivel educativo se asociaría a una mayor implementación de estrategias centradas en el problema, o por aproximación, como bien lo indicaba la bibliografía previa (Aceiro et al., 2020; Amadasi et al., 2015; Herrera et al., 2018;

Mayordomo et al., 2015; Petrikovich, 2020). Tanto Herrera y colaboradores (2018) como Suárez Torres y equipo (2015) sostenían que la educación promueve la búsqueda de soluciones y facilita la adaptación a situaciones nuevas, desafiantes y estresantes. Los resultados de este trabajo dejan en evidencia, en este punto, al tratarse de una población muy educada, que el afrontamiento no parece vincularse con la educación, sino, probablemente, con experiencias vitales (y por eso la relación que se postula luego con componentes anímicos y cognitivos).

5.1.3 Discusión de la relación entre los mecanismos adaptativos y el estado anímico.

Por otra parte, y a raíz de los hallazgos en los primeros objetivos, se buscó indagar acerca de la relación entre los mecanismos de adaptación (compensación y afrontamiento) y aspectos anímicos (bienestar y depresión). La hipótesis planteada sostenía que la implementación de estrategias adaptativas tanto de afrontamiento como de compensación se relacionaría con mayores indicadores de bienestar y menos depresión. Para ambos casos (compensación y afrontamiento) se podría afirmar que la hipótesis queda parcialmente aceptada.

5.1.3.1 Estrategias de compensación y estado anímico

En primer lugar, se abordará la relación entre las estrategias de compensación y el bienestar. En rasgos generales, al contrario de lo que se hipotetizaba en primera instancia, a medida que se activan más estrategias de compensación en general (y estrategias Tiempo, Esfuerzo y Cambio) disminuye el bienestar general. En particular, las dimensiones del bienestar que más se ven afectadas son aquellas que refieren a la Autoaceptación, la Autonomía y al Dominio del Entorno. Particularmente con la Autonomía, la intensidad de la correlación fue moderada. Estos resultados dejan en evidencia que la activación de mecanismos compensatorios implica, también, un darse cuenta y percibir el declive, dejando en evidencia la falta y afectando así el bienestar. Efectivamente, como bien lo afirma su definición, las estrategias de compensación se activan en respuesta a una pérdida (Dixon & de Frias, 2004; Martin et al., 2015) y esta activación suele hacerse de manera consciente e implica la percepción y el reconocimiento de una necesidad (Schmitter-Edgecombe & Dyck, 2014).

En este sentido, las escalas Tiempo y Esfuerzo son mecanismos de remediación e implican una mayor dedicación de tiempo y esfuerzo abocado a una determinada tarea (Mayordomo et al., 2015; Meléndez et al., 2013). Mientras que la escala Cambio da cuenta de una mayor percepción de los cambios y modificaciones que tuvo que realizar en el último tiempo, volviendo a dar cuenta que se trata de una población que percibe el declive. Indudablemente, el aumento de estas tres estrategias de compensación repercute en el bienestar psicológico. Como los resultados señalan, utilizar estas estrategias afecta la Autoaceptación, entendida como la evaluación que se hace sobre los aspectos positivos y negativos de la propia vida, además de afectar la Autonomía, al sentirse cada vez menos independientes (y depender, posiblemente, de estrategias compensatorias para funcionar). En la misma línea, la activación de estas estrategias disminuye la sensación de control sobre el mundo externo y afecta el Dominio del Entorno (Aranguren & Irrazabal, 2015), posiblemente porque la pérdida se asocia a una sensación más cercana a la dependencia, falta de control e incertidumbre.

En concordancia con esta idea, las estrategias Externo e Interno, que fueron definidas como estrategias adaptativas, y su uso se asocia a un funcionamiento adecuado, también presentaron una relación significativa e inversa con la Autonomía, volviendo a dejar en evidencia que la activación de la compensación ubica a la persona en una situación donde percibe que empieza a ser menos independiente y tener menos capacidades para tomar decisiones sobre su propia vida. Recordando que estas afirmaciones se realizan siempre dentro de un envejecimiento sin demencia y se hace referencia a personas que son autónomas en las actividades de la vida diaria.

Por otra parte, los resultados dan cuenta que la estrategia Confianza se relaciona inversamente con la Autoaceptación, las Relaciones Positivas, la Autonomía, el Dominio del Entorno, el Crecimiento Personal y el Bienestar Total. La bibliografía indica que la implementación de la Confianza, focalizada en el apoyo en otros, es la menos implementada en poblaciones sanas (Aschiero et al., 2020; Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021). Su presencia suele asociarse a DCL, patologías neurodegenerativas y a rendimientos más bajos en pruebas cognitivas (Dixon et al., 2003; Dixon & de Frias, 2007;

Domínguez Chávez, 2021; Harris et al., 2022; Lin et al., 2020; O'Neill et al., 2019; Tomaszewski Farias et al., 2020). Por esto, es que la persona podría percibir una disminución del bienestar total y en particular en las dimensiones de Autonomía y el Crecimiento Personal, afectando la percepción que tiene el adulto mayor de su independencia, de su desarrollo y de su bienestar en general (Aranguren & Irrazabal, 2015). Podría ser relevante poner el foco en la relación inversa entre estrategias de Confianza y las dimensión de Relaciones Positivas, donde queda en evidencia que apoyarse en un otro (de manera no adaptativa, como lo indica la bibliografía anteriormente citada), repercute negativamente en ese vínculo, posiblemente por la sobrecarga que pueda llegar a sentir el cuidador/acompañante (Aguilar Agudo et al., 2021; O'Neill et al., 2019).

En adición, los resultados obtenidos en el presente estudio no solo dejan en evidencia que la implementación de estrategias de memoria de Confianza impacta sobre el bienestar, sino que también se relaciona directamente con la depresión. Es decir, que un mayor uso de estrategias de *Reliance* aumenta significativamente los indicadores de depresión y malestar, como lo sostenido por antecedentes pasados (Dixon & de Frias, 2007). Este punto confirma enteramente la hipótesis, volviendo a resaltar que la implementación de la Confianza sería entendida como una estrategia menos adaptativa que las demás. Esto también se evidenció en la conclusión del segundo objetivo, donde el grupo con peor rendimiento cognitivo y menor plasticidad, utilizaba significativamente más esta estrategia.

De igual modo, las estrategias de compensación en general y particularmente las de Tiempo, Cambio y Esfuerzo (correlación de intensidad moderada) se relacionaron de manera directa con la sintomatología depresiva. Es decir, cuando la persona mayor utiliza más tiempo, percibe el cambio (disminución de la cognición) y siente que tiene que hacer un esfuerzo mayor en recordar, los síntomas de malestar aumentan. La persona parecería tener que poner más de sí, más voluntad, más esfuerzo y más tiempo para poder concretar adecuadamente una tarea, y debe ser frustrante no poder lograrla con las facilidades que por ahí tenía antes y eso impacta en su estado anímico. Esta relación es novedosa,

ya que los hallazgos previamente citados solo ubicaban a la estrategia Confianza como aquella relacionada a patología más depresivas y menos adaptativas (Mayordomo et al., 2015; Meléndez, et al., 2013).

Si efectivamente una gran proporción de la muestra evaluada puede clasificarse como envejecimiento satisfactorio, en este punto, también, se puede pensar que estos mecanismos compensatorios se asocian al Modelo SOC descrito por Baltes & Baltes (1990). El mismo trata de explicar qué mecanismos pone en juego el individuo para adaptarse y alcanzar las metas deseadas. El mecanismo denominado Compensación es definido de manera similar a las estrategias de compensación postuladas posteriormente por Dixon y colaboradores (2001), y se lo entiende como la búsqueda activa que se hace para reemplazar una habilidad o recurso perdido por otro nuevo, o aumentar el esfuerzo de uno que ya existe (Baltes & Baltes, 1990). Los resultados previamente mencionados impresionarían estar asociados a un adulto mayor activo, que percibe su declive, probablemente esperable y dentro de lo normal, y que pone en marcha mecanismos compensatorios para lograr mantener su adaptación y autonomía (Dixon, 2011; Mayordomo et al., 2015). Como bien afirman Schmitter-Edgecombe & Dyck (2014), si la persona no reconoce la necesidad de implementar y utilizar estrategias compensatorias, posiblemente se trate de alguien con alguna alteración neurocognitiva, que no sería este el caso.

Así, estos hallazgos se presentan como relevantes y novedosos, ya que hay poca bibliografía que estudie el impacto real de las estrategias de compensación en lo anímico. En síntesis, la implementación de más estrategias de compensación se relaciona de manera inversa con el bienestar y de manera directa con la depresión/malestar.

5.1.3.2 Estrategias de afrontamiento, bienestar y depresión

El siguiente análisis del presente trabajo de investigación pretendió indagar la relación entre el afrontamiento y variables anímicas (bienestar y depresión), hipotetizando que la implementación de estrategias adaptativas (por aproximación) repercutiría positivamente sobre el bienestar y la depresión.

Esta hipótesis, al igual que la anterior, queda parcialmente confirmada por todo lo que se expondrá en lo que sigue.

En primer lugar, al analizar el afrontamiento en general, los resultados dan cuenta que éste se relaciona significativa y directamente con las dimensiones de Relaciones Positivas, Crecimiento Personal y Propósito Vital. Esto daría cuenta, en rasgos generales, que la población evaluada, al activar mecanismos con el fin de mantener la adaptación psicosocial, como lo planteó Moos (1995) en el comienzo, estaría logrando mayores sentimientos de trascendencia (en su sentido de vida), de crecimiento en sus proyectos y mejores relaciones con otros. Si se vuelve a conceptualizar al afrontamiento desde el Modelo Transaccional de Moos, no es menor recordar que, en el panel I se tenían en cuenta los recursos de apoyo social (incluyendo pareja, padres y amigos) y en el último panel (V) aparecía el bienestar como variable. Desde sus comienzos, Moos (1995) afirmaba que estos paneles estaban en constante interacción y que uno podía influir o ser influido por otros. Bajo este modelo, serían esperables los resultados del Afrontamiento Total, y la relación directa con algunas dimensiones del bienestar.

Si se adentra en el análisis de los resultados de este objetivo, también quedó en evidencia que el afrontamiento por Aproximación Cognitiva se relaciona de manera directa y significativa con el Crecimiento Personal, el Propósito Vital y el Bienestar Total. En este aspecto, se vuelve a confirmar parcialmente la hipótesis, ya que, según lo establecido en la bibliografía, la Aproximación Cognitiva es una estrategia adaptativa, centrada en el problema, que busca resolver activamente y enfrentar el estresor (Matud et al., 2015; Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015; Mikulic & Crespi, 2008). Es por esto, que sería esperable que la implementación de la misma mejore el bienestar psicológico y repercuta positivamente sobre aspectos como el sentido de la vida y la sensación de crecimiento personal. Lo mismo podría pensarse al analizar el resultado que da cuenta de una relación significativa entre la Aproximación Conductual y las Relaciones Positivas y el Crecimiento Personal. Esta última dimensión del bienestar impresiona estar estrechamente relacionada con los procesos tanto cognitivo

como conductuales que se desarrollan para manejar las demandas internas o externas específicas (Lazarus & Folkman, 1986). Al volver a leer la definición de la dimensión de Crecimiento Personal, entendida como la expansión y actualización del propio potencial, donde la persona está receptiva a nuevas experiencias y busca cambiar o ajustar su conducta, en constante desarrollo, para crecer, se puede vislumbrar que ambos constructos estarían hablando de cuestiones similares (Aranguren & Irrazabal, 2015). Este cambio o ajuste en la conducta, es lo que originalmente Moos (1995) planteaba como un mecanismo activo que pretende mantener la adaptación psicosocial y hacerle frente a los efectos negativos que puede generar un estresor (Enriquez Villota et al., 2016). En definitiva, los resultados en referencia a las estrategias de aproximación, tanto cognitivas como conductuales, estarían dando evidencia y sumando información sobre el estado anímico y el bienestar psicológico de los participantes de la muestra evaluada.

En sumatoria a esto, al analizar las estrategias centradas en la emoción (Evitación Cognitiva y Conductual), hay ciertos hallazgos que resultan novedosos respecto de estudios anteriores. En primer lugar, la hipótesis que se estableció sostenía que un mayor uso de la estrategia Evitación Cognitiva, se asociaría inversamente con el bienestar y directamente con la depresión. Los resultados en este punto no confirman esta hipótesis, ya que las relaciones no fueron significativas. Si se hallaron relaciones significativas de intensidad baja a moderada en referencia a la Evitación Conductual. Si bien es cierto que en la literatura existe cierta controversia al momento de determinar si una estrategia de afrontamiento es adaptativa o no, históricamente, las estrategias de evitación, centradas en la emoción, se han asociado a mayores niveles de malestar (Kar et al., 2021; Lloret Sirerol, 2020; Villagra & Rodríguez, 2020). Las mismas, se han comprendido como esfuerzos pasivos que aparecen cuando la persona se frustra o se resigna y percibe que no puede hacer nada para modificar la situación estresante (Amadasi et al., 2015; Papalia et al., 2012). Al contrario de lo que se hipotetizó, la Evitación Conductual se relaciona de manera directa y significativa con el Dominio del Entorno, el Crecimiento Personal, el Propósito Vital y el Bienestar Total. Estos resultados dan cuenta que una cierta cuota de

implementación de esta estrategia mejora la percepción del bienestar psicológico, y le otorga a la persona una mayor sensación de controlar su entorno, de sentir que crece personalmente y que mejora su sentido de vida. A diferencia de la Evitación Cognitiva, la Evitación Conductual implica un alejamiento de forma comportamental de la situación estresante, y, al ser algo que implica modificar una conducta, se puede comprender como una estrategia que pone a la persona en un rol más activo. La Evitación Cognitiva pareciera quedarse más en cuestiones menos tangibles, en pensamientos o emociones, en el mundo de las ideas, y no en actos concretos. Si se vuelve a interpretar qué evalúa la escala originalmente creada por Moos (1995) y adaptada por Ongarato y colaboradores (2009) y modificada para adultos mayores por Aceiro y colaboradores (2020), los ítems que componen esta estrategia dan cuenta de acciones adaptativas con una connotación positiva: “¿Trató de hacer nuevos amigos?”; “¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?”; “¿Encontró nuevas formas de disfrutar la vida?”; “¿Escuchó música como forma de ayudarse a enfrentar el problema?”. De esta manera, a diferencia de lo que afirmado por diversos autores (Kar et al., 2021; Lloret Sirerol, 2020; Martin et al., 2008; Mikulic & Crespi, 2008; Villagra & Rodríguez, 2020), los resultados de este trabajo son novedosos y están señalando que esta estrategia es adaptativa y su uso, no solo mejora el bienestar, sino que disminuye la sintomatología depresiva. Efectivamente, y para volver a comprobar esta interpretación, al analizar la relación entre la Evitación Conductual y la depresión, se halló una relación inversa y significativa entre ambos, evidenciando que evitar conductualmente ayudar a reducir la percepción de sintomatología depresiva. Este punto también es novedoso, porque la hipótesis basada en investigaciones pasadas planteaba lo contrario. Si se ubica, entonces, a esta estrategia como activa (a diferencia de lo planteado originalmente), esta relación se puede asociar a otros estudios que dan cuenta que mantenerse ocupado, solicitar asistencia de otros y tener un pensamiento positivo, previene el malestar (Arguello Pitt et al., 2020; Fuller & Huseth-Zosel, 2021; Kar et al., 2021; Polizzi et al., 2020; Valero Cedeño et al., 2020).

Una última relación demostró ser significativa con direccionalidad inversa al momento de analizar la Evitación Conductual con las Relaciones Positivas. Este hallazgo merece una discusión aparte, porque es interesante al momento de pensarlo en el contexto de la población evaluada. Volviendo a retomar el primer objetivo, tomando en cuenta el grupo etario del cual se trata, los estresores que fueron mencionados con más frecuencia, en casi la mitad de los casos, se relacionaban con cuestiones de salud propias o de un familiar, seguidos por problemas vinculares y familiares; lo cual coincide con la etapa vital a la cual se enfrentan (Aceiro & Grasso, 2022b; Aldwin & Yancura, 2010; Danner et al., 2003). Entonces, esta relación inversa deja en evidencia que, al pensar un estresor, que en este caso es propio del ciclo vital, la Evitación Conductual implica efectivamente un alejamiento de ese estresor (Mikulic & Crespi, 2008; Moos, 1995; Ongarato et al., 2009), que, en la mayoría de los casos, involucra a otro. Por esto, es que esta relación se da de esta forma, ya que estas estrategias que implican distracciones del estresor, incorporación de nuevas actividades (lectura o música) para distraerse o el intento de hacer nuevos amigos, estarían alejando a la persona del estresor, que, en la mayoría de los casos, es otra persona y eso afecta sus Relaciones Positivas.

Para finalizar con la interpretación de los resultados encontrados en lo que refiere a las estrategias de afrontamiento, se puede afirmar que utilizar un amplio repertorio de las mismas es beneficioso y se relaciona de diferentes maneras con el bienestar y la depresión. Según lo que se ha relevado en la bibliografía sobre esta temática, cada estrategia debe ser evaluada en contexto (Meléndez et al., 2012; Moos, 1995) y, puntualmente en los adultos mayores, que en comparación con los jóvenes, perciben menos estresores, o analizan que sus problemas no son estresantes (Aldwin & Yancura, 2010; Fuller & Huseth-Zosel, 2021), un amplio repertorio de estrategias darían cuenta de una adecuada flexibilidad y mayor facilidad para adaptarse a situaciones adversas (Boeninger et al., 2009; Brennan et al., 2012; Encinas Orbegoso, 2019; Navarro & Bueno, 2015). Esta última afirmación vuelve a ser significativa en el contexto de la caracterización de esta muestra, como una que presenta un envejecimiento saludable, logrando una adecuada adaptación psicosocial.

