

# opción

Revista de Antropología, Ciencias de la Comunicación y de la Información, Filosofía,  
Linguística y Semiótica, Problemas del Desarrollo, la Ciencia y la Tecnología

Año 38, 2022, Especial N°

30

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

ISSN 1012-1587/ ISSN e: 2477-9385

Depósito Legal pp 198402ZU45



Universidad del Zulia  
Facultad Experimental de Ciencias  
Departamento de Ciencias Humanas  
Maracaibo - Venezuela

# **opclón**

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

© 2022. Universidad del Zulia

ISSN 1012-1587/ ISSNe: 2477-9385

Depósito legal pp. 198402ZU45

Portada: S/T. De la serie “RETORNO”

\*La obra que se publica es un fragmento del original, y se le ha dado un giro de 180° por motivos editoriales. Su original va en horizontal

Artista: Rodrigo Pirela

Medidas: 40 x 70 cm

Técnica: Mixta sobre tela

Año: 2009



## Envejecimiento saludable, calidad de vida y bienestar psicológico en mujeres mexicanas

**Ana L. González-Celis Rangel**

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

ORCID: 0000-0002-8996-5866

[algr10@gmail.com](mailto:algr10@gmail.com)

**Ma. de Jesús Cruz-Peralta**

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

ORCID: 0000-0001-9032-7995

[mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com](mailto:mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com)

### Resumen

El bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida en la vejez permite a los individuos realizar actividades que les proporcionan placer y sentirse bien. El objetivo del estudio fue promover el envejecimiento saludable, favoreciendo la calidad de vida y el bienestar psicológico dirigidos a fomentar y mantener la capacidad intrínseca. El eje principal de la intervención constituyó su principal contribución: las participantes dirigieron sus esfuerzos en mantener y llevar a cabo actividades placenteras que le dieran valor a su vida y con ello promover la capacidad funcional y favorecer la calidad de vida.

**Palabras clave:** adultas mayores; discapacidad; calidad de vida; bienestar psicológico; actividades de valor.

### Healthy aging, quality of life and psychological well-being in Mexican women

#### Abstract

Psychological well-being as an indicator of quality of life in old age allows individuals to carry out activities that give them pleasure and feel good. The objective was to promote healthy aging, favoring quality of life and psychological well-being aimed at promoting and maintaining intrinsic capacity. The main axis of the intervention constituted its main contribution: the participants focused their efforts on maintaining and carrying out pleasant activities that gave value to their lives and thereby promote functional capacity and favor quality of life.

**Keywords:** older adults; disability; quality of life; psychological well-being; value activities.

## 1. INTRODUCCIÓN

México, al igual que otros países en Latinoamérica y el Caribe, atraviesa por un proceso demográfico con tendencia al envejecimiento de su población. Debido a que, de cada 100 hogares, 27 están integrados al menos por una persona mayor de 60 años. De acuerdo con el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM, 2012) 10.1 millones de personas de la tercera edad, corresponde al 9% de la población total de los mexicanos. Mientras que para el 2020 el censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publica que en México se contabilizan más de 126 millones de personas, de las cuales más de 15 millones son personas adultas mayores, poco más del 12% de la población actual del país (INAPAM, 2021).

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) publicada por el INEGI en 2018, en México residen 15.4 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales 1.7 millones viven solas. Lo cual implica que deben realizar sus actividades cotidianas de manera independiente, satisfacer sus necesidades básicas, además de llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). No obstante, aproximadamente siete de cada diez (69.4%) personas de la tercera edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación de su capacidad funcional. De la población con discapacidad, 45.9% son hombres y 54.1% mujeres. La mitad de la población con discapacidad (49.9%) son personas adultas mayores (60 años o más).

Por consiguiente, aunada a la limitación que las personas adultas mayores perciben y reportan en la encuesta del INEGI, las personas presentan la necesidad de adaptarse a las condiciones de su contexto y continuar teniendo actividades para ser económicamente activas.