5.1.4 Discusión del rendimiento cognitivo y QSM en función del potencial de aprendizaje

El cuarto objetivo de esta tesis buscó analizar el rendimiento cognitivo y las quejas subjetivas de memoria en función del potencial de aprendizaje; para el cual la hipótesis establecía que los participantes con mayor potencial de aprendizaje presentarían mejor rendimiento cognitivo y menos QSM. En este caso, la hipótesis se acepta en su totalidad, ya que el grupo Ganador rinde mejor en casi todas las pruebas neuropsicológicas y reporta significativamente menos QSM. Ser Ganador implica una diferencia mayor a 4,57 entre el PostTest y el PreTest. Da cuenta de que el participante se benefició de la mediación (ayudas e incentivos que da el evaluador de forma estandarizada), mejora su rendimiento y demuestra tener mayor puntaje de ganancia, es decir, más potencial de aprendizaje y plasticidad cognitiva.

Puntualmente, el grupo Ganador rinde significativamente mejor en la prueba MMSE, en TMT A, TMT B, Dígitos Inverso, Fluencia Semántica y Fonológica, TRO y en todo el *performance* en la prueba RAVLT-PA (desde el ítem A2 en adelante) que el grupo No Ganador. Esta diferencia en el rendimiento en memoria, es esperable, ya que, para que una persona sea clasificada como Ganadora en la prueba de memoria seriada, debe presentar una curva de aprendizaje ascendente (González Aguilar, 2020).

En primera instancia, en lo que refiere al potencial en relación con el rendimiento cognitivo, diversos autores afirman que las personas con mejor rendimiento cognitivo presentan más plasticidad (Fernández Ballesteros et al., 2003, 2012; González Aguilar & Grasso, 2018; Navarro & Calero, 2018; Navarro-González et al., 2015), la misma entendida como la capacidad que tiene cada uno de modificar y mejorar el propio desempeño cognitivo (Baltes & Willis, 1982). En estos estudios se ha encontrado que los adultos mayores que puntuaban peor en pruebas de rendimiento cognitivo tenían menos plasticidad cognitiva. Esta, a su vez, se relaciona con una mejor y menos acelerada evolución en pacientes con DCL, dando cuenta que la presencia de plasticidad, o de RC, al tener un rol

compensatorio, puede definir el ritmo y la complejidad de la evolución de cuadros neurocognitivos (Hill et al., 2011; Lojo-Seoane et al., 2012; Navarro-González & Calero, 2011; Stern et al., 2020).

En segundo lugar, los resultados afirmaron que el grupo Ganador, con mayor potencial de aprendizaje y plasticidad cognitiva, reportó significativamente menos QSM. Aquí es importante señalar que la prueba RAVLT-PA evalúa específicamente el potencial de aprendizaje en memoria, es decir, es una prueba que se centra en el rendimiento en memoria. Así, esta relación entre plasticidad y QSM, ya fue reportada por investigaciones previas, que afirman la concordancia que se da entre ambas variables (Mias & Causse, 2021). En esta línea, estudios longitudinales en adultos mayores, concluyen que un gran porcentaje de las quejas se asocian a una baja en el rendimiento cognitivo y a un declive más rápido en todos los dominios (incluyendo plasticidad) (Arvanitakis et al., 2018).

Las personas que demostraron una mejor *performance* en potencial de aprendizaje rindieron mejor en todos los dominios cognitivos, dando cuenta que la plasticidad puede influir en el rendimiento de otras pruebas, o viceversa. En los resultados aquí planteados, el grupo Ganador presenta mayores puntuaciones en las pruebas de lenguaje (fluencia verbal y semántica), en la prueba de valoración general MMSE (que evalúa orientación, atención, memoria, fijación, praxias y escritura), en la tarea simple de dibujar un reloj (visoespacialidad), en tareas que ponen a prueba la memoria de trabajo (Dígitos Inverso, TMT B) y en la tarea de atención sostenida visual y localización de estímulos en el espacio (TMT A). Además, este grupo puntúa más alto y significativamente más que el grupo No Ganador, en todo el desempeño en la prueba RAVLT-PA, tanto en la etapa de codificación, como memoria de corto plazo, evocación libre, memoria de largo plazo, reconocimiento y almacenamiento.

Finalmente, sería adecuado afirmar que, en la muestra evaluada, existe una percepción ajustada de los cambios cognitivos, y que, quejarse más, se relaciona con rendir objetivamente peor en las pruebas neuropsicológicas y tener menos plasticidad cognitiva. La bibliografía afirma que las quejas no siempre indican un peor rendimiento objetivo (Aceiro & Aschiero, 2019; Chandler & Gerndt, 1988; Crumley et al., 2014; Mias & Causse, 2021; Pearman et al., 2014). Estas quejas y esta baja en

plasticidad, podrían ser también indicadoras de alguna otra alteración temprana en la memoria, que no es demencia o estar asociadas a otros aspectos (Montenegro Peña, 2016), algunos de los cuales se evalúan en el objetivo siguiente.

5.1.5 Discusión de mecanismos adaptativos según el potencial de aprendizaje.

El último objetivo pretendió analizar las distintas estrategias de compensación y afrontamiento implementados por el participante en función del potencial de aprendizaje (Ganador VS No Ganador). Los hallazgos en este punto permiten aceptar parcialmente la hipótesis planteada, ya que efectivamente se encontraron diferencias significativas en el uso del afrontamiento en general, el afrontamiento por Evitación Conductual y la estrategia de compensación Confianza.

En primer lugar, este objetivo se centró en las estrategias de compensación, y arrojó como resultado, que el grupo Ganador utiliza significativamente menos la estrategia de Confianza, confirmando la hipótesis planteada. En este punto es pertinente recordar que esta estrategia en su nombre original en inglés se denomina *Reliance* e implica el apoyo que hace la persona en otros (Meléndez et al., 2013). Es una estrategia que podría estar vinculada con el Signo del Giro de la Cabeza, ya que los pacientes con peor estado cognitivo recurren a la misma (O'Neill et al., 2019). A su vez, se ha vinculado con diferentes diagnósticos neurocognitivos, dejando en evidencia que aquellos participantes sanos, utilizan significativamente menos la Confianza que los que presentan QSM (Aceiro et al., en prensa), DCL (Domínguez Chávez, 2021; Lin et al., 2020a; Tomaszewski Farias et al., 2020) o demencia (Dixon et al., 2003; Dixon & de Frias, 2007).

De esta manera, se puede comprender que el grupo con más plasticidad cognitiva necesite valerse menos de esta estrategia, poco adaptativa, para compensar, ya que presentan un *performance* cognitivo mejor. La bibliografía de referencia afirma que la implementación y activación de estrategias compensatorias adecuadas se relacionan con un mejor rendimiento cognitivo general, y un declive funcional más lentificado, prolongando por más tiempo la autonomía e independencia (Dixon, 2011; Mayordomo et al., 2015; Tomaszewski Farias et al., 2020). Puntualmente en lo que se ha publicado

con respecto a la estrategia Confianza en poblaciones de adultos mayores sanos, los resultados de investigaciones pasadas la ubican en el último lugar al momento de establecer un *ranking* en su implementación (Aschiero et al., 2020; Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021).

En segundo lugar, en lo que compete a los estilos de afrontamiento, el grupo Ganador utiliza más estrategias de afrontamiento en general y más afrontamiento por Evitación Conductual. Este hallazgo impresiona novedoso ya que vincula la plasticidad cognitiva con las formas de hacerle frente al estrés. Ambas variables tienen un rol adaptativo, que ubica al adulto mayor en un rol activo, en el cual debe poner en marcha habilidades cognitivas (plasticidad) o psicológicas (afrontamiento) para lograr dar respuesta a la demanda que esté excediendo sus recursos personales (Baltes & Willis, 1982; Lazarus & Folkman, 1986; Lövdén et al., 2010). A su vez, ambas variables son un recurso interno mediador, que tiene como objetivo mantener la adaptación cognitiva (plasticidad) o psicosocial (afrontamiento) y lograr un adecuado funcionamiento, en constante interacción con el medio (Baltes & Willis, 1982; Heras Berrezueta & Tamayo Campoverde, 2019; Lövdén et al., 2010; Mikulic & Crespi, 2008; Moos, 1995; Navarro-González et al., 2015; Ongarato et al., 2009).

Por los resultados previamente detallados, el grupo Ganador parecería implementar un repertorio mayor de estrategias de afrontamiento en general. Esto podría dar cuenta de que la plasticidad cognitiva se relaciona con la capacidad para percibir la necesidad de activar mecanismos que le hagan frente al estrés. Este grupo de adultos mayores impresionaría que tienen más facilidad para adaptarse a los desafíos propios de su edad, como lo planteado por Martin y colaboradores (2008).

El grupo Ganador no solo puntuó significativamente más en afrontamiento en general, sino en afrontamiento por Evitación Conductual. Este resultado es llamativo, ya que la hipótesis hablaba de que las estrategias más adaptativas serían las que se relacionarían con mayor plasticidad, y en mucha de la bibliografía citada (y cuestionada en el tercer objetivo), se afirma que la evitación, al estar más centrada en la emoción, es menos adecuada y produce más malestar (Kar et al., 2021; Lloret Sirerol, 2020; Mikulic & Crespi, 2008; Villagra & Rodríguez, 2020). A su vez, los antecedentes afirman que

la evitación se asocia a la aparición de DCL o demencias, cuadros en los cuales la plasticidad cognitiva puede estar comprometida (Shikimoto et al., 2022). Sin embargo, si se analizan en detalle los ítems que componen esa estrategia, se podría afirmar que una cuota de la misma es necesaria y adaptativa. Los ítems indagan al respecto de si el participante encontró nuevas formas de disfrutar la vida, si escuchó música para distraerse y ayudarse a enfrentar el problema, si trató de hacer nuevos amigos, o si leyó o realizó alguna otra actividad como forma de distracción. Al ser estrategias de tipo conductuales, que implican la realización de alguna actividad o acción (Kirchner et al., 2008), no necesariamente son pasivas ni hacen que la persona afectada evite pensar en la situación estresante (Amadasi et al., 2015; Papalia et al., 2012). Al ser estrategias de tipo evitativo, buscan regular y controlar la respuesta emocional, en este caso, por medio de la distracción con música o la lectura y del contacto con nuevos amigos (Matud et al., 2015; Matud & García, 2019; Mayordomo et al., 2015).

Si bien la relación entre la plasticidad y el estrés ha sido estudiada, no hay mucha evidencia que analice en profundidad las estrategias de afrontamiento, es decir, cómo la persona la hace frente al estrés y no solo el hecho de estar expuesto al mismo. Es sabido que situaciones de exposición crónica al estrés perjudican el rendimiento cognitivo general y la plasticidad cognitiva (Schmeichel et al., 2008; Schmeichel & Tang, 2015; Shields et al., 2017; Zárata et al., 2014); pero el resultado aquí reportado es novedoso, ya que también demuestra que una mayor plasticidad se relaciona con estrategias de afrontamiento al estrés adaptativas.

En conclusión, a lo que refiere a este último objetivo, se puede afirmar que una mayor plasticidad cognitiva se vincula estrechamente con la activación estrategias compensatorias cognitivas y psicológicas, con el propósito de que la persona mantenga su autonomía y le haga frente a las pérdidas que vienen con la vejez.

5.1.6 Síntesis de la discusión

Para sintetizar las discusiones previamente detalladas, los aportes de esta tesis parecerían organizarse en dos líneas relevantes. En primer lugar, en la consecución de los primeros tres objetivos,

se demuestra la relación que tienen los factores sociodemográficos con las variables principales. Los análisis de la muestra evaluada describen una población de adultos mayores sanos, con alto nivel educativo y reserva cognitiva, que presentan un rendimiento cognitivo esperable, y un declive normal asociado a la edad (Aschiero et al., 2019; Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016; Lin et al., 2020a; Organización Mundial de la Salud, 2015; Ventura, 2004). Como era de esperarse, se ha demostrado que este rendimiento varía en función del nivel educativo y de la edad; y levemente según el sexo de la persona. Además, al momento de describir la muestra total, los resultados evidenciaron que la misma se trata de una población con una adecuada implementación de mecanismos adaptativos y con un estado anímico positivo.

Lo más relevante tras analizar los primeros objetivos de este trabajo es la variabilidad observada según la procedencia de la muestra. Los resultados aquí obtenidos, sugieren dividir a la muestra en dos grupos diferenciados, con características propias, y factores intervinientes presentes en ambos.

En primer lugar, los análisis revelan un grupo de adultos mayores de la Población General con una trayectoria de envejecimiento saludable, con tendencia a ser exitoso. Estos adultos mayores, con un rendimiento cognitivo normal y plasticidad cognitiva conservada, frente a la declinación cognitiva asociada a la edad, perciben cambios, pueden manifestar quejas de memoria al respecto (que, en lo hallado aquí son bajas) y activan mecanismos de adaptación. Estos mecanismos, que incluyen estrategias de compensación y de afrontamiento, están a su vez, vinculados con su estado anímico. En este grupo, los mecanismos que activan son adecuados y adaptativos. Si se retoma el concepto planteado por Rowe & Khan (1997), quienes fueron pioneros en el estudio del envejecimiento positivo, concluyen que los factores que lo promueven son la ausencia de enfermedad y discapacidad, un alto funcionamiento físico y cognitivo y la participación social activa. A esto, Fernández Ballesteros y su equipo (2019) agregan otro dominio o factor que es el afecto positivo y el control (representado en esta muestra por el afrontamiento al estrés y los componentes anímicos). Esta Población General dejaría en evidencia un grupo de personas que, a pesar de las pérdidas asociadas a la edad, logran mantener su

plasticidad mediante modificaciones y adaptaciones, y además reportan mayores indicadores de bienestar y menos indicadores de depresión.

En contraposición, hay otro grupo de adultos mayores (pertenecientes a la Población Consultante) que no necesariamente se ubicaría dentro de un envejecimiento exclusivamente saludable. En este grupo, el rendimiento cognitivo y la plasticidad cognitiva son algo más bajos, aunque todavía dentro de la normalidad, y las quejas mnésicas son más frecuentes y significativas. Estas quejas, posiblemente, son las que llevan a este grupo a consultar y le exigen una activación mayor de estrategias para poner mantener su autonomía. En este grupo, la implementación de estrategias de compensación y afrontamiento suele ser más elevada y, en muchos casos, menos adaptativa (como sería la dimensión Confianza, ya que supone mayor dependencia e implica menor autonomía) (Harris et al., 2022; Orduña Torres, 2021). Además, este cuadro repercute en su estado anímico reportando valores más bajos en las diferentes dimensiones del bienestar y más indicadores de depresión/malestar.

Este hallazgo es notable, ya que, a nivel clínico, son adultos que rinden normal en las pruebas neuropsicológicas, por ende, no reciben un tratamiento específico. Sin embargo, debido a la aparición de otros componentes, tienen más probabilidad de evolucionar a una demencia. Este perfil podría asemejarse al del Deterioro Cognitivo Subjetivo, donde hay una experiencia subjetiva de declive o empeoramiento, que promueve quejas, y abarca cualquier dominio cognitivo. Como indican los autores de referencia, el DCS puede manifestarse en el envejecimiento saludable y puede ser un indicador de una potencial progresión a demencia (Jessen et al., 2014; Rabin et al., 2015). Las áreas temáticas en el discurso de personas con este diagnóstico abarcan preocupaciones constantes, estrategias de compensación y afrontamiento, fluctuación atencional, impacto en el afecto, quejas significativas que refieren a varios dominios, dependencia en la memoria y racionalizaciones constantes (Buckley et al., 2015). En base a lo detallado en ese estudio y en los resultados reportados en esta tesis, se podría ubicar a la Población Consultante como semejante a lo que se entiende por DCS.

Más adelante, en la consecución de los últimos objetivos, se hizo especial foco en la evaluación del potencial de aprendizaje mediante la evaluación dinámica. Los resultados respecto a esta variable en los primeros objetivos demostraron que el puntaje de ganancia no diferenciaba a los grupos de procedencia y, por tanto, se profundizó en su análisis. Los objetivos posteriores dividieron a la muestra según dos niveles de plasticidad cognitiva (Ganadores o No Ganadores) y los análisis reportados arribaron a hallazgos muy relevantes en esta área. Por un lado, volvió a demostrarse la utilidad y la necesidad de la implementación de técnicas que evalúen de manera dinámica. Se puso en evidencia la importancia de cuantificar los procesos psicológicos que intervienen en el aprendizaje y evaluar el potencial de desarrollo y mejora que tienen las personas. Introducir la mediación, que en el caso de la prueba RAVLT-PA se hace mediante el ofrecimiento de retroalimentación y motivación al paciente, promueve una mejora en su rendimiento al optimizar la codificación, en especial en aquellos que están cognitivamente sanos (Balthazar et al., 2010; Gonzalez Aguilar et al., 2018; González Aguilar, 2020; González Aguilar, 2024; Moradi et al., 2017; Ricci et al., 2012; Sternberg & Grigorenko, 2003).

Los análisis encontraron relaciones significativas y de un peso importante entre la plasticidad cognitiva y el perfil de rendimiento cognitivo general y las QSM. Esta relación es novedosa en la comunidad científica y es un dato de gran valor al momento de poder trazar un perfil neurocognitivo. La presencia o no de plasticidad cognitiva se vincula con la severidad del cuadro neurocognitivo, donde los que presentan un *performance* cognitivo mejor, puntúan más en la escala RAVLT-PA, evidenciando un mayor potencial de aprendizaje. Contar con un nivel adecuado de plasticidad cognitiva permitiría amortiguar los efectos del declive, asociados a la edad, y relacionarse con un mejor rendimiento cognitivo y; por consiguiente, a menores manifestaciones de olvidos y quejas mnésicas (Baltes & Willis, 1982; Durruty & Aceiro, 2021; Fernández-Ballesteros et al., 2003, 2005; Gonzalez Aguilar et al., 2018; González Aguilar, 2024; Navarro & Calero, 2018; Rebolo, 2020). Este efecto amortiguador, se asocia a la reserva cognitiva, que en esta población es alta, y tiene un rol adaptativo y compensatorio que responde a las demandas (cognitivas) y activa habilidades potenciales en la

persona (Baltes & Willis, 1982; Hill et al., 2011; Lövdén et al., 2010; Navarro-González & Calero, 2011).

Por otro lado, en adición a estos hallazgos, lo que se encontró en el último resultado ha sido novedoso y resulta un aporte significativo al campo de la Psicología de la Vejez y a la Neuropsicología. El grupo Ganador, con mayor puntaje de ganancia y plasticidad cognitiva, implementa mecanismos adaptativos más eficientes y asociados al envejecimiento saludable. En este punto, se puede pensar a la plasticidad cognitiva como semejante al término flexibilidad mental, que refiere a la capacidad de alterar estados mentales logrando la adaptación dinámica a diversas situaciones. Efectivamente, aquellos participantes de la muestra evaluada con más plasticidad cognitiva también presentaron indicadores más adaptativos en la implementación de estrategias de compensación y de afrontamiento. Borghesi y colaboradores (2023) afirman que la flexibilidad mental, al ser un factor psicológico, se relaciona con una capacidad de monitorear de manera más eficiente los eventos del día a día. Estas personas, que están atravesando una etapa vital en la cual deben enfrentarse a estresores y pérdidas frecuentes, están logrando mantener su adaptación y seguir siendo autónomas e independientes.

Finalmente, el grupo No Ganador, presenta señales de alarma que se han encontrado relacionadas con un peor envejecimiento y que pueden perjudicar y acelerar el proceso de declive cognitivo y su calidad de vida. Si bien no tienen un rendimiento significativamente descendido en las pruebas cognitivas, el aumento en las QSM, los mayores indicadores de depresión, menores puntuaciones en bienestar y la implementación de estrategias menos adaptativas, son factores de riesgo para los cuadros neurocognitivos, que tanta prevalencia presentan en este contexto.

5.2 Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios

En el siguiente apartado se detallan ciertas limitaciones del presente trabajo de investigación y se exponen propuestas y sugerencias para futuros estudios; con el fin de establecer una mirada crítica e interpretar los resultados de esta tesis teniendo en cuenta ciertas consideraciones.

En primer lugar, es importante señalar que la muestra evaluada, si bien provenía de distintos lugares, resultó tener características muy homogéneas en lo que refiere a los años de escolaridad. Los participantes de la muestra alcanzaron un nivel educativo alto y eso tiene un peso relevante al momento de estudiar el rendimiento cognitivo. Una mayor variabilidad en el nivel de instrucción hubiese permitido profundizar acerca de la influencia que tiene este factor sociodemográfico en los cuadros neurocognitivos y la manifestación de quejas cognitivas. Sería interesante, en futuros trabajos, recolectar datos en una muestra que sea más heterogénea en este aspecto.

Por otro lado, es importante recordar y señalar que el presente trabajo estuvo atravesado por la pandemia por COVID-19. Al indagar acerca de tantas variables de índole psicológicas, específicamente las relacionadas al afrontamiento al estrés, y siendo la pandemia un estresor significativo e impredecible, hubiese sido pertinente hacer diferencias entre personas que fueron evaluadas previa y posteriormente a esta situación. No solo el afrontamiento al estrés puede haber sido influido por la pandemia, sino que también la prevalencia de afecciones anímicas y el aumento en dificultades cognitivas, por la demora en la consulta o en el acceso a la salud. Además de que muchos aspectos vinculares también quedaron coartados en ese momento. Si bien se ha trabajado en el estudio del afrontamiento y la depresión entre grupo pre y post pandemia (Aceiro & Grasso, 2022b), sería interesante indagar acerca de la relación con otras variables que pueden haber estado modificados durante ese tiempo.

A continuación, es relevante mencionar que la distribución entre hombres y mujeres no ha sido equitativa. Es cierto que las mujeres viven más y mejor, además de que consultan con más frecuencia y socializan más sus problemas, por eso es más sencillo el acceso a ellas. Pero, de igual modo, sería adecuado ampliar la muestra de hombres para conocer con más detalle cómo atraviesan esta etapa vital tan compleja y con tantos factores involucrados.

En lo que respecta al *continuum* de los cuadros neurocognitivos, el criterio de exclusión que establecía que los participantes de la muestra no debían presentar demencia, pudo haber dejado de lado

mayor variabilidad en este aspecto. Si bien la presente tesis tuvo como objetivo centrarse en la longevidad saludable y en los factores que la influyen, solo teniendo como criterio de inclusión un puntaje de corte en MMSE y en TRO, es posible que algunos de los participantes hayan presentado un cuadro semejante a un DCL. Al haber estudiado variables que se relacionan con la manifestación sintomática en estas patologías, sería pertinente en futuras líneas abordar las diferencias que podrán presentarse si se incluye una evaluación a fondo de estos cuadros y mayor variabilidad en los diagnósticos.

En adición, si bien los análisis entre la Población General y los Consultantes evidenciaron diferencias significativas que claramente describen dos perfiles diferentes, es posible que dentro de la Población General se encuentren personas que hayan consultado alguna vez. Este detalle no se relevó al momento de evaluar a los participantes y solo se los dividió con el criterio de cómo se accedió a ellos. Asimismo, si bien este resultado fue relevante y novedoso para este trabajo, sería importante a futuro profundizar el estudio de cada variable involucrada y poder, con esa información, pensar estrategias preventivas y de intervención; que promuevan la consulta antes de la manifestación sintomática.

Por último, la longitud de los protocolos de evaluación y la cantidad de variables estudiadas ha aportado información muy valiosa para el estudio de esta población. La extensión en el tiempo de administración fue en detrimento del tamaño muestral necesario para realizar análisis estadísticos más sofisticados. En futuras investigaciones, sería recomendado, dado el volumen de datos y la diversidad de variables estudiadas, explorar modelos explicativos más elaborados que permitan profundizar en los hallazgos y establecer relaciones más complejas entre variables.

5.3 Conclusiones y consideraciones finales

Este trabajo de investigación presenta un aporte relevante a las áreas de la Psicología de la Vejez, la Psicogerontología y la Neuropsicología. A fin de sintetizar, se enlistan en lo que sigue las conclusiones principales de esta tesis:

- Interacción compleja y multidireccional:
 - El estudio de la vejez supone una interacción compleja y multidireccional de factores neuro-psico-cognitivos.
- Percepción y consulta:
 - El hecho de hacer una consulta a un especialista refleja que la persona percibe un mayor declive, por tanto, se queja más pero no siempre implementa mecanismos más adaptativos, lo cual tiene repercusiones en su plasticidad cognitiva y en su estado anímico.
- Diagnóstico temprano y seguimiento:
 - Las personas mayores que consultan y tienen un rendimiento cognitivo normal también presentan mayores quejas subjetivas de memoria, peor estado anímico y con mayor frecuencia utilizan mecanismos poco adaptativos, sugiriendo un posible DCS, que requiere una evaluación detallada, un seguimiento adecuado y la implementación de estrategias preventivas de DCL. Debe ser evaluado en profundidad y no debe quedar sin respuesta.
- Diferencias sociodemográficas:
 - Ser mujer es una condición sociodemográfica que se asocia con un mejor rendimiento cognitivo general, una mayor plasticidad y una implementación de mecanismos de adaptación más eficientes. Presentan más factores protectores en comparación con los hombres.
 - La edad es uno de los factores de riesgo inmodificables con mayor peso para el declive cognitivo, ya que, ser mayor, se traduce en un rendimiento cognitivo inferior, menos plasticidad cognitiva y menor percepción de crecimiento personal.

- El nivel educativo también resultó ser un factor con un peso significativo para el rendimiento y la plasticidad cognitiva donde, estar más educado, se relaciona con un mejor *performance* en estas funciones.
- Estrategias de adaptación:
 - Tanto las estrategias de compensación como las de afrontamiento están vinculadas, siendo ambos mecanismos adaptativos que los adultos mayores activan frente a las pérdidas y estresores.
 - La implementación de ambas (compensación y afrontamiento) se relaciona estrechamente con el estado anímico de la persona.
 - Aunque persona utiliza mecanismos de compensación adecuados, el hecho de compensar más pone en evidencia la percepción de falta y afecta negativamente al bienestar, aumentando la sintomatología depresiva.
 - Utilizar estrategias poco adaptativas, como la Confianza, también se relaciona inversamente con el bienestar y positivamente con la depresión.
 - Activar estrategias de afrontamiento repercute positivamente en el bienestar de la persona, en especial en las dimensiones que tratan acerca del sentido de vida, del crecimiento personal y de los vínculos positivos.
 - Las estrategias adaptativas resultaron ser las de Aproximación y la Evitación Conductual, ya que las mismas aumentan el bienestar y disminuyen el malestar, hallazgo novedoso, ya que la evitación ha sido clasificada como poco adaptativa.
- Plasticidad cognitiva y Evaluación del potencial de aprendizaje:
 - Evaluar la plasticidad cognitiva mediante la prueba RAVLT-PA, introduciendo una condición de mediación estandarizada, permitió conocer en profundidad el potencial de aprendizaje y el rendimiento bajo condiciones óptimas.

- La plasticidad cognitiva puede ser modificable mediante la estimulación cognitiva y el entrenamiento en diversas habilidades. Una mayor plasticidad cognitiva indica que el individuo se beneficia más de la mediación, presentando una curva de aprendizaje ascendente y productiva. Esta se encuentra estrechamente vinculada con un mejor rendimiento cognitivo general, en atención sostenida y alternante, en fluencias verbales, en visoespacialidad y en la capacidad de codificar, evocar y almacenar de la memoria.
- Una mayor percepción de olvidos y las quejas relacionadas, también se relaciona positivamente con la plasticidad cognitiva. Tener menos plasticidad, implica un rendimiento cognitivo inferior y quejarse más.
- La implementación de mecanismos adaptativos logra que, aún en la adultez mayor, donde es esperable una baja en la plasticidad cognitiva, la misma se mantenga:
 - La estrategia de Confianza vuelve a quedar en evidencia como una poco adaptativa, que implica menor autonomía y menor flexibilidad mental (componentes del bienestar).
 - Las estrategias de afrontamiento en general promueven mayor flexibilidad mental.
 - La estrategia de afrontamiento por Evitación Conductual, nuevamente, ha demostrado ser adaptativa y relacionarse positivamente con la plasticidad cognitiva.
- Importancia de una evaluación integral:
 - Esta investigación subraya la importancia de considerar al adulto mayor desde múltiples factores que deben ser tenido en cuenta al momento de realizar un diagnóstico.
 - La evaluación dinámica y estandarizada ha demostrado, nuevamente, ser una herramienta de gran aplicabilidad y muy útil al momento de describir mejor el perfil neurocognitivo de los pacientes, considerando su potencial de aprendizaje. De esta

manera aporta información de aspectos que se complementan e integran con la evaluación neuropsicológica tradicional.

- La plasticidad cognitiva, a su vez, se vincula con los diferentes mecanismos adaptativos que la persona puede implementar para hacerle frente a las pérdidas que atraviesa. Efectivamente, conocer qué mecanismos pone en juego, permite predecir cómo se mantendrá la plasticidad cognitiva en esta etapa vital. A su vez, esta adaptación afecta el estado anímico de la persona, que muchas veces repercute en su percepción de los olvidos y lo hace quejarse más, optando, en muchos casos, por una postura más resignada y sin capacidad de flexibilizarse, no pudiendo adaptarse y empeorando su rendimiento, que hace peligrar su autonomía.

En fin, este trabajo representa un avance novedoso y significativo en este campo, porque promueve una evaluación más integral del adulto mayor. Esta población es una que crece exponencialmente día a día y, junto con ella, las demandas que suponen a las familias, a los sistemas de salud y a los gobiernos en general. Es un grupo etario que, durante mucho tiempo, fue comprendido desde una representación social empobrecida, donde predominaban las pérdidas y donde ya no tenía sentido desafiarse. La perspectiva de este trabajo, sumado a lo que los resultados evidencian, vuelven a ubicar al adulto mayor en un rol empoderado y activo, con la capacidad de controlar su entorno y adaptarse a los desafíos que esta etapa vital supone. La vejez no se asocia a pérdidas, sino a la capacidad de adaptación y de mantenimiento de todo lo que se fue ganando a lo largo de la vida. La vejez parece la culminación de una serie de hábitos que se fueron entrenando e implementando que hoy promueven que ese adulto mayor siga siendo autónomo y feliz hasta etapas muy tardías de su vida. Asimismo, deja en evidencia el valor predictivo que tienen algunos factores al momento de considerar un deterioro cognitivo asociado, o no, a la edad. Por un lado, factores sociodemográficos, y por otro, factores que deben ser tenidos en cuenta, no solo al momento de realizar una evaluación, sino al momento de pensar políticas preventivas y programas de intervención.

A través de este trabajo, se intentó hacer una contribución a la población de los adultos mayores. Se espera que los hallazgos aquí desarrollados motiven el interés de involucrarse con este grupo etario, tan rico y complejo, y promuevan el deseo de diseñar programas de intervención y políticas de prevención para, en definitiva, mejorar la calidad de vida de estas personas y de sus familias.

REFERENCIAS

- Aceiro, M. A., & Aschiero, M. B. (2019). *Quejas subjetivas de memoria, rendimiento objetivo y depresión*. 54. <https://www.aacademica.org/000-111/298.pdf>
- Aceiro, M. A., Aschiero, M. B., & Grasso, L. (en prensa). Subjective memory complaints and compensation strategies in healthy older adults. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*.
- Aceiro, M. A., & Grasso, L. (2022a). Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de estrategias de afrontamiento en adultos mayores CRI-Am. *Memorias XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología, Jornadas de Investigación y Encuentro de Investigadores En Psicología Del Mercosur, Año 2022, Evaluación y Diagnóstico*(Tomo 1), 13–18. <http://jimemorias.psi.uba.ar/>
- Aceiro, M. A., & Grasso, L. (2022b). La pandemia por COVID-19, ¿cambia las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores? *Psicodiagnosticar*. 2022, 30. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/16508>
- Aceiro, M. A., Torrecilla, N. M., & Moreno, C. B. (2020). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Memorias Jornadas de Investigación y Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Año 2020*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11563>
- Acosta, L. D., Carrizo, E. D., Peláez, E., & Torres, V. E. R. (2015). Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 107–118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403839881011>
- Aerts, L., Heffernan, M., Kochan, N. A., Crawford, J. D., Draper, B., Trollor, J. N., Sachdev, P. S., & Brodaty, H. (2017). Effects of MCI subtype and reversion on progression to dementia in a community sample. *Neurology*, 88(23), 2225–2232. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004015>

- Aguilar Agudo, A., Herruzo, J., & Pino, M. J. (2021). Estilos de cuidado y la implicación como protector psicológico del cuidador de personas con Parkinson en España. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(1), 27–40.
<https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.2>
- Aldwin, C. M., & Yancura, L. A. (2010). Effects of stress on health and aging: Two paradoxes. *California Agriculture*, 64(4), 183–188. <https://doi.org/10.3733/ca.v064n04p183>
- Alladi, S., Bak, T. H., Duggirala, V., Surampudi, B., Shailaja, M., Shukla, A. K., Chaudhuri, J. R., & Kaul, S. (2013). Bilingualism delays age at onset of dementia, independent of education and immigration status. *Neurology*, 81(22), 1938–1944.
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4>
- Allegri, R. F., Chrem Mendez, P., Russo, M. J., Cohen, G., Calandri, I., Campos, J., Nahas, F., Surace, E., Vazquez, S., & Sevlever, G. (2021). Biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en deterioro cognitivo leve: Experiencia en una clínica de memoria de Latinoamérica. *Neurología*, 36(3), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.12.011>
- Allegri, R. F., Ollari, J. A., Mangone, C. A., Arizaga, R. L., De Pascale, A., Pellegrini, M., Baumann, D., Burin, D., Burutarán, K., Candal, A., Delembert, W., Drake, M., Elorza, P., Feldman, M., Fernández, P., Harris, P., Kremer, J., Stein, G., & Taragano, F. E. (1999). El “Mini-Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Rev. Neurol. Arg*, 24(1). <https://www.fodonto.uncuyo.edu.ar/upload/el-mmse-en-argentina-instrucciones-para-su-administracion.pdf>
- Alvarez-Cabrera, P. L., Lagos-Lazcano, J. P., & Urtubia Medina, Y. A. (2020). Percepción de Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en adultos mayores. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 20(20), 37–60.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2071-081X2020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Amadasi, E., Tinoboras, C., & Rivero, E. (2015). Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? In *Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Serie del Bicentenario 2010-2016. Año I*. EDUCA.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8179>
- Antequera, M. F., Grasso, L., Caro, L. I., & Torrecilla, N. M. (2020). Evaluación del Capital Psíquico, Bienestar Psicológico y Plasticidad Cognitiva en adultos mayores. *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://academica.org/000-007/731.pdf>
- Aranguren, M., & Irrazabal, N. (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 73–83.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212015000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Archer, H. A., Newson, M. A., & Coulthard, E. J. (2015). Subjective Memory Complaints: Symptoms and Outcome in Different Research Settings. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(1), S109–S114. <https://doi.org/10.3233/JAD-150108>
- Arenaza-Urquijo, E. M., Bejanin, A., Gonneaud, J., Wirth, M., La Joie, R., Mutlu, J., Gaubert, M., Landeau, B., de la Sayette, V., Eustache, F., & Chételat, G. (2017). Association between educational attainment and amyloid deposition across the spectrum from normal cognition to dementia: Neuroimaging evidence for protection and compensation. *Neurobiology of Aging*, 59, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2017.06.016>