De manera complementaria, el Instituto Nacional de las Mujeres (2018) en México, reconoce que existen condiciones de desigualdad entre mujeres y hombres respecto a su condición de actividad en adultos mayores de 60 años de edad. Aproximadamente, el 51% de los hombres realiza alguna actividad económica, pero únicamente el 19.4% de las mujeres lo hace; de manera inversa, el 60% de ellas realizan trabajo doméstico a diferencia del 6.4% de los hombres reportados en la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2017*.

De manera que los profesionales de la salud están cada vez más comprometidos a promover lo necesario para facilitar una disminución de dicha discapacidad y las limitaciones en las capacidades de las personas.

---

## 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El estudio y la promoción de la calidad de vida en las personas mayores, conlleva aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al deterioro de la capacidad funcional, que se da por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De acuerdo con la OMS (2015), la proporción de adultos mayores a 60 años aumenta de manera homogénea en casi todos los países, además de que dicho aumento se ve acelerado comparado con otros grupos de edad. Los expertos concluyen que el fenómeno del aumento del envejecimiento de la población a nivel mundial es consecuencia de diversos factores. Uno de ellos son las políticas de salud pública cuyo propósito en común es aumentar la esperanza de vida, así como un desarrollo social y económico exitoso. Otro factor importante, apunta a una disminución de la tasa de natalidad, esto es, la proporción de niños y jóvenes decrece respecto a las personas mayores de 60 años (INAPAM 2012).

Las características que se presentan con el aumento de la longevidad dependen del envejecimiento saludable. Cuando las personas viven su etapa de vejez con buena salud y participando activamente en la vida de sus familias y su entorno social como una parte integral de ellas, contribuyen al fortalecimiento de la comunidad.

Sin embargo, si sus años se ven afectados por una mala salud, aislamiento social o se encuentran en estado de dependencia de cuidados, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son, por consiguiente, negativas. Por lo que el abordaje del envejecimiento que se propone la resumen con la frase la buena salud añade vida a los años.

A consecuencia de ello, se contemplan dos puntos de vista de un envejecimiento óptimo siendo convergentes en muchos sentidos. En primer lugar, se encuentra el envejecimiento activo, el cual se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015, p.5). Se hace énfasis en la necesidad de actuar en diferentes ámbitos, con la finalidad de asegurar que las personas mayores sigan teniendo participación dentro de sus familias, comunidades, incluso, sector económico.

Para llevar a cabo un envejecimiento activo, la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave: económicos, conductuales, personales, sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y los relacionados con el entorno físico.

En segundo lugar, existe otro abordaje al respecto, en el cual dentro del Informe sobre el envejecimiento y salud de la OMS (2015), mencionan que se concibe como envejecimiento saludable. Entendido como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30). Este último constructo cuenta con un modelo teórico que se comparte en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, que publica la OMS (2001) el concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación. El funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (ej. factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones.

El objetivo general de la investigación fue promover el envejecimiento saludable, a partir de favorecer la calidad de vida y el bienestar psicológico dirigida a fomentar y mantener la capacidad intrínseca (psicoestimulación cognitiva) y facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional (física y/o cognitiva) disminuida, hagan las cosas que son importantes para ellas, dedicando tiempo a actividades placenteras que le hagan sentir bien a las mujeres adultas mayores.

Para lograr ese objetivo se evaluaron los efectos de cada uno de los componentes de la intervención: Relajación Corporal (RC); Psicoestimulación Cognitiva (PsC); y Reestructuración de las actividades de valor en la vida cotidiana (ReAc), sobre los indicadores de la calidad de vida, la capacidad funcional y bienestar psicológico a través de marcadores biológicos de la capacidad física (estado de salud) y mental

(funcionamiento cognitivo), en adultas mayores con niveles de capacidad intrínseca estable.

## 2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### 2.1. MUESTRA

El programa de intervención estuvo diseñado para mujeres adultas mayores de 60 años de que reportaran capacidad funcional estable.