- Arguello Pitt, M., Belaus, A., Bengolea, M., Caicedo Cavagnis, E., Correa, P., Godoy, J., Mola, D., Ortiz, M. V., & Reyna, C. (2020). Experiencias y estrategias frente al COVID-19 en Argentina. *Repositorio Universidad Nacional de Córdoba*. https://cordoba.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/25/2020/05/Covid_Estrategias_InformeAbril2020.pdf
- Arvanitakis, Z., Leurgans, S. E., Fleischman, D. A., Schneider, J. A., Rajan, K. B., Pruzin, J. J., Shah, R. C., Evans, D. A., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2018). Memory Complaints, Dementia, and Neuropathology in Older Blacks and Whites. *Annals of Neurology*, *83*(4), 718–729. <https://doi.org/10.1002/ana.25189>
- Aschiero, M. B., Aceiro, M. A., & Grasso, L. (2020). Evaluación de las estrategias de compensación de memoria en adultos mayores sanos mediante el Memory Compensation Questionire (MCQ). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *24*(1), 94–106. <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subbyprocog/article/view/844>
- Aschiero, M. B., Gonzalez Aguilar, M. J., & Grasso, L. (2019). Influencia de variables sociodemográficas en el rendimiento de la Frontal Assessment Battery en adultos mayores Argentinos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, *12*(2), 115–124. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12211>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*.
- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., & Xiang, Y.-T. (2022). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: A meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and Ageing*, *51*(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac173>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing & Society*, *16*(4), 397–422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Willis, S. L. (1982). *Plasticity and Enhancement of Intellectual Functioning in Old Age* (F. I. M. Craik & S. Trehub, Eds.). https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4178-9_19
- Balthazar, M. L. F., Yasuda, C. L., Cendes, F., & Damasceno, B. P. (2010). Learning, retrieval, and recognition are compromised in aMCI and mild AD: Are distinct episodic memory processes mediated by the same anatomical structures? *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *16*(1), 205–209. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990956>
- Barari, S., Caria, S., Davola, A., Falco, P., Fetzer, T., Fiorin, S., Hensel, L., Ivchenko, A., Jachimowicz, J., King, G., Kraft-Todd, G., Ledda, A., MacLennan, M., Mutoi, L., Pagani, C., Reutskaja, E., Roth, C., & Slepoi, F. R. (2020). *Evaluating COVID-19 Public Health Messaging in Italy: Self-Reported Compliance and Growing Mental Health Concerns* [Preprint]. Public and Global Health. <https://doi.org/10.1101/2020.03.27.20042820>
- Bassett, S., & Folstein, M. (1993). Memory complaint, memory performance, and psychiatric diagnosis: A community study—PubMed. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, *6*(2), 105–111. <https://doi.org/10.1177/089198879300600207>
- Bazán, I. G., Beraudo, A., Fernández, C., Muñoz, M., Rosina, M. L., Bastida, M., & Mias, C. D. (2018). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos Diferenciales y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores Normales, con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, *3*(3), 188–196. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20718>
- Begum, A., Whitley, R., Banerjee, S., Matthews, D., Stewart, R., & Morgan, C. (2013). Help-seeking response to subjective memory complaints in older adults: Toward a conceptual model. *The Gerontologist*, *53*(3), 462–473. <https://doi.org/10.1093/geront/gns083>

- Bianchi, V. E., Herrera, P. F., & Laura, R. (2021). Effect of nutrition on neurodegenerative diseases. A systematic review. *Nutritional Neuroscience*, *24*(10), 810–834.
<https://doi.org/10.1080/1028415X.2019.1681088>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(2), 139–157.
<https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Birch, A., & Kelly, A. M. (2018). Lifelong environmental enrichment in the absence of exercise protects the brain from age-related cognitive decline—PubMed. *Neuropharmacology*, *145*(A), 59–74. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2018.03.042>
- Boeninger, D. K., Shiraishi, R. W., Aldwin, C. M., & Spiro, A. (2009). Why Do Older Men Report Low Stress Ratings? Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, *68*(2), 149–170.
<https://doi.org/10.2190/AG.68.2.c>
- Borghesi, F., Chirico, A., & Cipresso, P. (2023). Outlining a novel psychometric model of mental flexibility and affect dynamics. *Frontiers in Psychology*, *14*.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1183316>
- Borrás Blasco, C., & Viña Ribes, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *51*(1), 3–6. <https://medes.com/publication/114993>
- Bouazzaoui, B., Isingrini, M., Fay, S., Angel, L., Vanneste, S., Clarys, D., & Tacconnat, L. (2010). Aging and self-reported internal and external memory strategy uses: The role of executive functioning. *Acta Psychologica*, *135*(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2010.05.007>
- Brennan, P. L., Holland, J. M., Schutte, K. K., & Moos, R. H. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging & Mental Health*, *16*(3), 305–316.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628975>

- Buckley, R. F., Ellis, K. A., Ames, D., Rowe, C. C., Lautenschlager, N. T., Maruff, P., Villemagne, V. L., Macaulay, S. L., Szoëke, C., Martins, R. N., Masters, C. L., Savage, G., Rainey-Smith, S. R., Rembach, A., Saling, M. M., & The Australian Imaging Biomarkers and Lifestyle Study of Ageing (AIBL) Research Group. (2015). Phenomenological characterization of memory complaints in preclinical and prodromal Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 29(4), 571–581. <https://doi.org/10.1037/neu0000156>
- Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale, A., & Ollari, J. A. (2001). El “Mini Mental State Examination” en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg*, 26(1), 11–15.
https://www.researchgate.net/publication/255664013_El_Mini_Mental_State_Examination_en_Espanol_Normas_para_Buenos_Aires
- Butman, T. J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. Datos Normativos en Argentina. *Medicina*, 60(5), 561–564.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/71809>
- Cabeza, R., Albert, M., Belleville, S., Craik, F. I. M., Duarte, A., Grady, C. L., Lindenberger, U., Nyberg, L., Park, D. C., Reuter-Lorenz, P. A., Rugg, M. D., Steffener, J., & Rajah, M. N. (2018). Maintenance, reserve and compensation: The cognitive neuroscience of healthy ageing. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(11), 701–710. <https://doi.org/10.1038/s41583-018-0068-2>
- Cacho Gutiérrez, L. J., García García, R., Arcaya Navarro, J., Vicente Villardón, J. L., & Lantada Puebla, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648.
<https://doi.org/10.33588/rn.2807.98501>

- Calero, M. D. (1989). Análisis bibliométrico de las técnicas de evaluación del potencial de aprendizaje. *Estudios de Psicología*, *10*(38), 81–88.
<https://doi.org/10.1080/02109395.1989.10821117>
- Calero, M. D., & Belchí, J. (1989). La generalización del entrenamiento en las técnicas de evaluación del potencial de aprendizaje. *Estudios de Psicología*, *10*(38), 69–80.
<https://doi.org/10.1080/02109395.1989.10821116>
- Calero, M. D., & Márquez, J. (1998). Psychometric properties of a learning potential test for reading: The picture word game. *European Journal of Psychological Assessment*, *14*(2), 124–133.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759.14.2.124>
- Calero, M. D., & Navarro-González, E. (2006). *La Plasticidad Cognitiva en la Vejez: Técnicas de Evaluación e Intervención* (1st ed.). Octaedro.
- Calero-García, M. D., Navarro-González, E., Gómez-Ceballos, L., Pérez-Díaz, Á. L., Torres-Carbonell, I., & José Calero-García, M. (2008). Olvidos y memoria: Relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, *43*(5), 299–307. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)73572-8](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73572-8)
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: Rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista médica de Chile*, *146*(3), 315–322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>
- Caro, L. I., Karkoszka, N., & Botero, C. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de RYFF en adultos mayores: Un estudio preliminar. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-111/47.pdf>

- Carrillo-Mora, P., García-Juárez, B., Lugo-Rodríguez, Y., Moreno-Méndez, E. del P., & Cruz-Alcalá, L. (2017). Quejas subjetivas de memoria en población geriátrica y sus factores asociados: Estudio piloto en población mexicana. *Revista Mexicana de Neurociencia*, *18*(6), 20–31.
- Carstensen, L., & Charles, S. T. (2007). El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? In *Psicología del potencial humano: Cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva* (pp. 111–126). Gedisa.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2956786>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, *61*(1), 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation*. Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4612-5887-2>
- Chandler, J. D., & Gerndt, J. (1988). Memory complaints and memory deficits in young and old psychiatric inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *1*(2), 84–88.
<https://doi.org/10.1177/089198878800100205>
- Comijs, H. C., Deeg, D. J. H., Dik, M. G., Twisk, J. W. R., & Jonker, C. (2002). Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics. A 6-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *72*(2), 157–165. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00453-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00453-0)
- Crumley, J. J., Stetler, C. A., & Horhota, M. (2014). Examining the relationship between subjective and objective memory performance in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *29*(2), 250–263. <https://doi.org/10.1037/a0035908>
- Dalmasso, M. C., Ación, L., Olivar, N., Muchnick, C., Kelmansky, D., Brusco, L. I., & Morelli, L. (2016). Caracterización genómica de la población argentina para la ponderación del riesgo de padecer Alzheimer y su impacto en prevención y tratamiento. *Revista de Neuropsiquiatría y*

Neurociencia Cognitiva, 5–9.

https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=46834&congresos=yes&detalles=yes&congr_id=6142698

Danner, M., Kasl, S. V., Abramson, J. L., & Vaccarino, V. (2003). Association between depression and elevated C-reactive protein. *Psychosomatic Medicine*, 65(3), 347–356.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000041542.29808.01>

Davis, H. S., & Rockwood, K. (2004). Conceptualization of mild cognitive impairment: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 313–319.

<https://doi.org/10.1002/gps.1049>

Davis, S. W., Dennis, N. A., Daselaar, S. M., Fleck, M. S., & Cabeza, R. (2008). Que PASA? The posterior-anterior shift in aging. *Cerebral Cortex*, 18(5), 1201–1209.

<https://doi.org/10.1093/cercor/bhm155>

de Frias, C. M., & Dixon, R. A. (2005). Confirmatory factor structure and measurement invariance of the Memory Compensation Questionnaire. *Psychological Assessment*, 17(2), 168–178.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.168>

de Frias, C. M., Dixon, R. A., & Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 12–22.

<https://doi.org/10.1093/geronb/58.1.p12>

Denney, N. W. (1982). Aging and cognitive changes. In *Handbook of Developmental Psychology*. B.B. Wollman.

Derouesné, C., Lacomblez, L., Thibault, S., & LePoncin, M. (1999). Memory complaints in young and elderly subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 291–301.

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., & Gallardo, I. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572–577.
- Díaz Orueta, U., Buiza Bueno, C., & Yanguas Lezaun, J. J. (2010). Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, *45*(3), 150–155.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3225396>
- Dixon, R. A. (2011). Evaluating everyday competence in older adult couples: Epidemiological considerations. *Gerontology*, *57*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1159/000320325>
- Dixon, R. A., & de Frias, C. M. (2004). The Victoria Longitudinal Study: From Characterizing Cognitive Aging to Illustrating Changes in Memory Compensation. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *11*(2–3), 346–376. <https://doi.org/10.1080/13825580490511161>
- Dixon, R. A., & de Frias, C. M. (2007). Mild memory deficits differentially affect 6-year changes in compensatory strategy use. *Psychology and Aging*, *22*(3), 632–638.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.632>
- Dixon, R. A., de Frias, C. M., & Backman, L. (2001). Characteristics of self-reported memory compensation in older adults—PubMed. *J Clin Exp Neuropsychol*, *23*(5), 650–661.
<https://doi.org/10.1076/jcen.23.5.650.1242>
- Dixon, R. A., Hopp, G. A., Cohen, A.-L., de Frias, C. M., & Bäckman, L. (2003). Self-reported memory compensation: Similar patterns in Alzheimer’s disease and very old adult samples. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*(3), 382–390.
<https://doi.org/10.1076/jcen.25.3.382.13801>
- Domínguez Chávez, C. J. (2021). Estado cognitivo y estrategias de compensación de memoria en personas adultas mayores. *Horizonte Sanitario*, *20*(3), 427–433.
<https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4473>

- Drouin, S. M., McFall, G. P., & Dixon, R. A. (2022). Subjective memory concerns, poor vascular health, and male sex predict exacerbated memory decline trajectories: An integrative data-driven class and prediction analysis. *Neuropsychology*, *36*(2), 128–139.
<https://doi.org/10.1037/neu0000784>
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, *55*(11), 1621–1626. <https://doi.org/10.1212/wnl.55.11.1621>
- Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: Consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, *19*(2), 207–224.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v19n2/v19n2a05.pdf>
- Durruty, M., & Aceiro, M. A. (2021). La reserva cognitiva y la plasticidad cognitiva en adultos del AMBA. *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021*.
<https://www.aacademica.org/000-012/357>
- Elena, G. A. (2002). Estrés: Desarrollo histórico y definición. *Rev Arg Anest*, *60*(6), 350–353.
https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/279/c.pdf
- Elliott, J., Resing, W., & Beckmann, J. (2018). Dynamic assessment: A case of unfulfilled potential? *Educational Review*, *70*, 7–17. <https://doi.org/10.1080/00131911.2018.1396806>
- Encinas Orbegoso, M. J. E. (2019). Afrontamiento al estrés. Una revisión teórica. *Repositorio Universidad Señor de Sipán*. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6097>
- Enriquez Villota, M. F., Garzón Velásquez, F., Acosta, A. L., & Pantoja Parreño, E. I. (2016). Estrés y Ciclo Vital. *Revista de Psicología GEPU*, *7*(2), 91–114.
<https://doi.org/www.revistadepsicologiagepu.es.tl>

- Fernández Ballesteros, R., Benetos, A., & Robine, J.-M. (Eds.). (2019). *The Cambridge handbook of successful aging*. Cambridge University Press.
- Fernández Ballesteros, R., Botella, J., Zamarrón, M. D., Molina, M. A., Cabras, E., Schettini del Moral, R., & Tárraga, L. (2012). Cognitive plasticity in normal and pathological aging. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 15–25. <https://doi.org/10.2147/CIA.S27008>
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina Martínez, M. Á., Díez Nicolás, J., Montero López, P., & Schettini del Moral, R. (2010). *Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores*. 22, 6. https://www.researchgate.net/publication/47734589_Envejecimiento_con_exito_criterios_y_predictores
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Tárraga, L. (2005). Learning potential: A new method for assessing cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 119–128. <https://doi.org/10.1017/s1041610205000992>
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Tárraga, L., Moya, R., & Iñiguez, J. (2003). Cognitive Plasticity in Healthy, Mild Cognitive Impairment (MCI) Subjects and Alzheimer's Disease Patients: A Research Project in Spain. *European Psychologist*, 8(3), 148–159. <https://doi.org/10.1027//1016-9040.8.3.148>
- Flores Lázaro, J. C., & Ostrosky-Solís, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. El Manual Moderno.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frankenmolen, N. L., Overdorp, E. J., Fasotti, L., Claassen, J. A. H. R., Kessels, R. P. C., & Oosterman, J. M. (2017). Memory strategy use in older adults with subjective memory complaints. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(5), 1061–1065. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0635-1>
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Gagnon, M., Dartigues, J. F., Mazaux, J. M., Dequae, L., Letenneur, L., Giroire, J. M., & Barberger-Gateau, P. (1994). Self-reported memory complaints and memory performance in elderly French community residents: Results of the PAQUID Research Program. *Neuroepidemiology*, 13(4), 145–154. <https://doi.org/10.1159/000110373>
- Gallego Zuluaga, Y. A., Gil Cardona, S., & Sepúlveda Zapata, M. (2018). *Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento* [Universidad CES]. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4229>
- Gallucci, M., Di Battista, M. E., Battistella, G., Falcone, C., Bisiacchi, P. S., & Di Giorgi, E. (2018). Neuropsychological tools to predict conversion from amnesic mild cognitive impairment to dementia. The TREDEM Registry. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 25(4), 550–560. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1349869>
- Gerhold, L. (2020). COVID-19: Risk perception and Coping strategies. Results from a survey in Germany. *AD Interdisziplinäre Sicherheitsforschung*. psyarxiv.com

- Giuliani, M. F., Soliveréz, C., & Pérez, L. (2015). El papel de las metas vitales en el envejecimiento satisfactorio. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 121–132.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/62323>
- Gómez Viera, N., Bonnin Rodríguez, B. M., Gómez de Molina Iglesias, M. T., Yáñez Fernández, B., & González Zaldívar, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1), 12–17.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232003000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- González Aguilar, M. J. (2020). Evaluación de la plasticidad cognitiva en adultos mayores: Aportes de la evaluación dinámica para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. *Tesis Doctoral. Pontificia Universidad Católica Argentina*, 2020.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/14675>
- González Aguilar, M. J. G. (2024). Plasticidad Cognitiva en Adultos Mayores: Valores de Referencia de la AVLT-PA para Adultos de Buenos Aires. *Revista de Psicología*, 20(39), 111–123.
<https://doi.org/10.46553/RPSI.20.39.2024.p111-123>
- González Aguilar, M. J., Rubio, M., & Grasso, L. (2018). Evaluación del potencial de aprendizaje en adultos mayores: Influencia de la mediación en una prueba de memoria. *Ciencias Psicológicas*, 215–222. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1684>
- González Aguilar, M.-J., & Grasso, L. (2018). Cognitive plasticity in successful ageing: Contributions from a learning potential assessment / Plasticidad cognitiva en el envejecimiento exitoso: aportes desde la evaluación del potencial de aprendizaje. *Estudios de Psicología*, 39(2–3), 324–353. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1486361>
- Greenwood, P. M., & Parasuraman, R. (2010). Neuronal and Cognitive Plasticity: A Neurocognitive Framework for Ameliorating Cognitive Aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2, 150.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00150>

- Gutiérrez Pérez, A. (2016). Envejecimiento cerebral: ¿un proceso irreversible? *Encuentros en la Biología*, 9(Extra 160 (Monográfico)), 165–174.
- Harris, C. B., Sutton, J., Keil, P. G., McIlwain, N., Harris, S. A., Barnier, A. J., Savage, G., & Dixon, R. A. (2022). Ageing Together: Interdependence in the Memory Compensation Strategies of Long-Married Older Couples. *Frontiers in Psychology*, 13.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.854051>
- Heras Berrezueta, D. T., & Tamayo Campoverde, T. F. (2019). *Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento en adultos mayores: Un estudio correlacional* [Universidad del Azulay].
<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8971>
- Hernández Silvera, D. I., & Campo, C. J. (2021). Análisis del rendimiento ejecutivo en adultos mayores argentinos con baja y alta educación y base de hipertensión arterial. *Revista Trazos Universitarios*. 29 de abril, 2021. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11635>
- Herrera, M. S., Fernández L., M. B., & Barros, C. (2018). Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer. *Ansiedad y estrés*, 24(1), 47–52.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6847153>
- Hertzog, C., Lustig, E., Pearman, A., & Waris, A. (2019). Behaviors and Strategies Supporting Everyday Memory in Older Adults. *Gerontology*, 65(4), 419–429.
<https://doi.org/10.1159/000495910>
- Hill, N. L., Kolanowski, A. M., & Gill, D. J. (2011). Plasticity in Early Alzheimer’s Disease: An Opportunity for Intervention. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 27(4), 257–267.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419487/>
- Hülür, G., Hertzog, C., Pearman, A. M., & Gerstorf, D. (2015). Correlates and moderators of change in subjective memory and memory performance: Findings from the health and retirement study. *Gerontology*, 61(3), 232–240. <https://doi.org/10.1159/000369010>

- Hülür, G., Hertzog, C., Pearman, A., Ram, N., & Gerstorf, D. (2014). Longitudinal associations of subjective memory with memory performance and depressive symptoms: Between-person and within-person perspectives. *Psychology and Aging, 29*(4), 814–827.
<https://doi.org/10.1037/a0037619>
- Hutchens, R. L., Kinsella, G. J., Ong, B., Pike, K. E., Parsons, S., Storey, E., Ames, D., Saling, M. M., Mullaly, E., Rand, E., & Clare, L. (2012). Knowledge and use of memory strategies in amnesic mild cognitive impairment. *Psychology and Aging, 27*(3), 768–777.
<https://doi.org/10.1037/a0026256>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., Van Der Flier, W. M., Glodzik, L., Van Harten, A. C., De Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., ... Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 10*(6), 844–852. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Jonker, C., Geerlings, M. I., & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(11), 983–991. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011))
- Jorm, A. F., Butterworth, P., Anstey, K. J., Christensen, H., Easteal, S., Maller, J., Mather, K. A., Turakulov, R. I., Wen, W., & Sachdev, P. (2004). Memory complaints in a community sample aged 60-64 years: Associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, APOE genotype, hippocampus and amygdala volumes, and white-matter hyperintensities. *Psychological Medicine, 34*(8), 1495–1506.
<https://doi.org/10.1017/s0033291704003162>

- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry Research*, 295, 113598.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113598>
- Kim, J. H., Shim, Y., Choi, I., & Choi, E. (2022). The Role of Coping Strategies in Maintaining Well-Being During the COVID-19 Outbreak in South Korea. *Social Psychological and Personality Science*, 13(1), 320–332. <https://doi.org/10.1177/1948550621990595>
- Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D., & Pereda, N. (2008). *Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the Coping Responses Inventory—Adult Form*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18940101/>
- Kliegl, R., Smith, J., & Baltes, P. B. (1989). Testing-the-limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Developmental Psychology*, 25(2), 247–256.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.2.247>
- Krzemien, D., Monchiatti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: Una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22(2), 183–210.
- Kühn, S., & Lindenberger, U. (2016). Research on Human Plasticity in Adulthood. In *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 105–123). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-411469-2.00006-6>
- Kwak, S. G., & Kim, J. H. (2017). Central limit theorem: The cornerstone of modern statistics. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(2), 144–156.
<https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.144>
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud* (Editorial Desclée de Brouwer, S.A). <https://clea.edu.mx/biblioteca/items/show/224>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity*. Plenum.

- Lee, P. L. (2014). The relationship between memory complaints, activity and perceived health status. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(2), 136–141. <https://doi.org/10.1111/sjop.12107>
- Lee, P.-L., Hsiao, C.-H., & Wang, C.-L. (2013). Physical activity and memory complaints in middle-age Americans: Results from the MIDUS study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(6), 600–605. <https://doi.org/10.1177/1533317513494744>
- Lenart-Bugla, M., Łuc, M., Pawłowski, M., Szcześniak, D., Seifert, I., Wiegelmann, H., Gerhardus, A., Wolf-Ostermann, K., Rouwette, E. A. J. A., Ikram, M. A., Brodaty, H., Jeon, Y.-H., Maddock, J., Marseglia, A., Melis, R. J. F., Samtani, S., Wang, H.-X., Welmer, A.-K., Vernooij-Dassen, M., & Rymaszewska, J. (2022). What Do We Know about Social and Non-Social Factors Influencing the Pathway from Cognitive Health to Dementia? A Systematic Review of Reviews. *Brain Sciences*, 12(9), 1214. <https://doi.org/10.3390/brainsci12091214>
- Lenehan, M. E., Summers, M. J., Saunders, N. L., Summers, J. J., & Vickers, J. C. (2015). Relationship between education and age-related cognitive decline: A review of recent research. *Psychogeriatrics*, 15(2), 154–162. <https://doi.org/10.1111/psyg.12083>
- León Estrada, I., García García, J., & Roldán Tapia, L. (2011). Construcción de la escala de reserva cognitiva en población española: Estudio piloto. *Revista de Neurología*, 52(11), 653. <https://doi.org/10.33588/rn.5211.2010704>
- Li, J.-Q., Tan, L., Wang, H.-F., Tan, M.-S., Tan, L., Xu, W., Zhao, Q.-F., Wang, J., Jiang, T., & Yu, J.-T. (2016). Risk factors for predicting progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 87(5), 476–484. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-310095>
- Lin, F., & Heidrich, S. M. (2012). Role of older adult's illness schemata in coping with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(5), 357–363. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.008>

- Lin, P., LaMonica, H. M., Naismith, S. L., & Mowszowski, L. (2020a). Memory Compensation Strategies in Older People with Mild Cognitive Impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(1), 86–96. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000912>
- Lin, P., LaMonica, H. M., Naismith, S. L., & Mowszowski, L. (2020b). Memory Compensation Strategies in Older People with Mild Cognitive Impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 26(1), 86–96. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000912>
- Lloret Sirerol, C. (2020). *Afrontamiento psicológico del diagnóstico de coronavirus (COVID-19)*. https://www.etsiae.upm.es/fileadmin/documentos/Estudiantes/Atencion_Necesidades/Gu_a_Afrontamiento_del_diagn_stico_de_coronavirus_1584554284pdf.pdf
- Lloyd, K. M., Morris, T. P., Anteraper, S., Voss, M., Nieto-Castanon, A., Whitfield-Gabrieli, S., Fanning, J., Gothe, N., Salerno, E. A., Erickson, K. I., Hillman, C. H., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2024). Data-driven MRI analysis reveals fitness-related functional change in default mode network and cognition following an exercise intervention. *Psychophysiology*, 61(4). <https://doi.org/10.1111/psyp.14469>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Medicina Clinica*, 112(20), 767–774. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422057/>
- Lojo-Seoane, C., Facal, D., & Juncos-Rabadán, O. (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(6), 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.006>

- López, N., Allegri, R. F., & Soto-Añari, M. (2014). Capacidad Diagnóstica y Validación Preliminar del Test del Reloj, Versión de Cacho a la Orden, para Enfermedad de Alzheimer de Grado Leve en Población Chilena. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23, 1–3.
https://revecuatneurologia.com/wp-content/uploads/2016/01/Capacidad-Diagno%CC%81stica-y-Validacio%CC%81n-Preliminar-del-Test-del-Reloj_REN-Vol-23-N%2BA1-3-2014-2.pdf
- López-Ortiz, S., Lista, S., Valenzuela, P. L., Pinto-Fraga, J., Carmona, R., Caraci, F., Caruso, G., Toschi, N., Emanuele, E., Gabelle, A., Nisticò, R., Garaci, F., Lucia, A., & Santos-Lozano, A. (2023). Effects of physical activity and exercise interventions on Alzheimer’s disease: An umbrella review of existing meta-analyses. *Journal of Neurology*, 270(2), 711–725.
<https://doi.org/10.1007/s00415-022-11454-8>
- Lövdén, M., Bäckman, L., Lindenberger, U., Schaefer, S., & Schmiedek, F. (2010). A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychological Bulletin*, 136(4), 659–676. <https://doi.org/10.1037/a0020080>
- Lövdén, M., Fratiglioni, L., Glymour, M. M., Lindenberger, U., & Tucker-Drob, E. M. (2020). Education and Cognitive Functioning Across the Life Span. *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society*, 21(1), 6–41.
<https://doi.org/10.1177/1529100620920576>
- Maki, Y., Yamaguchi, T., Yamagami, T., Murai, T., Hachisuka, K., Miyamae, F., Ito, K., Awata, S., Ura, C., Takahashi, R., & Yamaguchi, H. (2014). The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*, 14(3), 175–181. <https://doi.org/10.1111/psyg.12056>
- Margulis, L. E., Squillace, M., & Ferreres, A. R. (2018). Baremo del Trail Making Test para Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 54–63. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v10.n3.19741>

- Maroof, M., Ahmad, A., Khalique, N., Ansari, M. A., Shah, M. S., & Eram, U. (2016). Prevalence And Determinants of Cognitive Impairment Among Rural Elderly Population of Aligarh. *National Journal of Community Medicine*, 7(3), 189–192.
<https://njcmindia.com/index.php/file/article/view/889>
- Maroto, M. A. (2000). *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Tea Ediciones. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/maroto-memoria-01.pdf>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015a). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015b). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *International Journal of Aging & Human Development*, 66(2), 97–114.
<https://doi.org/10.2190/AG.66.2.a>
- Martin, S., Mazzocco, C., Maury, P., Grosselin, A., Van Der Elst, W., Dixon, R. A., & Brouillet, D. (2015). Compensating for memory losses throughout aging: Validation and normalization of the memory compensation questionnaire (MCQ) for non-clinical French populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 28–38.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.013>
- Martino, P., Cervigni, M., Caycho Rodríguez, T., Valencia, P. D., & Politis, D. (2021). Cuestionario de reserva cognitiva: Propiedades psicométricas en población argentina. *Revista de Neurología*, 73(06), 194. <https://doi.org/10.33588/rn.7306.2021200>

- Martins, B., Sheppes, G., Gross, J. J., & Mather, M. (2018). Age Differences in Emotion Regulation Choice: Older Adults Use Distraction Less Than Younger Adults in High-Intensity Positive Contexts. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw028>
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *The International Journal of Social Psychiatry*, *61*(6), 560–568. <https://doi.org/10.1177/0020764014564801>
- Matud, M. P., & García, M. C. (2019). Psychological Distress and Social Functioning in Elderly Spanish People: A Gender Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 341. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030341>
- Mayordomo, T., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas, y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, *31*(1), 310–316. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163621>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, *8*(3), 26–32. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- McIlvane, J. M., Popa, M. A., Robinson, B., Houseweart, K., & Haley, W. E. (2008). Perceptions of Illness, coping, and well-being in persons with mild cognitive impairment and their care partners. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *22*(3), 284–292. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318169d714>
- Meléndez, J. C., Alicia, S. G., & Teresa, M. R. (2013). Reserva cognitiva, compensación y potencial de aprendizaje: Relación entre medidas. *INFORMACIÓ PSICOLÒGICA*, 29–41. <https://doi.org/10.14635//IPSIC.2014.105.2>
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sales, A., Cantero, M. J., & Viquer, P. (2013). How we compensate for memory loss in old age: Adapting and validating the Memory Compensation

- Questionnaire (MCQ) for Spanish populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.018>
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2012). Coping Strategies: Gender Differences and Development throughout Life Span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089–1098. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399
- Mentis, A.-F. A., Dardiotis, E., Efthymiou, V., & Chrousos, G. P. (2021). Non-genetic risk and protective factors and biomarkers for neurological disorders: A meta-umbrella systematic review of umbrella reviews. *BMC Medicine*, 19(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01873-7>
- Mías, C. D. (2008). *Quejas subjetivas, memoria y depresión en la normalidad y el deterioro cognitivo leve* [Universidad Nacional de Córdoba].
https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/TESIS_DOCTORAL_CARLOS_MIAS.pdf
- Mías, C. D., & Causse, B. (2021). Quejas subjetivas de memoria, desempeño objetivo y funciones neuropsicológicas relacionadas. Una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 21, 19–19. <https://doi.org/10.18294/pm.2021.3440>
- Mías, C. D., Luque, L., Bastida, M., & Correché, M. S. (2015). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones Psicopatológicas: Aspectos Diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(2), Article 2. <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/55>
- Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: Estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44(12), 733. <https://doi.org/10.33588/rn.4412.2006206>
- Mías, C., Ruiz, A., Causse, M., Puig, M., Lorena, A., & Etcheverry Domeño, L. (2017). Detección de Deterioro Cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la Región del Alto Valle: Neuquén y Río Negro. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 30, 34–

49.

https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/319942673_Deteccion_de_Deterioro_Cognitivo_y_factores_demograficos_asociados_en_adultos_mayores_de_50_anos_de_la_Region_del_Alto_Valle_Neuquen_y_Rio_Negro

Migliacci, M. L., Scharovsky, D., & Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: Características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de Neurología*, 48(5), 237–241. <https://medes.com/publication/47291>

Mikulic, I. M. (2007). Calidad de vida: Aportes del inventario de calidad de vida percibida y del inventario de respuestas a la evaluación psicológica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 15. <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Informe%20OPSA%20Calidad%20de%20Vida%202021.pdf>

Mikulic, I. M., & Crespi, C. M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 15, 305–312. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100030

Mitchell, A. J. (2008). The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1191–1202. <https://doi.org/10.1002/gps.2053>

Mol, M. E. M., van Boxtel, M. P. J., Willems, D., Verhey, F. R. J., & Jolles, J. (2009). Subjective forgetfulness is associated with lower quality of life in middle-aged and young-old individuals: A 9-year follow-up in older participants from the Maastricht Aging Study. *Aging & Mental Health*, 13(5), 699–705. <https://doi.org/10.1080/13607860902845541>

- Molina, M. (2016). El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 319–331.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.006>
- Montenegro Peña, M. (2016). *Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes: Variables implicadas* [Universidad Complutense de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=126691>
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
https://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. D., & Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: Perspectiva comparada con España. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(18), Article 18.
<https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i1.n18.6>
- Moos, R. H. (1995). Development and Applications of New Measures of Life Stressors, Social Resources, and Coping Responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.11.1.1>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2006). Older Adults' Coping with Negative Life Events: Common Processes of Managing Health, Interpersonal, and Financial/Work Stressors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(1), 39–59. <https://doi.org/10.2190/ENLH-WAA2-AX8J-WRT1>
- Moradi, E., Hallikainen, I., Hänninen, T., Tohka, J., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2017). Rey's Auditory Verbal Learning Test scores can be predicted from whole brain MRI in Alzheimer's disease. *NeuroImage. Clinical*, 13, 415–427.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2016.12.011>

- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171.
<https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>
- Navarro, A. B., & Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31(3), 1008. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172481>
- Navarro, E., & Calero, M. D. (2018). Cognitive Plasticity in Young-Old Adults and Old-Old Adults and Its Relationship with Successful Aging. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(4), 76.
<https://doi.org/10.3390/geriatrics3040076>
- Navarro-González, E., & Calero, M. (2011). Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: El potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. *European Journal of Psychology of Education*, 1, 45–59. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i2.4>
- Navarro-González, E., Calero, M. D., & Becerra-Reina, D. (2015). Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: Un estudio longitudinal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.07.002>
- ODSA. (2018). *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017)*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8153>
- O'Neill, S., Richly, P., Pontello, N., Christie, C., Flores, I., Dorman, G., & Rojas, G. (2019). Signo del giro de la cabeza como marcador para el diagnóstico de demencia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30(143), 18–21.
<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/236>
- Ongarato, P., de la Iglesia, G., Stover, J. B., & Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos: An adaptation to adolescent and adult population. *Anuario de Investigaciones*, 16, 383–391.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-16862009000100037&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Orduña Torres, I. I. (2021). *Memoria cotidiana y estrategias de compensación de memoria en el adulto mayor* [Masters, Universidad Autónoma de Nuevo León].
<http://eprints.uanl.mx/22173/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/186466>
- Ortiz-Licea, Y., & Aguilar, M. R. O. (2024). La demencia un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina*, 63(0), Article 0. <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/3389>
- Ou, Y.-N., Tan, C.-C., Shen, X.-N., Xu, W., Hou, X.-H., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J.-T. (2020). Blood Pressure and Risks of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 209 Prospective Studies. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 76(1), 217–225. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14993>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. Mc Graw Hill Education.
<https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>
- Paredes Quispe, L. A. (2019). *Perfil neuropsicológico en adultos y adultos mayores con deterioro cognitivo leve y con quejas subjetivas de memoria* [Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10540>
- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria*, 38(2), 59–72.
<https://www.redalyc.org/journal/180/18066677004/>
- Pearman, A., Hertzog, C., & Gerstorf, D. (2014). Little evidence for links between memory complaints and memory performance in very old age: Longitudinal analyses from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 29(4), 828–842. <https://doi.org/10.1037/a0037141>

- Peláez, E., Monteverde, M., & Acosta, L. (2017a). Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, 9(1).
<https://doi.org/10.35305/s.v9i1.153>
- Peláez, E., Monteverde, M., & Acosta, L. (2017b). Celebrar el envejecimiento poblacional en argentina: Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, 9(1), 01–28.
- Peña-Bautista, C., Casas-Fernández, E., Vento, M., Baquero, M., & Cháfer-Pericás, C. (2020). Stress and neurodegeneration. *Clinica Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*, 503, 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.01.019>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C. (2016). Mild Cognitive Impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 22(2 Dementia), 404–418. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L., & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985–1992. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Kokmen, E., & Tangelos, E. G. (1997). Aging, memory, and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 9(1), 65–69.
<https://doi.org/10.1017/s1041610297004717>

- Petersen, R. C., Waring, S. C., Smith, G. E., Tangalos, E. G., & Thibodeau, S. N. (1996). Predictive value of APOE genotyping in incipient Alzheimer's disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 802, 58–69. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1996.tb32599.x>
- Petrikovich, L. (2020). Estrategias de afrontamiento y malestar psicológico inespecífico en adultos mayores. *Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2020*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12396>
- Pizzonia, K. L., & Suhr, J. A. (2022). Systematic Review of Correlates of Internal and External Memory Strategy Use in Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 41(5), 1491–1499. <https://doi.org/10.1177/07334648211065427>
- Podewils, L. J., McLay, R. N., Rebok, G. W., & Lyketsos, C. G. (2003). Relationship of self-perceptions of memory and worry to objective measures of memory and cognition in the general population. *Psychosomatics*, 44(6), 461–470. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.461>
- Polizzi, C., Perry, A., & Lynn, S. J. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59–62. <https://doi.org/10.36131/CN20200204>
- Pose, M., & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol Colomb*, 26(3), 7–12. https://www.academia.edu/25215196/Deterioro_cognitivo_leve_Mild_cognitive_impairment_Mariangeles_Pose_Facundo_Manes
- Potter, G. G., Hartman, M., & Ward, T. (2009). Perceived stress and everyday memory complaints among older adult women. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(4), 475–481. <https://doi.org/10.1080/10615800802449610>
- Pujadas Sánchez, M. D. (2016). Diseño de un programa de evaluación e intervención de variables emocionales, conductuales y personales para personal de emergencias [Ph.D. Thesis,

Universitat de les Illes Balears]. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*.

<https://www.tdx.cat/handle/10803/396665>

- Rabin, L. A., Smart, C. M., Crane, P. K., Amariglio, R. E., Berman, L. M., Boada, M., Buckley, R. F., Chételat, G., Dubois, B., Ellis, K. A., Gifford, K. A., Jefferson, A. L., Jessen, F., Katz, M. J., Lipton, R. B., Luck, T., Maruff, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., ... Sikkes, S. A. M. (2015). Subjective Cognitive Decline in Older Adults: An Overview of Self-Report Measures Used Across 19 International Research Studies. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, *48 Suppl 1*(0 1), S63-86. <https://doi.org/10.3233/JAD-150154>
- Rami González, L., Valls Pedret, C., Bartrés Faz, D., Caprile Elola-Olaso, C., Solé Padullés, C., Castellví Sampol, M., Olives Cladera, J., Bosch Capdevila, B., & Molinuevo Guix, J. L. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, *52*(04), 195. <https://doi.org/10.33588/rn.5204.2010478>
- Rasch, D., & Guiard, V. (2004). The robustness of parametric statistical methods. *Psychology Science*, *46*(2), 175–208. <https://psycnet.apa.org/record/2004-19989-001>
- Rebolo, M. A. (2020). Plasticidad cognitiva y su relación con queja subjetiva de memoria en adultos mayores. *Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2020*. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11642>
- Rébolo, M. A., Aschiero, M. B., & Aceiro, M. A. (2021). Plasticidad cognitiva y queja subjetiva de memoria en adultos mayores. *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021*. <https://www.academica.org/000-012/360.pdf>

- Reid, L. M., & MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5–6), 471–485.
<https://doi.org/10.1159/000096295>
- Rey, André. (1964). *L'examen clinique en psychologie* (2e éd). Presses universitaires de France.
- Ricci, M., Graef, S., Blundo, C., & Miller, L. A. (2012). Using the Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) to differentiate alzheimer's dementia and behavioural variant fronto-temporal dementia. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(6), 926–941.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2012.704073>
- Rickenbach, E. H., Almeida, D. M., Seeman, T. E., & Lachman, M. E. (2014). Daily Stress Magnifies the Association between Cognitive Decline and Everyday Memory Problems: An Integration of Longitudinal and Diary Methods. *Psychology and Aging*, 29(4), 852–862.
<https://doi.org/10.1037/a0038072>
- Roberts, B. W., Smith, J., Jackson, J. J., & Edmonds, G. (2009). Compensatory Conscientiousness and Health in Older Couples. *Psychological Science*, 20(5), 553–559.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02339.x>
- Roca, A. J. (2015). Hans Selye y la endocrinología social. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 2(1), 44–47. <https://doi.org/10.53853/encr.2.1.71>
- Rodríguez del Álamo, A., Catalán-Alonso, M. J., & Carrasco-Marín, L. (2003). FAB: Aplicación preliminar española de la batería neuropsicológica de funciones ejecutivas a 11 grupos de pacientes. *Rev Neurol*, 36(7), 605–608. <https://neurologia.com/articulo/2002363/esp>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rubio, L., Dumitrache, C. G., García, A. J., & Cerdón-Pozo, E. (2018). Coping strategies in Spanish older adults: A MIMIC model of socio-demographic characteristics and activity level. *Aging & Mental Health*, 22(2), 226–232. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247416>

- Santesmases-Montalbán, I., Donate-Martínez, S., Macías-Macías, Y., Ordóñez-Camacho, X., & García-Moreno, L. M. (2010). Funciones ejecutivas y estrategias de afrontamiento en la enfermedad de Parkinson idiopática. *Psicogeriatría*, 2(4), 243–246.
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0243_0246.pdf
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive Reserve and Lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625–633.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024591/>
- Schmeichel, B. J., & Tang, D. (2015). Individual Differences in Executive Functioning and Their Relationship to Emotional Processes and Responses. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 93–98. <https://doi.org/10.1177/0963721414555178>
- Schmeichel, B. J., Volokhov, R. N., & Demaree, H. A. (2008). Working memory capacity and the self-regulation of emotional expression and experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1526–1540. <https://doi.org/10.1037/a0013345>
- Schmitter-Edgecombe, M., & Dyck, D. G. (2014). Cognitive Rehabilitation Multi-family Group Intervention for Individuals with Mild Cognitive Impairment and Their Care-Partners. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20(9), 897–908.
<https://doi.org/10.1017/S1355617714000782>
- Schofield, P. W., Tang, M., Marder, K., Bell, K., Dooneief, G., Chun, M., Sano, M., Stern, Y., & Mayeux, R. (1997). Alzheimer's disease after remote head injury: An incidence study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 62(2), 119–124.
<https://doi.org/10.1136/jnnp.62.2.119>
- Seblova, D., Berggren, R., & Lövdén, M. (2020). Education and age-related decline in cognitive performance: Systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 58, 101005. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.101005>

- Shields, G. S., Doty, D., Shields, R. H., Gower, G., Slavich, G. M., & Yonelinas, A. P. (2017). Recent life stress exposure is associated with poorer long-term memory, working memory, and self-reported memory. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, *20*(6), 598–607. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1380620>
- Shikimoto, R., Nozaki, S., Sawada, N., Shimizu, Y., Svensson, T., Nakagawa, A., Mimura, M., & Tsugane, S. (2022). Coping in Mid- to Late Life and Risk of Mild Cognitive Impairment Subtypes and Dementia: A JPHC Saku Mental Health Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *90*(3), 1085–1101. <https://doi.org/10.3233/JAD-215712>
- Silva, M. D. C., & Chariglione, I. P. F. S. (2024). Aging and people with disabilities from a Vigotskian and life-span perspective. *Revista Psicopedagogia*, *41*(124), 151–162. <https://doi.org/10.51207/2179-4057.20240017>
- Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the Nun Study. *Annals of Internal Medicine*, *139*(5 Pt 2), 450–454. https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5_part_2-200309021-00014
- Stefani, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, *22*(2), Article 2. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/25951>
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Kremen, W. S., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh-Momoh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., Vuoksimaa, E., & and the Reserve, Resilience and Protective Factors PIA Empirical Definitions and Conceptual Frameworks Workgroup. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, *16*(9), 1305–1311. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

- Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2003). *Evaluación Dinámica. Naturaleza y medición del potencial de aprendizaje*. Paidós.
- Suárez Torres, M. O., Rodríguez Lafuente, M. E., Pérez Díaz, R., Casal Sosa, A., & Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico “Joaquín Albarrán.” *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 159–168.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252015000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse, P. A., & Grafman, J. H. (1989). Clock drawing in Alzheimer’s disease. A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 725–729.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02233.x>
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor # of *Nature*. *Stress*, 15(5), 472–478. <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919>
- Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., & Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516–524.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>
- Tartaglino, M. F., Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2). <https://doi.org/10.26864/PCS.v11.n2.5>
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista latinoamericana de psicología*, 34(1), 41–54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834608>

- Tomaszewski Farias, S., Gravano, J., Weakley, A., Schmitter-Edgecombe, M., Harvey, D., Mungas, D., Chan, M., & Giovannetti, T. (2020). The Everyday Compensation (EComp) Questionnaire: Construct Validity and Associations with Diagnosis and Longitudinal Change in Cognition and Everyday Function in Older Adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(3), 303–313. <https://doi.org/10.1017/S135561771900119X>
- Treves, T. A., Verchovsky, R., Klimovitzky, S., & Korczyn, A. D. (2005). Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 265–273. <https://doi.org/10.1017/S1041610205001596>
- Triado, M. C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Alianza. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=10324>
- Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L.-M., Launay, M., & Martin, S. (2011). Impact of Age, and Cognitive and Coping Resources on Coping. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 30(4), 541–550. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000456>
- Trouton, A., Stewart, R., & Prince, M. (2006). Does social activity influence the accuracy of subjective memory deficit? Findings from a British community survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(7), 1108–1113. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00800.x>
- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. <https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results>
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, Á. A., & Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: Estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63–70. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>
- van Oijen, M., de Jong, F. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., & Breteler, M. M. B. (2007). Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*:

The Journal of the Alzheimer's Association, 3(2), 92–97.

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.01.011>

Vanni, S., Colini Baldeschi, A., Zattoni, M., & Legname, G. (2020). Brain aging: A Ianus-faced player between health and neurodegeneration. *Journal of Neuroscience Research*, 98(2), 299–311. <https://doi.org/10.1002/jnr.24379>

Vásquez, M., Rodríguez, A., Villarreal, J. S., & Campos, J. A. (2014). Relación entre la Reserva Cognitiva y el Enriquecimiento Ambiental: Una revisión del Aporte de las Neurociencias a la comprensión del Envejecimiento Saludable. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2), Article 2.

<https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/167>

Ventura, R. L. (2004). Deterioro Cognitivo en el Envejecimiento Normal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 17–25. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/II/2-DETERIORO_COGNITIVO.pdf

Villagra, G. S., & Rodríguez, A. C. (2020). Estrategias de afrontamiento en tiempo de coronavirus. *Tiraxi*, 149–153. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111813>

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale—Third Edition*.

<https://doi.apa.org/doi/10.1037/t49755-000>

WHO. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Yancura, L. A., & Aldwin, C. M. (2008). Coping and health in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 10–15. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0004-7>

Ye, K. X., Sun, L., Wang, L., Khoo, A. L. Y., Lim, K. X., Lu, G., Yu, L., Li, C., Maier, A. B., & Feng, L. (2023). The role of lifestyle factors in cognitive health and dementia in oldest-old: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 152, 105286.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105286>

- Zárate, S., Acevedo-Triana, C. A., Sarmiento-Bolaños, M. J., P, L. F. C., & León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: Una revisión. *Universitas Psychologica*, 13(3), Article 3. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.eepp>
- Zepeda, C. D., Richey, J. E., Ronevich, P., & Nokes-Malach, T. J. (2015). Direct instruction of metacognition benefits adolescent science learning, transfer, and motivation: An in vivo study. *Journal of Educational Psychology*, 107(4), 954–970. <https://doi.org/10.1037/edu0000022>
- Zepeda, C. R.-, Espinoza, M. L.-, Araneda, B. C.-, Fuentes, J. C.-, Prado, M. M.-, Pedreros, S. T.-, & Muñoz, M. V.-. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y médicos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(2), Article 2. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/464>

APÉNDICE

APÉNDICE A: Protocolo De Administración Neurocognitivo

Nombre:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Nivel educativo:

Ocupación:

Estado civil:

Con quién vive:

Antecedentes psiquiátricos:

Antecedentes neurológicos:

Antecedentes nutricionales: _diabetes _hipertensión _colesterol _caídas (indique cantidad)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

(Allegri et al., 1999; Folstein, Folstein y McHugh, 1975; Lobo et al., 1999; versión argentina de Butman et al., 2001)

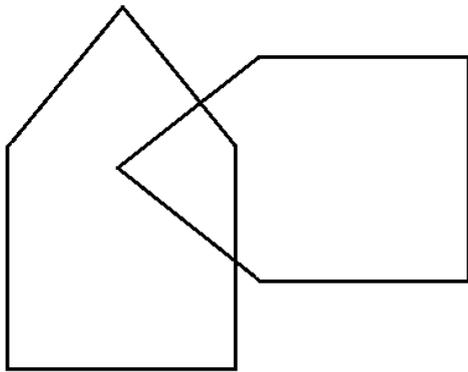
1. ORIENTACIÓN Día/ Fecha / Mes /Año /Estación Lugar/ Calle /Piso / Ciudad / País	/10	6. COMPRENSION Tome el papel con la mano izquierda /Dóblelo a la mitad / Déjelo en la mesa con la mano izquierda	/3
2. FIJACION Pelota / Bandera / Árbol	/3	7. LECTURA “Cierre los ojos”	/1
3. ATENCIÓN 100 /93/86/79/72/65 O - D - N - U - M	/5	8. ESCRITURA (frase completa)	/1
4. MEMORIA Pelota / Bandera / Árbol	/3	9. DENOMINACION Lápiz / Reloj	/2
5. REPETICION El flan tiene frutillas y frambuesas	/1	10. COPIA	/1
TOTAL			/30

FLUENCIA VERBAL FONOLÓGICA – “P”

FLUENCIA VERBAL SEMÁNTICA - ANIMALES

(versión argentina de Butman et al., 2000)

0 - 15	30 - 45	0 - 15	30 - 45
15 - 30	45- 60	15 - 30	45- 60



TEST DEL RELOJ A LA ORDEN

(Cacho et al., 1999; López et al., 2014; Sunderland et al., 1999)

TEST DE APRENDIZAJE AUDITIVO VERBAL DE REY - VERSIÓN POTENCIAL DE APRENDIZAJE

(Rey, versión adaptada al español por Calero García, 2004; Calero & Navarro, 2006; valores normativos de González Aguilar & Grasso, 2018).