Criterios de inclusión: Mujeres adultas mayores de 60 años que tuvieran capacidad funcional preservada y estable; cuya participación fue voluntaria, consentida e informada, y sin enfermedades crónico-degenerativas no controladas; además que tuvieran acceso a Internet y contar con algún dispositivo tecnológico que les permitiera llevar a cabo la intervención vía remota; y que contaran con una persona que les apoyara en las sesiones mediadas por la tecnología, o el/la coterapeuta debería contar con habilidades necesarias para solucionar problemas técnicos (conexión alámbrica o inalámbrica, falta de batería, cables necesarios), o que las participantes tuvieran dichas habilidades para solucionar problemas técnicos menores de conectividad.

Se contó con tres participantes, todas cumplían los criterios de inclusión y se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las mujeres que participaron

	Participante 01R	Participante 02F	Participante 03T
<b>Edad</b>	83 años	60 años	64 años
<b>Estado civil</b>	Viuda	Casada	Casada
<b>Ingreso económico percibido</b>	Pensión del seguro social. Es ama de casa.	De su marido. Es ama de casa.	De su marido. Es ama de casa.
<b>Condiciones de vivienda</b>	Vive con algunos de sus hijos.	Vive con esposo, hijos y nueras.	Vive con esposo e hijos.
<b>Religión</b>	católica que practica ocasionalmente.	católica que practica ocasionalmente.	católica que practica ocasionalmente.
<b>Enfermedades diagnosticadas</b>	Osteoporosis y artritis reumatoide.	fibromialgia y problema de tiroides.	Diabetes.
<b>Preocupaciones reportadas</b>	la pandemia por COVID 19	la pandemia por COVID 19, la inseguridad y la evolución de su enfermedad.	la pandemia por COVID 19, la economía y el futuro mundiales.
<b>Actividades físicas que realiza con frecuencia</b>	caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos.	caminar, trotar, correr, ejercicios físicos, subir y bajar escaleras y realizar quehaceres domésticos.	caminar, trotar, correr y realizar quehaceres domésticos.



<b>Actividades de estimulación cognitiva realiza con frecuencia</b>	<b>de que con</b>	leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio.	leer, buscar y ver películas, resolver juegos de mesa, ver tv, aprender algo nuevo y escuchar radio.	leer, buscar y ver películas, pintar, dibujar e iluminar, aprender algo nuevo, ver o escuchar misa y escuchar radio.
---	-------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

## 2.2. Proceso de análisis de los datos

Se utilizaron los siguientes índices de análisis de los datos para evaluar los cambios en el comportamiento de las variables:

T de Wilcoxon. La prueba de rangos asignados de Wilcoxon adjudica mayor peso a los pares que muestran mayores diferencias entre las dos condiciones. La tabla empleada proporciona los valores de probabilidad de la distribución muestral de T para N menor a 15 (Siegel y Castellan, 1995).

Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994). El cambio clínico objetivo se empleó para calcular si el cambio de comportamiento de cada participante fuera significativo con respecto a su propio comportamiento, se realizó la comparación del promedio de las puntuaciones de la LB1, LB2 y LB3 (medición 1) con el promedio de las puntuaciones de post-intervención y los seguimientos (medición 2). La fórmula empleada por Cardiel (1994) es la siguiente:

$$CCO = \frac{\bar{X}_{medición\ 2} - \bar{X}_{medición\ 1}}{\bar{X}_{medición\ 1}}$$

Se considera significativo el cambio clínico objetivo cuando:  $CCO \geq 0.20$

Índices de No solapamiento de los datos:

Percentage of nonoverlapping data (PND). El método PND localiza el punto de datos más positivo en la fase A y luego calcula el porcentaje de puntos de datos de la fase B que lo exceden. Se identifica la medida más alta en la fase A. Se calcula el número de puntos de datos de la fase B que exceden el valor identificado en el paso anterior. Se divide el valor obtenido en el paso 2 por el número de observaciones en la fase B y se multiplica el valor obtenido en el paso 3 por 100 para convertir la proporción en un porcentaje.