LISTA A	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
	Intro	Stand	Ampliadas		Stand		
TAMBOR							
CORTINA							
TIMBRE							
ESCUELA							
CAFÉ							
PARIENTE							
LUNA							
JARDIN							
SOMBRERO							
GRANJERO							
NARIZ							
PAVO							
COLOR							
CASA							
RIO							
Repeticiones							
Intrusiones							
CORRECTAS							
Potencial de aprendizaje	Pretest:		P. Gan: Post-Pre:		Postest:		

Puntaje reconocimiento: _____

FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB)

(Dubois et al., 2000; Rodríguez del Álamo et al., 2003)

I Conceptualizaciones: $_ / 3$ (mesa y silla, manzana y banana, rosa, tulipan y margarita)

II Flexibilidad mental: $_ / 3$ (palabras con p)

III Programación motora: $_ / 3$ (puño, filo, palma)

IV Sensibilidad a la interferencia: $_ / 3$ (1-1-2-1-2-2-2-1-1-2)

V Control inhibitorio: $_ / 3$ (1-1-2-1-2-2-2-1-1-2)

VI Autonomía ecológica: $_ / 3$

TOTAL: $_ / 18$

DÍGITOS WAIS III:

DIGITOS DIRECTO		DÍGITOS INVERSO	
1-7 □	6-3	2-4 □	5-7
5-8-2	6-9-4	6-2-9	4-1-5
6-4-3-9	7-2-8-6	3-2-7-9	4-9-6-8
4-2-7-3-1	7-5-8-3-6	1-5-2-8-6	6-1-8-4-3
6-1-9-4-7-3	3-9-2-4-8-7	5-3-9-4-1-8	7-2-4-8-5-6
5-9-1-7-4-2-8	4-1-7-9-3-8-6	8-1-2-9-3-6-5	4-7-3-9-1-2-8
5-8-1-9-2-6-4-7	3-8-2-9-5-1-7-4	9-4-3-7-6-2-5-8	7-2-8-1-9-6-5-3
2-7-5-8-6-2-5-8-4	7-1-3-9-4-2-5-6-8		
TOTAL DIGITOS DIRECTO =		TOTAL DIGITOS INVERSO =	
TOTAL DÍGITOS (DD+DI) = _____			

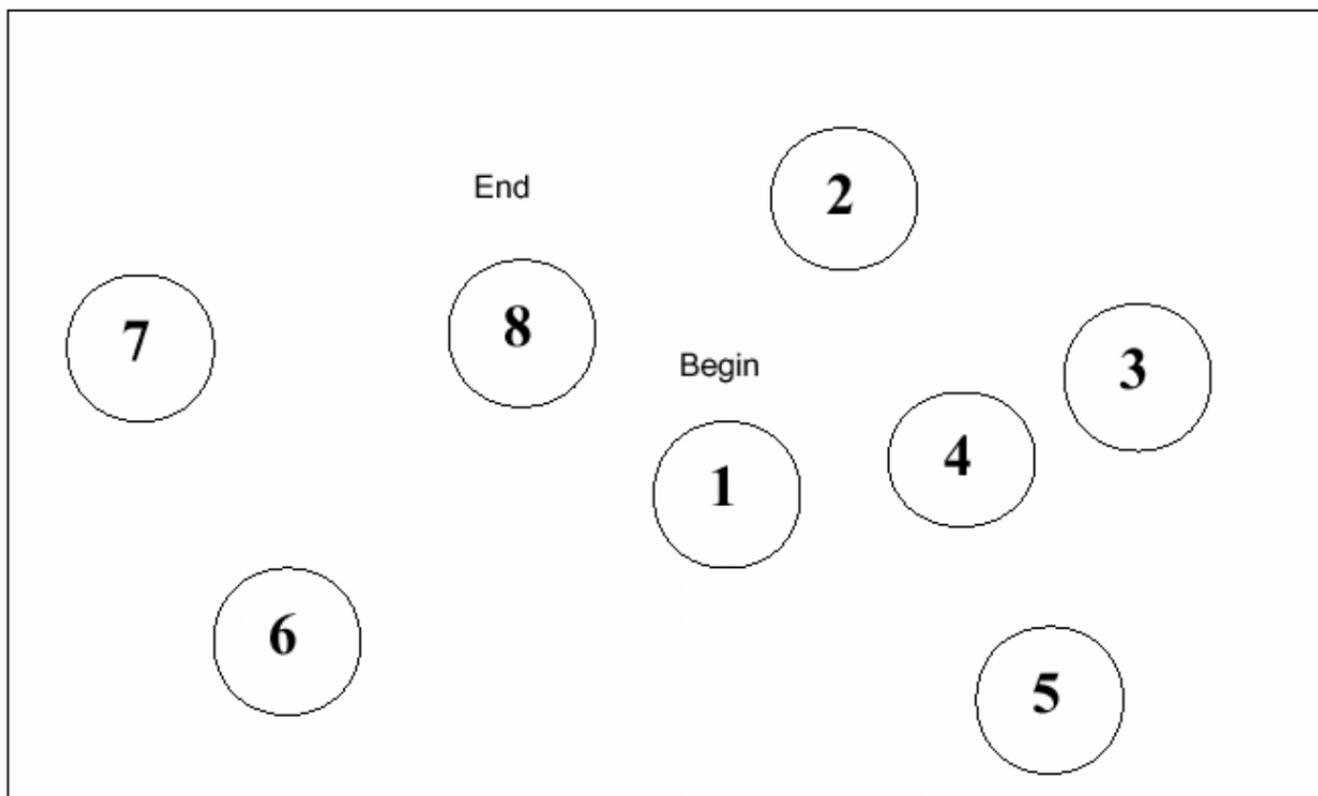
TEST DE DENOMINACIÓN DE DIBUJOS DE BOSTON

Le voy a pedir que me diga qué es cada uno de estos dibujos...

R correcta (1 pto.)	Facilitador semántico (1 pto.)	Fac. fonológico
<u>Z</u> ancos	<i>Se usan para caminar más alto</i>	
<u>C</u> actus	<i>Algo que crece</i>	
<u>B</u> ozal	<i>Se utiliza para perros</i>	
<u>C</u> erradura	<i>Sirve para abrir la puerta</i>	
<u>P</u> aleta	<i>La usan los artistas</i>	
<u>D</u> ominó	<i>Es un juego</i>	
<u>A</u> rmónica	<i>Es un instrumento musical</i>	
<u>V</u> olcán	<i>Es un tipo de montaña</i>	
<u>P</u> irámide	<i>Se encuentran en Egipto</i>	
<u>P</u> ulpo	<i>Es un animal que vive en el mar</i>	
<u>H</u> elicóptero	<i>Sirve para viajar por el aire</i>	
<u>M</u> áscara/careta	<i>Es parte de un disfraz</i>	

Total = _____ / 12

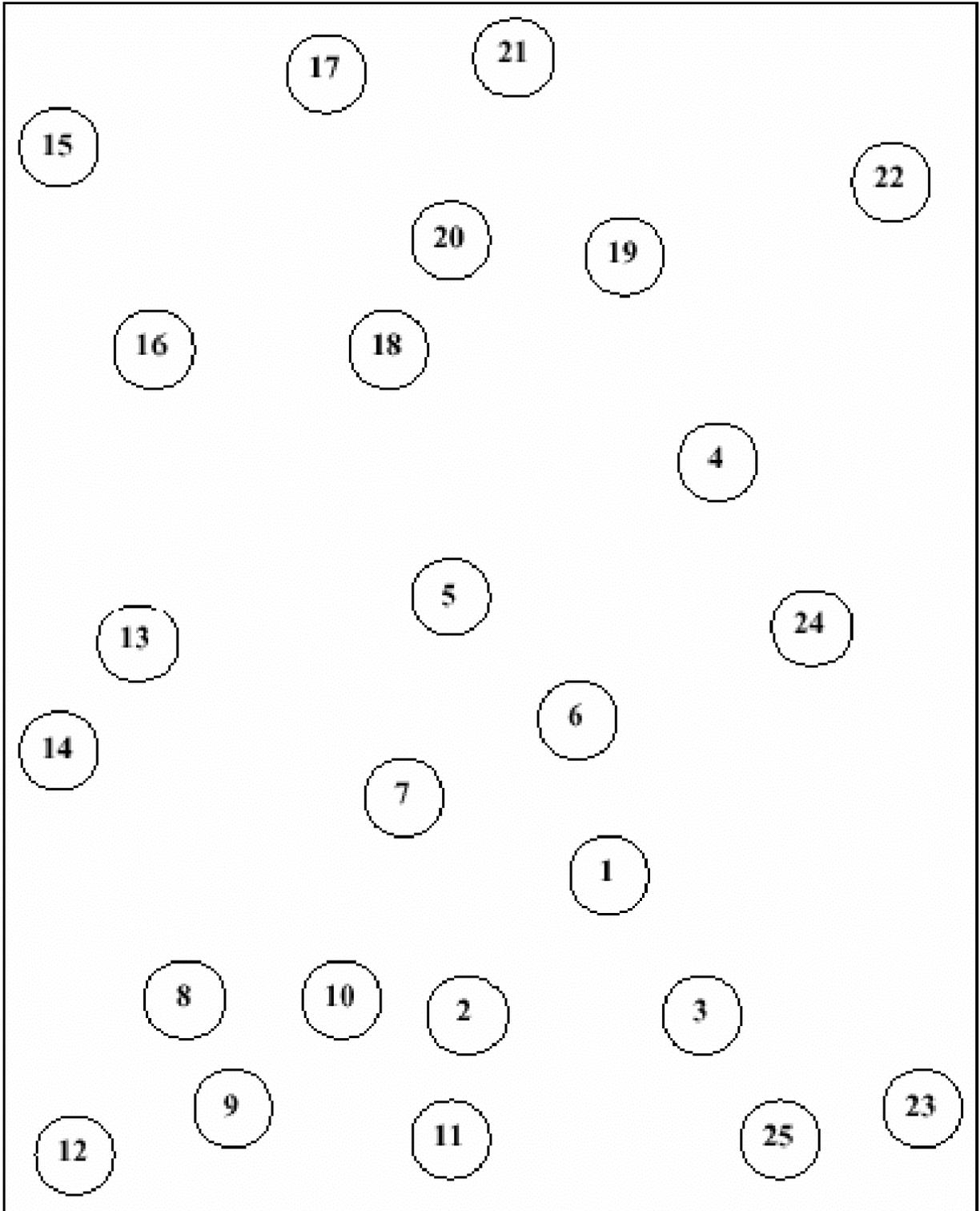
Trail Making Test Part A – *SAMPLE*



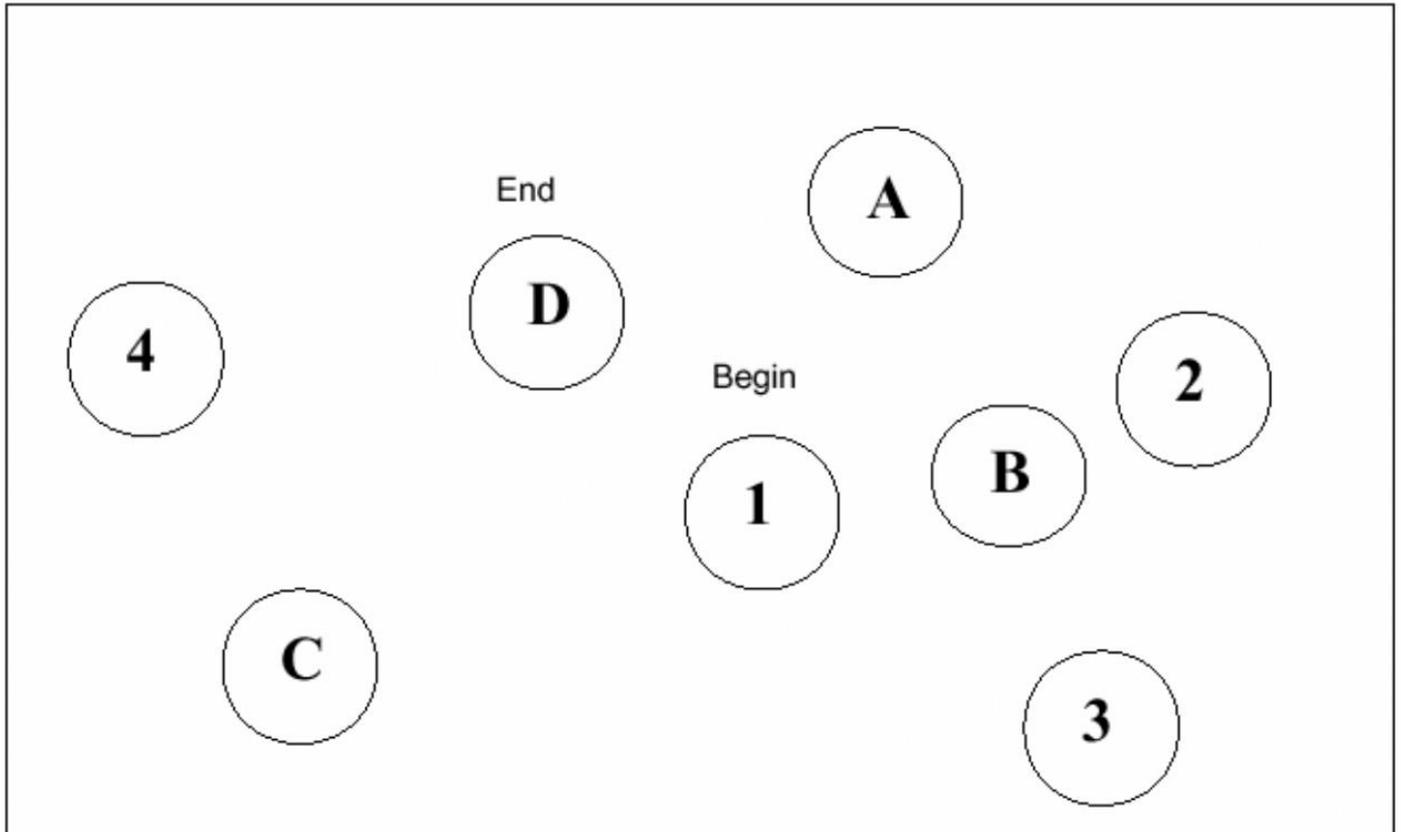
Trail Making Test Part A

Patient's Name: _____

Date: _____



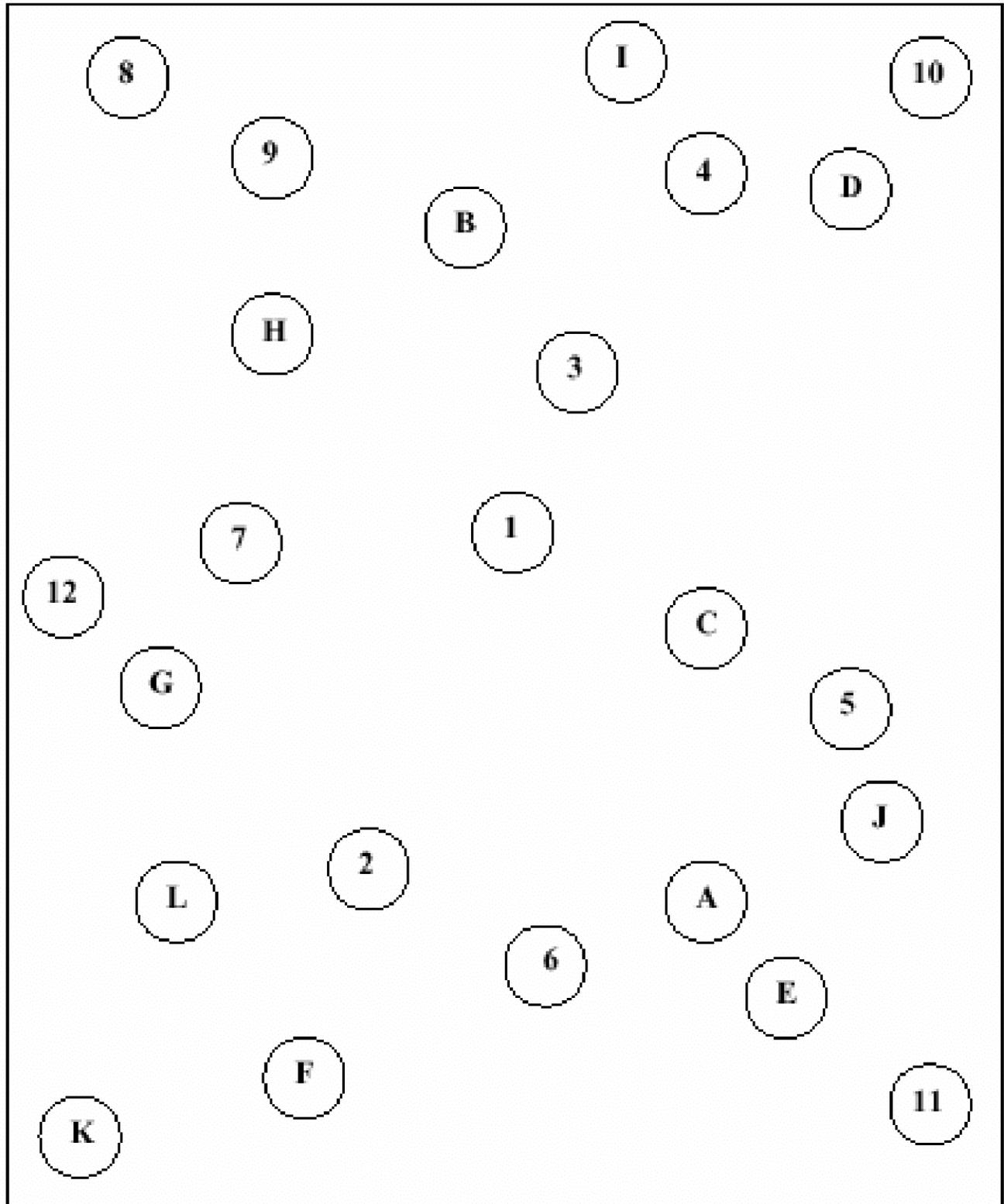
Trail Making Test Part B – *SAMPLE*



Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____

Date: _____



RAVLT-PA RECONOCIMIENTO

picazón	drenaje	tambor	duende	piano
tapiz	reto	paseo	cortina	viaje
grito	azul	timbre	cero	red
raíz	café	leche	colegio	horno
conejo	edificio	ruta	escuela	zorrillo
agua	tiro	padre	pariente	pareja
sol	mono	luna	esquina	mano
perdón	jardín	lluvia	arveja	encaje
rata	llave	sombrero	bufanda	tortuga
media	canal	extra	granjero	grano
saber	boca	teléfono	nariz	sofá
turno	cerveza	brazo	pavo	gallina
cuerda	columna	color	arco	felpudo
casa	espacio	poema	hogar	altar
hueso	rico	remolque	río	riachuelo

APÉNDICE B: Cuestionario Autoadministrable

El siguiente cuestionario pretende reunir datos relevantes para conocer mejor al paciente y poder realizar una mejor evaluación neuropsicológica. Por favor responda el cuestionario lo más completo posible. En el caso de que el paciente no pueda responder por el mismo, puede hacerlo un familiar o acompañante.