Nonoverlap of all pairs (NAP). La principal ventaja teórica de NAP es que es una prueba integral de todas las posibles fuentes de superposición de datos, es decir, todas las comparaciones de puntos de datos de referencia versus todos los puntos de tratamiento. El valor va de 0 a 1, el valor 0.5 quiere decir que hay un 50% de probabilidad de que al elegir aleatoriamente un dato de la fase de intervención este se ubique por encima de un dato elegido aleatoriamente de la línea base. Rangos de NAP: efectos débiles: 0–.65; efectos medios: 0,66–0,92; efectos grandes o fuertes: .93–1.0. Transformar NAP a un nivel de probabilidad cero da estos rangos correspondientes: efectos débiles: 0–.31; efectos medios: 0,32–0,84; efectos grandes o fuertes: .85–1.0.

Percentage of data points exceeding the median (PEM). Al respecto del porcentaje de puntos de datos que superan la mediana se interpreta con una escala de 3 puntos para (a) poca o ninguna mejora, (b) mejora moderada o (c) mejora grande o importante.

Se realizó la limpieza de los datos para su análisis sin sesgos como se indica en la literatura, eliminando los valores extremos o limítrofes que pudieran presentar desvío en los análisis. De igual manera, se eliminaron los valores perdidos.

En primer lugar, si los valores de la variable de respuesta incrementan su valor, la recta es ascendente, entonces la inclinación se valora como positiva; si los valores de la variable de respuesta decrecen, la recta es descendente, entonces la inclinación se valora como negativa; si los valores de la variable de respuesta se mantienen constantes, la recta es una línea horizontal, entonces la inclinación se valora como plana.

En segundo lugar, la magnitud se valora en función al tamaño de la pendiente de la recta. Si los valores de la variable de respuesta crecen o decrecen lentamente entonces la magnitud es baja.

Finalmente, se buscó evaluar la homogeneidad de los datos. Al presentar poca dispersión de los datos se consideró que el patrón es estable, presentando poca variabilidad.

### 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de **la participante 01R** mostraron diferencias significativas (de moderadas a grandes) entre las mediciones previa y post-test junto con seguimiento para los tres indicadores de la capacidad funcional: la calidad de vida medida con el WHOQOL-OLD; el bienestar

psicológico, medido con la Escala de Ryff; y el Funcionamiento cognitivo, medido con la escala SCIP-S. En todas las medidas del funcionamiento cognitivo analizadas con la prueba T de Wilcoxon hubo un incremento en el post-test. Para el valor del Cambio Clínico Observable de Cardiel los resultados arrojaron cambios positivos, por ejemplo, en una dimensión del instrumento para evaluar calidad de vida: Participación social. Mientras que en el instrumento SCIP-S se obtuvo un cambio clínico en las dimensiones: Aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido y en la puntuación total.

Respecto a los índices de no solapamiento “*NonOverlapping Data*”, en el bienestar psicológico, en las dimensiones de autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal muestran diferencias en las puntuaciones consideradas de moderadas a altas. Respecto a la calidad de vida, la dimensión de actividad y la puntuación total arrojan diferencia de moderada a grande. Del funcionamiento cognitivo, estos índices arrojaron un análisis de los datos de un moderado aumento en los valores obtenidos posterior a la intervención, así como en los seguimientos en las dimensiones de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Coincidiendo con los valores arrojados del CCO de Cardiel.

Según el reporte de la participante sobre las actividades realizadas en su vida cotidiana, sí aumentó el tiempo que pasa con su familia además realizó cambios en su rutina, por ejemplo, en un reporte verbal de las sesiones del seguimiento comenta “*El cambio que he tenido es que estoy cuidando a un hijo que operaron de la próstata*”. “*Y me siento bien, claro que sí. Luego me pongo a caminar aquí afuera, y cuento los pasos. Salgo a la calle y me regreso*”. Por lo tanto, esos cambios derivados de la intervención pudieron influir en su percepción de participación social.

Además, eso explica los cambios encontrados con la prueba de rangos. Respecto a los ejercicios de psicoestimulación cognitiva que quedaron de tarea, la participante compartió todos y en el seguimiento reporta verbalmente “*Lo que he hecho es hacer sopas de letras, laberintos, leer libros, hacer ejercicios, lo de respiración*”. Lo cual se ve reflejado en los puntajes con cambio clínico objetivo del instrumento SCIP-S.

Para la **participante 02F** se aprecian, en primer lugar, los valores de probabilidad asociados a la prueba estadística T de Wilcoxon. Las comparaciones de las puntuaciones directas obtenidas en las distintas mediciones para cada dimensión de las variables de funcionamiento cognitivo, calidad de vida y bienestar psicológico encontrándose una

diferencia estadísticamente significativa para las variables calidad de vida y bienestar psicológico mientras que para el funcionamiento cognitivo se muestra un incremento leve o un mantenimiento de los mismos niveles entre la medición pre y post-test.

Para el valor del Cambio Clínico Observable de Cardiel se muestra que sí hubo incremento en la puntuación total de la evaluación de la calidad de vida. Para el bienestar psicológico, se notan cambios positivos en las dimensiones: Bienestar Hedónico Relaciones positivas y Bienestar Eudaimónico Crecimiento personal. Mientras que en el instrumento SCIP-S también hubo un cambio clínico positivo en la dimensión Aprendizaje verbal inmediato.

Respecto a los índices de no solapamiento “NonOverlapping Data” los valores resaltados muestran un moderado aumento en los valores obtenidos posterior a la intervención, así como en los seguimientos. Respecto a la calidad de vida, las dimensiones de capacidad sensorial, actividades, participación social, intimidad y la puntuación total arrojan diferencia de moderada a grande. Del funcionamiento cognitivo, estos índices arrojaron un análisis de los datos de un moderado aumento en los valores obtenidos posterior a la intervención, así como en los seguimientos en las dimensiones de fluidez verbal y velocidad de procesamiento. Coincidiendo con los valores arrojados del CCO de Cardiel.

En lo que concierne al reporte de actividades de la participante, lleva a cabo ejercicios de relajación aprendidos durante la intervención, así como los ejercicios de psicoestimulación cognitiva. Eso tiene congruencia con los reportes verbales en las sesiones de post-evaluación y seguimiento, en donde reporta: *“Mis ejercicios de relajación los hago todas las noches y antes de levantarme”, “Mis ejercicios también de armar palabras, de las diferencias, el dominó, Rummy, los rompecabezas, como de 12 horas”, “Esos (los ejercicios de atención) los practico diario, siempre relaciono algo con algo”, “Crucigramas sí, rompecabezas, he hecho de nuevo mis blusas”, “He hecho dibujos, y con esto de la ofrenda es un trabajo bastante creativo”.*

Finalmente, los resultados de la **participante 03T** se encontraron diferencias significativas (de moderadas a grandes) entre las mediciones previa y post-test junto con seguimiento. Se visualizan los resultados que arrojan valores de probabilidad significativos asociados a la prueba estadística T de Wilcoxon observados en las tres variables de funcionamiento cognitivo, calidad de vida y bienestar psicológico el cambio entre el pre y el post-test fue significativamente estadístico,

encontrándose la mayor diferencia positiva en la calidad de vida, la dimensión muerte y morir, seguida de las dimensiones autonomía, participación social e intimidad.

Para el valor del Cambio Clínico Observable de Cardiel, los cambios positivos obtenidos en las dimensiones autonomía y participación social de la calidad de vida, el bienestar hedónico autoaceptación, bienestar eudaimónico crecimiento personal.