DATOS GENERALES

NOMBRE DE QUIEN COMPLETA EL CUESTIONARIO:

Si no es el paciente, nombre de quien lo completa y relación con paciente:

EDAD: **FECHA DE NACIMIENTO:** **SEXO:**

ESTADO CIVIL:

¿TIENE HIJOS? (Indique cantidad):

¿CON QUIÉN VIVE?:

CUESTIONARIO DE RESERVA COGNITIVA

DATOS DEL PACIENTE

NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO:

¿Estudió? ¿Qué?

¿CUÁNTOS IDIOMA MANEJA?:

¿QUÉ NIVEL EDUCATIVO ALCANZARON SUS PADRES?

Padre:

Madre:

OCUPACIÓN ACTUAL - ¿A qué se dedica?:

OCUPACIONES PREVIAS - ¿A qué se dedicó?:

¿REALIZÓ ALGÚN CURSO DE FORMACIÓN (ejemplo: idioma, grafología, historia)? (marque la que mejor represente su respuesta)

0 1 o 2 entre 2 y 5 + de 5

¿TIENE FORMACIÓN MUSICAL? (marque la que mejor represente su respuesta)

No toca instrumento ni escucha música

Toca (aficionado) y escucha música frecuentemente

Formación musical reglada

¿REALIZA ACTIVIDAD LECTORA? (marque la que mejor represente su respuesta)

Nunca Ocasionalmente 2 a 5 libros x año 5 a 10 libros x año + de 10 libros x año

¿CON QUÉ FRECUENCIA PARTICIPA EN JUEGOS INTELECTUALES (ajedrez, puzzle, burako, bridge, etc)? (marque la que mejor represente su respuesta)

Nunca/Alguna vez Ocasionalmente (entre 2 y 5 al mes) Frecuentemente (+ de 5 al mes)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

GDS

(Martínez de la Iglesia et al., 2002; Tartaglino et al., 2017)

Conteste a las siguientes preguntas por sí o por no. Trate de seleccionar la que mejor represente lo que usted piensa.

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se encuentra aburrido?	Si	No
5. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	Si	No
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Se siente a menudo desamparo, desvalido, indeciso?	Si	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿Le da la impresión que tiene más problemas en la memoria que el resto?	Si	No
11. ¿Cree que es agradable estar vivo?	Si	No
12. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	Si	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14. ¿Siente que su situación es angustiada y desesperada?	Si	No
15. ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	Si	No

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO – RYFF

(Díaz et al., 2006)

Lea las siguientes afirmaciones y conteste cuál es su grado de acuerdo.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Completamente
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento confiado y seguro de mi mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propuse.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6

17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Para mí, los objetivos de vida que me he propuesto han sido más una fuente de satisfacción que de frustración.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mi mismo.	1	2	3	4	5	6
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y de la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
32. Sé que puedo confiar en mis amigos y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
36. Pienso que no he mejorado mucho como persona a través de los años.	1	2	3	4	5	6
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6

38. Para mí, la vida ha sido un proceso de continuo estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi vida sería capaz de dar los pasos necesarios para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO DE QUEJA DE MEMORIA

(Marotto, 2000. Modificado y ampliado por Mías, 2008)

Instrucciones: Con este cuestionario nos interesa conocer cómo cree usted que funciona su memoria. Marque con un círculo entre los números del 1 al 10, con qué frecuencia ha tenido olvidos como los que se describen. Procure establecer diferencias entre los distintos tipos de olvidos, por pequeños que sean.

¿Con qué frecuencia le han ocurrido estos olvidos o despistes en los últimos meses?

	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Olvida o confunde nombres de personas bien conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no reconoce caras de alguien conocido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida turnos o encuentros (p.e un turno, recoger algo)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Pierde o no encuentra objetos de uso cotidiano (por ejemplo llaves, reloj, anteojos, papeles)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida lo que le acaban de decir	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida números de teléfono que utiliza con frecuencia	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se olvida de lo que estaba hablando	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no encuentra la palabra apropiada cuando habla ej. Palabra en la punta de la lengua.	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no recuerda haber realizado alguna acción ej. Cerré la puerta	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va de compras o de trámites y se olvida algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se equivoca o no está seguro de la fecha	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Tiene que volver al principio de un texto o párrafo (releer)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va a un lugar y no recuerda a qué iba a hacer allí	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida si tomó un remedio	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida partes importantes de una historia relato, o película	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida un suceso o hecho completo reciente, aún cuando se lo recuerda con posterioridad	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida hechos del pasado, como si no los hubiera vivido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida el significado de algunas palabras conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida cómo se usan o manipulan objetos conocidos (aparato de música)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida que tenía que acordarse de algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
¿Algún familiar suyo considera que Ud. Tiene problemas de memoria? NO – SI				

ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DE MEMORIA

(Dixon et al., 2001; Validación en español de Meléndez et al., 2013)

Diferentes personas usan su memoria en diferentes maneras para sus actividades diarias. Por ejemplo algunos usan listas de compra, otros son muy exactos al recordar algunas cosas mientras que para otras fallan. En este cuestionario, queremos que conteste unas preguntas acerca de cómo usa su memoria. No existen respuestas correctas o incorrectas. Tómese el tiempo que necesite y conteste TODAS las preguntas.

1. Cuando va de compras al supermercado, ¿lleva una lista anotada con lo que tiene que comprar?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

2. Pide a la gente con la que habla que lo haga lentamente, cuando tiene que recordar lo que dicen.

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

3. Cuando tiene que recordar una cita o algo importante que tiene que hacer, ¿le pide a alguien (por ejemplo su mujer o marido o a algún amigo) que se lo recuerde?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

4. ¿Se esfuerza mucho cuando tiene que recordar la conversación que ha tenido con una persona?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

5. ¿Cuándo quiere recordar un texto, lo lee más de una vez?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

6. Cuando lee un libro, ¿utiliza marcadores para indicar en dónde se ha quedado?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

7. Si tiene que recordar un chiste o una situación graciosa, ¿le dedica tiempo extra?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

8. Cuando quiere recordar un artículo de un periódico, ¿le da importancia a recordarlo perfectamente?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

9. Cuando va a haber un programa de TV que le interesa en los próximos días, ¿le pide a alguien (p. ej., mujer, marido, amigo) que se lo recuerde?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

10. ¿Se concentra mucho en aprender algo que quiere aprender?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

11. Cuando quiere recordar un artículo de periódico, ¿lo lee más lentamente?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

12. Cuando quiere recordar fechas especiales o celebraciones, tales como un cumpleaños, ¿le pide a alguien (por ejemplo, marido/mujer o amigo) que se lo recuerde?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

13. Anota en agenda, bloc, etc. hechos que tiene que recordar en el futuro (como por ejemplo, citas que tiene o celebraciones)

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

14. Cuando quiere recordar el nombre de una persona, ¿le pide a otra persona (por ejemplo, marido/mujer, amigo) que le ayude a recordarlo?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

15. Cuando lee algo que le interesa, y quiere recordar, ¿lo lee más lentamente?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

16.-Cuando quiere recordar una conversación, ¿es importante para usted recordarla perfectamente?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

17. ¿Le pide, a veces, a alguien (p. ej pareja) que le ayude a recordar cuando tiene que hacer un viaje?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

18. ¿Pone cosas (anteojos o llaves) en sitios específicos para recordar mejor dónde están y así utilizarlas cuando lo necesite?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

19. En comparación con hace 5-10 años, ¿pide actualmente más ayuda a otras personas para recordar cosas (p.e. amigos, esposa/marido o amigo)?

1. Mucho más (___) 2. Más (___) 3. Igual (___) 4. Menos (___) 5. Mucho menos (___)

20. ¿Se esfuerza mucho cuando intenta recordar un teléfono importante?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

21. ¿Deja las cosas en sitios “a la vista” (por ejemplo, en la puerta principal, bolsa, etc. Para recordarlas cuando sale?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

22. Cuando intenta recordar algo que ha visto en un programa de televisión, ¿utiliza “trucos o triquiñuelas” para recordar, como “agrupar” las cosas, o repetírselas?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

23. ¿Intenta, aunque le lleve tiempo, reconstruir un hecho anterior que quiere recordar?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

24. ¿Se anota las citas que tiene (dentista, peluquería, etc.) en una agenda o similar?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

25. Cuando se aproxima una celebración especial, ¿piensa o planifica las cosas que tiene que hacer?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

26. ¿Utiliza tiempo en “trucos o triquiñuelas” para recordar mejor en su “día a día”?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

27. ¿Anota cumpleaños en su agenda (o similar) para recordarlos?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

28. ¿Se repite usted los números de teléfono para recordarlos mejor?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

29. ¿Emplea más tiempo hoy en recordar cosas importantes, que hace 5 o 10 años (p.e. leyendo más lento o más veces)?

1. Mucho más (___) 2. Más (___) 3. Igual (___) 4. Menos (___) 5. Mucho menos (___)

30. ¿Anota los números de teléfono en su agenda o por escrito, para recordarlos mejor?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

31. ¿Cuando quiere recordar el nombre de una persona, intenta asociar el nombre a su cara?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

32. ¿Se concentra especialmente cuando quiere aprender el nombre de una persona que acaba de conocer?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

33. ¿Cuando trata de recordar algo que sucedió en un día particular, trata de reconstruir y recordar todo lo que ocurrió ese día?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

34. ¿Cuando intenta ayudarse en el recuerdo con estratagemas tales como poner objetos en un único sitio o anotar por escrito las cosas, lo hace ahora más o menos a menudo que hace 5-10 años?

1. Mucho menos (___) 2. Menos (___) 3. Igual (___) 4. Más (___) 5. Mucho más (___)

35. ¿Cuando intenta recordar algo que le pasó cuando era niño/a, le resulta importante recordarlo tan fielmente como ocurrió?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

36. ¿Utilizar las letras como ayudas para recordar (p.e. revisar el alfabeto para recordar el nombre de alguien, o de una ciudad o de otra cosa)?

1. Nunca (___) 2. Casi nunca (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. A veces (___) 5. Siempre (___)

37. ¿Se tiene que esforzar en recordar cuándo tiene reuniones importantes?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

38. ¿Cuando intenta recordar algo, intenta relacionarlo con otra cosa que conoce bien para poder recordarlo mejor?

1. Siempre (___) 2. A veces (___) 3. Ocasionalmente (___) 4. Casi nunca (___) 5. Nunca (___)

39. ¿Si intenta recordar algo gracioso, es importante para usted el recordarlo tan fielmente como sea posible?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Ocasionalmente () 4. Casi nunca () 5. Nunca ()

40. ¿Utiliza imágenes mentales o dibujos para recordar algunos tipos de información?

1. Nunca () 2. Casi nunca () 3. Ocasionalmente () 4. A veces () 5. Siempre ()

41. ¿Le cuesta más esfuerzo y concentración el recordar cosas hoy que hace 5-10 años?

1. Mucho más () 2. Más () 3. Igual () 4. Menos () 5. Mucho menos ()

42. ¿Le resulta importante recordar las cosas con toda fidelidad?

1. Nunca () 2. Casi nunca () 3. Ocasionalmente () 4. A veces () 5. Siempre ()

43. ¿Acostumbra a recordarse repetidamente las citas importantes que tiene para recordarlas mejor?

1. Siempre () 2. A veces () 3. Ocasionalmente () 4. Casi nunca () 5. Nunca ()

44. ¿Es hoy más o menos importante recordar las cosas tan fielmente como pueda, de lo que lo era hace 5/10 años?

1. Mucho más () 2. Más () 3. Igual () 4. Menos () 5. Mucho menos ()

45. ¿Utiliza hoy “trucos o triquiñuelas” para recordar mejor (repetirse las cosas, o agrupar las cosas en categorías) más de lo que lo hacía hace 5-10 años?

1. Mucho menos () 2. Menos () 3. Igual () 4. Más () 5. Mucho más ()

INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO - ESCALA MOOS CRI – Am

(Ongarato et al., 2009, Aceiro et al., 2020; Aceiro y Grasso, 2022)

Para lo siguiente, trate de pensar en algún problema importante que haya tenido en su vida. Piense en la situación más difícil que tuvo en los últimos 12 meses. (Si no tuvo ninguno problema importante, piense en uno de menor importancia que le haya pasado.

¿Cuál fue ese problema? (Describalo brevemente):

Para las siguientes preguntas, trate de recordar si en ese momento donde estaba transitando el problema importante, realizaba lo que las preguntas indagan:

ESCALA MOOS CRI – Am	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Te dijiste cosas a vos mismo/a para darte ánimo?				
2. ¿Hablaste con alguno de tus familiares sobre eso?				
3. ¿Te dijiste a vos mismo/a que las cosas podrían estar peor?				
4. ¿Hablaste con algún amigo/a sobre el problema?				
5. ¿Trataste de hacer nuevos amigos durante ese período?				
6. ¿Hablaste con algún otro adulto, como un profesor, entrenador, médico, terapeuta o sacerdote?				
7. ¿Soñabas despierto/ a o tratabas de imaginar que las cosas estaban mejor de lo que realmente estaban?				
8. ¿Pensabas en que iba a ser el destino el que decidiera cómo saldrían las cosas?				
9. ¿Empezaste a leer para entretenerte?				
10. ¿Pensabas acerca de cómo podrían llegar a salir las cosas?				
11. ¿Pensabas mucho acerca de que estabas mejor que otros con el mismo problema?				
12. ¿Buscaste la ayuda de otros grupos con el mismo tipo de problemas?				
13. ¿Dejaste para más adelante el pensar sobre la situación, aunque sabías que tarde o temprano lo ibas a tener que hacer?				
14. ¿Trataste de convencerte a vos mismo/a de que las cosas mejorarían?				
15. ¿Le pediste a un amigo/a o pareja que te ayudara a solucionar el problema?				
16. ¿Pensaste acerca de las nuevas dificultades que se te podían presentar?				
17. ¿Pensaste en qué forma esta situación podría cambiar tu vida para mejor?				
18. ¿Le pediste a alguien que comprendiera tu problema?				
19. ¿Trataste de negar cuán serio era el problema realmente?				
20. ¿Perdiste la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?				
21. ¿Encontraste nuevas formas de disfrutar la vida?				
22. ¿Escuchaste música como forma de ayudarte a enfrentar el problema?				

APÉNDICE C: Análisis de datos extras

C.1 Mecanismos adaptativos

A lo largo de la tesis, se ha hablado de las estrategias de compensación y de afrontamiento como mecanismos adaptativos. Se han equiparado ambos desde esa conceptualización no solo porque la revisión bibliográfica permite hacer esa afirmación, sino porque los siguientes análisis han demostrado que están relacionados.

A continuación, se presentan análisis de correlación mediante r de Pearson entre las estrategias de compensación y de afrontamiento. Los resultados (en Tabla 35) dejan en evidencia que ambas variables, en su puntaje total, se relacionan directa y significativamente. Asimismo, la estrategia de compensación Interno se relaciona positivamente con el Afrontamiento Total, con la Aproximación Cognitiva y Conductual y con la Evitación Conductual. La dimensión Tiempo se relaciona positivamente con el Afrontamiento Total, con la Aproximación y Evitación Conductual. Por último, la estrategia Esfuerzo se relaciona positivamente con el Afrontamiento Total y Aproximación Conductual.

Tabla 30*Correlación entre compensación y afrontamiento*

		Afrontamiento	Aproximación	Aproximación	Evitación	Evitación
		Total	Cognitiva	Conductual	Cognitiva	Conductual
Total	<i>r</i>	0,22*	0,14	0,24**	0,08	0,11
	<i>p</i>	0,01	0,10	≤0,001	0,32	0,19
Externo	<i>r</i>	0,06	0,12	0,10	-0,07	-0,05
	<i>p</i>	0,48	0,15	0,23	0,38	0,52
Interno	<i>r</i>	0,32**	0,18*	0,37**	0,11	0,21*
	<i>p</i>	≤0,001	0,03	≤0,001	0,19	0,01
Tiempo	<i>r</i>	0,24**	0,13	0,23**	0,09	0,20*
	<i>p</i>	≤0,001	0,14	≤0,001	≤0,001	0,02
Confianza	<i>r</i>	-0,01	-0,03	-0,04	-0,07	-0,06
	<i>p</i>	0,84	0,68	0,96	0,42	0,45
Esfuerzo	<i>r</i>	0,21*	0,09	0,23**	0,14	0,13
	<i>p</i>	0,01	0,30	≤0,001	0,10	0,13
Éxito	<i>r</i>	0,07	0,03	0,04	0,02	0,14
	<i>p</i>	0,38	0,72	0,59	0,79	0,11
Cambio	<i>r</i>	0,13	0,13	0,15	0,04	-0,01
	<i>p</i>	0,14	0,12	0,09	0,61	0,88