Los valores de los índices de no solapamiento “NonOverlapping Data” muestran un moderado aumento en los valores obtenidos posterior a la intervención, así como en los seguimientos. Respecto a la calidad de vida, las dimensiones de capacidad sensorial, autonomía, participación social. Respecto al bienestar psicológico, las dimensiones de autonomía, propósito en la vida y la puntuación total muestran diferencias en las puntuaciones consideradas de moderadas a altas. Del funcionamiento cognitivo, la memoria de trabajo mostró un aumento moderado en los valores obtenidos posterior a la intervención, así como en los seguimientos.

Referente a su reporte verbal y de sus registros de actividades cotidianas, la participante menciona: *“Los (ejercicios de relajación) de la boja (de entrenamiento autogénico), los estoy leyendo, y sí me ayudan”*. Incluyendo *“Continúo leyendo, a veces me pongo a investigar”*, los cuales presentan relación con la sub-escala Bienestar Eudaimónico, dimensión Crecimiento personal, siendo importante para la participante dichas actividades y, en consecuencia, incrementando su percepción de bienestar psicológico.

Finalmente, en relación con los cambios clínicos encontrados del instrumento para evaluar funcionamiento cognitivo, la participante reporta verbalmente en el seguimiento a seis meses: *“Ya las actividades (de memoria) ya las terminé, las voy a empezar otra vez”*. Por lo que tuvo un incremento notable en las dimensiones Aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento.

#### 4. CONCLUSIONES

Al evaluar las necesidades de salud de una mujer mayor de 60 años, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento.

No solo se trata de evaluar la salud o la enfermedad en la vejez de las mujeres, ya que más allá de las pérdidas biológicas, con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles de género y las posiciones sociales; además, la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, las mujeres adultas mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas, como se describe en el modelo Selección-Optimización-Compensación de Baltes y Baltes (1990).

Investigadores del Instituto Nacional de Geriátría en México (Gutiérrez-Robledo, et al., 2016), retoman las directrices de la OMS (2015) y sostienen que para alcanzar un envejecimiento saludable se espera que las personas sean capaces de hacer las cosas a las que les dan valor durante el máximo tiempo posible, es decir, mantener la capacidad funcional y atender las necesidades de la gente mayor.

La calidad de vida en la vejez tiene un efecto importante en el bienestar psicológico de las personas mayores (Ryff, 2014), que permite que los individuos realicen las actividades que les proporcionan placer y sentirse bien sin importar el nivel de capacidad física, deterioro o pérdida de alguna de las funciones corporales de los individuos.

Por lo tanto, en la intervención que se llevó a cabo se buscó retomar la independencia de las mujeres adultas mayores. Que la participantes fueran capaces de distribuir su tiempo y desarrollar procesos hacia su empoderamiento personal al fomentar un ambiente que propicie un aprendizaje de habilidades encaminadas a promover su envejecimiento saludable, una buena calidad de vida y el pleno bienestar psicológico en las mujeres.

La contribución de la re-estructuración del tiempo y de las actividades que realizaron las personas mayores, constituyó el eje principal de la intervención sobre la cual las participantes dirigieron sus esfuerzos en mantener y llevar a cabo actividades que les resultara atractivas, transformando su percepción de bienestar, al comprometerse a llevar a cabo actividades placenteras que le dieran valor a su vida y con ello promover la capacidad funcional como personas mayores.

Otra aportación más importante del presente estudio es que muestra evidencia respecto a la contribución de un entrenamiento en

psico-estimulación cognitiva, el cual puede detener la curva de deterioro cognitivo, en donde se busca mantener la capacidad funcional de las personas mayores el mayor tiempo de vida posible, para que puedan llevar una vida autosuficiente para realizar sus actividades cotidianas libres de discapacidad, con un sentido de bienestar y calidad de vida.

## 5. AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue parcialmente financiada por el Proyecto PAPIIT IN309421, DGAPA, UNAM. Los resultados de la investigación forman parte de la tesis doctoral en Psicología de Cruz-Peralta, Ma. de Jesús, con el apoyo de Beca CONACYT Registro CVU 924842, bajo la dirección de González-Celis Rangel, Ana L.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALTES, Paul y BALTES, Margret. (1990). **Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Science.** Cambridge University Press. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=0oEJaiK30wUC&pg=PA21&lpg=PA21&dq=sucessful+aging+bates+online&source=bl&ots=IJIS5Z-5yN&sig=ACfU3U1L4jyTfCqgC6fbhLuYN4umj-DDtA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilzPed0rfpAhVUHs0KHaB9A7gQ6AEwCHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=true>
- CARDIEL, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. En MORENO ALTAMIRANO, LAURA (Ed.), **Epidemiología Clínica** (pp.189-199). México: Interamericana-McGraw Hill. Clínica (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- GUTIÉRREZ-ROBLEDO, Luis Miguel, AGUDELO-BOTERO, Marcela, GIRALDO-RODRÍGUEZ, Liliana. & MEDINA-CAMPOS, Raúl Hernán. (2016). **Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México.** México: Instituto Nacional de Geriátria.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2018). **Encuesta Nacional de la Dinamice Demográfica (ENADID).** [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
- INMUJERES Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). **Desigualdad en cifras. Mujeres y hombres adultos mayores.**



- 
- [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/BoletinN7\\_2018.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN7_2018.pdf)
- INAPAM Instituto Nacional para los Adultos Mayores. (2012). **Envejecimiento Poblacional y Protección Social**. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/envejecimiento-poblacional-y-proteccion-social>
- INAPAM Instituto Nacional para los Adultos Mayores,. (2021). **Comunicado sobre Registro Único INAPAM**. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/comunicado-sobre-registro-unico-inapam-283712>
- NÚÑEZ-PEÑA, María Isabel. (2011). **Diseños de investigación en Psicología**. España: Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20322>
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2001). **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada**. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1)
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2015). **Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ediciones de la OMS**. [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
- RYFF, Carol. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- SIEGEL, Sidney; Y CASTELLAN, John. (1995) **Nonparametric statistics for the behavioral sciences** [Aragón, E., y Fierros, trad.] 4ta. Ed.: Editorial Trillas.



---

## BIODATA DE AUTORES

**Ana L. González-Celis Rangel.** Doctora en psicología de la UNAM. Profesora Titular “C”, definitiva, tiempo completo, de la Carrera de Psicología, Posgrado e Investigación de la FES Iztacala UNAM, desde hace más de 40 años, donde cuenta con el Nivel “D” en el PRIDE de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha sido reconocida con el Mérito Académico y distinguida con la Cátedra Alexander I. Oparin, en la FES Iztacala. Y obtuvo el reconocimiento Sor Juana Inés de la Cruz de la UNAM (2022). Ha publicado más de 20 artículos en revistas nacionales e internacionales, con arbitraje e indizadas. Tiene más de 20 capítulos de libro por invitación. Es autora y co-autora de tres libros. Tiene más de 50 trabajos en congresos nacionales y más de 20 en congresos internacionales.

**María de Jesús Cruz-Peralta.** Licenciatura en Psicología por parte de Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza. Estudiante de octavo semestre del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, FES Iztacala. Co-autora de carteles aceptados en congresos internacionales. Ponente en congresos nacionales con línea de investigación en envejecimiento y salud en de las personas adultas mayores.



UNIVERSIDAD  
DEL ZULIA

---

# opción

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

Año 38, Especial N° 30 (2022)

Esta revista fue editada en formato digital por el personal de la Oficina de Publicaciones Científicas de la Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia. Maracaibo - Venezuela

[www.luz.edu.ve](http://www.luz.edu.ve)

[www.serbi.luz.edu.ve](http://www.serbi.luz.edu.ve)

[produccioncientifica.luz.edu.ve](http://produccioncientifica.luz.edu.ve)